

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

**INSTITUT NATIONAL DE LA
STATISTIQUE**

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

**NATIONAL INSTITUTE OF
STATISTICS**

**ENQUETE SUR LE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES
ET LA SATISFACTION DES BENEFICIAIRES
DANS LES SECTEURS DE
L' EDUCATION ET DE LA SANTE**

Phase I : Volet SANTE

RAPPORT PRINCIPAL

avril 2004

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF.....	ii
Chapitre 1 : INTRODUCTION	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Objectifs	1
1.3 Approche méthodologique.....	2
1.4 Champ de l'enquête	2
Chapitre 2 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AU CAMEROUN	6
2.1 Contexte de développement du secteur santé	6
2.1.1 Contexte démographique.....	6
2.1.2 Présentation du système de santé publique	6
2.2 Les intervenants dans le secteur Santé	10
2.2.1 L'Etat.....	10
2.2.2 Les ménages /communautés.....	11
2.2.3 Le Secteur Privé	11
2.2.4 Les Partenaires extérieurs.....	12
Chapitre 3 : CIRCUIT ET TRAÇABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE	14
3.1 Les intervenants du circuit de la dépense publique dans le secteur santé.....	14
3.1.1 L'ordonnateur principal.....	14
3.1.2 Les gestionnaires de crédits	14
3.1.3 Les commissions des marchés.....	16
3.1.4 Les contrôleurs des finances	16
3.1.5 Les services du MINEPAT.....	16
3.1.6 La Direction du Budget du MINFIB.....	16
3.1.7 Les comptables matières	17
3.1.8 Les autres intervenants	17
3.2 Les actes de gestion de la dépense.....	17
3.2.1 La mise en exécution du budget et l'ouverture des crédits.....	17
3.2.2 La commande publique	18
3.2.3 Les opérations de dépenses relevant de l'ordonnateur	18
3.2.4 Les contrôles exercés par l'ordonnateur principal.....	19
3.2.5 Les opérations de dépenses relevant du Trésor	19

3.3 Le circuit d'exécution de la dépense	19
3.3.1 L'engagement de la dépense.....	19
3.3.2 Procédures de constatation du service fait.....	20
3.3.3 La liquidation de la dépense.....	21
3.3.4 L'ordonnancement de la dépense	21
3.3.5 Le paiement de la dépense	22
3.4 La traçabilité de l'information budgétaire	22
3.4.1 Dotation budgétaire	26
3.4.1.1 <i>Connaissance préalable de l'information par les gestionnaires de crédits déconcentrés:</i>	26
3.4.1.2 <i>Information déclarée par les gestionnaires de crédits déconcentrés</i>	26
3.4.2 Exécution du budget : délais du circuit de la dépense publique	32
3.4.3 Taux d'exécution du budget.....	35
3.4.4 Difficultés rencontrées par les gestionnaires dans l'exécution du budget	37
3.4.6 Taux réalisation physique des marchés.....	43
CHAPITRE 4 : LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ	44
4.1 Échantillon des formations sanitaires	44
4.2 Infrastructures de base	45
4.2.1 Services de base.....	45
4.2.2 Equipements médicaux de base.....	46
4.2.3 Les moyens de transport dans les formations sanitaires	46
4.3 Effectif du personnel des formations sanitaires	47
4.4 La disponibilité de personnel de santé et rapport entre les patients	49
et personnel de santé.....	49
4.4.1 La disponibilité de personnel de santé.....	49
4.4.2 La qualité de la prise en charge des patients par le personnel de santé.....	50
4.5 Absentéisme dans les formations sanitaires	52
4.6 Rémunération du personnel dans les formations sanitaires	52
4.6.1 Catégories de personnel	53
4.6.2 Les salaires.....	53
4.6.3 Les primes et autres motivations	54
4.7 Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires	56
4.8 Fréquentation des formations sanitaires selon les préférences	58
4.9 Supervision	58
4.9.1 Services extérieurs.....	58
4.9.2 Les formations sanitaires	59

CHAPITRE 5 : Les caractéristiques de la demande de services de santé.....	61
5.1 Les effectifs des patients	61
5.2 Profil des patients et déterminants du choix	63
5.3 Les déterminants des choix des patients.....	69
5.4 Appréciation de la qualité des prestations de services.....	71
5.4.1 Qualité du personnel de santé.....	71
5.4.2 Appréciation de la qualité de l'accueil.....	72
5.4.3 Appréciation des caractéristiques physiques de la formation sanitaire	73
5.4.4 Appréciation des dépenses effectuées.....	74
CHAPITRE 6 : SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS RECUEILLIES	77
6.1 Recommandations sur l'exécution budgétaire	77
6.1.1 Amélioration de la qualité de l'information budgétaire.....	77
6.1.2 Réduction des délais d'exécution du budget.....	77
6.1.3 Assainissement des relations entre les différents intervenants.....	78
6.1.4 Amélioration du fonctionnement des commissions des marchés publics.....	78
6.2 Recommandations se rapportant à la satisfaction des bénéficiaires.....	78
6.2.1 Recommandations recueillies auprès des patients dans les formations sanitaires.....	78
6.2.2 Recommandations recueillies auprès des ménages	80
6.2.3 Recommandations formulées par les responsables des formations sanitaires	81

SIGLES ET ABBREVIATIONS

SIGLES

BE	Bon d'engagement
BIP	Budget d'investissement Public
CAH	Classification Automatique Hiérarchisée
CMA	Centre Médical d'arrondissement
CSI	Centre de Santé Intégré
DAGC	Délégation Automatique à Gestion Centrale
DB	Direction du Budget
DPP	Direction des Programmes et Projets
DPSP	Délégation Provinciale de la Santé Publique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
HD	Hôpital de District
INS	Institut National de la Santé
MINEPAT	Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire
MINFIB	Ministère des Finances et du Budget
MINSANTE	Ministère de la Santé
MINVILLE	Ministère de la Ville
SSD	Service de Santé de District
TCC	Titre de confirmation de créance

RESUME EXECUTIF

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Le Cameroun a renoué avec la croissance économique depuis l'exercice 1994/95, après la grave crise économique et financière qui a sévi à partir de 1986/87. Les progrès enregistrés sur le plan économique n'ont pas encore permis de redresser substantiellement les conditions de vie des populations et de faire reculer la pauvreté qui est aujourd'hui l'un des défis pour le Cameroun. Pour lutter efficacement contre ce fléau, le Gouvernement a adopté depuis avril 2003 un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le met en œuvre avec la participation de toutes les forces vives de la nation et des partenaires au développement.

Dans ce Document de référence, les autorités accordent une grande priorité à l'éducation et à la santé ; car l'amélioration de l'état de santé des populations et la préparation de l'avenir par une bonne éducation et la formation des jeunes sont des gages pour le renforcement des capacités économiques et sociales. Dans ces deux secteurs, les objectifs majeurs du Gouvernement sont dans le secteur de la santé, l'amélioration de l'état de santé des populations à travers l'accroissement de l'offre et de l'accessibilité aux soins intégrés et de bonne qualité, et dans le secteur de l'éducation et de la formation professionnelle l'accroissement de l'accès d'un plus grand nombre de jeunes en âge scolaire à une éducation et/ou à une formation professionnelle de bonne qualité leur permettant de pouvoir mieux assurer une insertion dans le champ économique et social. Chacun de ces deux secteurs a fait l'objet d'une stratégie sectorielle assortie d'un plan d'actions détaillé et qui sont en cours d'exécution.

La présente enquête inscrite dans le plan d'actions prioritaires du volet Gouvernance et lutte contre la corruption du DSRP est l'un des déclencheurs du Point d'achèvement de l'Initiative PPTE que les autorités entendent atteindre au cours de l'année 2004 ; de manière à pouvoir mobiliser toutes les ressources financières attendues de cette Initiative pour financer durablement les programmes et projets de réduction de la pauvreté. Les recommandations issues de cette étude seront adoptées et mises en œuvre par le Gouvernement suivant un calendrier qui sera établi.

1.2 Objectifs, méthodologie et champ de l'enquête

Les objectifs visés à travers l'enquête sont 1°) la production d'un rapport sur l'exécution budgétaire et l'appréciation des prestations des services dans ces secteurs par les populations bénéficiaires, 2°) l'adoption d'un plan d'actions prioritaires dont la mise en œuvre est susceptible de contribuer à assurer plus de traçabilité dans la gestion des dépenses publiques et à améliorer la qualité des prestations.

La méthodologie retenue pour mener cette opération a consisté à coupler deux types d'enquêtes : i) un volet sur le suivi de la dépense budgétaire (budget tracking exercise) et ii) un volet sur l'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires. En raison des contraintes liées à l'organisation pratique, l'étude a été programmée en deux phases. La première phase – dont le présent rapport fait échos - a couvert le volet

exécution budgétaire du secteur santé et le volet satisfaction des bénéficiaires dans les deux secteurs. Cette phase a eu lieu à partir du mois d'octobre 2003. Les travaux d'exploitation, d'analyse et de production du rapport des résultats se sont poursuivis jusqu'en mars 2004. La seconde phase devra couvrir le volet exécution budgétaire du secteur éducation. La collecte des données est prévue entre mars et avril 2004 ; l'exploitation, l'analyse et la production du rapport des résultats en juin 2004. La méthodologie retenue pour appréhender les aspects liés à la satisfaction des bénéficiaires s'est appuyée sur les travaux de l'ECAM II réalisée en 2001 sur toute l'étendue du territoire national.

L'enquête a porté sur un échantillon reparti sur 12 zones d'enquête dont les villes de Yaoundé et Douala, plus les 10 provinces du pays et comporte plusieurs unités d'enquête : les services centraux et extérieurs, les formations sanitaires pour les aspects budgétaires, les patients et les ménages pour le volet satisfaction des bénéficiaires des prestations. Le tirage des unités de l'échantillon s'est fait suivant un plan de sondage stratifié à un ou plusieurs degrés suivant le type d'unité à enquêter. Au total, ont été enquêtés : 46 services de santé, 144 formations sanitaires, 1 512 ménages et 1 440 patients.

2. ORGANISATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Le système national de santé publique au Cameroun est organisé autour du Ministère de la Santé Publique qui est chargé de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé. La mise en œuvre incombe au secteur public et privé. Cette organisation repose sur un organigramme comportant des services centraux et des services extérieurs regroupés autour de la notion de district et d'aire de santé à l'intérieur des délégations provinciales. Les formations sanitaires publiques selon les catégories relèvent de ces structures administratives ou sont classées en établissements publics autonomes. Enfin, des organismes et comités techniques spécialisés sont chargés de l'exécution des programmes et projets relevant du domaine de la santé publique.

Le secteur privé joue un rôle important au sein du système à travers des formations sanitaires réparties dans toutes les provinces du pays. Une politique de contractualisation est en cours de définition pour permettre à ce secteur d'assurer ses missions de service public. La participation et l'implication des populations bénéficiaires se fait à travers les cadres de cogestion que sont les comités de gestion des formations sanitaires.

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé et appuient le Gouvernement dans ses efforts de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé qui vise l'amélioration et la facilitation de l'accès des populations aux soins et aux médicaments essentiels. Ainsi outre les programmes de lutte contre la maladie, d'autres programmes de prévention sont développés. Il s'agit notamment du programme élargi de vaccination (PEV), du programme de protection maternelle et infantile (PMI) et de la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME).

De même, des programmes de renforcement des capacités d'intervention sont en cours de mise en œuvre et concernent notamment le recrutement du personnel qualifié et l'équipement technique des formations sanitaires. L'opérationnalisation de la carte sanitaire devra permettre de programmer de

manière plus systématique ces opérations de renforcement des capacités. L'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé et aux médicaments essentiels se fait à travers une politique de réduction des coûts directs, tenant compte de la capacité financière des patients.

3. CIRCUIT ET TRAÇABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE

En 2001/2002 et 2003, le secteur de la santé publique représente respectivement 4,5% et 3,9% du budget total de l'Etat. Dans sa structure, le fonctionnement représente respectivement 4,2% et 3,3% de l'ensemble du budget de fonctionnement de l'Etat. Dans budget d'investissement public, il bénéficie d'une enveloppe de 5,8% et de 7,8% de l'enveloppe totale des deux exercices budgétaires.

Il est donc important pour le Gouvernement de maîtriser le circuit de l'exécution de la dépense publique dans ce secteur ; étant entendu que c'est à travers une dépense publique de qualité que les objectifs en matière de santé publique seront en grande partie atteints.

3.1 Les intervenants du circuit de la dépense publique dans le secteur santé

Dans la chaîne de l'exécution de la dépense publique en général, on retrouve huit (8) intervenants principaux à savoir : 1°) **l'ordonnateur principal** avec possibilité de désigner des ordonnateurs secondaires ou délégués. Au Cameroun, d'après l'ordonnance de 1962 en principe, l'ordonnateur principal du budget de l'Etat est le Ministre en charge des finances. Cependant on relève dans les faits que l'ordonnateur du budget de fonctionnement est le Ministre chargé des finances (MINFIB) et l'ordonnateur principal du budget d'investissement public est le Ministre chargé du BIP (MINEPAT) ; 2°) **les responsables centraux et extérieurs (gestionnaires des crédits)** ayant une délégation de signature les habilitant à ordonner des bons d'engagement (ou bons de commande) sur un quota bien défini des ressources budgétaires ; 3°) **les commissions de passation des marchés publics** instituées par la réglementation actuellement en vigueur. Chaque administration ou institution, en tant que démembré de l'Etat est doté d'une commission des marchés ; 4°) **les contrôles financiers** relevant hiérarchiquement du Ministère des Finances et du Budget exercent en son nom à l'intérieur des départements dépensiers. Ils sont présents dans chaque structure chargée de la gestion des fonds publics ; 5°) **les services du MINEPAT (DPP)** interviennent en ce qui concerne l'exécution du budget d'investissement public (BIP) ; 6°) **la Direction du Budget du MINFIB** est à l'amont du processus d'exécution budgétaire, puisque c'est elle qui édite toutes les autorisations de crédits (cartons) conformément aux dotations de chaque structure ; 7°) **les comptables matières** chargés de vérifier l'effectivité des prestations et la conformité par rapport aux commandes faites ainsi que la bonne gestion (conservation et traçabilité) des biens de toute nature acquis sur fonds publics , et 8°) **les services de la Direction du Trésor (TPG, receveurs des finances, percepteurs)** situés au bout de la chaîne des dépenses puisqu'ils sont chargés du paiement des titres émis au bénéfice des créanciers de l'Etat.

3.2 Les actes de gestion de la dépense

Après le vote du budget, les principaux actes de gestion de la dépense publique identifiés sont : a) La mise en exécution du budget et l'ouverture des crédits par le ministre chargé des finances ; b) la

commande publique directe ou à travers les commissions des marchés publics ; c) les opérations de dépenses relevant de l'ordonnateur ; d) les contrôles exercés par l'ordonnateur principal (MINFIB et MINEPAT) et , e) les opérations de dépenses relevant du Trésor.

3.3 Le circuit d'exécution de la dépense

Dans le circuit d'exécution du budget, les étapes principales sont 1°) l'engagement de la dépense, 2°) la réception et la constatation du service fait, 3°) la liquidation, 4°) l'ordonnancement et 5°) le paiement de la dépense. Chacune des étapes comporte plusieurs opérations à exécuter avant de passer à l'étape suivante. Dans le cadre d'une procédure normale, au total 15 opérations doivent être effectuées entre l'engagement et le paiement effectif de la dépense publique.

3.4 La traçabilité de l'information budgétaire

Pour l'analyse de la traçabilité (transparence) dans l'exécution budgétaire, il a été nécessaire de collecter et d'apprécier la qualité des informations fournies par les gestionnaires. A ce niveau, il y a lieu de noter la forte participation des responsables rencontrés. En effet, il n'y a pas eu à proprement parlé de refus de fournir l'information. Le constat général fait est le manque d'exhaustivité dans l'information fournie par les gestionnaires ; ce manque d'information est plus récurrent en ce qui concerne l'exécution du BIP.

A la base de ce constat, les principales explications données par les responsables interrogés sont notamment 1°) l'absence des archives comptables dans les formations sanitaires , 2°) les conflits de compétence entre le Médecin chef qui préfère travailler seul ou avec le Comptable-Matières et non avec l'Agent Comptable (Econome) désigné, 3°) la gestion à un échelon supérieur des crédits, et 4°) l'absence d'un Agent Comptable pour assister le responsable de la structure.

L'analyse des informations obtenues permet de faire un premier constat à savoir que la Loi des finances , en tant que document de référence de la politique budgétaire de l'Etat , est en décalage avec la réalité sur le terrain. En effet, sur les 109 Formations sanitaires publiques de l'échantillon , environ 25 % ne sont pas programmées dans la loi des finances en 2001/2002 et ce taux passe à 27,5 % en 2003. Le deuxième constat est que d'importantes différences existent entre les montants de crédits inscrits dans la Loi des Finances et les montants déclarés par les gestionnaires sur le terrain. Le troisième constat est la pratique du renvoi des cartons qui ne permet pas au gestionnaire initialement désigné de suivre l'exécution de la dépense. Le quatrième constat est le délai relativement long entre le début de l'exercice et le début de l'exécution budgétaire. En effet, il s'écoule en moyenne 3 à 4 mois de retard entre le moment où budget est voté et la date le début de l'exécution dont 2 mois entre le début de l'exercice et le retrait du carton et moins de 2 mois entre le retrait du carton et le début de l'exécution budgétaire.

En ce qui concerne l'exécution budgétaire mesurée par le rapport entre le montant total des engagements et la dotation budgétaire allouée, son niveau est globalement satisfaisant et se situe dans l'ensemble entre 85 et 95%.

Par ordre d'importance, les difficultés que rencontrent les gestionnaires dans l'exécution du budget mis à leur disposition sont 1°) Le retard dans la réception des cartons ; 2°) le marchandage avec les

fournisseurs pour une exécution « satisfaisante » de la commande, du fait des conditions préalables posées par les fournisseurs concernant la réalisation des marchés, les difficultés à rencontrer pour le paiement, l'éloignement ou l'enclavement de la zone où le marché sera réalisé et la faiblesse de la marge bénéficiaire par rapport au prix fixé dans la mercuriale ; 3°) l'insuffisance du montant de la dotation budgétaire ; 4°) l'incohérence entre les besoins exprimés par rubriques et les crédits accordés, 5°) le caractère inopérant de certaines affectations budgétaires, par exemple, certaines structures ne possédant pas de véhicules reçoivent des cartons relatifs au « carburant et lubrifiant » ; 6°) le manque de liquidités dans les services locaux du Trésor ; 7°) le mauvais fonctionnement des commissions locales des marchés publics surtout en ce qui concerne l'acquisition des médicaments et des équipements sanitaires et 8°) la qualité des prestations qui est en retrait par rapport au montant des crédits engagés (les responsables interrogés estiment qu'il y aurait une surfacturation de l'ordre de 25%).

D'une façon transversale, il a été déploré la trop forte centralisation du BIP par la pratique des Délégations à gestion centrale et/ou des Délégations ponctuelles.

4. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ

A partir d'un échantillon de 143 formations sanitaires (dont 109 du secteur public et 34 du secteur privé), l'offre des services de santé a été appréciée à travers les infrastructures de base, la disponibilité des effectifs du personnel de santé, la rémunération du personnel, la disponibilité des médicaments essentiels, le taux de fréquentation par les populations et la supervision du fonctionnement des formations sanitaires.

4.1 Les infrastructures de base

En ce qui concerne **l'accès à l'électricité**, et en dehors de la province de l'Est où l'on rencontre deux Hôpitaux de District sur trois qui possèdent l'électricité, quasiment tous les autres HD sont connectés au réseau électrique (Aes – Sonel). Pour les CMA et les CSI, environ un CMA sur deux ne possède pas d'électricité, ce chiffre est légèrement en hausse dans les CSI (53%).

L'approvisionnement en eau courante n'est assuré que dans 65% des HD, 37% des CMA et 23% des CSI. Pour y faire face, la plupart des formations sanitaires utilisent des sources alternatives d'approvisionnement en eau que sont les forages (27 % des HD ; 31% des CMA et environ 25% des CSI) , les puits/ sources aménagées (21 % des HD ; 44% des CMA et 42% des CSI).

S'agissant **des communications téléphoniques et par radio**, 06 HD sur 10 disposent d'une ligne téléphonique contre environ 37% des CMA et seulement 10% des CSI . Comme moyen de communication alternative, l'utilisation de la radio n'est pas non plus suffisamment répandue : 11% des HD, aucun CMA et 10% des CSI.

Les laboratoires d'analyse sont disponibles dans tous les HD de l'échantillon contre 81,3% pour les CMA. La situation paraît plus préoccupante en ce qui concerne les CSI où environ 46% de ceux-ci ne disposent pas de laboratoire.

Les congélateurs ou les réfrigérateurs (chaîne de froid) servant à la conservation des vaccins et de certains médicaments sont présents dans tous les HD et dans 87,5% des CMA ; 07 CSI sur 10 sont dotés d'une chaîne de froid.

La disponibilité des salles de consultation, des lits d'hospitalisation ou observation et les équipements médicaux de base est fonction du type de la formation sanitaire, de sa localisation et selon que cette formation est du secteur public ou privé. De manière général, les HD sont mieux lotis. Dans la même catégorie, les formations sanitaires privées (surtout confessionnelles) sont généralement mieux équipées.

La logistique de transport est assez rare dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées : 85,1% de l'échantillon ne possède pas d'ambulance en état de marche dont 88% des formations sanitaires publiques et 75,8% chez les privées. Les véhicules de services autres que les ambulances sont quasiment inexistantes dans toutes les formations sanitaires visitées. Pour ce qui est des motocyclettes, 37,7% disposent au moins d'une, 6,3% disposent de deux et 2,8% possèdent plus de trois motocyclettes contre 53,8% des formations sanitaires qui n'en possèdent aucune. Il faut souligner que ce moyen de locomotion est plus en usage dans le public.

4.2 Effectif du personnel des formations sanitaires

Suivant les résultats de l'enquête, l'effectif du personnel dans les formations sanitaires visitées n'a pas assez varié au cours des deux dernières années. Ainsi, l'effectif moyen du personnel en 2001/2002 était de 37,6 pour les Hôpitaux de District ; 13,1 pour les CMA et 7,9 pour les CSI. En 2003, ces niveaux d'effectif n'ont pas significativement changé.

La province du Nord paraît la plus mal dotée en personnel sanitaire : l'effectif moyen dans cette province est de 10,3 dans les Hôpitaux de District ; 3,5 dans les CMA et 2,6 dans les CSI.

4.3 La disponibilité du personnel de santé et les rapports entre les patients et le personnel de santé

Parmi les patients rencontrés dans les formations sanitaires, 28,8% déclarent qu'ils ont été consultés par un médecin, 32,9% par un infirmier chef et 37,5% par un infirmier ou sage-femme. La consultation des infirmiers et sages-femmes traduit en réalité l'indisponibilité et/ou l'insuffisance des médecins et des infirmiers chefs (habiletés à poser les diagnostics). La consultation d'un personnel médecin est fonction décroissante du niveau de la formation sanitaire.

S'agissant de la qualité de la prise en charge des patients par le personnel de santé, environ 9 patients sur 10 trouvent que la consultation est dans la plupart des cas bonne et complète. Concernant l'attitude

du personnel, 85% des patients déclarent que le personnel affiche une attitude humaniste contre 10% qui affirment être victime d'une mauvaise prise en charge. La prescription des ordonnances et des examens semble plutôt bien appréciée par les patients.

4.4 L'absentéisme dans les formations sanitaires

Pour mieux apprécier la disponibilité du personnel dans les formations sanitaires de l'échantillon l'enquête s'est intéressée aux absents. Le taux d'absence est de 5,6% dans l'ensemble des structures de santé visités. De façon spécifique, ce taux est de 3% pour les Hôpitaux de District ; 8,5% pour les CMA et 10,4% pour les CSI. Les provinces de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua et de l'Est s'avèrent être celles où l'absentéisme est plus constaté avec des taux de 17% pour la première, 14% pour la seconde et 13% pour la troisième.

4.5 La rémunération du personnel dans les formations sanitaires

Parmi les éléments de motivation pouvant influencer sur la qualité des services rendus par le personnel, et en dehors du cadre de travail, l'enquête s'est intéressée à la rémunération du personnel et ses principales composantes que sont le salaire et autres avantages y rattachés, notamment les primes.

Outre le problème de paiement régulier des quotes-parts, l'ensemble du personnel des corps des services médico-sanitaires est globalement insatisfait des conditions de rémunération. La double baisse des salaires de 1993, la dévaluation du FCFA de janvier 1994 et l'inflation ont gravement affaibli le pouvoir d'achat. D'après la plupart des agents rencontrés, certaines déviances professionnelles y trouveraient leur origine.

4.6 Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires

Une liste des médicaments essentiels dont la disponibilité a été évaluée pendant l'enquête a retenu le *Métronidazole*, la *Rifampicine*, la *Chloroquine*, le *Cotrimoxazole*, les *vaccins anti-rougeoleux* et les *vaccins DT/DPT*. Les médicaments déclarés disponibles dans les formations sanitaires pendant la période de l'enquête sont le *Cotrimoxazole* (disponible dans tous les HD et le CSI) et le *Métronidazole* qui est disponible dans 97% des formations sanitaires. Par contre, seulement sept formations sanitaires sur dix ont en stock les vaccins anti-rougeoleux et DT/DPT. Environ une structure sur deux ne dispose pas de *chloroquine* et la *Rifampicine* est plutôt rare dans les formations sanitaires (14% seulement en disposent).

4.7 Fréquentation des formations sanitaires selon les préférences

Dans l'ensemble de l'échantillon, 65,3% de bénéficiaires ont fréquenté une structure de santé publique contre 34,7% qui ont opté pour une formation sanitaire privée. A Douala et dans le Sud-ouest, la population enquêtée préfère fréquenter les formations sanitaires privées : 55,6% et 53,6% respectivement.

4.8 Supervision

Durant le premier semestre 2003, 88% des chefs de services de santé de District ont effectué au moins une supervision dans les formations sanitaires de leur zone de compétence, parmi ceux-ci, 82% avaient un planning de supervision à l'avance. Au cours de la même période, 85% des chefs de service de santé de District ont été supervisés par leur supérieur hiérarchique. Dans l'échantillon des formations sanitaires, ce sont les CMA qui ont été les plus supervisés (87,5%) suivis des CSI (76,9%). Les critères de supervision restent encore méconnus par près de 40% des responsables des formations sanitaires.

5. LES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTE

La demande de santé a été appréhendée en trois niveaux : i) les effectifs des patients , ii) le profil desdits patients et, iii) leur appréciation par rapport aux services dont ils sont bénéficiaires.

5.1. Effectif des patients reçus

En 2001/2002, les formations sanitaires enquêtées ont en moyenne reçu 15 patients par jour dont 22 patients dans les HD, 17 patients dans les CMA et 12 patients dans les CSI. Le nombre de patients croît avec la catégorie de la formation sanitaire : plus la formation sanitaire est de référence élevée, plus elle reçoit des malades. Cela peut s'expliquer par l'offre d'un plateau technique de services plus riche en qualité et en quantité que l'on retrouve dans ces formations sanitaires.

En terme de répartition spatiale, les deux grandes villes (Yaoundé et Douala) enregistrent 45% des patients des hôpitaux de district. Par zone d'étude, Douala enregistre le plus grand nombre de patients par jour toutes catégories de formations sanitaires confondues, suivi du Nord-ouest et de l'Extrême nord. Le plus faible recours aux formations sanitaires est enregistré dans les provinces du Sud, de l'Est et de l'Adamaoua.

5.2 Profil des patients et déterminants du choix

L'option de recourir à une formation sanitaire ou non peut être tributaire de plusieurs facteurs isolés et/ou d'une combinaison d'autres facteurs, notamment i) le pouvoir d'achat à travers le groupe socioéconomique, ii) le plateau technique de la formation sanitaire, iii) la proximité de la formation sanitaire et iv) les coûts d'accès aux soins. Ces déterminants empiriques ont été confirmés par une analyse factorielle des données selon l'approche en correspondances multiples.

- **Le groupe socioéconomique**

L'analyse des résultats permet de noter que les patients se déterminent dans leur choix suivant leur capacité de financement : les plus nantis se dirigent vers les HD en milieu urbain, et les moins nantis fréquentent davantage les autres formations sanitaires de catégorie inférieure. En zone rurale où l'incidence de la pauvreté est la plus forte selon les résultats de l'ECAM II, le facteur de choix le plus déterminant semble être la proximité de la formation sanitaire.

Ainsi, les travailleurs du secteur public – donc majoritairement urbains - sont les plus nombreux à solliciter les HD, 33% dans l'ensemble dont 28 % en milieu urbain ; alors que les agriculteurs sont 65% à aller dans les CSI – dont 55% en milieu rural et 10% en urbain- et les travailleurs du privé informel (64%) fréquentent plus les CMA et les CSI. Les travailleurs privés informels, les chômeurs et les inactifs, même en milieu urbain privilégient les CSI aux autres formations sanitaires.

- **Capacité technique de la formation sanitaire à offrir les soins de qualité**

Le choix des patients est aussi déterminé par la capacité technique de la formation sanitaire à offrir les soins de qualité . Ainsi, plus de 40% des malades vont dans les HD pour les cas de maladies jugées graves qui nécessitent une compétence plus grande du personnel médical. Pour les maladies jugées bénignes, les patients préfèrent se rendre dans les centres de santé de catégorie inférieure. Enfin pour un meilleur suivi, 77% des femmes effectuent les consultations prénatales et postnatales dans les centres de santé. La proximité et le caractère pas très compliqué de cette activité pouvant le permettre et justifier ce taux élevé.

- **La proximité de la formation sanitaire**

Les populations sont généralement sensibles à proximité des formations sanitaires à visiter. Cependant, elles sont disposées à effectuer des distances plus longues (si moyens suffisants) pour aller se faire consulter/soigner dans des formations sanitaires publiques ou privées plus lointaines et qui bénéficient d'une meilleure réputation (bon plateau technique et qualité du personnel).

- **Coûts des services et des soins de santé**

Les ménages dépensent en moyenne 659 FCFA par personne pour les consultations dans un hôpital de district, 967 FCFA dans un CMA et près de 1032 FCFA dans un CSI. De façon générale, les populations de Yaoundé et de Douala paient plus cher les visites médicales que partout ailleurs. La région du grand Nord enregistrant les coûts de visites médicales les plus bas.

Malgré les coûts plus élevés pratiqués dans les formations privées, beaucoup des ménages sont disposés à s'y rendre, convaincus de la bonne qualité des soins. Ainsi, 94% des personnes interrogés sont satisfaits de la qualité de la consultation, 82% trouvent les médicaments prescrits adaptés à la maladie et près de 53% des ménages jugent les dépenses suffisantes par rapport au résultat.

- **Temps d'attente et durée de la consultation**

Le temps d'attente fait partie des premières mesures de la prise en charge dans les formations sanitaires. Selon qu'il est plus ou moins long, son effet psychologique joue un rôle important dans la thérapie du patient qui sent ainsi ses souffrances partagées et donc plus ou moins allégées. Dans notre étude, ce temps varie aussi suivant la qualification du personnel sanitaire consulté. En général, on attend un médecin pendant 52 minutes, 30 minutes d'attente pour un infirmier chef et tout autre personnel sanitaire. Ce temps d'attente varie par ailleurs avec la catégorie de la formation sanitaire : plus la FS est de catégorie élevée, plus on met du temps à attendre le personnel à consulter.

5.3 Appréciation de la qualité des prestations de services

L'appréciation de la qualité des prestations a été faite à partir des informations sur la qualité du personnel, la qualité de l'accueil, les caractéristiques physiques des formations sanitaires et des dépenses effectuées pour accéder au service ou au soin de santé.

La qualité du personnel conditionne la qualité des prestations dans une formation sanitaire. Dans l'ensemble, environ 29% des usagers interrogés dans les formations sanitaires ont été consultés par un médecin, 33% ont été consultés par un infirmier chef qui dirige la formation sanitaire et un peu plus de 37% ont été consultés par les autres catégories de personnel de santé. Plus est grand le nombre d'usagers consultés par un médecin, plus la qualité est assurée. Le nombre d'usagers consultés par un médecin est plus élevé dans les formations sanitaires privées que celles du public ; et c'est pour cette raison que les patients préfèrent en général aller en consultation dans le privé que dans le public, même si les prix pratiqués y sont plus élevés.

S'agissant de la qualité de l'accueil, la majorité des usagers (90,3% dont 24,8% de très satisfaits) ont déclaré être satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé par le personnel de santé. Ils sont 91,4% à reconnaître que la consultation s'est bien passée et qu'elle a été complète et approfondie pour une durée moyenne de 20 minutes.

En ce qui concerne les caractéristiques des formations sanitaires, 42,2% des patients jugent que les locaux sont en bon état, 40,2% d'entre eux trouvent que les toilettes sont propres et 59,8% déclarent que les conditions d'hygiène et de salubrité sont bonnes. Paradoxalement, 13% des patients ont un mauvais jugement sur l'état des locaux, 19,1% trouvent que les toilettes sont sales et 19,3% déplorent les conditions d'hygiène dans les structures sanitaires fréquentées.

Parlant de l'appréciation des dépenses effectuées dans les formations sanitaires, 53% jugent normal ou suffisant le niveau des dépenses effectuées au regard des résultats obtenus. Néanmoins, le tiers des personnes interrogées est satisfait des dépenses effectuées, 13% les jugent excessives

6. SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS RECUEILLIES

Par rapport aux objectifs de l'enquête, de formuler des recommandations dont la mise en œuvre par le Gouvernement va contribuer à l'amélioration de l'exécution budgétaire et donc la qualité des prestations aux populations bénéficiaires, celles-ci peuvent être réparties en deux groupes. Le premier groupe concerne les recommandations relatives à l'exécution budgétaire, et le second groupe reprend celles se rapportant à la satisfaction des bénéficiaires.

6.1 Recommandations sur l'exécution budgétaire

L'exploitation des informations fournies par les gestionnaires des crédits délégués et les autres acteurs intervenant dans le circuit de la dépense publique a permis d'identifier un certain nombre de problèmes dont la résolution est susceptible d'améliorer l'exécution budgétaire dans un contexte de transparence et de bonne gouvernance. Ces problèmes sont relatifs à la qualité de l'information budgétaire, aux délais d'exécution du budget, à la nature des relations entre les différents intervenants et au fonctionnement des commissions des marchés publics. Les suggestions faites se concentrent sur ces quatre aspects.

6.1.1 Amélioration de la qualité de l'information budgétaire

Dans le souci d'assurer une plus grande traçabilité de l'information budgétaire, il a été suggéré :

- d'améliorer et de compléter les informations se rapportant à la loi des finances et de produire à bonne date, le journal des projets complet et exhaustif ;
- d'instituer la production en plusieurs copies par les gestionnaires des crédits d'un rapport semestriel ou annuel sur l'exécution des crédits mis à leur disposition (y compris les délégations ponctuelles) ;
- de limiter le recours aux délégations ponctuelles des crédits ; car une bonne préparation et une rigoureuse programmation *ex ante* du BIP doivent permettre de ne point faire recours à cette pratique *ex post*.

6.1.2 Réduction des délais d'exécution du budget

L'enquête ayant en effet montré qu'il s'écoule en moyenne 3 à 4 mois entre l'émission des cartons et l'engagement de la dépense, il a été fortement recommandé :

- d'examiner la possibilité de supprimer les cartons ou alors de transférer son émission au niveau provincial. En effet, l'état de l'informatisation de la chaîne de la dépense publique (notamment entre la Direction du Budget et les Contrôles provinciaux des finances) permet d'envisager une telle réforme.
- de réduire le nombre d'opérations à exécuter avant d'atteindre la phase de paiement de la dépense.
- d'interdire sauf en cas d'erreur et de nécessité établi le retour des cartons au niveau central.

6.1.3 Assainissement des relations entre les différents intervenants

Il s'agit de prendre des mesures qui introduisent plus de transparence et plus de responsabilité à tous les niveaux et qui par conséquent réduisent les coûts de transaction. Dans ce cadre :

- La Direction du Budget devra donner à la Direction du Trésor toutes les informations sur les crédits ouverts par poste comptable de manière à lui permettre de prévoir à son tour les fonds à transférer.

- Les responsables devant assumer des fonctions précises dans la chaîne des dépenses publiques devront être tous désignés à temps et les contrôles d'inspection interne devront permettre de vérifier qu'ils assument effectivement leurs responsabilités.

6.1.4 Amélioration du fonctionnement des commissions des marchés publics

Tout en veillant au fonctionnement effectif des commissions des marchés publics, il faudra aussi veiller à ce que les services bénéficiaires des prestations soient impliqués au moment de la spécification des besoins et à la réception. Les populations bénéficiaires ultimes devront être au moins impliquées au moment de la réception notamment à travers leurs représentants au sein des comités de gestion des formations sanitaires.

6.2 Recommandations sur la satisfaction des bénéficiaires

6.2.1 Recommandations recueillies auprès des patients dans les formations sanitaires

Chez les patients rencontrés dans les formations sanitaires enquêtés, les principales actions à entreprendre pour l'amélioration de la qualité du service dans les structures sanitaires ne varient pas en fonction des régions, ni des types de formations sanitaires et des groupes socioéconomiques des répondants. Ces actions sont par ordre d'importance : i) l'augmentation de l'effectif du personnel soignant, ii) l'amélioration de l'entretien des locaux, iii) l'amélioration de la rémunération du personnel en tenant compte du rendement effectif de chacun.

S'agissant du cadre et des moyens de travail, les patients ont suggéré de renforcer l'équipement en matériels médicaux appropriés, de recruter davantage du personnel et de réduire les coûts des prestations.

*** Recommandations recueillies auprès des ménages**

Selon les ménages, les principales actions à entreprendre par le Gouvernement pour l'amélioration du système de santé sont i) le recrutement du personnel soignant, ii) l'amélioration de la rémunération du personnel et le paiement des primes en fonction du rendement effectif, iii) l'amélioration de l'entretien des locaux et iv) l'amélioration de l'accueil des usagers.

6.2.1 Recommandations formulées par les responsables des formations sanitaires

Par rapport aux problèmes rencontrés, les responsables interrogés ont suggéré la mise en œuvre des actions susceptibles de contribuer à améliorer la situation. Il s'agit notamment par ordre d'importance de i) de l'acquisition de nouveaux locaux dotés des services de base (eau, électricité, téléphone, toilette, etc.), ii) de l'équipement en matériels techniques, iii) du renforcement de la capacité logistique (ambulance et véhicules), iv) du recrutement du personnel qualifié, v) de l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels à prix abordables, vi) l'adoption d'une politique claire de tarification et vii) l'effectivité de la gratuité des soins de santé primaires. /-

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Contexte

Le Cameroun a renoué avec la croissance économique depuis l'exercice 1994/95, après la grave crise économique et financière qui a sévi à partir de 1986/87. Les équilibres macroéconomiques ont été rétablis. Le retour à la croissance économique et le rétablissement de la stabilité macroéconomique sont la résultante des politiques et des stratégies que les autorités camerounaises mettent en œuvre avec détermination. Malgré les progrès ainsi enregistrés sur le plan économique, les conditions de vie des populations s'améliorent timidement et la pauvreté reste un défi majeur pour le Cameroun. Pour lutter efficacement contre ce fléau, le Gouvernement a adopté depuis avril 2003 un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le met en œuvre avec l'appui de toutes les forces vives et les partenaires au développement.

Dans ce Document de référence, les autorités accordent une grande priorité à l'éducation et à la santé. Dans ces deux secteurs, les objectifs poursuivis par le Gouvernement sont 1°) d'une part l'amélioration de l'état de santé des populations à travers l'accroissement de leur accessibilité aux soins intégrés et de bonne qualité, et 2°) d'autre part de faciliter l'accès d'un plus grand nombre des jeunes en âge scolaire à une éducation et formation professionnelle de bonne qualité permettant une insertion facile dans le circuit économique et social. Chacun de ces deux secteurs a fait l'objet d'une stratégie sectorielle assortie d'un plan d'actions détaillé et qui sont en cours d'exécution.

Tirant profit des leçons des programmes de réformes économiques qu'il met en œuvre et des résultats des consultations participatives organisées en 2000 et en 2002 dans toutes les provinces du pays, le Gouvernement est déterminé à poursuivre la mise en œuvre de son Programme National de Gouvernance, à renforcer la lutte contre la corruption, à améliorer l'efficacité des services administratifs et à assurer l'effectivité et la qualité de la dépense publique.

La présente étude inscrite dans le plan d'actions prioritaires du volet Gouvernance et lutte contre la corruption du DSRP est l'un des déclencheurs du Point d'achèvement de l'Initiative PPTE que les autorités entendent atteindre au cours de 2004, de manière à pouvoir mobiliser toutes les ressources financières attendues de cette Initiative pour financer durablement les programmes et projets de réduction de la pauvreté. Les recommandations issues de cette étude seront adoptées et mises en œuvre par le Gouvernement suivant un calendrier qui sera établi.

1.2 Objectifs

L'objectif de l'étude est 1°) la production d'un rapport sur l'exécution budgétaire et l'appréciation de la qualité des prestations des services et des soins dans les secteurs de la santé et de l'éducation, 2°) l'adoption d'un plan d'actions prioritaires dont la mise en œuvre est susceptible de contribuer à assurer plus de traçabilité dans la gestion des dépenses publiques et à améliorer la qualité des prestations et soins offerts aux populations cibles.

Les objectifs spécifiques visés dans l'étude sont les suivants :

- Procurer une évaluation quantitative des délais d'exécution du budget en se focalisant sur les transferts de ressources destinées au financement des dépenses non salariales ;
- Évaluer les pertes de ressources au niveau des services publics décentralisés par un audit détaillé : (i) des procédures de passation des marchés, (ii) de la répartition des ressources entre les services locaux décentralisés (services provinciaux et départementaux) et les structures prestataires de services publics comme le centre de santé ou l'école ;
- Évaluer la satisfaction des usagers par la qualité et l'efficacité des prestations des services publics d'éducation et de santé.

1.3 Approche méthodologique

L'étude couple en réalité deux enquêtes : i) un volet sur le suivi de la dépense budgétaire (budget tracking) et ii) un volet sur l'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires des prestations dans les deux secteurs.

En raison des contraintes liées à la disponibilité de certains responsables du secteur de l'éducation, l'enquête a été menée en deux phases.

- La première phase a couvert le volet exécution budgétaire du secteur santé et le volet satisfaction des bénéficiaires dans les deux secteurs. Cette phase a eu lieu à partir du mois d'octobre 2003. Les travaux d'exploitation et d'analyse des résultats se sont poursuivis jusqu'en mars 2004.
- La seconde phase devra couvrir le volet exécution budgétaire du secteur éducation. La collecte des données est prévue en mars/avril 2004 ; l'exploitation et l'analyse des résultats en mai/juin 2004.

La méthodologie retenue pour appréhender les aspects liés à la satisfaction des bénéficiaires s'est appuyée sur les travaux de l'ECAM II réalisée en 2001 sur toute l'étendue du territoire national, auprès d'un échantillon représentatif d'environ 12.000 ménages.

1.4 Champ de l'enquête

L'enquête a couvert l'ensemble du pays. Pour les besoins de désagrégation de l'information, le territoire national a été découpé en douze zones d'enquête (ZE) ou strates à savoir, chacune des dix provinces, et les deux principales métropoles que sont Yaoundé et Douala.

Encadré 1: Les limites du champ de l'enquête

Dans le cadre de la présente enquête, nous avons volontairement écarté du champ de l'étude les aspects relevant de la section « trésor » pour la simple raison du respect du principe de subsidiarité et afin d'éviter de reprendre des travaux récents. En s'inscrivant dans une logique de complémentarité, nous avons voulu mettre à profit les résultats des travaux existants et ne pas tomber dans un des travers qui nuisent à la qualité de la dépense publique : le double emploi. Parmi les rapports existants sur ces aspects, nous citons le rapport final de la première mission d'audits annuels des ministères de la Santé publique et de l'Education nationale, publié en mars 2003 et réalisée par le cabinet PROMAN.

Cette étude qui reste d'actualité a particulièrement effectué les audits sur les plans organisationnel, comptable et financier, informatique et le contrôle physique de la matérialité des dépenses des deux ministères suscités et qui font l'objet de notre étude. Le cabinet PROMAN a également formulé des recommandations sur la base des constats faits et a esquissé un projet de plan d'action.

Une autre étude réalisée par le cabinet Ernst & Young sur l'audit des procédures d'exécution et de contrôle des dépenses d'investissement public avait préalablement déblayé le terrain de l'examen du circuit budgétaire.

Selon le niveau d'intervention considéré, l'unité d'enquête est un service central ou un service extérieur du MINSANTE (Délégation Provinciale de la Santé Publique ou Service de Santé de District), du MINFIB (Contrôle Provincial des Finances ou Contrôle Départemental des Finances) ou du Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire, une formation sanitaire, impliqué d'une façon ou d'une autre comme maillon du circuit de la dépense publique, un ménage ou un malade en tant que bénéficiaires de services d'éducation ou de santé.

Le tirage des échantillons s'est fait suivant un plan de sondage stratifié à un ou plusieurs degrés suivant le type d'unité d'enquête considéré.

Chaque zone d'enquête ainsi définie comprend un certain nombre d'unités primaires (UP): les départements (3 tirés) comme subdivisions des provinces, et les arrondissements en ce qui concerne les villes de Yaoundé et Douala. La définition de l'unité primaire (UP) ici utilise le découpage territorial en vigueur en 1987, date du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) ayant servi de base après actualisation dans le cadre de l'ECAM II. Ensuite, dans l'espace territorial de chaque unité primaire se trouvent un certain nombre de formations sanitaires et de zones de dénombrement (ZD) de l'ECAM II.

Les étapes du tirage ont été les suivantes :

- Toutes les 10 délégations provinciales de la Santé Publique font partie de l'échantillon.

- Au premier degré de tirage, trois unités primaires (UP) sont sélectionnées.

Pour les provinces autres que le Centre et le Littoral, l'unité primaire comprenant le Chef-lieu a été sélectionnée, et 2 autres UP choisies au hasard.

En dépit de la non correspondance entre le découpage administratif et le découpage de la carte sanitaire, chaque UP comprend au moins un district de santé, soit au moins un service de santé de district (SSD), un hôpital de district (HD) et parfois un Centre médical d'arrondissement (CMA) ou une formation sanitaire (privée) équivalente.

A défaut de ce district de santé, un autre est tiré au hasard parmi les districts de santé qui composent l'UP. Le service de santé de ce district est enquêté ; puis l'Hôpital de District correspondant et, s'il en existe, en moyenne un Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ou une formation sanitaire (privée) équivalente. 2 ou 3 centres de santé sont tirés au hasard au cas où il n'y a pas de CMA, de manière à avoir 12 formations sanitaires dans chaque district de santé. Au total, on a : 46 services extérieurs et 144 formations sanitaires.

Pour ce qui est du tirage des bénéficiaires, le ressort territorial de chaque district de santé comprend en principe une ou plusieurs ZD enquêtées à l'ECAM II. De ces ZD, en moyenne 6 bénéficiaires sont choisis au hasard dans le ressort de chaque district de santé retenu à Yaoundé ou à Douala, et 3 dans chacun des autres districts de santé sélectionnés dans le reste du pays.

Dans chaque ZD ECAM II tirée, et à partir de la base de sondage des ménages obtenus à l'ECAM II, et de façon systématique 8 ménages sont choisis à Yaoundé et à Douala et 14 ménages ailleurs.

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon du volet santé par zone

Région	DPSP	SSD	Formations sanitaires				Total
			Hôpitaux de district	CMA	CSI	Sous total	
Douala		3	3	3	6	12	15
Yaoundé		3	3	3	6	12	15
Adamaoua	1	3	3	3	6	12	16
Centre	1	3	3	3	6	12	16
Est	1	3	3	3	6	12	16
Extrême Nord	1	3	3	3	6	12	16
Littoral	1	3	3	3	6	12	16
Nord	1	3	3	3	6	12	16
Nord Ouest	1	3	3	3	6	12	16
Ouest	1	3	3	3	6	12	16
Sud	1	3	3	3	6	12	16
Sud Ouest	1	3	3	3	6	12	16
Ensemble	10	36	36	36	72	144	190

Source : PETS 2003

Pour les bénéficiaires malades, dans chaque Hôpital de District ou CMA (ou assimilé), 10 malades hospitalisés sont choisis systématiquement; et dans chaque Centre de Santé, 10 patients venus en consultation externe sont interviewés. Soit au total 1 512 bénéficiaires ménages et 1440 bénéficiaires malades.

Tableau 2 : Distribution de l'échantillon des bénéficiaires (ménages et malades) par zone

	Nombre de ZD ECAM à enquêter	Ménages bénéficiaires	Bénéficiaires malades	Total
Douala	18	126	120	246
Yaoundé	18	126	120	246
Adamaoua	9	126	120	246
Centre	9	126	120	246
Est	9	126	120	246
Extrême-Nord	9	126	120	246
Littoral	9	126	120	246
Nord	9	126	120	246
Nord-Ouest	9	126	120	246
Ouest	9	126	120	246
Sud	9	126	120	246
Sud-Ouest	9	126	120	246
Ensemble	126	1512	1440	2952

Source : PETS 2003

CHAPITRE 2 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AU CAMEROUN

2.1 Contexte de développement du secteur santé

2.1.1 Contexte démographique

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peuls et bantous. Le pays compte ainsi plus de 230 ethnies réparties en cinq (05) grands groupes:

- dans la partie septentrionale du pays, on retrouve les Soudanais, les Hamites, les Sémites ;
- dans le reste du pays se retrouvent les groupes Bantous et apparentés ainsi que les Pygmées.

Le taux de croissance annuel de la population est de l'ordre de 2,9% ; taux qui sera bientôt actualisé à l'issue du 3^{ème} RGPH dont les travaux cartographiques sont déjà achevés. Des zones de faible peuplement occupant la majeure partie du territoire national contrastent avec des zones à très forte concentration humaine des hautes terres de l'Extrême Nord et de l'Ouest.

La population est essentiellement jeune: 16% a moins de cinq (05) ans, alors que 27% et 55% ont respectivement entre 5-14 ans (tranche d'âge scolarisable) et moins de 20 ans ; seuls 5% de la population a plus de 60 ans et la tranche d'âge potentiellement active (15–49 ans) représente 59%.

Cette structure de la population constitue autant de facteurs de risque et donc un potentiel élevé de la demande de santé au Cameroun.

2.1.2 Présentation du système de santé publique

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé. A ce titre et entre autres missions à lui dévolues, 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 de médecin, de chirurgien-dentiste, de pharmacien, d'infirmier, de technicien médico - sanitaire, de technicien biomédical et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants ; assure la tutelle 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 .

Il est par ailleurs responsable de la gestion des services et formations sanitaires publics ; de l'amélioration du système national de santé à travers le développement des soins promotionnels, préventifs, curatifs et

la réhabilitation et l'élaboration et du respect des normes en matière de qualités de soins, de médicaments et dispositifs médicaux, d'infrastructures et équipements de santé, d'eau et d'alimentation.

Pour l'accomplissement de ses missions, le Ministère de la Santé Publique dispose : d'une Administration Centrale ; de Services Extérieurs ; de Formations Sanitaires Publiques ; et des Organisation et Comités Techniques Spécialisés.

- **Les Services extérieurs**

Les Services Extérieurs du Ministère de la Santé Publique comprennent :

- les Délégations Provinciales de la Santé Publique ;
- les Districts de Santé ;
- les Formations Sanitaires Publiques.

- **La Délégation provinciale de la Santé Publique**

La Délégation provinciale de la santé Publique couvre les limites territoriales de la province. Elle est placée sous l'autorité d'un Délégué Provincial. Elle est chargée d'une mission permanente et générale d'information, de coordination technique, de synthèse et de gestion administrative de l'ensemble du personnel et des structures de la province relevant du Ministère.

- **Le District de Santé**

Le District de Santé constitue une entité socio-économique assurant des prestations accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. Il suit les limites des circonscriptions administratives, et peut, en cas de besoin, couvrir une ou plusieurs unités administratives limitrophes.

- **Le Service de Santé de District**

Placé sous l'autorité d'un Chef de Service, le service de santé de district assure la coordination des structures de santé implantées dans le District de Santé et veille à la viabilisation de celui-ci. Il assure la planification de l'ensemble des activités du secteur de la santé dans le District ; l'organisation, de la mise en œuvre et du suivi des programmes de lutte contre la maladie.

- **Les formations sanitaires publiques**

Les Formations Sanitaires Publiques sont classées ainsi qu'il suit:

- 1^{ère} catégorie : Hôpitaux Généraux (HG) ou Hôpitaux de 4^{ème} référence ;
- 2^{ème} catégorie : Hôpitaux Centraux (HC) ou Hôpitaux de 3^{ème} référence ;
- 3^{ème} catégorie : Hôpitaux Provinciaux et assimilés (HP/HPA) ou Hôpitaux de 2^{ème} référence ;
- 4^{ème} catégorie : Hôpitaux de District (HD) ou Hôpitaux de 1^{ère} référence ;
- 5^{ème} catégorie : Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) ;
- 6^{ème} catégorie : Centres de Santé Intégrés (CSI) ;
- 7^{ème} catégorie : Centres de soins Ambulatoires (CSA).

Les hôpitaux généraux

Les Hôpitaux Généraux sont des Etablissements Publics Administratifs dotés de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie financière. Ils sont régis par des textes particuliers.

Les hôpitaux centraux

Les Hôpitaux Centraux ne relèvent pas de l'autorité directe du Ministre de la Santé Publique. Ils sont régis par des textes particuliers.

Les Autres formations sanitaires publiques

Les autres Formations Sanitaires Publiques sont placés sous l'autorité directe du Ministre de la Santé Publique et se répartissent ainsi qu'il suit :

- Hôpitaux Provinciaux et assimilés ;
- Hôpitaux de District ;
- Centres Médicaux d'Arrondissement ;
- Centres de Santé Intégrés ;
- Centres de Soins Ambulatoires.

Enfin, des organismes et comités techniques spécialisés sont chargés de l'exécution des programmes et projets relevant du domaine de la santé publique.

En attendant les résultats de la carte sanitaire 2003, le tableau ci-dessous présente les données du système national de santé publique au Cameroun de l'année 2001.

Tableau 3 : Synthèse du système national de santé en 2001

Provinces	Population estimée	Districts de santé (nombre)	Aires de santé (nombre)	Formations sanitaires					
				Hôpitaux de référence ¹	Hôpitaux provinciaux	Hôpitaux de district	Hôpitaux de district et assimilés	Centres santé leader	Autres centres de santé
Adamaoua	723 626	7	67	0	1	7	8	57	20
Centre	2 501 229	22	226	6	0	21	48	149	199
Est	755 088	12	94	0	1	11	11	64	49
Ext-Nord	2 721 463	22	183	0	2	19	6	149	23
Littoral	2 202 340	18	152	2	0	18	20	74	128
Nord	1 227 018	13	81	0	1	10	6	73	45
Nord-ouest	1 840 527	13	156	0	1	12	24	110	33
Ouest	1 982 106	16	211	0	1	15	36	158	90
Sud-ouest	1 242 749	14	115	0	1	12	13	92	69
Sud	534 854	6	103	0	1	5	20	50	57
Cameroun	15 731 000	143	1388	8	9	130	192	976	713

Source : INS & MINSANTE (Carte sanitaire 2001)

¹ Il s'agit des hôpitaux de 1^{ère} et 2^e catégorie.

Alors que l'OMS recommande un (1) médecin pour 1000 habitants et un (1) infirmier pour 3 000, cet objectif paraît encore bien loin pour notre pays qui présente un ratio de un (1) médecin pour plus de 26 000 habitants et un (1) infirmier pour 2 200 habitants, en 2001.

Par région, le grand Nord et le Nord-ouest ainsi que le littoral sont les plus mal lotis. La disponibilité des spécialistes est encore plus problématique, notamment dans l'Extrême nord où il n'existe pratiquement aucun chirurgien dentiste ni de médecin spécialiste.

Tableau 4: Ratio Population/ Personnel sanitaire par province en 2001²

N°	Province	01 Médecin		01 Chirurgien dentiste pour	1 Infirmier pour
		<i>Généraliste pour</i>	<i>Spécialiste pour</i>		
1	Adamaoua	25844	723626	723626	2575
2	Centre	14977	41004	500246	1416
3	Est	16780	188772	755088	1833
4	Extrême -Nord	73553	//	//	6403
5	Littoral	30169	28978	244704	1773
6	Nord	53349	204503	613509	2709
7	Nord - Ouest	48435	368105	1840527	3287
8	Ouest	28726	165176	1982106	1691
9	Sud - Ouest	21427	177536	621375	2381
10	Sud	20571	178285	534854	1783
Ensemble du pays		26483	82795	605038	2202

Source : PETS 2003

En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, l'on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes provinces d'une part et, au sein d'une province, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Provinciaux) et les Districts de Santé. On note également les mêmes disparités dans les services au sein d'une même formation sanitaire.

Par ailleurs, le dernier recensement des personnels du Ministère de la Santé Publique s'est achevé en Avril 2001 et a permis de mieux appréhender l'ampleur du déficit en différents types de personnel.

Le tableau suivant montre que dans l'ensemble du système sanitaire au Cameroun, on a un district de santé pour 110 000 habitants, une aire de santé pour 11 334 personnes, un hôpital de district pour près de 50 000 personnes et un centre de santé pour près de 9 500 individus.

² Lire le tableau ainsi : un personnel sanitaire pour x habitants.

Tableau 5 : Nombre d'habitants par unité du système sanitaire et par province en 2001

Provinces	Population moyenne par district de santé	Population moyenne par aire de santé	population moyenne par hôpital de district	population moyenne par centre de santé
Adamaoua	103 375	10 800	48 242	9 398
Centre	113 692	11 067	36 250	7 187
Est	62 924	8 033	34 322	6 682
Extrême nord	123 703	14 871	108 859	15 822
Littoral	122 352	14 489	57 956	10 903
Nord	94 386	15 148	76 689	10 398
Nord-ouest	141 579	11 798	51 126	12 871
Ouest	123 882	9 394	38 865	7 992
Sud-ouest	88 768	10 807	49 710	7 719
Sud	89 142	5 193	21 394	4 999
Cameroun	110 007	11 334	48 854	9 314

Source : PETS 2003

Ces chiffres sont bien au-delà des normes prévues par le Ministère de la santé publique qui attribue pour un district de santé, une population de 80 000 à 100 000 habitants, une aire de santé couvrant une population de 5 000 à 10 000 habitants.

Si quelques régions (Est, Sud-ouest et Sud) obéissent à ces normes, la région du grand Nord et le Littoral souffrent d'un grand déficit en terme de couverture sanitaire.

2.2 Les intervenants dans le secteur Santé

La mise en œuvre de la politique nationale de santé interpelle différents acteurs dont l'Etat, les ménages/communautés, les partenaires extérieurs et le secteur privé y compris les ONG.

2.2.1 L'Etat

L'Etat intervient principalement dans le secteur de la santé comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui relais. Le Gouvernement a élaboré une stratégie sectorielle inclusive qui permet à tous les intervenants d'apporter leur appui au développement de la santé. La mise en œuvre de cette stratégie est en cours depuis environ trois ans et porte déjà des fruits.

Dans son programme d'actions, le Gouvernement a regroupé en 7 (sept) sous-programmes, les programmes de lutte contre la maladie. Ce sont le sous programme de lutte contre les maladies transmissibles, le sous-programme de lutte contre les maladies non transmissibles, le sous-programmes sur les IST/VIH/SIDA/Tuberculose, le sous-programme des maladies bucco-dentaires, le sous-programme sur la surdité, le sous-programme sur la cécité et l'onchocercose et enfin le sous-programme sur les urgences, les épidémies et les catastrophes.

Pour la lutte contre le paludisme, 150 formateurs provinciaux, soit 15 par province, ont été formés, 72 000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées aux femmes enceintes. Dans le cadre du VIH/SIDA et des IST, 250 millions de condoms ont été achetés. 8 millions sont déjà distribués et des contrats sont en cours de signature avec certains ONG pour accélérer la distribution. 11 centre de dépistage volontaire sont fonctionnels et 10 hôpitaux provinciaux ont été dotés de banque de sang et du matériel de dépistage du VIH.

S'agissant de la mise en œuvre du PEV, le taux de couverture en DTC3 est de 69% environ. Pour la PMI, près de 52% des femmes ont reçu le VAT.

En vue de faciliter l'accès des populations aux médicaments essentiels, le Gouvernement a procédé à une forte réduction des prix en renflouant le fonds de roulement des pharmacies des formations sanitaires.

Toutes ces réalisations, en plus de celles du secteur privé, auront permis d'améliorer substantiellement l'offre de santé au Cameroun. Les appréciations encourageantes exprimées au chapitre 5 du présent rapport par les populations bénéficiaires, sont en partie justifiées par ces efforts.

2.2.2 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.

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

ii) Le 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 secteur privé à but lucratif se concentre essentiellement en zone urbaine ; le 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.

Sur l'ensemble des Centres de Santé à but non lucratif, 83 % sont du public, 17% sont privés (Service Catholique de Santé 8,8 %, la FEMEC 7,3 %, Ad Lucem 0,9 %).

2.2.4 Les Partenaires extérieurs

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.

Tableau 6 : Effectif total du personnel du Ministère de la Santé Publique - Avril 2001.

N°	Province /Structure	Médecins			Pharmaciens		Chirurgiens Dentistes		Inf/SF	Médico-Sanit.	Biomé cal.	Géni. San.	Adm. Santé	Autres Person. Fonct.	Cont. Adm.	Agent de l'Etat	PNI	TOTAL
		Gén	Spé.	Cont	Fonct	Cont.	Fonct	Cont.										
1.	Adamaoua	28	1		0		1		281	44	0	2	1		0			358
2.	Centre	57	4		0		5		1024	200	1	41	1		5	288	18	1626
3.	Est	45	4		1		1		412	19	0	6	0					488
4.	Extrême -Nord	37							425	41		14		1	107			625
5.	Littoral	41	9		5		3		815	118		23		11	140			1165
6.	Nord	23	6		2		2		453	58		15			94			653
7.	Nord - Ouest	38	5		1		1		560	103		18	4	16	206			952
8.	Ouest	69	12		2		1		1172	121		26	6	7	9	174	21	1620
9.	Sud	26	3		1		1		300	53		16		1	63			464
10.	Sud-Ouest	58	7		1		2		522	69		12		38	123			832
11.	HGD	21	15	2			3	1	140	2		3	1	4				192
12.	HLD	11	52	2		2	4	1	287	47				7	46			459
13.	HGY	21	13	1					123	42	3			7	3			213
14.	HCY	19	13	8	1	1			235	63	1	1		1	8	48		399
15.	HJ	11	3	1					84	24	1	3		1	24			152
16.	CHU	17	9	1	1				95	35		1		10	2			171
17.	FCBY	19	8	3					109	15					1	17		172
18.	Services Centraux	23	11		1	6			96	19	18	19	17	25	33	126		394
19.	Détachement	30	15						12				6					63
TOTAL		594	190	18	16	9	24	2	7145	1073	24	200	36	43	144	1459	39	11016

Source : MINSANTE, Carte sanitaire 2001

NB.: * PNI: Personnel Non Identifié

Les Médecins enseignant à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ayant atteint l'âge de la retraite à la Fonction Publique ne sont pas pris en compte.

CHAPITRE 3 : CIRCUIT ET TRAÇABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'amélioration de la gestion des dépenses publiques continue d'être au centre des préoccupations du Gouvernement. Les secteurs de la santé et de l'éducation bénéficient chacun d'une part relativement considérable des ressources publiques.

Le secteur de la santé publique représente 4,5% (respectivement 3,9%) du budget total de l'Etat en 2001/2002 (respectivement 2003). Dans sa structure, le fonctionnement représente 4,2% (respectivement 3,3%) de l'ensemble du budget de fonctionnement de l'Etat. Dans le budget d'investissement public, ce secteur bénéficie de 5,8% (respectivement 7,8%) de l'enveloppe totale au cours des deux exercices ci-dessus mentionnés.

Il est donc important pour le Gouvernement de maîtriser le circuit de la dépense publique dans ce secteur ; étant entendu que c'est à travers une dépense publique de qualité que les objectifs en matière de santé publique seront en grande partie atteints. Pour ce faire, il convient d'établir la traçabilité des dépenses publiques, à travers la décomposition de la chaîne des dépenses publiques en maillons.

Dans ce chapitre sont présentés 1°) les principaux intervenants dans le circuit emprunté par la dépense publique dans le secteur de la santé, 2°) les différents actes et opérations (flux de fonds) de l'exécution de la dépense et 3°) les résultats sur la traçabilité des dépenses effectuées.

3.1 Les intervenants du circuit de la dépense publique dans le secteur santé

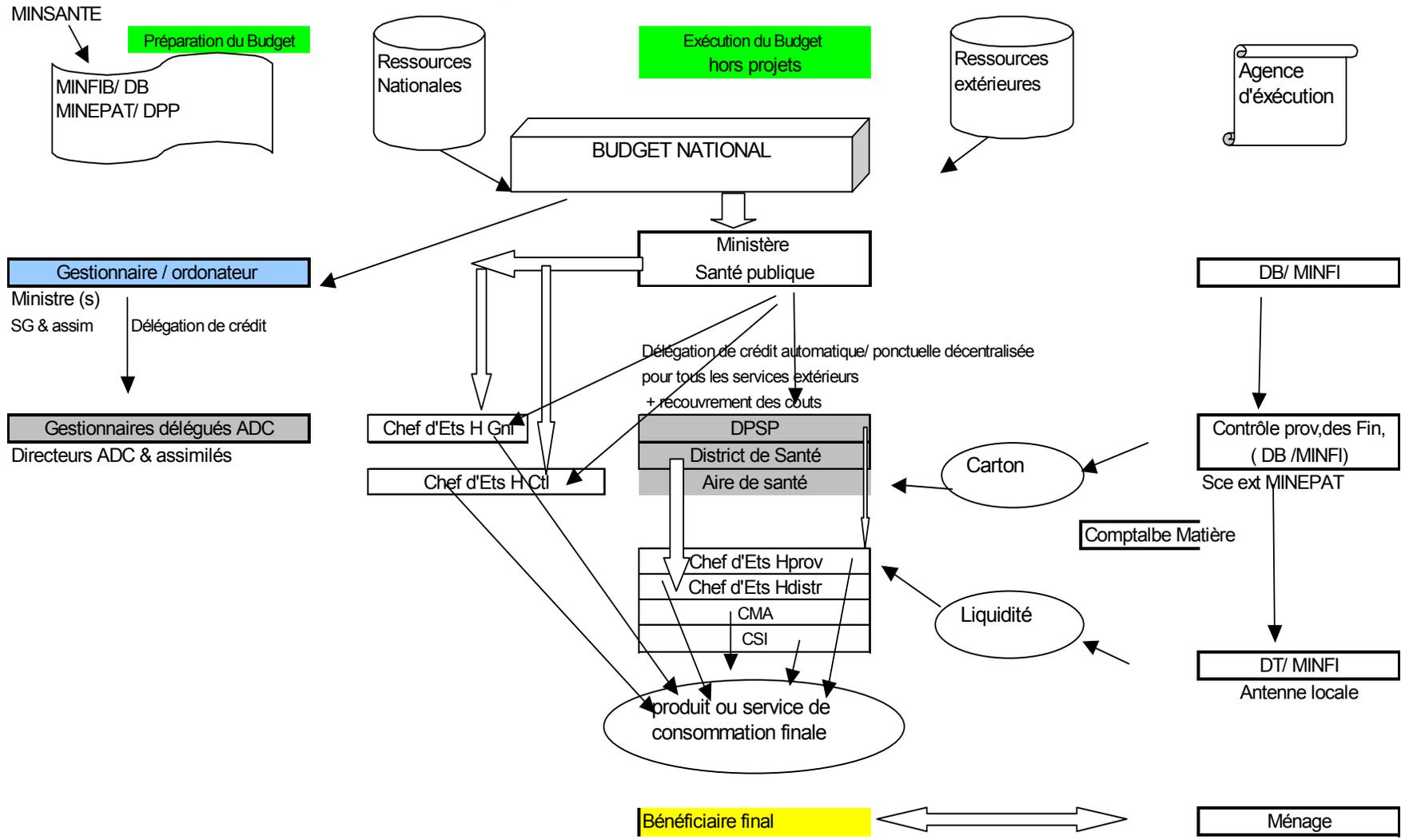
3.1.1 L'ordonnateur principal

L'ordonnance 62/OF/4 du 7 février 1962 réglant le mode de présentation, les conditions d'exécution du budget, de ses recettes, de ses dépenses et de toutes les opérations s'y rapportant fait reposer la gestion budgétaire sur le principe de l'ordonnateur principal unique, même si elle prévoit la possibilité de désigner des ordonnateurs secondaires ou délégués. Au Cameroun et dans le principe, l'ordonnateur principal du budget de l'Etat est le Ministre en charge des finances. Cependant on relève dans les faits que l'ordonnateur du budget de fonctionnement est le ministre chargé des finances (MINFIB) et l'ordonnateur principal du budget d'investissement public est le ministre chargé du BIP (MINEPAT)

3.1.2 Les gestionnaires de crédits

Le décret n° 67-DF- 211 du 16 mai 1967 portant aménagement de la législation financière, s'appuyant sur des dispositions de l'ordonnance susmentionnée, a institué des gestionnaires de crédits. Il s'agit de tous les responsables centraux et extérieurs ayant une délégation de signature les habilitant à ordonner des bons d'engagement (ou bons de commande) sur un quota bien défini des ressources budgétaires.

CIRCUIT DE LA DEPENSE, UNE VISION SYNOPTIQUE



3.1.3 Les commissions de passation des marchés

Dans la réglementation actuellement en vigueur, chaque administration ou institution, en tant que démembrement de l'Etat est doté d'une commission des marchés. Pour les crédits déconcentrés, des commissions provinciales et départementales ont été instituées. En effet, toute dépense d'un montant supérieur ou égal à 5 millions de FCFA doit faire l'objet d'un appel à la concurrence afin de déterminer l'adjudicataire.

3.1.4 Les contrôleurs des finances

Les contrôles financiers relèvent hiérarchiquement du Ministère des Finances et du Budget et s'exercent en son nom à l'intérieur des départements dépensiers. Ils font partie du contrôle interne. En tant que services extérieurs de la Direction du Budget, ils sont présents dans chaque structure chargée de la gestion des fonds publics.

Sur le plan géographique, tous les services extérieurs du MINSANTE (et même des autres départements ministériels sont rattachés à des contrôles (provincial ou départemental) des finances. C'est par ces derniers que transitent les cartons à destination des gestionnaires de crédits de leurs zones de compétence.

Réglementairement, le contrôleur financier veille à la régularité et à la conformité des dépenses. Il est habilité, sans pouvoir juger de l'opportunité de la dépense, à rejeter tout dossier ou toute pièce de dépense ne respectant pas les autorisations budgétaires et/ou la réglementation.

3.1.5 Les services du MINEPAT

Ceux-ci n'interviennent qu'en ce qui concerne le budget d'investissement. En effet, les cartons portant sur le BIP sont édités comme tous les autres cartons par la Direction du Budget du MINFIB. Ils sont remis au MINEPAT qui en assure la ventilation conformément à ce qui figure dans le Journal des projets. De même, au moment de l'exécution d'une dépense d'investissement, une étape supplémentaire de contrôle et de visa de conformité des bons d'engagement (BE) et liquidations est assurée par les services (centraux et extérieurs) du MINEPAT.

3.1.6 La Direction du Budget du MINFI

Elle est à l'amont du processus d'exécution budgétaire, puisque c'est elle qui édite toutes les autorisations de crédits (cartons) conformément aux dotations de chaque structure. Après le visa de régularité des contrôleurs financiers, c'est elle qui se charge du traitement des bons d'engagements avant de passer le relais aux services du Trésor pour le paiement.

3.1.7 Les comptables 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.

3.1.8 Les autres intervenants

a) Les services de la Direction 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 des titres émis au bénéfice des créanciers de l'Etat.

b) Les fournisseurs/ prestataires de services

Ils ne sont pas à proprement parlé un maillon de la chaîne des dépenses, mais leur rôle transversal est déterminant. C'est eux en effet qui assurent la prestation des services ou la livraison des produits objet de la dépense publique et qui sont nécessaires au bon fonctionnement du service public.

3.2 Les actes de gestion de la dépense

3.2.1 La mise en exécution du budget et l'ouverture des crédits

Après adoption officielle du budget par l'Assemblée Nationale, le MINFIB ouvre les crédits inscrits au budget et délègue à chaque ordonnateur secondaire les crédits dont bénéficie son département. Cette information (transmise aux comptables pour qu'ils soient en mesure d'exercer leurs contrôles) vaut autorisation d'engagement et de consommation de crédits. Il faut remarquer que l'autorisation peut être donnée par fractions successives.

Préalablement à l'ouverture des crédits, les actions suivantes sont réalisées :

- Le budget de l'Etat est mis en exécution par une circulaire de l'ordonnateur principal, actuellement le Ministre des Finances et du Budget. Ladite circulaire contient des instructions relatives à l'exécution et au contrôle de l'exécution du budget de l'Etat et des organismes subventionnés ;
- L'accréditation des gestionnaires de crédits auprès du MINFIB (validation des signatures);
- La diffusion du Journal des projets et l'envoi des instructions sur la gestion des crédits délégués par le MINEPAT ;
- La saisie informatique du BIP par la DB/MINFIB.

3.2.2 La commande publique

Par définition, la dépense publique se traduit ici par des décisions d'achat de biens, fournitures ou services. Le responsable d'une structure publique est généralement chargé de définir les besoins de sa structure mais en restant, bien entendu, à l'intérieur de l'enveloppe de crédits ouverts dont il dispose et qui lui a été notifiée par l'ordonnateur principal. Il doit néanmoins veiller à programmer, rationaliser et contrôler ses achats pour que ceux-ci soient effectués au meilleur coût pour la collectivité. A cette fin, il regroupe ses commandes et il est notamment tenu de laisser librement jouer la concurrence et donc de respecter des règles de publicité, de libre accès et de neutralité. C'est pourquoi, la commande publique est généralement très encadrée et très réglementée. Dans la réglementation actuelle, la commande est passée par le gestionnaire à un fournisseur choisi de gré à gré pour toute dépense d'un montant inférieur à 5 millions de FCFA. Dès que la dépense excède ce montant, la commande est passée par une procédure d'appel d'offres assurée par la commission de passation des marchés compétente – ministérielle, nationale ou spéciale -.

3.2.3 Les opérations de dépenses relevant de l'ordonnateur

A l'issue des opérations précédentes, le gestionnaire des crédits passe un bon de commande ou établit une lettre de marché au prestataire de services. Dans le cas d'un bon de commande par exemple, le fournisseur adresse un devis ou une facture pro forma au gestionnaire. L'acte de passation de la commande engage l'administration et fait que le fournisseur détient une créance potentielle sur l'Etat. Cette créance ne deviendra définitive que s'il respecte ses engagements et livre les biens ou services commandés. Pour réserver les crédits qui seront nécessaires au règlement de cette créance, l'ordonnateur engage la dépense pour un montant égal au montant du bon de commande ou du marché. L'engagement donne lieu à un titre de confirmation de créance (TCC) qui est un acte de mise en réserve de crédits. Par soustraction des engagements, l'ordonnateur est en permanence informé des crédits restant disponibles. Lorsque le bien est livré, le comptable matière constate la conformité des biens commandés et livrés. Il procède à leur marquage (identification et suivi) et les prend en inventaire pour assurer la gestion des immobilisations et des stocks consommables ; ceux-ci donnant lieu à l'établissement d'une comptabilité-matières régulièrement contrôlée par les comptables. A la réception de la facture du fournisseur, l'ordonnateur procède à la liquidation de la dépense, c'est-à-dire à la détermination finale du montant exact et définitif de la dépense. Cette dernière peut donner lieu à des opérations d'ajustement en plus ou en moins par rapport au montant initial. L'ordonnateur établit ensuite l'ordre de payer (ordonnancement) qui est transmis à la Direction du Trésor pour exécution. La comptabilité administrative de l'ordonnateur reprend dans l'ordre chronologique chacun de ces actes de gestion (engagement, ordonnancement et liquidation).

3.2.4 Les contrôles exercés par l'ordonnateur principal

L'ordonnateur principal, par le biais d'agents placés sous sa responsabilité (les contrôleurs financiers) contrôle et vise (autorise) chacun de ces actes. Il intervient dans le contrôle de la régularité de la commande publique et de la bonne tenue de la comptabilité matières. Son pouvoir de rejet est sans appel. Il est habilité à faire procéder aux contrôles inopinés qui lui paraissent utiles. Ceux-ci sont exercés par la Division du Contrôle des Opérations de la DB/MINFI et la Sous-direction du Contrôle de la DPP/MINEPAT. Il faut remarquer en passant que les contrôles financiers internes s'exercent généralement sur la régularité de la dépense et non sur son opportunité.

3.2.5 Les opérations de dépenses relevant du Trésor

Le Trésor vérifie la régularité et la conformité des ordres de paiement qui lui sont adressés par les ordonnateurs. Il rejette les ordres qu'il juge irréguliers. Il met en paiement les réguliers. Ses opérations sont reprises par la comptabilité de gestion qu'il tient et qui doit être en concordance avec la comptabilité administrative de l'ordonnateur.

3.3 Le circuit d'exécution de la dépense

Les différentes études portant sur le circuit de la dépense dénombrent entre 26 et 32 opérations successives entre une commande et son règlement au fournisseur³. Nous nous limiterons ici à la présentation des étapes principales que sont : l'engagement de la dépense, la réception et la constatation du service fait, la liquidation, l'ordonnancement et le paiement de la dépense.

3.3.1 L'engagement de la dépense

Après commande à un fournisseur et à la réception de son devis ou de sa facture pro forma, la dépense doit être engagée (les crédits nécessaires au paiement du fournisseur doivent être réservés sur le contingent de crédits budgétaires alloué au gestionnaire pour les dépenses de cette catégorie). La procédure d'engagement est différente selon que la dépense est engagée par les services centraux ou par les services extérieurs.

- *La procédure normale dans les services centraux*

A la réception de la facture pro forma et du dossier de situation fiscale et administrative que le fournisseur doit constituer, les huit (8) opérations suivantes se succèdent :

³ Voir Rapport Ernst & Young. (Op. cit)

1. Le gestionnaire de crédit émet un bon d'engagement (BE) décrivant la dépense, son bénéficiaire et auquel est joint le dossier constitué par le fournisseur ;
2. Prise en compte du BE par le gestionnaire sur ses fiches de contrôle des engagements ;
3. Visa du service émetteur avec désignation du gestionnaire de crédit ;
4. Visa du contrôle financier après contrôles (régularité de la dépense, des prix, des pièces...) ;
5. S'il s'agit d'une dépense d'investissement, le dossier est ensuite transmis au MINEPAT qui vérifie si la dépense est bien inscrite au Journal des projets, vise le dossier dans l'affirmative et enregistre le BE ;
6. Le MINFI (DB) reçoit ensuite le dossier d'engagement et (i) le vise après avoir procédé à de nouveaux contrôles (des prix surtout à partir des mercuriales) ; (ii) effectue la saisie informatique pour la comptabilisation des engagements et (iii) émet un titre de confirmation de créance (TCC) qui vaut autorisation de commande ;
7. Le TCC est retourné au Contrôleur financier pour saisie ;
8. Le gestionnaire reçoit ensuite le TCC et peut confirmer la commande au fournisseur.

- *La procédure normale dans les services centraux*

Dans les services extérieurs, le BE porte la dénomination de Bon de commande (BC), les contrôles préalables sont exercés par le Contrôleur financier local (provincial ou départemental). Le visa du comptable assignataire vaut titre de confirmation de créance (TCC) et autorise le fournisseur à exécuter la commande qu'il a reçue. Les dépenses d'investissement doivent en outre être visées par le Délégué provincial du MINEPAT.

- *Les procédures accélérées*

Il est normalement prévu pour des 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.

3.3.2 Procédures de constatation du service fait

A l'issue du cycle précédent, le fournisseur exécute la commande et livre au service bénéficiaire les biens ou services commandés accompagnés de sa facture définitive. Les bénéficiaires doivent normalement procéder au contrôle des livraisons 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. Cette procédure de constatation et de vérification suit deux circuits selon l'importance de la dépense :

- pour les dépenses de faible montant (moins de 200 000 FCFA), le comptable matières établit et vise 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 une commission. 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 (MINTP pour les constructions neuves, les travaux et ouvrages routiers ; MINUH pour les travaux urbains de réfection, restauration et réhabilitation ; MINVILLE pour le génie urbain ; MINFI pour les véhicules).

3.3.3 La liquidation de la dépense

Il s'agit de l'opération qui consiste à déterminer le montant exact et définitif de la créance que le fournisseur détient sur l'Etat pour avoir exécuté la commande qu'il a reçue. Elle relève de facto du Trésor. L'enchaînement des quatre (4) opérations est le suivant :

1. Le comptable matières intervient dans la liquidation pour constater, par rapport aux commandes et aux pièces justificatives produites, l'effectivité et la conformité aux prestations demandées par le gestionnaire ;
2. Le contrôleur financier reçoit le dossier, procède à de nouveaux contrôles (pouvant donner lieu à rejets), vise le dossier qui est encore un BE, et le transmet à la DB ;
3. La DB centralise les BE ainsi reçus et les transmet au Trésor ;
4. 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 fournisseur et, le cas échéant, précompte les dettes fiscales du fournisseur ; (iii) procède à la liquidation et à la comptabilisation informatique des factures et (iv) transmet à la DB la liste des BE considérés comme bons à payer aux montants nets déterminés par la liquidation.

Pour les dépenses d'investissement, un contrôle complémentaire des liquidations est exercé par le MINEPAT sur la base des listings détaillés des engagements et des liquidations transmis mensuellement par la Direction du Budget.

3.3.4 L'ordonnancement de la dépense

L'ordonnancement n'est pas expressément défini dans l'ordonnance de 1962 ci-dessus évoquée. C'est le Contrôleur financier à la Direction du Budget qui ordonnance la dépense par sa saisie informatique et peut la retenir tant qu'il estime que la trésorerie est insuffisante pour sa mise paiement. Une fois cette contrainte de la trésorerie levée, la Direction du Budget établit ensuite l'ordre de payer qui est transmis au Trésor pour exécution. C'est cette opération qui est appelée ordonnancement.

3.3.5 Le paiement de la dépense

La Direction du Budget transmet régulièrement au Trésor sous forme d'avis de crédit ou de bons de caisse la liste des dépenses liquidées destinées à être payées, et le Trésor procède au règlement des fournisseurs.

3.4 La traçabilité de l'information budgétaire⁴

L'analyse de la traçabilité de l'exécution budgétaire nécessite une bonne information, fiable et complète. Pour ce faire, nous avons regroupé les structures auprès desquelles l'enquête a été menée en deux catégories selon que le niveau d'information collectées était plus ou moins complet pouvant permettre de faire notre analyse. Le tableau ci-dessous montre un niveau encore insuffisant de la disponibilité de l'information budgétaire, premier stade de la transparence.

Tableau 7 : Disponibilité de l'information collectée sur le circuit de la dépense - Formations sanitaires

	Fonctionnement				Investissement			
	2001/2002		2003		2001/2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Information budgétaire disponible	90	62,9	95	66,4	14	9,8	10	7
Information budgétaire non disponible ou incomplète	53	37,1	48	33,6	129	90,2	133	93
Total	143	100	143	100	143	100	143	100

Source : PETS 2003

Tableau 8 : Disponibilité de l'information collectée sur le circuit de la dépense - Services extérieurs

	Fonctionnement				Investissement			
	2001/2002		2003		2001/2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Information budgétaire disponible	42	95,5	42	95,5	23	52,3	26	59,1
Information budgétaire non disponible ou incomplète	2	4,5	2	4,5	21	47,7	18	40,9
Total	44	100	44	100	44	100	44	100

Source : PETS 2003

Les principales raisons recensées (évoquées) pour expliquer l'information manquante tiennent à la fois de la responsabilité du système et/ou des gestionnaires des structures enquêtées. On peut citer :

⁴ *If you can't measure, you can't manage it!*

- L'absence des archives comptables dans les formations sanitaires que l'on retrouve dans des explications du genre : le Médecin est arrivé en cours d'année, le Médecin-chef n'a rien laissé comme document au moment de son départ, etc. ;
- les conflits de compétence entre le Médecin chef qui préfère travailler avec le comptable matière et non l'agent comptable (économiste) désigné ;
- la gestion à un échelon supérieur des crédits d'investissements notamment ;
- l'absence d'un agent comptable (économiste) pour assister le responsable de la structure ;
- etc.

Quelques cas de gestion au pif (sans document comptable) ont aussi été relevés lors de la collecte en dehors des cas ci-dessus. Par contre, très peu ou presque pas de cas de refus de donner l'information ont été relevés.

Sur la base des structures dont la complétude de l'information pouvait permettre un suivi plus avancé, nous avons procédé à un premier recoupement avec la source fournie par la Loi des finances pour les formations sanitaires publiques et les services extérieurs en ce qui concerne le budget de fonctionnement .

Le tableau ci-dessous révèle une autre particularité à savoir que la Loi des finances , en tant que document de référence de la politique budgétaire de l'Etat , n'est elle même pas exhaustive. Sur les 109 Formations sanitaires publiques de l'échantillon, environ 25 % ne sont pas programmées dans la loi des finances en 2001/2002 et ce taux passe à 27,5 % en 2003 !

Tableau 9 : Complétude de l'information sur le circuit de la dépense - Formations sanitaires publiques sur le Budget de fonctionnement

	2001/2002						2003					
	Collecté sur le terrain		Loi de finances		Loi de finance et collecté		Collecté		Loi de finances		Loi de finance et collecté	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Information complète	90	82,6	82	75,2	70	64,2	95	87,2	79	72,5	74	70,0
Information incomplète	19	17,4	0	0,0	39	35,8	14	12,8	0	0,0	35	30,0
Information inexistante	0	0,0	27	24,8			0	0,0	30	27,5		
Total	109	100	109	100,0	109	100,0	109	100	109	100,0	109	100,0

Source : PETS 2003

L'échantillon constant des Formations sanitaires qui remplit la condition de disponibilité d'information budgétaire complète étant de 70 en 2001/2002 et de 74 en 2003, c'est sur cette frange que nous pouvons procéder à la confrontation des données issues du terrain d'une part et de la Loi des finances d'autre part. Le rapprochement est évalué à un million de F CFA près.

Tableau 10 : Comparaison de l'information collectée sur le terrain et celle contenue dans la loi des finances - 1° cas : Budget de fonctionnement des Formations sanitaires -

Région	2001/2002				2003			
	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	<i>Total</i>	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	<i>Total</i>
Yaoundé	//	1	//	1	//	1	1	2
Douala	3	//	//	3	4	1	//	5
Adamaoua	1	5	//	6	//	4	2	6
Centre	1	1	3	5	//	1	4	5
Est	//	2	2	4	//	2	2	4
Extrême -nord	//	5	1	6	//	5	1	6
Littoral	//	6	3	9	1	1	5	7
Nord	//	8	//	8	//	5	3	8
Nord-ouest	1	3	//	4	//	4	//	4
Ouest	1	7	1	9	//	4	5	9
Sud	1	5	2	8	1	5	2	8
Sud-ouest	//	7	//	7	//	10	//	10
Total	8	50	12	70	6	43	25	74
%	11,4	71,4	17,1	100,0	8,1	58,1	33,8	100,0

Source : PETS 2003

La comparaison du budget de fonctionnement collecté sur le terrain et celui tiré de la loi des finances présente une meilleure concordance 2001/2002 qu'en 2003, soit 71% d'égalité en 2001/2002 contre 58% en 2003. Les cas où l'information collectée est supérieure à celle de la loi des finances sont marginaux, ils représentent environ 10% de l'échantillon en 2001/2002 et moins de 10% en 2003. Les formations sanitaires pour lesquelles l'information de la loi des finances est supérieure à l'information collectée sur le terrain pourraient se justifier en partie par le rabatement de 5% observé dans l'exécution du budget.

Au niveau régional, la province du Sud-ouest s'illustre comme celle ayant fourni le plus d'informations sur le circuit de la dépense dont toutes sont concordantes avec la loi des finances.

Tableau 11 : Complétude de l'information sur le circuit de la dépense - Services extérieurs du MINSANTE sur le Budget de fonctionnement

	2001/2002						2003					
	Collecté		Loi de finances		Loi de finance et collecté		Collecté		Loi de finances		Loi de finance et collecté	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Information complète	42	95,5	40	90,9	40	90,9	42	95,5	40	90,9	40	90,9
Information incomplète	2	4,5	2	4,5	4	9,1	2	4,5	2	4,5	4	9,1
Information inexistante	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0	2	4,5	0	0,0
Total	44	100,0	44	100,0	44	100,0	44	100,0	42	100,0	42	100,0

Source : PETS 2003

La comparaison des informations de ces deux sources montre que dans la plupart des services extérieurs, l'information de la loi des finances est largement supérieure à celle collectée sur le terrain. Les cas de concordance sont assez rares.

Tableau 12 : Comparaison de l'information collectée sur le terrain et celle contenue dans la loi des finances - 2° cas : Budget de fonctionnement des Services extérieurs du MINSANTE -

Région	2001/2002				2003			
	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total
Yaoundé	//	//	2	2	//	//	2	2
Douala	2	1		3	//	//	3	3
Adamaoua	1	//	2	3	//	//	3	3
Centre	2	//	1	3	1	//	2	3
Est	1	//	3	4	//	//	4	4
Extrême -nord	1	//	3	4	//	//	4	4
Littoral	//	//	1	1	//	//	1	1
Nord	2	//	2	4	1	//	3	4
Nord-ouest	1	2	1	4	1	//	3	4
Ouest	1	1	2	4	1	//	3	4
Sud	1	//	3	4	1	1	2	4
Sud-ouest	1	1	2	4	//	//	4	4
Total	13	5	22	40	5	1	34	40
%	32,5	12,5	55,0	100,0	12,5	2,5	85,0	100,0

Source : PETS 2003

En matière de budget d'investissement, comme dans les formations sanitaires, l'information est pratiquement inaccessible.

3.4.1 Dotation budgétaire

3.4.1.1 Connaissance préalable de l'information par les gestionnaires de crédits déconcentrés:

a) Cas des services extérieurs

En ce qui concerne les responsables des services extérieurs du MINSANTE, l'information sur les dotations budgétaires demeure peu fluide, même si ceux-ci sont en moyenne un peu plus informés que les responsables des formations sanitaires. En effet, la moitié des personnes interrogées avoue ne pas savoir à l'avance les montants des dotations budgétaires affectées aux structures sous leur gestion.

b) Cas des formations sanitaires

De l'information collectée, il ressort que 43% seulement des gestionnaires des formations sanitaires, tous types confondus, étaient informés à l'avance du montant de la dotation budgétaire de leur structure.

Au niveau régional, si les 3/5 des responsables des formations sanitaires dans les provinces du Nord-ouest et du Sud-ouest sont informés du montant de leurs dotations avant l'arrivée des cartons, ceux des provinces de l'Est et surtout du Nord en revanche ne possèdent pas ou presque pas cette information.

Tableau 13 : Connaissance préalable des dotations budgétaires

(%)	Formations sanitaires		Services extérieurs	
	2001/2002	2003	2001/2002	2003
Etait informé de la dotation avant l'arrivée des ressources	43	43	50	50
N'était pas informé de la dotation avant l'arrivée des ressources	57	57	50	50

Source : PETS 2003

3.4.1.2 Information déclarée par les gestionnaires de crédits déconcentrés

L'étude révèle une asymétrie de l'information entre les différents maillons de la chaîne de la dépense publique de santé.

En effet, la confrontation des données (dotations budgétaires) qui figurent dans la loi des finances et les déclarations des gestionnaires de crédits rencontrés sur le terrain permet de constater d'importantes différences. La raison est que la loi des finances votée subit des réaménagements au moment de son application ; ce d'autant que par exemple, le BIP n'est pas discutée dans le détail à l'Assemblée Nationale, le Journal des projets n'étant pas disponible lors du vote de la loi des finances. Seule une ventilation par ministères et par grandes masses y est présentée.

Au niveau sectoriel (tout ministère confondu), la ventilation des crédits du BIP se fait après le passage à l'Assemblée Nationale.

A cause de cette situation, des modes de gestion d'un type particulier sont récurrents et sont décriés par les gestionnaires des services extérieurs. Il s'agit des délégations automatiques à gestion centrale, des délégations ponctuelles au détriment de délégations à gestion locale (provinciale ou départementale) conformément à l'instruction du Premier Ministre Chef du Gouvernement sur la décentralisation de l'exécution du budget de l'état.

Pour le compte de l'exercice budgétaire 2003, sur un budget d'investissement de CFA 17 500 000 000 (dix sept milliards cinq cent millions) contre 41 942 000 000 pour le fonctionnement), le journal des projets – source DPP/ MINEPAT – ne retrace que CFA 6 787 000 000 (six milliards sept cent quatre vingt sept millions) ; soit environ 11 milliards de BIP gérés par l'administration centrale à Yaoundé ! Ce qui équivaut à un taux de centralisation de 61,2% !

3.4.1.3 Quelques cas de figure

1°) Le montant déclaré par le gestionnaire est supérieur à celui de la loi des finances. Dans ce cas, le gestionnaire a reçu des crédits supplémentaires.

a) pour le fonctionnement

En dehors des dons et des autres recettes non inscrites, cette situation se réfère généralement aux délégations ponctuelles de crédit en cours d'année. Cette forme d'intervention de l'Etat initialement réservée pour des occasions exceptionnelles, a tendance à se généraliser.

Pour l'année 2003, cette situation a été rencontrée dans 7% des Formations sanitaires et % des services extérieurs.

b) pour l'investissement

En ce qui concerne le BIP, la référence est le journal des projets qui est une traduction de la ventilation du BIP par région et précisant le mode de gestion des crédits alloués. Il peut s'agir des Délégations Ponctuelles ou alors une comptabilisation des projets réalisés localement mais dont la maîtrise d'ouvrage a été décidée et commandée depuis la centrale à Yaoundé.

L'une des explications plausibles de cet état de choses est le marchandage ex-post des crédits d'investissements du fait de la non transparence dès l'origine du journal des projets qui reste même pour les responsables centraux une nébuleuse. D'après un responsable rencontré - off record -, la liste des projets à réaliser au cours d'une année subit plusieurs modifications et connaît des destinations variables en fonction du poids de négociation (politique, économique ou autre affinités) des élites locales ou alors des intérêts en jeu.

2°) Le montant déclaré par le gestionnaire est inférieur à celui de la loi des finances.

a) pour le fonctionnement

De manière plus commune, le gestionnaire pense que les crédits ne sont pas totalement envoyés ou alors que le reliquat parviendra avec un retard ; certain conduisant à la forclusion. Dans ce cas, une explication fournie par la plupart des responsables concernés est le phénomène de la gestion centralisée des crédits décentralisés. On parle de Délégation Automatique à Gestion Centrale (DAGC). Ce qui empêche les gestionnaires locaux de disposer des crédits à leur niveau.

Tableau 14 : Formation sanitaire: budget de fonctionnement

Région	2001/2002 (toutes catégories confondues)				2003 (toutes catégories confondues)			
	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances égal à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total
Yaoundé	//	//	1	1	//	//	2	2
Douala	3	//		3	2	//	//	2
Adamaoua	2	1	3	6	//	//	3	3
Centre	1	//	4	5	//	//	5	5
Est	//	//	4	4	//	//	4	4
Extrême -nord	//	2	4	6	//	1	4	5
Littoral	//		9	9	1	//	6	7
Nord	//	4	4	8	//	//	6	6
Nord-ouest	1	2	1	4	//	2	2	4
Ouest	2	2	5	9	//	//	9	9
Sud	1	2	5	8	2	2	4	8
Sud-ouest	1	1	5	7	//	2	8	10
Total	11	14	45	70	5	7	53	65
%	15,7	20,0	64,3	100,0	7,7	10,8	81,5	100,0

Source : PETS 2003

Tableau 15 : Budget de fonctionnement des services extérieurs

Région	2001/2002			2003		
	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total	Budget loi de finances inférieur à budget collecté	Budget loi de finances supérieur à budget collecté	Total
Yaoundé	//	2	2	//	2	2
Douala	//	1	1	//	1	1
Adamaoua	1	2	3	//	3	3
Centre	2	1	3	1	2	3
Est	2	1	3	//	3	3
Extrême -nord	1	3	4	//	4	4
Littoral	1	3	4	//	4	4
Nord	2	2	4	1	3	4
Nord-ouest	2	2	4	1	3	4
Ouest	1	3	4	1	3	4
Sud	1	3	4	1	3	4
Sud-ouest	1	3	4	//	4	4
Total	14	26	40	5	35	40
%	35,0	65,0	100,0	12,5	87,5	100,0

Source : PETS 2003

3°) La pratique du « renvoi » des cartons

Le principe de cette procédure non inscrite dans les textes consiste à émettre des autorisations de crédits (cartons) à gestion locale et à les convoyer effectivement dans les localités concernées. Une fois arrivées, les gestionnaires desdits crédits sont interpellés pour les renvoyer à l'administration centrale. Dans ce cas, plusieurs scénarii sont possibles :

a) pour le budget de fonctionnement

Le gestionnaire peut être instruit lui d'attribuer le marché à un prestataire désigné par les instances supérieures et sur lequel il n'a aucun pouvoir de sanction, ou alors le carton peut tout simplement être engagé par les autorités centrales sans avoir à rendre compte au gestionnaire. Dans ce dernier cas, le matériel et les fournitures généralement concernés peuvent être livrés au service bénéficiaire ne peut que constater que dans certains cas, n'a pas été préalablement consulté pour la spécification des besoins prioritaires du service.

b) pour le Budget d'Investissement Public

Le schéma est quasiment le même que celui décrit plus haut en ce qui concerne le choix des prestataires. En plus de cela, une autre curiosité constatée est l'arrivée très tardive – à dessein pratiquement en fin d'exercice! - des cartons qui sont à peine réceptionnés et aussitôt exigés d'être retournés pour leur engagement au niveau central. La nature et le lieu d'implantation du projet sont ainsi susceptibles de faire l'objet d'un changement.

Les autorités administratives provinciales ont déploré ce non respect des instructions gouvernementales en matière de décentralisation de la gestion des crédits du BIP. Les responsables intermédiaires que sont les délégués départementaux étant pris entre le feu de la double tutelle ministérielle et provinciale.

Encadré 2 : Les Types de délégations de crédits et modes de gestion

Les types de Délégations de Crédits et les modes de gestion

A. les types de délégations de crédits

Chaque ministre est l'ordonnateur des crédits mis à la disposition de son Département Ministériel dans la loi des finances. A ce titre, il est le principal garant de l'utilisation desdits crédits. Pour ce faire, et dans un souci de décentralisation de la gestion, il transfère par délégation aux responsables centraux et extérieurs habilités (les gestionnaires délégués), des fractions de crédits pour les besoins directs des services dont ces derniers ont la responsabilité. Chaque gestionnaire délégué a de ce fait pouvoir de décision totale sur la fraction de crédits qui lui est allouée.

On distingue deux principaux types de délégations de crédits : les délégations automatiques et délégations ponctuelles.

A.1 les Délégations Automatiques

La délégation de crédits est dite automatique lorsqu'elle a déjà été prévue dans la loi des finances et/ou dans le journal des projets avant même le début de l'exercice. Ce qui signifie que le chef du département ministériel concerné a préalablement désigné le gestionnaire délégué de ce crédit, la nature précise de la dépense à effectuer, le montant de la dépense ainsi que la ligne budgétaire à laquelle la dépense sera imputée.

A.2 les Délégations Ponctuelles

Lorsque l'allocation d'une dotation au profit d'un service extérieur se fait au cours de l'exercice budgétaire pour une opération qui n'était pas programmée en début d'exercice, on parle de délégation ponctuelle de crédits. Dans ce cas, le gestionnaire, la nature de la dépense, le montant de la dépense ainsi que l'imputation budgétaire sont précisés par le chef du département au cours de l'exercice pour la prise en compte par les services en charge de l'exécution du budget (DB/MINFI, DPP/MINEPAT).

Il faut rappeler ici que la délégation (automatique ou ponctuelle) se limite pour chaque gestionnaire au montant des crédits qui lui sont réservés. Toute utilisation est subordonnée au visa préalable du contrôleur financier qui constate la disponibilité des provisions et bloque le montant dans sa comptabilité.

Encadré 3 : types de délégations de crédits et modes de gestion (suite)

B. *les modes de gestion*

Deux principaux modes de gestion de crédits publics sont en vigueur dans le système de santé publique au Cameroun : la gestion locale et la gestion à un échelon supérieur.

B.1 *gestion « locale »*

Dans la terminologie de cette étude, la gestion locale se réfère à l'utilisation des crédits (choix du fournisseur, engagement et réception du produit ou service) par le responsable désigné dans les livres comptables comme le gestionnaire des crédits concernés sous réserve des autres dispositions légales en vigueur.

En guise d'exemple, un crédit de réfection de bâtiments de 3 millions de FCFA libellé au bénéfice d'un hôpital de district est à gestion locale, si le médecin-chef dudit hôpital (et non un quelconque supérieur hiérarchique) est effectivement le maître d'ouvrage de la prestation.

B.2 *gestion « à un échelon supérieur »*

L'expression « à un échelon supérieur » pour un service extérieur réfère à une structure (extérieure ou centrale) hiérarchique. A noter que dans la pratique, il s'agit souvent des services centraux et plus précisément de l'ordonnateur du département.

Il peut arriver pour certaines dépenses au bénéfice des services extérieurs (achat du matériel médical), qu'après avoir procédé normalement aux délégations (automatiques ou ponctuelles), les services centraux conservent les autorisations de dépenses. Ils se chargent dans ce cas de tout le processus de passation des marchés et le gestionnaire délégué n'entre en possession de l'autorisation de dépense qu'à la livraison du marché pour engager la procédure de paiement du fournisseur. Il s'agit dans ce cas de crédits délégués à gestion centrale.

Pour cette pratique et dans le principe, le Ministre intéressé devrait préalablement obtenir l'autorisation du Premier Ministre chef du Gouvernement.

a) Cas des formations sanitaires

Quelques écarts sont observés entre les montants des dotations inscrits dans la loi des finances et ceux déclarés par les gestionnaires. En 2003 par exemple, la somme de ces écarts pour le budget de fonctionnement est globalement positive, c'est-à-dire, les montants inscrits dans la loi des finances sont globalement supérieures à ceux des dotations parvenues aux formations sanitaires échantillonnées. En valeur relative, cet écart cumulé représente un peu plus de 12% de l'enveloppe de la loi des finances, avec une forte disparité entre les différentes régions du Cameroun. Deux raisons pourraient principalement expliquer ces écarts :

- le dégrèvement automatique de 10% sur le budget de fonctionnement opéré à la source par la Direction du budget ;
- les dotations ponctuelles très fréquentes dans ce secteur, et que certains gestionnaires auraient oublié de déclarer.

b) Cas des services extérieurs

Comme dans les formations sanitaires, on observe des écarts entre les montants inscrits dans la loi des finances au bénéfice des services extérieurs du MINSANTE, et ceux déclarés par les responsables desdits services. Dans l'ensemble, l'écart cumulé dépasse 18% de ce qui ressort dans la loi des finances. La situation semble un peu plus accentuée dans les services de santé de district que dans les délégations provinciales, puisque le chiffre précédent passe à 15% et 29% respectivement.

3.4.2 Exécution du budget : délais du circuit de la dépense publique

3.4.2.1 Temps écoulé entre le début d'un exercice budgétaire et le retrait des cartons

Le temps écoulé entre le début d'un exercice budgétaire et le retrait des cartons varie d'une région à l'autre suivant les périodes considérées. Pour ce qui est du retrait des cartons du 1^{er} semestre 2001-2002, le temps moyen écoulé dans l'ensemble de l'échantillon est environ de deux mois. Ce temps est inférieur à la moyenne générale dans les régions du Centre et du Sud et supérieur à celle-ci dans les autres régions. Au 2^{ème} semestre du même exercice, la région du Nord-ouest, certaines structures ont accusé un retard de près de cinq mois pour le retrait de leurs cartons ; dans les régions de l'Est et de l'Ouest, le retard est de moins d'un mois en moyenne.

Bien que toutes les structures de la santé (services extérieurs et formations sanitaires) d'une même région soient supposées retirer leurs cartons pendant le même intervalle de temps, on constate néanmoins que le temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons en 2003 varie d'une structure à l'autre dans la même région pour ce qui est des régions de l'Est, du Littoral et du Nord-ouest.

En général, nous notons que le temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons du 1^{er} semestre d'un exercice budgétaire est supérieur à un mois.

Dans les formations sanitaires, le temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons est en moyen de 2 mois environ pour le 1^{er} semestre 2001-2002 et 2003 ; ce délai est également constant d'un type de formation sanitaire à l'autre. Cependant, on enregistre un délai relativement bas dans les régions du Centre en 2001-2002 (1,1 mois) et du Sud-ouest en 2003 (1,1 mois).

Une circulaire du Ministre des Finances sur l'exécution du budget 2003 a prévu une disposition pour les structures relevant du secteur de la Santé et de l'Education leur permettant de retirer/ recevoir les cartons des deux trimestres en une seule fois.

Tableau 16 : Indicateurs de délai des formations sanitaires par région

Indicateurs	Région											
	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution au 1er semestre 2001_2002 (mois)	1,0	2,0	1,0	0,0	0,8	1,0	1,0	0,0	1,3	0,6	0,6	
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution au 2e semestre 2001_2002 (mois)		2,0	0,0	0,0	2,3	0,0	1,0	0,0	1,0	2,0	0,0	
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution en 2003 (mois)	0,6		0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,7	2,0	0,6	2,0
Temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons du 1er semestre 2001_2002 (mois)	2,1	2,1	1,1	2,3	2,3	2,3	2,0	2,0	2,0	2,2	1,6	2,1
Temps écoulé entre le début du 2e semestre et le retrait des cartons de ce semestre en 2001_2002 (mois)		1,3	2,7	1,4	0,4	1,0	1,4	1,4	4,8	1,0	1,6	1,0
Temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons en 2003 (mois)	1,4	1,7	2,1	2,0	2,0	2,0	2,4	2,0	2,9	1,9	1,8	1,1

Source : PETS 2003

3.4.2.2 Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution du budget par région

Le temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution est relativement faible par rapport à celui qui sépare le début de l'exercice et le retrait des cartons. Ce temps est généralement moins de deux mois quels que soient la région et la période concernée. Ce pendant, on constate que ce temps est plus élevé pour ce qui est du 1^{er} semestre par rapport au second.

Les écarts de temps qui existent entre les services extérieurs et les formations sanitaires d'une même région sont en partie dus à l'habileté du gestionnaire dans l'exécution de son budget. Dans les services extérieurs de la santé, le temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution est inférieur à un mois dans la plupart des régions sauf dans la région de l'Est au 1^{er} semestre 2001-2002 et dans le Nord-ouest en 2003 (environ deux mois). Les formations sanitaires quant à elles accusent également des temps relativement faibles ; certaines régions comme Douala, l'Est et l'Ouest ont un temps légèrement supérieur à deux mois ; ce temps est par contre de moins de un mois dans les régions plus éloignées (Adamaoua, Nord et l'Extrême- nord).

Le temps moyen écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution du budget au 1^{er} semestre 2001-2002 varie de 0 (moins d'un mois) à 2 mois suivant les régions. On note également que l'exécution du budget prend effet en général 2 mois environ après le retrait des cartons. Toutefois il faut signaler que les CMA exécutent plus vite leurs cartons que les autres formations sanitaires.

Dans les services extérieurs, les délais d'exécution du budget sont nettement inférieurs à ceux des Formations sanitaires.

Tableau 17 : Indicateurs de délai des services extérieurs par région

Indicateurs	Région											
	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution au 1er semestre 2001_2002 (mois)	0,3	1,0	0,7	0,0	2,0	0,7	1,0	0,0	0,5	0,3	0,8	
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution au 2e semestre 2001_2002 (mois)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,7	1,0	1,0	0,0	0,5	0,3	
Temps écoulé entre le retrait des cartons et le début de l'exécution en 2003 (mois)	0,3	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,3	2,0	0,0	1,0	1,5
Temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons du 1er semestre 2001_2002 (mois)	2,0	2,0	1,3	2,3	1,0	2,3	1,3	2,0	1,3	1,3	2,3	2,3
Temps écoulé entre le début du 2e semestre et le retrait des cartons de ce semestre en 2001_2002 (mois)	0,7	1,7	1,0	1,7	0,5	1,0	1,5	1,8	3,7	0,5	1,0	1,0
Temps écoulé entre le début de l'exercice et le retrait des cartons en 2003 (mois)	1,0	1,3	2,0	2,0	0,8	1,8	1,3	1,8	1,8	1,8	1,5	1,3

SOURCE : PETS 2003

3.4.3 Taux d'exécution du budget

Dans le cadre de cette étude, l'exécution budgétaire est constatée dès que le gestionnaire a effectué les engagements. L'indicateur d'appréciation retenu est le « taux d'exécution financière » qui est le rapport entre le montant total des engagements et la dotation budgétaire allouée de la structure considérée.

a) cas des formations sanitaires

En moyenne, les budgets des formations sanitaires échantillonnées ont été exécutés à 95,7% au cours de l'exercice 2001/2002 ; ce taux passe à 85,7% en 2003. Notons que le taux de 2003 n'a été calculé que sur les neuf premiers mois de l'année ; puisque l'enquête a démarré au début du dernier trimestre plus précisément au courant du mois d'octobre 2003.

L'examen des niveaux de ce taux en fonction de la catégorie de la formation sanitaire, ne permet pas de faire un constat pertinent.

Sur le plan régional, on note qu'en 2001/2002, presque toutes les formations sanitaires ont exécuté leurs budgets à au moins 90%. Cependant on relève ce qui pourrait paraître comme un contraste entre d'une part la région de Yaoundé où les budgets sont entièrement exécutés, et d'autre part, le reste de la province du centre où l'on retrouve le taux d'exécution régional le plus bas (89,5%). Toutefois, on ne saurait se prononcer avec certitude sur cette situation étant donné que pour l'exercice 2003, nonobstant le fait qu'il ne soit pas encore arrivé à son terme au moment de l'enquête, les taux sont quasi-uniformément distribués.

Tableau 18 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires par région

Région	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST	TOTAL
Taux d'exécution financière en 2001/2002 (en %)	100,0	99,7	89,5	99,0	97,7	96,3	90,1	98,0	94,2	96,5	93,1	98,7	95,7
Taux d'exécution financière en 2003 (en %)	86,7	83,1	87,3	71,1	97,5	92,6	86,7	73,7	93,6	71,0	91,5	96,5	85,7

Source : PETS 2003

b) cas des services extérieurs

La situation observée dans les formations sanitaires reste valable dans les services extérieurs ; puisqu'en moyenne le taux d'exécution se situe à 93,5% en 2001-2002, soit deux points de moins que celui des formations sanitaires.

En 2001-2002 sur le plan régional, les budgets sont entièrement exécutés à Yaoundé, dans le littoral (sauf Douala), le Nord-ouest et le Sud-ouest ; pendant que le plus faible taux d'exécution (80,9 %) est observé à l'Extrême-Nord.

En 2003, alors que les crédits du Nord-Ouest sont déjà entièrement utilisés lors du passage de l'enquête (octobre – novembre 2003), la province de l'Extrême-Nord n'en était qu'à un taux d'exécution de 50%. Une vérification plus fine permet de se rendre compte que ce retard dans la consommation des crédits de la province est due à la délégation provinciale qui n'en est qu'à 47% d'exécution alors que toute seule, elle représente plus de quatre fois le budget des autres services extérieurs échantillonnés réunis. En dehors des principales raisons pouvant expliquer cette situation qui sont évoquées ci-dessous, il est particulièrement relevé ici des pressions de toute nature exercées par les autorités politiques et l'élite locales .

Tableau 19 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des services extérieurs par région

Taux d'exécution financière (%)	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST	TOTAL
2001/2002	100,0	95,8	92,6	98,7	99,1	80,9	100,0	99,3	100,0	84,0	85,1	100,0	93,5
2003 (09 - 10 mois)	88,0	94,3	99,3	98,7	99,0	49,9	90,8	89,2	100,0	64,6	87,7	93,4	83,5

Source : PETS 2003

Tableau 20 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des services extérieurs par niveau

Taux d'exécution financière (%)	DPSP	SSD	TOUS
2001/2002	91,4	97,7	93,5
2003 (09 - 10 mois)	82,8	85,3	83,5

Source : PETS 2003

Tableau 21: Taux d'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires par type

Taux d'exécution financière (%)	HD	CMA	CSI/CSM	TOUTES
2001/2002	97,8	93,7	90,5	95,7
2003	85,5	88,5	81,4	85,7

Source : PETS 2003

3.4.4 Difficultés rencontrées par les gestionnaires dans l'exécution du budget

3.4.3.1 Difficultés dans la gestion du budget de fonctionnement

Par ordre d'importance, les difficultés que rencontrent les gestionnaires dans l'exécution du budget mis à leur disposition sont :

1. **Le retard dans la réception des cartons** : Que ce soit en 2001-2002 ou en 2003, plus de la moitié des responsables des formations sanitaires et les services extérieurs déclarent que dans la gestion de leurs budgets de fonctionnement, la difficulté la plus importante à laquelle ils font face est le retard dans la réception des cartons leur notifiant les dotations budgétaires dont bénéficient leurs structures. On se rappelle que le délai moyen séparant le début de l'exercice budgétaire et le retrait des cartons par les formations sanitaires était 2,3 mois au

premier semestre de 2001/2002 et 1,8 mois au second semestre du même exercice. Ce délai se situe à 1,9 mois en 2003. En ce qui concerne les services extérieurs, ce délai est légèrement amélioré puisqu'il est environ d'un demi-mois inférieur à celui déclaré dans les formations sanitaires. En définitive et étant donné que les engagements s'arrêtent un mois avant la fin de l'exercice, ***les gestionnaires de crédits des structures sanitaires n'ont que 9 mois au plus sur 12 pour exécuter leur budget.***

2. **Difficultés au niveau de la commande des biens et des services** : Ces difficultés sont de plusieurs ordres : **i)** l'absence de fournisseurs, **ii)** les conditions préalables posées par le fournisseur concernant la réalisation des marchés, **iii)** le montant de la commande n'est pas intéressant au regard des difficultés à rencontrer pour le paiement, **iv)** l'éloignement ou l'enclavement de la zone où le marché sera réalisé et **v)** la faiblesse de la marge bénéficiaire par rapport au prix fixé dans la mercuriale.
3. **L'insuffisance du montant de la dotation budgétaire** : Il faut souligner ici que la pratique qui consiste à affecter un budget de fonctionnement identique aux formations sanitaires de catégorie identique ne paraît pas toujours adéquate. En effet, l'enquête sur le terrain aura révélé que les formations sanitaires de même catégorie n'ont pas forcément des besoins comparables au regard de leurs infrastructures, des effectifs en personnels, de l'offre et même de la demande de service. Il n'est pas rare de rencontrer un CMA de loin mieux lotis sur tous ces plans qu'un Hôpital de District.
4. **Les dépenses non autorisées par l'ordonnateur**: beaucoup de gestionnaires interrogés tant dans les formations sanitaires que dans les services extérieurs pensent que non seulement les crédits mis à leur disposition sont insuffisants ; mais qu'en plus leur affectation ne reflète pas toujours les besoins réels des structures. Et comme cela peut s'observer dans le tableau ci-dessous, l'ampleur du problème varie en fonction du niveau de la structure : les gestionnaires des formations sanitaires de catégorie inférieure sont chaque fois plus nombreux à décrire ce problème que ceux des formations de catégorie supérieure ; de même, dans les services extérieurs, les délégués provinciaux semblent en souffrir moins que les chefs de services de santé de district.

Certaines affectations budgétaires sont inopérantes par endroit. Par exemple, certaines structures ne possédant pas de véhicules reçoivent des cartons relatifs à la rubrique « carburant et lubrifiant ». D'autres rubriques comme le poste « fonctionnements divers » ou des lignes « non affectées » sont généralement sources de problèmes avec les contrôleurs dans leur affectations : paiement des temporaires, versement des primes au personnel, etc.

Tableau 22 : Rigidités dans la gestion des lignes budgétaires

Avez-vous effectué des dépenses non programmées dans le budget?	2001/2002							2003						
	Formations sanitaires				Services extérieurs			Formations sanitaires				Services extérieurs		
	HD	CMA	CSI/CSM	Toutes	DPSP	SSD	TOUS	HD	CMA	CSI/CSM	Toutes	DPSP	SSD	TOUS
Oui	7,4	16,0	28,3	19,6	25,0	31,3	30,0	10,7	15,4	30,5	22,1	25,0	30,3	29,3
Non	92,6	84,0	71,7	80,4	75,0	68,8	70,0	89,3	84,6	69,5	77,9	75,0	69,7	70,7

Source : PETS 2003

5. Le manque de liquidités dans les services locaux du Trésor : En effet, plus on s'éloigne des grandes métropoles et particulièrement de Yaoundé et de Douala, plus nombreux sont les gestionnaires qui relèvent la difficulté qu'ils ont à faire fonctionner normalement leurs structures en raison de la relative rareté de la liquidité dans les services extérieurs du Trésor. Pour pouvoir fonctionner, ces gestionnaires sont parfois obligés, pour s'en sortir, de « négocier ou marchander » avec les partenaires en face et se trouvent souvent obligés de subir des marchandages.

Tableau 23 : Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires en 2001/2002

Type de difficulté	Région												
	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-OUEST	OUEST	SUD	SUD-OUEST	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Retard dans la réception des cartons	75,0	25,0	60,0	80,0	50,0	14,3	75,0	75,0	62,5	90,0	66,7	33,3	61,0
Détournement des lignes par la hiérarchie							25,0		12,5	10,0	16,7		6,5
Conflits avec les contrôleurs de finances								25,0	12,5	10,0			5,2
Transfert involontaire des ressources vers une autre ligne				40,0	16,7	28,6	37,5	50,0	12,5	10,0	50,0	33,3	24,7
Manque de liquidité			40,0	20,0	16,7	42,9			25,0	30,0		16,7	16,9
Crédit insuffisant/ budget faible		50,0	20,0	20,0	50,0	14,3			50,0	40,0	33,3	50,0	27,3
Problèmes avec les fournisseurs		25,0	20,0		66,7	71,4	12,5	37,5	37,5	50,0	33,3	66,7	37,7
Taxes élevées	25,0	25,0	20,0						37,5			83,3	14,3
Problèmes d'enclavement			20,0					25,0			16,7		5,2
Autres	25,0	25,0	40,0	40,0	33,3	28,6	25,0	12,5	12,5	10,0	16,7	16,7	22,1

Source : PETS 2003

3.4.3.2 Difficultés dans la gestion du budget d'investissement

En plus des difficultés rencontrées ci-dessus, certaines autres sont spécifiques à la gestion du BIP : Par ordre d'importance, on relève : i) Le retard dans la réception des cartons ; ii) le retard pour cause de lancement officiel et solennel des chantiers des travaux ; iii) la gestion des crédits à un échelon supérieur et le retour des cartons pour gestion centrale ; iv) l'insuffisance du montant de la dotation budgétaire ; v) les intempéries (caprices du climat) ; vi) la mauvaise foi des prestataires et vii) l'enclavement de la localité bénéficiaire.

3.4.3.3 Les comités de gestion des formations sanitaires

Le Gouvernement a institué des comités de gestion dans les formations sanitaires publiques. Ces comités doivent être tenus informés sur les ressources financières mises à disposition.

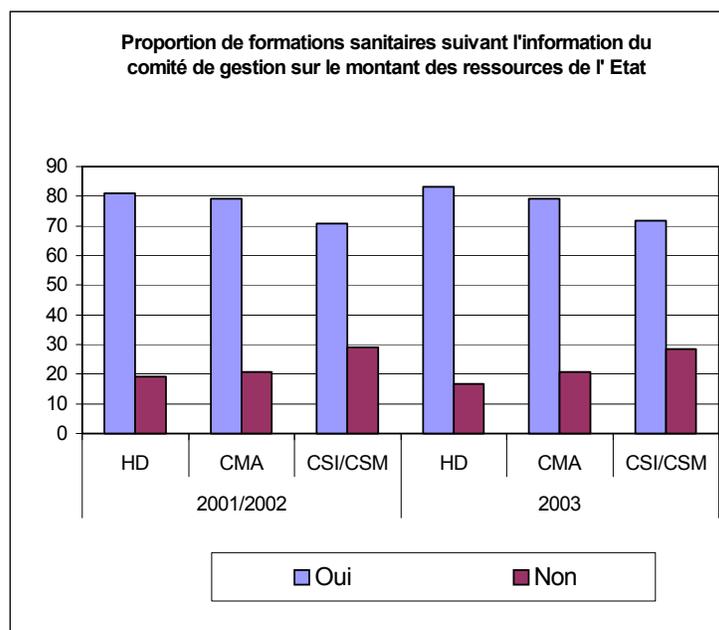
Sur le plan pratique, cette information est communiquée aux membres du comité de gestion lors des sessions qui sont périodiquement organisées. Le tableau ci-dessous retrace la fréquence des sessions tenues par les différentes catégories des formations sanitaires. Ainsi, dans 87% des cas échantillonnés, le comité de gestion s'est réuni au moins une fois au cours des 09 premiers mois de l'année 2003, 17% des formations sanitaires interrogées n'ont connu aucune réunion de leur comité de gestion.

Tableau 24: Proportion de formations sanitaires suivant la fréquence de la tenue du comité de gestion

	0 fois	Une fois	2 fois	3 fois	4 à 6 fois	7 fois et +	Total
HD	19,2	11,5	15,4	23,1	23,1	7,7	100,0
CMA	15,4		19,2	3,8	15,4	46,2	100,0
CSI/CSM	16,7	10,0	8,3	15,0	13,3	36,7	100,0
total	17,0	8,0	12,5	14,3	16,1	32,1	100,0

Source : PETS 2003

Graphique : Proportion de formations sanitaires suivant l'état de l'information du comité de gestion sur le montant des ressources allouées par l'Etat



Source : PETS 2003

3.4.3.4 Commissions de passation des marchés

Dans le cadre du programme national de gouvernance, le Gouvernement a mené une réforme en profondeur du système de passation des marchés publics. L'une des principales mesures adoptée a été l'institution des commissions de passation des marchés dans toutes les structures ou démembrements de l'Administration utilisant les fonds publics. Quant à l'effectivité du fonctionnement des commissions provinciales et départementales, notre étude révèle qu'en 2003, un peu plus de 2/5 responsables des services extérieurs du MINSANTE contre 1/3 des gestionnaires des formations sanitaires échantillons reconnaissent avoir appliqué cette disposition.

i- pour le fonctionnement

Tableau 25 : Respect du principe de la passation de marché pour l'exécution du budget de fonctionnement dans les Formations sanitaires et les services extérieurs en 2003

	Services extérieurs			Formations sanitaires			
	DPSP	SSD	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
<i>oui</i>	37,5	45,5	43,9	44,0	45,5	22,9	33,7
<i>non</i>	62,5	54,5	56,1	56,0	54,5	77,1	66,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

ii- pour l'investissement

En général, le principe de la passation des marchés en commission semble mieux admis en ce qui concerne l'exécution du BIP. Plus de 4/5 structures affirment respecter cette disposition.

Tableau 26 : Respect du principe de la passation de marché pour l'exécution du budget d'investissement dans les Formations sanitaires et les services extérieurs en 2003

	Services extérieurs			Formations sanitaires			
	DPSP	SSD	Ensemble	HD	CMA	CSI ⁵	Ensemble
oui	100,0	81,0	86,2	83,3	100,0	//	80,0
non	0,0	19,0	13,8	16,7	//	100,0	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

Si le principe d'existence de la commission des marchés semble plus ou moins acquis, l'effectivité de son fonctionnement n'est pas totale.

Tableau 27 : Effectivité du fonctionnement de la commission de marché pour le budget D'investissement en 2003

	Services extérieurs			Formations sanitaires		
	DPSP	SSD	Ensemble	HD	CMA	Ensemble
oui	100,0	79,2	84,4	66,7	66,7	66,7
non		20,8	15,6	33,3	33,3	33,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

3.4.3.5 Les rapports avec les fournisseurs, effectivité et qualité de la dépense

L'appréciation du travail des fournisseurs et prestataires de services peut s'évaluer par le respect du cahier de charge de la lettre commande ou du marché tel que défini par la commission de passation des marchés. Le tableau ci-dessous retrace l'appréciation des gestionnaires sur l'exécution des travaux réalisés par les fournisseurs.

Tableau 28 : Appréciation (en %) des gestionnaires de crédit, suivant les rubriques, des travaux réalisés par les fournisseurs

Rubriques Appréciation	Construction et aménagement	Fournitures de bureau et mobilier	Médicaments et équipements sanitaires
Rigoureusement respecté	32,4	64,8	35,4
Partiellement respecté	43	30	50
Non respecté	22,6	5,2	14,6
Total	100	100	100

Source : PETS 2003

⁵ Voir la réglementation pour les CSI si, BIP existe

Ainsi, les gestionnaires semblent plus satisfaits de la qualité des prestations dans les **fournitures de bureau et de mobilier** (64,8%), alors que le secteur de **la Construction et aménagement** est le moins bien servi avec plus d'un gestionnaire sur cinq qui estime que les fournisseurs ne respectent pas du tout le cahier des charges.

Par niveau de structure, les gestionnaires de crédit des services extérieurs de la santé sont pour la majorité satisfaits (53%). Par contre les responsables des formations sanitaires sont peu nombreux à apprécier les services rendus par les fournisseurs. Il sont plus nombreux (62%) à penser que les normes sont partiellement respectées. Une raison évoquée par ces derniers (50%) affirme que les délibérations adoptées dans les commissions de passation de marché ne répondent pas à leurs attentes et par conséquent, les fournisseurs ignorent les besoins réels de leurs structures.

Sur **les médicaments et équipements sanitaires**, 35,4% des gestionnaires de crédit trouvent que les prestataires de services ont rigoureusement respecté les normes prescrites. Dans les formations sanitaires, 60% des responsables sont partiellement satisfaits des prestations des fournisseurs.

3.4.6 Taux réalisation physique des marchés

A la question de savoir à combien les gestionnaires estiment-ils le taux de réalisation physique des marchés attribués par rapport à la valeur engagée sur le budget de fonctionnement, ce taux révèle une certaine constance sur les deux périodes dans les Formations sanitaires et les services extérieurs. Cette estimation dénote une « perte » d'environ 25 % de la valeur des prestations reçues par rapport à la valeur des crédits engagés.

Tableau 29 : Taux estimé de réalisation physique des marchés du budget de fonctionnement

	Formations Sanitaires	
	2001/ 2002	2003
HD	77,7	74,9
CMA	70,4	67,3
CSI	66,9	71,0
Ensemble	71,3	71,4
Services extérieurs		
DPSP	69,0	63,0
SSD	78,3	78,0
Ensemble	77,1	76,1

Source : PETS 2003

CHAPITRE 4 : LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ

4.1 Échantillon des formations sanitaires

L'enquête a porté sur un échantillon de 143 formations sanitaires, soit 12 par région excepté Yaoundé où 11 ont été enquêtées. Dans le secteur public, 109 formations sanitaires ont été enquêtées réparties comme suit : dans le public 26,7% des Hôpitaux de District (HD), 22,9% des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et 51,4% des Centres de Santé Intégrée (CSI) ; alors que dans le privé 05 Hôpitaux de District, 07 CMA et 22 CSI, soit au total de 34 formations sanitaires ont été enquêtées.

Tableau 30 : Répartition de l'échantillon des formations sanitaires par secteur et par zone d'enquête

Région	Publique				Privée				Ensemble			
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total
Yaoundé	2	1	4	7	1	1	2	4	3	2	6	11
Douala	3	1	4	8	//	1	3	4	3	2	7	12
Centre	3	2	4	9	//	2	1	3	3	4	5	12
Adamaoua	2	2	4	8	1	//	3	4	3	2	7	12
Est	3	3	4	10	//	1	1	2	3	4	5	12
Extrême-nord	1	1	6	8	1	1	2	4	2	2	8	12
Littoral	3	1	6	10	//	//	2	2	3	1	8	12
Nord	3	2	5	10	//	//	2	2	3	2	7	12
Nord-ouest	1	4	5	10	//	//	2	2	1	4	7	12
Ouest	2	4	4	10	//	//	2	2	2	4	6	12
Sud	2	3	4	9	1	1	1	3	3	4	5	12
Sud-ouest	3	1	6	10	1	//	1	2	4	1	7	12
Total	28	25	56	109	5	7	22	34	33	32	78	143

Source : PETS 2003

Les formations sanitaires sont caractérisées par leurs infrastructures de base, la disponibilité de certains équipements, la qualité du personnel en service et leurs conditions de travail, la disponibilité des médicaments essentiels, l'accès aux formations sanitaires et la supervision de leur fonctionnement.

4.2 Infrastructures de base

4.2.1 Services de base

- **Accès à l'électricité**

Dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, en dehors de la Province de l'Est où l'on retrouve deux Hôpitaux de District sur trois qui possèdent l'électricité, quasiment tous les autres HD sont connectés au réseau électrique (Aes – Sonel). En ce qui concerne les CMA et les CSI, environ un CMA sur deux ne possède pas d'électricité, ce chiffre est en hausse dans les CSI où 53% sont dans le même cas.

- **L'approvisionnement en eau courante**

Quoique l'eau soit une denrée indispensable pour le maintien d'une bonne hygiène dans les formations sanitaires, l'enquête nous révèle qu'environ 35% des HD, 63% des CMA et 77% des CSI ne disposent pas d'eau courante.

La non extension du réseau SNEC sur l'ensemble des localités du pays peut expliquer cette situation. Pour y faire face, la plupart des Formations sanitaires utilisent des sources alternatives d'approvisionnement en eau que sont les forages (27 % des HD ; 31% des CMA et environ 25% des CSI), les puits/ sources aménagées (21 % des HD ; 44% des CMA et 42% des CSI). Quant aux autres sources d'approvisionnement en eau non citées plus haut et que nous pouvons considérer comme douteuses, on retrouve 21% des HD, 28% des CMA et 47% des CSI échantillonnés les utilisent soit en option unique, soit en option alternative.

- **Les communications téléphoniques et radio**

06 HD sur 10 disposent d'une ligne téléphonique contre environ 37% des CMA et seulement 10% des CSI. Comme moyen de communication alternative, l'utilisation de la radio n'est pas non plus suffisamment répandue : 11% des HD, aucun CMA et 10% des CSI. Par région, la province, les provinces du Centre, du Littoral, du Nord et de l'Ouest semblent les moins bien couvertes en matière de communication.

- **Le laboratoire**

Tous les HD de l'échantillon disposent d'un laboratoire d'analyse médicale contre 81,3% pour les CMA. La situation paraît plus préoccupante en ce qui concerne les CSI où environ 46% de ceux-ci ne disposent pas de laboratoire.

- **La chaîne de froid**

Les congélateurs ou les réfrigérateurs servant à la conservation des vaccins et de certains médicaments sont présents dans tous les HD et dans 87,5% des CMA ; 07 CSI sur 10 sont dotés d'une chaîne de froid.

- **Les salles de consultation, lits d'hospitalisation/ observation**

Dans l'échantillon des formations sanitaires enquêtées, on rencontre en moyenne 4,5 salles de consultation dans les HD; les régions de Yaoundé, Douala et l'Ouest se distinguant des autres par un nombre plus élevé des salles de consultation. La moyenne des lits disponibles est de 70,2. Les CMA comptabilisent en moyenne 2,8 salles de consultations et 24 lits d'observation ou d'hospitalisation contre 1,6 salles et 9 lits dans les CSI.

Les Formations sanitaires relevant du secteur privé (surtout confessionnel) se distinguent par un niveau élevé d'équipement de base. L'hôpital protestant de Ndelbé (Norvégien) à Ngaoundéré possède le plus grand nombre de lits (233 lits) dans notre échantillon, suivi de l'hôpital de District de Wum dans le Nord-ouest (178 lits). L'Hôpital de Djoungolo à Yaoundé vient en tête (dans l'échantillon) avec 13 salles de consultation, les cliniques Louis Pasteur avec 6 salles et Emilie Saker à Douala avec 4 salles.

4.2.2 Equipements médicaux de base

En ce qui concerne les équipements médicaux, 66,4% des formations sanitaires possèdent au moins une boîte d'accouchement ; 90% environ possèdent un équipement de vaccination. Les matériels de stérilisation à sec sont détenus par 51,7% des formations sanitaires contre 37,8% pour la stérilisation à eau.

Tableau 32 : Répartition (%) des formations sanitaires selon la disponibilité des équipements médicaux

Catégorie de FS	Boîte d'accouchement	Equipement de vaccination	Matériel de stérilisation à sec	Matériel de stérilisation à eau
HD	84,8	75,8	87,9	39,4
CMA	62,5	96,9	62,5	50,0
CSI	60,3	92,3	32,1	32,1
Ensemble	66,4	89,5	51,7	37,8

Source : PETS 2003

4.2.3 Les moyens de transport dans les formations sanitaires

La logistique de transport est assez rare dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées : 85,1% de l'échantillon ne possède pas d'ambulance en état de marche dont : 88% des formations sanitaires publiques et 75,8% chez les privées. Les véhicules (automobiles) de services autres que les ambulances sont quasiment inexistantes dans toutes les formations sanitaires visitées.

Pour ce qui est des motocyclettes, 37,7% disposent d'une à leur possession, 6,3% en ont deux et 2,8% possèdent plus de trois motocyclettes contre 53,8% des formations sanitaires qui n'en possèdent aucune. Il faut relever que ce moyen de locomotion est plus en usage dans le public.

4.3 Effectif du personnel des formations sanitaires

L'effectif du personnel dans les formations sanitaires – de notre échantillon - n'a pas assez varié au cours des deux dernières années selon les résultats de l'enquête. Ainsi, l'effectif moyen du personnel en 2001/2002 était de 37,6 pour les Hôpitaux de District ; 13,1 pour les CMA et 7,9 pour les CSI.

La province du Nord paraît la plus mal dotée en personnel sanitaire : l'effectif moyen dans cette province est de 10,3 dans les Hôpitaux de District ; 3,5 dans les CMA et 2,6 dans les CSI. En 2003, ces niveaux d'effectif n'ont pas significativement changé.

Tableau 34 : Effectif moyen du personnel (tout grade confondu) par type de formation sanitaire et par région

Région	2001/2002			2003		
	HD	CMA	CSI	HD	CMA	CSI
Yaoundé	80,3	23,5	10,3	75,3	23,5	10,5
Douala	76,0	29,0	33,7	73,7	29,0	17,6
Centre	28,0	16,0	2,8	26,0	15,5	3,2
Adamaoua	34,7	5,5	5,3	36,0	6,0	5,6
Est	25,5	7,8	4,2	25,2	9,8	6,2
Extrême-nord	38,5	17,0	5,8	38,5	20,5	6,0
Littoral	24,0	5,0	5,6	25,3	6,0	6,5
Nord	10,3	3,5	2,6	9,0	4,0	3,0
Nord-ouest	35,0	14,8	9,4	37,0	17,5	9,6
Ouest	24,5	17,3	6,8	22,0	17,2	6,8
Sud	35,7	9,7	2,2	39,7	7,5	2,1
Sud-ouest	33,0	1,0	6,4	35,3	1,0	7,6
Ensemble	37,6	13,1	7,9	37,4	13,6	7,2

Source : PETS 2003

Tableau 33 : Pourcentage des formations sanitaires équipées en infrastructures de base par région

	HD					CMA					CSI				
	Electricité	Ligne téléphonique	Radio de communication	Laboratoire	Congélateur / réfrigérateur	Electricité	Ligne téléphonique	Radio de communication	Laboratoire	Congélateur / réfrigérateur	Electricité	Ligne téléphonique	Radio de communication	Laboratoire	Congélateur / réfrigérateur
Yaoundé	100	66,7	0	100	100	100	100	0	100	100	66,7	33,3	16,7	50	83,3
Douala	100	100	33,3	100	100	50	100	0	100	100	71,4	28,6	14,3	71,4	71,4
Centre	100	66,7	0	100	100	100	0	0	100	50	60	0	0	20	40
Adamaoua	100	66,7	100	100	100	0	50	0	100	50	14,3	14,3	28,6	71,4	85,7
Est	66,7	66,7	0	100	100	50	0	0	50	75	40	20	20	40	100
Extrême-nord	100	100	0	100	100	50	50	0	100	100	37,5	0	0	87,5	62,5
Littoral	100	33,3	0	100	100	100	0	0	100	100	25	12,5	0	37,5	37,5
Nord	100	33,3	0	100	100	0	0	0	50	100	14,3	0	14,3	0	71,4
Nord-ouest	100	100	0	100	100	75	75	0	100	100	71,4	0	0	100	85,7
Ouest	100	0	0	100	100	100	50	0	100	100	66,7	0	0	83,3	83,3
Sud	100	66,7	0	100	100	50	25	0	75	75	40	0	20	20	60
Sud-ouest	100	25	0	100	100	0	0	0	0	100	57,1	14,3	0	57,1	71,4
Ensemble	97,2	60,4	11,1	100	100	56,3	37,5	0	81,3	87,5	47	10,2	9,5	53,2	71

Source : PETS2003

4.4 La disponibilité de personnel de santé et rapport entre les patients et personnel de santé

4.4.1 La disponibilité de personnel de santé

Parmi les patients rencontrés dans les formations sanitaires, 28,8% déclarent qu'ils ont été consultés par un médecin, 32,9% par un infirmier chef et 37,5% par un infirmier ou sage-femme. La consultation des infirmiers et sages-femmes traduit en réalité l'indisponibilité et/ou l'insuffisance des médecins et des infirmiers chefs (habilités à poser les diagnostics).

Par région, le Nord-Ouest et le Sud-ouest et le grand Nord dans une certaine mesure appariassent comme des zones où la consultation par le personnel non « habilité » est plus développée. Une recherche des facteurs explicatifs fait ressortir- en dehors de la disponibilité des personnels et sans pouvoir les prioriser - des arguments relevant du niveau de vie (pauvreté), du niveau d'instruction et des antécédents socioculturels.

Tableau 35 : Répartition (%) des malades (bénéficiaires malades) ayant consulté un personnel de santé suivant la qualification et région

Région	Médecin	Infirmier chef	infirmier/sage femme	Autre	Ensemble
Yaoundé	39,8	17,5	40,8	1,9	100,0
Douala	47,5	34,2	18,3	//	100,0
Centre	36,7	51,7	10,0	1,7	100,0
Adamaoua	18,2	36,4	44,5	0,9	100,0
Est	31,1	37,0	30,3	1,7	100,0
Extrême-nord	29,7	22,0	47,5	0,8	100,0
Littoral	20,0	41,7	38,3	//	100,0
Nord	18,3	35,0	46,7	//	100,0
Nord-ouest	26,7	21,7	51,7	//	100,0
Ouest	25,2	35,3	38,7	0,8	100,0
Sud	29,6	34,3	35,2	0,9	100,0
Sud-ouest	23,6	25,5	50,0	0,9	100,0
Ensemble	28,8	32,9	37,5	0,8	100,0
Effectif	400	456	520	11	1387

Source : PETS 2003

Tableau 36 : Répartition (%) des malades (bénéficiaires malades) ayant consulté un personnel de la santé suivant la qualification et le type de formation sanitaire fréquenté

Type de FS	Médecin	Infirmier chef	infirmier/sage femme	Autre	Ensemble
HD	63,3	8,0	28,4	0,3	100,0
CMA	40,2	16,8	41,6	1,4	100,0
CSI	10,1	49,4	39,8	0,8	100,0
Ensemble	28,8	32,9	37,5	0,8	100,0
Effectif	400	456	520	11	1387

Source : PETS 2003

Evidemment, la consultation d'un personnel médecin est fonction décroissante du niveau de la formation sanitaire. On a plus de chance de rencontrer un médecin dans un Hôpital de District que dans un CMA et encore moins dans un CSI. Les infirmiers chefs assurent environ 50% des consultations dans les CMA ; alors que les infirmiers/sages-femmes en assurent 40% dans les CMA et CSI.

4.4.2 La qualité de la prise en charge des patients par le personnel de santé.

Le rapport entre les patients et les personnels de santé a été appréhendé par les différentes appréciations du patient sur la consultation, la prise en charge et la prescription des ordonnances.

Au niveau de la consultation, environ neuf patients sur dix trouvent que la consultation est dans la plupart des cas bonne et complète. Concernant l'attitude du personnel, 85% des patients déclarent que le personnel affiche une attitude humaniste contre 10% qui affirment être victime d'une mauvaise prise en charge. La prescription des ordonnances et des examens semble plutôt bien appréciée par les patients ; pour la plupart, ils trouvent que les prescriptions sont adaptées à la maladie.

Dans l'ensemble, bien que les patients recommandent que le Gouvernement mette plus d'accent dans les formations sanitaires en ce qui concerne la lutte contre la corruption, les rapports qui existent déjà entre les patients et le personnel paraissent empreints de convivialité.

Tableau 37 : Répartitions (%) de patients par région suivant l'appréciation de la qualité de prise en charge

	Consultation			Attitude du personnel				Prescription des ordonnances et des examens			
	Complète/ Bonne	légère/Superficielle	Mauvaise	Humanisée	indifférent	Sans scrupule	Excessives et adaptées à la maladie	Excessives et non adaptées à la maladie	Adaptées à la maladie	Parfois non adaptées	Autre
Yaoundé	96,0	4,0		91,3	3,9	4,9	9,9	1,0	68,3	2,0	18,8
Douala	90,8	9,2		83,3	15,0	1,7	15,1	2,5	73,1	1,7	7,6
Centre	90,8	9,2		84,2	11,7	4,2	10,0		83,3	0,8	5,8
Adamaoua	87,3	11,8	0,9	84,4	11,0	4,6	14,8		73,1	5,6	6,5
Est	88,1	9,3	2,5	84,9	15,1		26,1	2,5	63,9	7,6	
Extrême-nord	92,4	6,8	0,8	87,3	10,2	2,5	20,3	0,8	65,3	5,1	8,5
Littoral	90,8	8,4	0,8	84,2	12,5	3,3	13,3	2,5	76,7	4,2	3,3
Nord	89,2	10,8		92,4	5,9	1,7	5,0	4,2	87,5	2,5	0,8
Nord-ouest	95,8		4,2	67,5	30,0	2,5	15,1	1,7	82,4		0,8
Ouest	93,2	5,9	0,8	93,3	5,0	1,7	21,8	0,8	71,4	2,5	3,4
Sud	91,6	8,4		85,2	8,3	6,5	24,1		64,8	1,9	9,3
Sud-ouest	91,8	6,4	1,8	77,3	20,9	1,8	13,6	0,9	56,4	16,4	12,7
Ensemble	91,4	7,5	1,0	84,5	12,6	2,9	15,8	1,4	72,4	4,1	6,2

Source : PETS 2003

4.5 Absentéisme dans les formations sanitaires

La non disponibilité des praticiens dans les formations sanitaires de l'échantillon s'apprécie aussi par l'absentéisme du personnel soignant.

En rappel, ne sont pas considérés comme absents tous les personnels non présents lors du passage pour cause de repos (dû au service de quart), de congé administratif ou tout autre absence autorisée.

Sur cette base, le taux d'absence est de 5,6% dans l'ensemble des structures de santé visités. De façon spécifique, ce taux est de 3% pour les Hôpitaux de District ; 8,5% pour les CMA et 10,4% pour les CSI. Les provinces de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua et de l'Est s'avèrent être celles où l'absentéisme est plus constaté avec des taux de 17% pour la première, 14% pour la seconde et 13% pour la troisième. Les régions où le personnel paraît plus assidu sont Douala (1 % d'absence) et l'Ouest (2% d'absence).

Tableau 38 : Taux d'absence par région et par type de FS

	HD	CMA	CSI	Ensemble
Yaoundé	3,6	4,2	10,5	4,8
Douala	1,0	4,0	0	1,2
Centre	1,0	0	16,7	2,4
Adamaoua	2,7	43,8	11,8	14,3
Est	6,0	5,3	52,6	13,1
Extrême - Nord	12,2	58,3	8,6	17,0
Littoral	2,3	0	13,8	4,9
Nord	5,0	0	11,1	5,8
Nord -Ouest	2,3	7,9	4,3	5,8
Ouest	0	4,1	0	2,0
Sud	2,1	7,7	8,3	3,7
Sud -Ouest	8,8	0	10,4	9,5
Ensemble	3,0	8,5	10,4	5,6

Source : PETS 2003

Dans 34,6% des cas relevés, les absences ne sont pas justifiées et relève donc de l'indiscipline. Les absences pour cause de maladie, du temps mis pour rejoindre son nouveau poste d'affectation ou pour raisons familiales représentent respectivement 32,1%, 8,6% et 6,2% des cas d'absence. Les absences pour abandon ou pour grève ne représentent que 3,7%.

4.6 Rémunération du personnel dans les formations sanitaires

Parmi les éléments de motivation pouvant influencer sur la qualité des services rendus par le personnel, et en dehors du cadre de travail, nous avons voulu nous intéresser à la rémunération du personnel et ses principales composantes.

4.6.1 Catégories de personnel

Le personnel exerçant dans les formations sanitaires comprend :

- des personnels sanitaires prodiguant des prestations de santé (consultations, soins, examens, ...) que sont principalement le personnel médical (médecins généralistes, médecins spécialistes dans les différents domaines, techniciens supérieurs en soins infirmiers et infirmiers de divers grades et aides soignants) et le personnel paramédical (pharmaciens, techniciens de laboratoires etc., techniciens de laboratoire, etc.)
- Des personnels administratifs qui s'occupent ou contribuent essentiellement à la gestion administrative de la structure.

Ce personnel peut également être réparti, selon la stabilité ou non de leur contrat, en deux groupes : le personnel permanent et le personnel temporaire.

Le personnel permanent est constitué de fonctionnaires et régie par le statut général de la fonction publique. Il est ainsi classé de la catégorie B à la catégorie A. Quant au personnel temporaire, il est régi par des contrats à durée déterminée établis localement.

La rémunération du personnel de santé est principalement composé du salaire, des primes diverses régies ou non par des textes réglementaires.

4.6.2 Les salaires

La rémunération du personnel employé dans les formations sanitaires dépend essentiellement du secteur dans lequel il exerce (public ou privé) ainsi que de son statut (grade, catégorie, échelon). Dans le secteur public, celle-ci est régie par le statut général de la fonction publique, ainsi que par les statuts particuliers liés aux différents corps de métiers. D'autres textes particuliers régissent les traitements salariaux, les primes et émoluments, ainsi que des avantages éventuels rattachés à chaque catégorie de personnel⁶.

Le tableau suivant donne une idée de la catégorie et du niveau de salaire de base moyen et de la solde brute⁷ des personnels conformément à la grille des salaires mensuels de la fonction publique.

⁶ Cf. Arrêtés n°

⁷ En réalité, de salaire moyen ici, il s'agit de celui d'un agent public se situant au milieu de sa carrière (7è échelon) dans chaque catégorie considérée.

Tableau 39 : Solde de base et solde brute moyenne par catégorie de personnel fonctionnaire (Grille de Février 1997)

Catégorie	Solde de base	Complément de solde	Logement (8%)	Solde brute
A2 (Médecins, pharmaciens et ass.)	159 565	550	12765	172880
A1 (Administrateurs et ass)	147700	550	11816	160066
B2 (TSSI et ass)	131600	550	10528	142678
B1 (IDE, TL et ass)	126375	900	9960	135360
C (IB, TAL et ass)	85000	2000	6800	93800
D (AS et ass)	51000	2000	4080	57080

Source : CENADI

Depuis l'année 2002, l'ensemble personnel relevant du Ministère de la Santé Publique est géré par un démembrement autonome du nouveau Système Intégré de Gestion du Personnel de l'Etat et de la Solde (SIGIPES).

4.6.3 Les primes et autres motivations

On peut distinguer deux catégories de primes : les primes entrant directement dans le salaire mensuel et les primes payées localement dans la structure dont on relève.

- **Primes intégrées dans le salaire : primes de technicité**

Un texte de 2001 revalorise les primes de technicité des personnels médicaux et paramédicaux, lesquelles sont intégrées depuis la source au bulletin de salaire, les portant à 50 000 FCFA contre 12 500 FCFA pour les médecins et pharmaciens, et à 25 000 FCFA pour les autres personnels sanitaires.

- **Primes de rendement non intégrées dans le salaire : quotes-parts**

Les primes de rendement non intégrées aux salaires sont distribuées, au plan interne généralement sous forme de quotes-parts issues des recettes propres générées par chaque formation sanitaire et prélevées conformément aux quotas réglementaires fixés par les pouvoirs publics. Il se pose cependant toujours le problème de sa distribution équitable surtout chez le personnel paramédical, seuls les médecins étant censés poser des actes tels que les consultations, les certificats médicaux qui donnent lieu à la rétention des billets de cession ou coupon de consultation sur la base desquels les primes sont calculées et distribuées au personnel.

Dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, pour ce qui est du personnel de soins, environ 50% d'agents ont déclaré avoir perçu des primes au cours de l'exercice budgétaire 2001/2002.

En particulier, dans la région du Nord-ouest, 88,6% du personnel médical aura perçu des primes, dont 48,2% dans les CMA. Le montant moyen des primes de cette région (54 500 FCFA par individu). Plus de sept individus sur dix ont perçu des primes dans la région du Littoral.

Le pourcentage des personnes n'ayant pas perçu de primes est plus élevé dans les régions de l'Adamaoua (78,6%), du Sud (77,6%), du Nord (75,4%) et du Sud-ouest (74,5%). Les personnels de certaines formations sanitaires disent n'avoir pas eu de primes au cours de l'année 2001/2002 à l'instar des CMA des régions de Yaoundé, de l'Extrême-nord, du Nord et du Sud-ouest ainsi que les CSI de l'Est et du Nord.

Tableau 40 : Répartition (%) du personnel par type de formation sanitaire et par région suivant qu'ils aient reçu des primes ou pas.

Région	N'ont pas eu de prime				Ont eu des primes			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
Yaoundé	20,9	10,4	5,7	37,0	52,2	0,0	10,9	63,0
Douala	37,3	0,0	0,4	37,7	41,4	10,2	10,7	62,3
Centre	36,2	8,7	7,9	52,8	42,5	3,1	1,6	47,2
Adamaoua	44,3	10,0	24,3	78,6	8,6	12,9	0,0	21,4
Est	9,6	8,0	13,6	31,2	57,6	8,0	3,2	68,8
Extrême-nord	20,5	13,6	34,1	68,2	26,1	0,0	5,7	31,8
Littoral	12,3	1,6	12,3	26,2	59,0	3,3	11,5	73,8
Nord	33,3	15,9	26,1	75,4	24,6	0,0	0,0	24,6
Nord-ouest	4,1	4,1	3,1	11,4	18,7	48,2	21,8	88,6
Ouest	19,4	26,2	2,8	48,4	17,9	22,2	11,5	51,6
Sud	61,9	8,2	7,5	77,6	9,7	11,2	1,5	22,4
Sud-ouest	43,8	1,5	29,2	74,5	19,7	//	5,8	25,5
Ensemble	27,0	9,2	10,3	46,5	32,7	12,1	8,8	53,5

Source : PETS 2003

Dans les HD, la prime annuelle moyenne varie entre 286 600 FCFA enregistré dans la région du Sud et 33 100 FCFA à l'Ouest. Les primes les plus élevées sont généralement l'apanage des responsables des formations sanitaires quel que soit le type.

Dans les CMA, la prime annuelle moyenne la plus élevée est de 312 100 FCFA, déclarée dans la région de Douala (supérieure à la prime moyenne la plus élevée dans les HD). En effet, dans l'échantillon, nous n'avions qu'un CMA public dans la région de Douala qui est celui de Bonamoussadi ; les primes de cette formation sanitaire varient entre 448 000 FCFA et 188 000 FCFA ; c'est ce qui explique cette moyenne de 312 100 FCFA.

Dans les CSI, la prime annuelle moyenne la plus élevée est de 144 300 FCFA alors que la plus faible est de 2 000 FCFA, déclarée dans le Centre.

Ainsi, le montant des primes varie en fonction des types de formation sanitaire ; plus les recettes propres d'une formation sanitaire sont élevées, plus le montant des primes de son personnel est important.

Tableau 41 : Répartition des primes moyennes par individu et maximales du personnel par type de formation sanitaire et par région (en milliers de FCFA)

Région	HD		CMA		CSI		Ensemble	
	Moyenne	Maximum	Moyenne	Maximum	Moyenne	Maximum	Moyenne	Maximum
Yaoundé	85	402	0	0	33,4	83	76,3	402
Douala	178	648	312	448	47,8	118	177,5	648
Centre	163	780	141	199	2,0	3	155,8	780
Adamaoua	86	144	4	4	0	0	36,9	144
Est	49	300	113	375	88,3	125	58,0	375
Extrême-nord	46	86	0	0	12,8	17	39,9	86
Littoral	98	1195	120	300	144,3	415	106,3	1195
Nord	17	26	0	0	0	0	17,4	26
Nord-ouest	60	458	34	422	95,4	200	54,5	458
Ouest	33	600	135	420	80,4	342	87,7	600
Sud	287	1800	23	34	7,5	9	136,1	1800
Sud-ouest	63	159	0	0	69,0	120	64,6	159
Ensemble	100	1800	98	448	72,8	415	94,9	1800

Source : PETS 2003

En dépit de ces primes et autres avantages, le personnel des corps des services médico- sanitaires comme l'ensemble du personnel relevant de la fonction publique camerounaise, se dit globalement insatisfait des conditions de rémunération. La double baisse des salaires de 1993, la dévaluation du Franc CFA de 1994, l'inflation naturelle ont renchéri le coût de la vie et font que le niveau de rémunération actuel reste inférieur (en nominal) à celui des années 1992-1993. Certaines déviances professionnelles pourraient y trouver leur origine d'après la plupart des personnels rencontrés.

4.6 Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires

La méthodologie de l'étude a retenu quelques médicaments essentiels dont il fallait suivre la disponibilité dans les formations sanitaires. Ce sont : le *Métronidazole*, la *Rifampicine*, la *Chloroquine*, le *Cotrimoxazole*, les *vaccins anti-rougeoleux* et les *vaccins DT/DPT*.

Les médicaments déclarés disponibles dans les FS pendant la période de l'enquête sont le *Cotrimoxazole* (disponible dans tous les HD et le CSI) et le *Métronidazole* qui est disponible dans 97% des formations sanitaires. Par contre, seulement 70% des FS ont en stock les vaccins anti-rougeoleux et DT/DPT. Environ 50% des FS ne disposent pas de *chloroquine* ; la *Rifampicine* est plutôt rare dans les FS (14% seulement en disposent).

L'étude révèle que le nombre maximal de jours de rupture de stock en médicaments essentiels est de 92 jours pour la *Chloroquine* et la *Rifampicine* ; les moyennes étant respectivement de 10,2 jours et 7,3

jours. Le nombre moyen de jours de rupture est relativement faible dans les CSI par rapport à d'autres types de formation sanitaire sauf en ce qui concerne la **Rifampicine** et la *chloroquine*.

Tableau 42 : Nombre de jours de rupture de stock en médicaments essentiels au cours des 03 derniers mois

Médicaments essentiels	HD		CMA		CSI		Ensemble	
	Maximum	Moyenne	Maximum	Moyenne	Maximum	Moyenne	Maximum	Moyenne
<i>Chloroquine</i>	92	10,5	90	10,0	92	10,2	92	10,2
<i>Cotrimoxazole</i>	30	2,1	78	4,0	25	1,1	78	2,0
<i>Métronidazole</i>	30	2,1	91	4,2	50	2,0	91	2,5
<i>Vaccins DTC/DPT</i>	90	4,0	0	0,0	7	0,1	90	0,8
<i>Rifampicine</i>	92	7,5	30	0,8	92	10,5	92	7,3

Source : PETS 2003

Tableau 43 : Nombre de jours moyen de rupture de médicaments essentiels au cours du dernier mois de 2003 par zone d'enquête

Zone	chloroquine	cotrimoxazole	métronidazole	vaccins anti rougeoleux	vaccins DTC/DPT	rifampicine
Yaoundé	3,8	0	0	4,3	4,3	15
Douala	0	0	0	0	0	0
Centre	1,4	1,4	1,5	1,3	1,3	0
Adamaoua	15,1	3,7	3,7	4,6	0	3,8
Est	4,1	0,7	1,4	0	0	5
Extrême-Nord	8,2	2,7	5,5	0	0	3,3
Littoral	13,3	0	0	0,9	0,9	15
Nord	0	1,4	0	0	0	0
Nord-Ouest	10	0	0	0	0	0
Ouest	0	0,5	0	0	0	0
Sud	0	0	0	0	0	0
Sud-Ouest	0,7	0,6	0,9	0	0	0
Ensemble	5	1	1,2	0,9	0,5	3,8

Source : PETS 2003

Tableau 44 : Nombre de jours moyen de rupture de médicaments essentiels au cours du dernier mois 2003 par type de formation sanitaire

Type	chloroquine	cotrimoxazole	métronidazole	vaccins anti rougeoleux	vaccins DTC/DPT	rifampicine
HD	4,4	1,7	1,8	3,7	2,5	3,8
CMA	5	1,2	1,2	0,8	0	1,6
CSI	5,3	0,6	0,8	0	0	4,9
Ensemble	5	1	1,2	0,9	0,5	3,8

Source : PETS 2003

4.7 Fréquentation des formations sanitaires selon les préférences

La fréquentation des formations sanitaires est mesurée ici par les avis recueillis auprès des **bénéficiaires ménages** (sur 1973 individus relevés dans l'échantillon de). Dans l'ensemble de l'échantillon, 65,3% de bénéficiaires ont fréquenté une structure de santé publique contre 34,7% qui ont opté pour une formation sanitaire privée. A Douala et dans le Sud-ouest, la population enquêtée préfère fréquenter les formations sanitaires privées : 55,6% et 53,6% respectivement.

Tableau 45 : Répartition (%) bénéficiaires –ménages- suivant le type de formation sanitaire fréquenté et par région

Région	Public	Privée	Effectif
Yaoundé	65,1	34,9	166
Douala	44,4	55,6	90
Centre	68,7	31,3	179
Adamaoua	77,6	22,4	165
Est	72,9	27,1	133
Extrême-nord	68,6	31,4	153
Littoral	61,1	38,9	157
Nord	96,8	3,2	93
Nord-ouest	56,0	44,0	168
Ouest	62,4	37,6	266
Sud	68,0	32,0	250
Sud-ouest	46,4	53,6	153
Ensemble	65,3	34,7	1973

Source : PETS 2003

4.8 Supervision

La supervision fait partie des dispositions de la politique nationale de santé publique visant à permettre un management efficient des structures de santé. C'est une forme d'inspection qui se pratique à tous les niveaux de l'organigramme par un personnel hiérarchiquement compétent, et ce sur les plans administratif, technique et pratique. Cette inspection se fait sur la base d'un cahier de charges dont les critères doivent être connus des deux parties, les superviseurs et supervisés.

4.8.1 Services extérieurs

La supervision est une activité pas encore systématiquement pratiquée dans les services extérieurs de la santé. En 2003, 8 responsables sur 10 de services extérieurs de la santé publique ont effectué des visites de supervision. Les chefs de santé de district sont légèrement plus actifs que les responsables provinciaux.

Durant le premier semestre 2003, 88% des chefs de services de santé de District ont effectué au moins une supervision dans les formations sanitaires de leur zone de compétence, parmi ceux-ci, 82% avaient

un planning de supervision à l'avance. Au cours de la même période, 85% des chefs de service de santé de District ont été supervisés par leur supérieur hiérarchique.

Pour ce qui est de la connaissance des critères de supervision, les responsables sont très bien informés. En effet, près de 9 responsables sur 10 connaissent les critères de supervision.

La majorité des responsables des DPSP et des SSD trouvent les visites de supervision indispensables ou utiles, soit 9 sur 10 d'entre eux.

Au niveau des activités menées pendant la supervision, elles sont diverses et variées. Toutefois, le programme élargi de vaccination, le suivi des programmes nationaux tels que le sida, le contrôle de la pharmacie ou la pro pharmacie et le contrôle de la chaîne de produit sont les plus récurrents.

Les activités relatives à la dépense publique sont rarement mentionnées comme éléments de la supervision.

A l'issue de la supervision, en cas de résultat satisfaisant les superviseurs envoient dans la plupart du temps des lettres de félicitation, d'encouragement ou de motivation aux structures inspectées. En revanche au cas où ils ne sont pas satisfaits, ils formulent des orientations, des conseils à l'endroit. Dans certains cas, ils envisagent soit des stages de formation ou recyclage, soit des séminaires ou des réunions. Des cas de sanction ne sont pas exclus mais rares.

Tableau 46 : Supervision selon les services extérieurs de la santé publique

	DPSP	SSD	Col %
Dispose d'un planning de supervision (%)	87,5	77,1	79,1
Connaissance des critères de supervision (%)	88,9	91,2	90,7
Appréciation de la supervision			
Indispensable	66,7	61,8	62,8
Utile	22,2	35,3	32,6
Inutile	11,1	2,9	4,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

4.8.2 Les formations sanitaires

La majorité des responsables formations des formations sanitaires reconnaissent avoir reçu au moins une visite de supervision en 2003. Dans l'échantillon des formations sanitaires, ce sont les CMA qui ont été les plus supervisés (87,5%) suivis des CSI (76,9%). En huit mois, deux Hôpitaux de District sur cinq ont reçu moins de deux supervisions alors que 1/3 des CSI ont reçu plus de quatre supervisions.

Dans l'ensemble, presque tous ces responsables de formations sanitaires déclarent que la supervision est indispensable et/ou utile.

Les critères de supervision restent méconnus par près d'un tiers de responsables de formations sanitaires. Cette méconnaissance ne varie pas sensiblement selon le niveau de la formation sanitaire.

Si beaucoup de responsables de formations sanitaires enquêtés semblent ignorer les critères de supervision, une forte majorité affirment avoir une bonne opinion de la supervision, en effet 98% parmi eux la jugent indispensable ou utile.

Le nombre de supervision au cours de 2003 varie sensiblement selon le type de formation sanitaire. Près 3 HD sur 10 ont reçu plus d'une visite de supervision, 8 CMA sur 10 et 9 CSI sur 10. Au constat, plus le niveau de la structure est bas, plus elle est supervisée.

Tableau 47 : Supervision selon les formations sanitaires

	HD	CMA	CSI	Ensemble
A été supervisé en 2003 (%)	46,9	93,3	78,9	74,6
Connaissance des critères de supervision (%)	67,7	60,0	65,7	64,9
Appréciation de la supervision (%)				
Indispensable	60,0	37,9	46,2	47,1
Utile	36,0	58,6	52,3	50,4
Inutile	4,0	3,4	1,5	2,5
Nombre de supervision en huit mois (%)				
Une fois	33	21	12	17
Deux fois	20	29	25	25
Trois fois	13	29	20	21
Quatre fois	7	4	10	8
Plus de quatre fois	20	18	33	27
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

CHAPITRE 5 : LES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTE

La demande de santé telle que nous l'avons abordée dans notre étude peut s'appréhender en trois niveaux : i) les effectifs des patients qui sollicitent les services de santé, ii) le profil desdits patients afin de cerner les déterminants du choix des lieux et des services de santé et, iii) leur appréciation par rapport aux services dont ils sont bénéficiaires.

5.1 Les effectifs des patients

En moyenne, on a enregistré en 2001/2002, dans les formations sanitaires de l'échantillon 22 malades par jour dans les hôpitaux de district, 17 malades dans les CMA et 12 malades dans les CSI.

Tableau 48 : Effectif moyen de patients par jour et par type de formation sanitaire

Zone	2001/2002				2003 ⁸			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
Yaoundé	47,5	// ⁹	8,3	18,1	26,5		5,0	10,4
Douala	52,7	//	57,1	56,0	16,9	4,4	8,9	10,3
Centre	11,3	8,2	2,0	7,3	8,7	4,1	1,5	4,7
Adamaoua	4,1	4,5	6,0	5,6	2,9	2,3	4,4	4,0
Est	13,0	5,6	4,2	5,6	1,8	5,5	1,6	2,8
Extreme-Nord	37,4	23,1	24,1	25,7	67,8	13,5	9,4	20,5
Littoral	20,4	5,6	5,7	8,6	11,1	4,2	3,0	4,7
Nord	10,5	16,4	10,8	11,8	5,3	8,7	5,8	6,3
Nord-Ouest	//	36,6	31,9	34,0		20,6	4,6	11,7
Ouest	5,2	26,8	7,5	14,4	3,4	11,4	3,7	6,6
Sud	//	4,3	3,0	3,3		4,3	2,3	2,8
Sud-Ouest	26,0	1,6	3,5	8,9	2,1	0,4	2,0	1,9
Ensemble	22,2	16,9	12,3	15,0	13,3	9,1	4,3	6,9

Source : PETS 2003

Il ressort du tableau que le nombre de patients croît avec la catégorie de la formation sanitaire : plus la formation sanitaire est de référence élevée, plus elle reçoit des malades. Cela peut s'expliquer par l'offre d'un plateau technique de services plus riche en qualité et en quantité que l'on retrouve dans ces formations sanitaires.

En terme de répartition spatiale, les deux grandes villes (Yaoundé et Douala) enregistrent 45% des patients des hôpitaux de district. Par zone d'étude, Douala enregistre le plus grand nombre de patients

⁸ En réalité, les statistiques ne sont pas toujours actualisées ; ce qui fait que les effectifs déclarés en 2003 relevaient plus du disponible que de la situation à la date de passage des enquêteurs.

⁹ L'un des constats de notre étude a été la difficulté d'accéder à l'information auprès des responsables surtout dans les grandes villes. Cette « indisponibilité » est parfois due, soit à la non tenue des statistiques à jour, soit à de multiples occupations ou tout simplement à une mauvaise foi qui estime que c'est du temps perdu que l'on aurait mieux fait de valoriser ailleurs !

par jour toute catégorie de FS confondue, suivi du Nord-ouest et de l'Extrême nord. Le plus faible recours aux formations sanitaires est enregistré dans la province du Sud, à l'Est et dans l'Adamaoua. A l'observation, l'environnement économique (profil de pauvreté) et les considérations socioculturelles ne sont pas sans rapport avec ce faible taux de fréquentation des formations sanitaires.

En 2001/2002, on enregistre par mois en moyenne 40 accouchements dans les hôpitaux de districts, 19 accouchements dans les centres médicaux d'arrondissement et 7 accouchements dans les centres de santé.

La répartition spatiale montre que les deux grandes villes (Yaoundé et Douala) enregistrent 40% des accouchements dans les formations sanitaires de l'échantillon. Les régions Rural forêt et du grand Nord (Savane)¹⁰ enregistrent les plus faibles taux d'accouchements assistés enregistrés. Des raisons liées aux considérations d'ordre culturel et religieux et l'environnement socioéconomique peuvent expliquer cela. A titre d'exemple, les consultations et accouchements des femmes par le personnel sanitaire masculin ne sont très pas acceptés dans cette région. Le tableau ci-dessous montre que le nombre d'accouchements assistés dans les formations sanitaires de la partie septentrionale du pays sont parmi les plus bas. Dans la région Rural forêt, l'appartenance à un groupe socioéconomique particulier (majoritairement agriculteurs) qui induit implicitement un niveau d'instruction pas très élevé – donc un faible accès à l'information – peut aussi expliquer ce faible recours aux formations sanitaires.

Tableau 49 : Moyenne mensuelle des accouchements assistés dans les formations sanitaires publiques

Zone	2001/2002				2003			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	183,3	,	0,8	61,6	72,6	,	0,6	24,6
DOUALA	81,8	3,9	5,0	30,4	39,4	11,4	2,1	14,1
CENTRE	17,1	7,6	1,0	7,8	11,7	3,9	0,6	5,0
ADAMAOUA	17,6	7,3	2,2	5,8	6,6	3,3	1,3	2,6
EST	15,4	3,2	14,4	10,9	3,2	5,1	7,7	5,6
EXTREME-NORD	30,3	10,1	7,7	10,8	17,0	4,6	4,4	6,0
LITTORAL	20,9	4,0	5,7	10,1	11,3	3,0	2,4	5,1
NORD	15,5	11,6	4,2	8,8	11,5	5,3	1,6	5,3
NORD-OUEST	27,9	32,9	32,8	32,3	14,0	16,0	18,1	16,7
OUEST	45,9	56,6	8,4	32,8	26,8	14,6	3,8	12,7
SUD	73,1	4,6	1,1	13,7	30,4	2,9	1,1	6,3
SUD-OUEST	1,9	8,2	5,9	4,9	1,1	2,6	3,6	2,8
Ensemble	40,3	19,2	7,3	17,8	18,5	8,7	3,8	8,5

Source : PETS 2003

¹⁰ Voir découpage du pays en zones agro écologiques d'après ECAM I & II.

Tableau 50 : Moyenne mensuelle du nombre d'accouchements assistés par type de formation sanitaire
(Secteur public & privé)

Zone agro écologique	2001/2002				2003			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	123,6	?	2,5	42,9	49,3	?	1,5	17,4
DOUALA	81,8	2,0	4,5	23,2	39,4	5,9	2,4	11,4
Autres villes	30,5	27,9	15,1	24,4	15,9	12,7	9,9	13,1
Rural forêt	//	3,3	1,7	2,1	0,5	2,6	1,0	1,4
Rural hauts plateaux	16,1	25,6	11,5	14,8	10,5	8,2	5,2	6,6
Savane	18,5	15,4	4,8	7,4	13,3	9,3	2,7	4,5
Ensemble	41,3	18,5	7,9	17,6	19,6	8,7	4,4	8,7

Source : PETS 2003

5.2 Profil des patients et déterminants du choix

L'option de recourir à une formation sanitaire ou non en cas d'ennui en matière de santé peut être tributaire de plusieurs facteurs isolés et /ou d'une combinaison d'autres facteurs. Parmi ceux-ci, nous avons voulu nous intéresser i) au pouvoir d'achat à travers le groupe socioéconomique, ii) au plateau technique, iii) à la proximité des FS et iv) aux coûts d'accès aux soins. Tous ces déterminants vont par la suite nous permettre de mieux apprécier le jugement (certes subjectif) des patients sur les services et le système de santé publique au Cameroun.

- **Le groupe socioéconomique**

L'analyse du tableau ci-dessous permet de comprendre que les patients orientent leur choix des FS pour traitement suivant leur capacité de financement : les plus nantis se dirigent vers les hôpitaux de district en milieu urbain, et les moins nantis vont dans les autres formations sanitaires de catégorie inférieure.

Par contre en zone rurale, le facteur de choix le plus déterminant semble être la proximité de la formation sanitaire. Evidemment on peut faire l'hypothèse que le groupe socioéconomique des ruraux n'offre pas beaucoup d'alternative d'être classé comme non pauvre¹¹.

Ainsi, les travailleurs du secteur public – donc majoritairement urbains - sont les plus nombreux à solliciter les hôpitaux de district, 33% dans l'ensemble dont 28 % en milieu urbain ; alors que les agriculteurs sont 65% à aller dans les CSI – dont 55% en milieu rural et 10% en urbain- et les travailleurs du privé informel (64%) fréquentent plus les CMA et les CSI. Les travailleurs privés informels, les chômeurs et les inactifs, même en milieu urbain privilégient les CSI aux autres formations sanitaires.

¹¹ Selon l'Ecarn II, les pauvres sont majoritairement des ruraux.

Tableau 51 : Répartition des patients suivant le groupe socio-économique, le milieu et le type de formation sanitaire visitée

Groupe socio-économique	Urbain				Rural				Ensemble			
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total
Travailleurs secteur public	27,8	15,3	25,0	68,1	5,6	12,5	13,9	31,9	33,3	27,8	38,9	100,0
Travailleurs du privé formel	17,3	9,6	26,9	53,8	5,8	9,6	30,8	46,2	23,1	19,2	57,7	100,0
Agriculteurs	9,8	2,2	9,6	21,7	6,9	16,1	55,3	78,3	16,8	18,3	64,9	100,0
Travailleur à compte propre non agricole	23,9	11,5	20,4	55,8	4,0	11,9	28,3	44,2	27,9	23,5	48,7	100,0
Travailleurs du privé informel	12,1	8,6	36,2	56,9	5,2	10,3	27,6	43,1	17,2	19,0	63,8	100,0
Chômeurs	17,3	11,5	29,8	58,7	4,8	12,5	24,0	41,3	22,1	24,0	53,8	100,0
Inactifs	22,2	12,2	29,7	64,2	4,9	8,9	22,0	35,8	27,2	21,1	51,8	100,0
Ensemble	17,8	8,7	21,6	48,2	5,5	12,3	34,1	51,8	23,3	21,0	55,7	100,0

Source : PETS 2003

- **Capacité technique de la formation sanitaire à offrir les soins de qualité**

Le choix des patients est aussi déterminé par la capacité technique de la formation sanitaire à offrir les soins de qualité.

Une analyse des formations sanitaires visitées selon le type de maladie dont on souffre permet de constater que :

- Plus de 40% des malades vont dans les hôpitaux de district pour les cas de maladies jugées graves (fractures ou malformation des os, accident de circulation, etc.) qui nécessitent une compétence plus grande du personnel médical ;
- Les maladies jugées bénignes comme la toux, la grippe, la fièvre et le mal de tête se concentrent plus dans les centres de santé de catégorie inférieure;
- Pour un meilleur suivi, 77% des femmes effectuent les consultations prénatales et postnatales dans les centres de santé. La proximité et le caractère pas très « pointu » de cette activité pouvant le permettre et justifier ce taux élevé.

- **La proximité de la formation sanitaire**

Distance moyenne entre le lieu de résidence du patient et le lieu de consultation - approche ménages-

Par rapport aux formations sanitaires privées, la distance moyenne du ménage à la *formation sanitaire visitée* selon le chef de ménage interrogé est de *5,2 Km* pour une formation sanitaire privée quelconque, alors que cette distance moyenne est de *3,9 Km* pour une formation sanitaire publique. La formation sanitaire la plus proche se trouve donc relever du secteur public comme en témoigne les résultats ci-dessous.

Tableau 52 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche ménage)

Zone	Formation sanitaire publique visitée				Formation sanitaire privée visitée				Formation sanitaire publique la plus proche			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	3,0	8,7	1,0	2,6	0,8	//	3,7	3,4	1,2	0,0	1,2	1,1
DOUALA	3,7	8,0	0,0	3,5	//	5,0	2,1	2,4	2,6	2,1	2,4	2,4
CENTRE	2,2	9,5	3,3	2,8	8,0	35,0	10,6	10,7	2,4	4,0	4,5	3,6
ADAMAOUA	3,5	//	1,2	2,5	0,4	//	4,8	3,7	3,1	//	2,0	2,6
EST	3,3	6,9	2,5	3,8	7,7	2,5	1,3	2,2	5,2	5,4	2,7	4,1
EXTREME-NORD	1,9	7,4	9,6	7,2	5,0	//	13,4	12,8	2,2	7,3	9,8	8,0
LITTORAL	3,0	3,3	2,7	3,0	4,0	5,7	2,7	3,2	2,3	2,2	2,5	2,4
NORD	6,2	23,9	6,5	7,7	//	//	2,0	2,3	6,2	23,9	6,0	7,9
NORD-OUEST	1,8	1,5	2,2	2,1	3,7	2,3	2,7	2,9	2,2	1,2	1,9	2,0
OUEST	9,2	3,6	2,5	3,6	20,5	//	4,4	4,8	2,9	2,0	2,7	2,5
SUD	4,6	8,0	3,8	4,3	8,5	35,0	3,3	5,4	2,8	17,5	4,0	5,0
SUD-OUEST	4,4	//	1,8	2,6	10,5	7,0	5,0	6,0	8,9	2,5	4,7	5,6
Ensemble	3,7	6,3	3,4	3,9	5,7	11,5	5,1	5,2	3,6	5,8	3,7	3,9

Source : PETS 2003

Tableau 53 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche ménage)

Zone	Formation sanitaire publique visitée	Formation sanitaire privée visitée	Formation sanitaire publique la plus proche	Approche malade	ECAM II
YAOUNDE	2,6	3,4	1,1	1,9	0,9
DOUALA	3,5	2,4	2,4	1,9	1
CENTRE	2,8	10,7	3,6	3,1	4,6
ADAMAOUA	2,5	3,7	2,6	4,5	6,4
EST	3,8	2,2	4,1	7,1	6,5
EXTREME-NORD	7,2	12,8	8,0	4,3	4
LITTORAL	3,0	3,2	2,4	2,1	2,1
NORD	7,7	2,3	7,9	5,0	7,1
NORD-OUEST	2,1	2,9	2,0	3,7	4
OUEST	3,6	4,8	2,5	2,6	2,8
SUD	4,3	5,4	5,0	3,9	4,6
SUD-OUEST	2,6	6,0	5,6	1,8	5,5
Ensemble	3,9	5,2	3,9	3,5	3,9

Source : PETS 2003

Une analyse par zone montre que la province du Nord et de l' Extrême -Nord, le Sud et le Sud-Ouest ainsi que l' Est sont les régions où les formations sanitaires sont les plus éloignées des populations. Ces résultats confirment ceux obtenus à l'ECAM II comme le présente le tableau ci-dessus.

Distance moyenne entre le lieu de résidence du patient et le lieu de consultation - approche usagers-

Selon les malades interrogés à chaud dans les formations, ils ont parcouru en moyenne 3,9 Km pour se rendre dans une formation sanitaire publique, alors qu'ils estiment la plus proche à 3,5 km. Ceux rencontrés dans les formations privées estiment avoir parcouru 4,2 km. Quelque soit le secteur public ou

privé, les CSI sont les plus rapprochés des populations (environ 3 km), alors que les Hôpitaux de district se situent encore à plus de 6 Km en moyenne.

Les bénéficiaires rencontrés dans les formations sanitaires publiques visitées font en moyenne 6,2 km pour se rendre dans un Hôpital de District (HD), 3,9 km pour se rendre dans un Centre Médicaux d'Arrondissement (CMA) et 2,7 km pour se rendre dans un Centres de Santé Intégré (CSI).

Les populations de l'Est parcourent la distance la plus longue pour se rendre dans un hôpital de district par rapport à leur ménage. En effet la distance moyenne du ménage à l'hôpital de district est de 17 km dans cette province.

Tableau 54 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche malade)

Zone	formation sanitaire publique visitée				formation sanitaire privée visitée				formation sanitaire publique la plus proche			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	1,7	2,5	3,4	2,7	9,9	1,8	3,1	4,5	2,0	2,3	1,8	1,9
DOUALA	2,9	1,6	1,4	2,0	//	6,5	4,0	4,6	1,9	1,6	1,9	1,9
CENTRE	5,7	3,8	2,4	3,8	//	10,1	2,9	5,3	3,6	3,7	2,5	3,1
ADAMAOUA	9,0	1,7	4,8	5,4	1,0	1,0	3,7	3,1	2,0	1,6	6,5	4,5
EST	17,0	1,4	1,8	5,7	//	//	3,9	3,9	9,5	9,7	4,9	7,1
EXTREME-NORD	8,6	7,9	2,5	4,0	5,8	11,9	1,5	4,4	4,9	7,8	3,3	4,3
LITTORAL	2,7	3,3	2,6	2,7	//	//	2,5	2,5	1,9	3,4	2,1	2,1
NORD	4,8	2,7	4,9	4,4	35,0	//	2,7	4,2	5,1	2,7	5,6	5,0
NORD-OUEST	4,6	3,3	1,9	2,8	//	//	3,4	3,4	2,5	3,2	4,3	3,7
OUEST	9,1	7,3	3,1	5,9	//	//	2,3	2,3	2,7	2,6	2,6	2,6
SUD	6,8	5,5	3,0	5,1	10,9	//	5,5	7,0	2,9	5,1	3,8	3,9
SUD-OUEST	4,1	2,4	1,6	2,1	7,2	//	1,4	3,3	1,8	2,4	1,8	1,8
Ensemble	6,2	3,9	2,7	3,9	8,3	7,3	3,2	4,2	3,3	4,0	3,4	3,5

Source : PETS 2003

• Coûts des services de santé selon les chefs de ménage

De façon générale, les ménages dépensent en moyenne 659 FCFA par personne pour les consultations dans un hôpital de district, 752 FCFA dans un CMA et près de 710 FCFA dans un CSI. Les populations de Douala et de Yaoundé paient plus cher les visites médicales que partout ailleurs. La région du grand Nord enregistrant les coûts de visites médicales les plus bas. Le tableau ci-dessous montre les prix des consultations par région et par type de formation sanitaire.

On note une disparité entre ces résultats et ceux obtenus auprès des malades enquêtés dans les formations sanitaires. Deux raisons peuvent expliquer cela :

- Une mauvaise déclaration des coûts par les ménages. Les personnes enquêtées étant bien souvent « oublieuses du passé », les multiples erreurs peuvent se glisser dans les déclarations des ménages qui devaient se rappeler des événements survenus il y a trois mois.

- Un tiers des ménages ont subi des consultations dans les formations sanitaires privées. Or comme le montre le tableau ci-dessous, les consultations dans les centres privés coûtent près de deux fois plus chers que dans les formations sanitaires publiques. On remarque qu'à certains endroits (surtout dans la province du Centre et à Douala), cet écart est plus accentué.

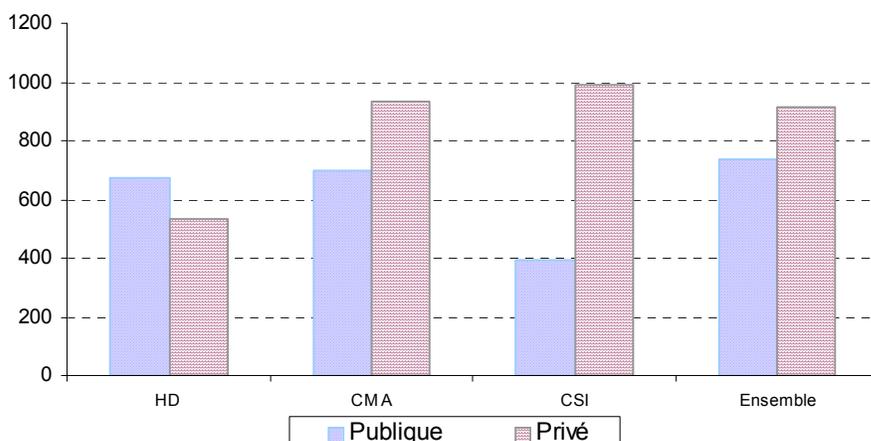
Tableau 55 : Tarif moyen de la consultation dans les formations sanitaires d'après les chefs de ménage

	Publique				Privé				Tout type			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	962	600	556	1468	1540	,	1971	1775	1073	600	1581	1568
DOUALA	1192	0	1050	1914	,	1020	2706	2384	1192	850	2618	2173
CENTRE	633	500	434	733	600	,	993	969	632	500	740	803
ADAMAOUA	542	,	569	552	575	,	531	589	546	,	555	561
EST	529	600	225	667	760	750	556	619	559	643	391	654
EXTREME-NORD	753	547	335	493	350	,	203	248	716	547	273	416
LITTORAL	718	600	419	843	333	700	941	925	698	660	725	873
NORD	549	550	141	442	,	,	500	400	549	550	157	441
NORD-OUEST	1050	600	305	481	100	750	888	703	603	700	573	578
OUEST	700	801	489	816	333	400	651	739	631	794	583	787
SUD	670	491	293	529	1533	1500	390	486	755	916	332	515
SUD-OUEST	750	5000	515	712	231	500	1224	1054	545	2750	957	895
Ensemble	676	700	396	737	535	935	992	915	659	752	711	798

Source : PETS 2003

Le coût élevé des soins dans les centres privés est peut-être un indicateur de la bonne qualité des soins qui y sont prodigués. 94% des personnes interrogées sont satisfaites de la qualité de la consultation, 82% trouvent les médicaments prescrits adaptés à la maladie et près de 53% des ménages jugent les dépenses dans les centres privés suffisantes par rapport au résultat.

Graphique 1 : Tarif (en FCFA) de la consultation selon le type de formation sanitaire (approche ménage)



Parlant des efforts fournis pour retrouver la santé, 23% des ménages n'étaient pas à leur première rencontre avec les services hospitaliers pour la même maladie. Un peu plus de 5% ont dû passer au moins deux fois avant de rencontrer le praticien.

- **Coût d'accès aux soins selon les usagers sur site**

Le prix d'une consultation par un médecin généraliste est de 600 FCFA. Ce prix diminue à 200 FCFA en moyenne dans les centres de santé où les consultations sont généralement effectuées par les non médecins. Les coûts des soins des enfants de moins de cinq ans sont plus élevés dans les deux grandes villes Yaoundé et Douala (entre 1500 FCFA et 2500 FCFA) que partout ailleurs. On note aussi que la province de l'Est offre les coûts les plus bas.

Tableau 56 : Tarif moyen de la consultation dans les formations sanitaires selon les malades rencontrés sur place

	Publique				Privé				Tout type			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	738	480	413	530	1500	3857	824	1604	974	1871	569	922
DOUALA	1207	600	703	882	,	2850	2046	2258	1207	1784	1256	1329
CENTRE	663	620	170	426	,	500	765	677	663	580	368	491
ADAMAOUA	814	754	25	368	675	0	214	277	792	700	88	345
EST	524	430	90	322	,	,	425	425	524	430	203	340
EXTREME-NORD	610	540	170	274	1700	1550	0	813	1155	1045	126	456
LITTORAL	683	540	426	515	,	,	655	655	683	540	483	538
NORD	600	143	171	291	600	,	100	124	600	143	151	262
NORD-OUEST	770	325	303	362	,	,	685	685	770	325	432	417
OUEST	600	651	314	505	,	,	560	560	600	651	396	514
SUD	773	545	0	440	1410	,	481	781	972	545	224	538
SUD-OUEST	513	0	182	238	250	,	1272	1086	489	0	333	334
Ensemble	717	467	252	424	1344	2000	684	921	791	670	388	539

Source : PETS 2003

Les coûts sont plus élevés dans les hôpitaux de district que dans les centres de santé. Il est à noter que ces coûts comprennent en plus des frais de consultation, de nombreux accessoires (seringues, compresses, sparadrap, coton, etc.) que les patients sont bien souvent obligés d'acheter.

- **Temps d'attente et durée de la consultation**

Le temps d'attente fait partie des premières mesures de la prise en charge dans les formations sanitaires. Selon qu'il est plus ou moins long, son effet psychologique joue un rôle important dans la thérapie du patient qui sent ainsi ses souffrances partagées et donc plus ou moins allégées. Dans notre étude, ce temps varie aussi suivant la qualification du personnel sanitaire consulté. En général, on attend un médecin pendant 52 minutes, 30 minutes d'attente pour un infirmier chef et tout autre personnel sanitaire. Ce temps d'attente varie par ailleurs avec la catégorie de la formation sanitaire : plus la FS est de catégorie élevée, plus on met du temps à attendre le personnel à consulter.

Tableau 57: Temps d'attente du personnel sanitaire par type de formation sanitaire
(en minutes)

	médecin	infirmier chef	Autre personnel de santé	Moyenne
Hôpital de référence/provincial	68,83	51,67	60,71	66,56
HD	52,90	36,25	40,25	48,86
CMA	45,81	40,26	26,32	38,73
CSI	37,00	27,6	25,63	29,62
Autres	31,25	60	19	9,76
Ensemble	51,27	30,33	30,23	40,01

Source : PETS 2003

La durée moyenne d'une consultation varie entre 18 et 24 minutes dans les formations sanitaires. On note que la province de l'Ouest offre le temps de consultation le plus long (32 minutes) alors que les consultations dans la province du Nord ne durent que 10 minutes en moyenne.

Tableau 58 : Durée de la consultation
(en minutes)

Zone	Approche malade				Approche ménage			
	HD	CMA	CSI	Ensemble	HD	CMA	CSI	Ensemble
YAOUNDE	21	18	15	17	21,2	7,3	22,3	21,4
DOUALA	18	14	20	18	13,3	16,4	15,4	15,0
CENTRE	19	22	16	18	19,3	30,0	19,8	19,9
ADAMAOUA	26	28	14	18	15,3	//	14,9	15,1
EST	21	14	21	19	22,5	19,1	26,9	23,5
EXTREME-NORD	16	7	13	12	11,8	12,6	11,2	11,5
LITTORAL	16	16	17	17	16,7	19,3	12,7	15,1
NORD	16	9	8	10	19,4	21,9	12,8	17,7
NORD-OUEST	15	16	16	16	19,1	30,0	18,2	18,8
OUEST	27	22	26	25	23,1	13,2	16,8	16,4
SUD	24	25	17	22	19,7	17,1	15,9	17,4
SUD-OUEST	19	10	17	17	11,6	8,0	14,4	13,7
Ensemble	20	17	16	17	17,7	16,4	16,4	16,8

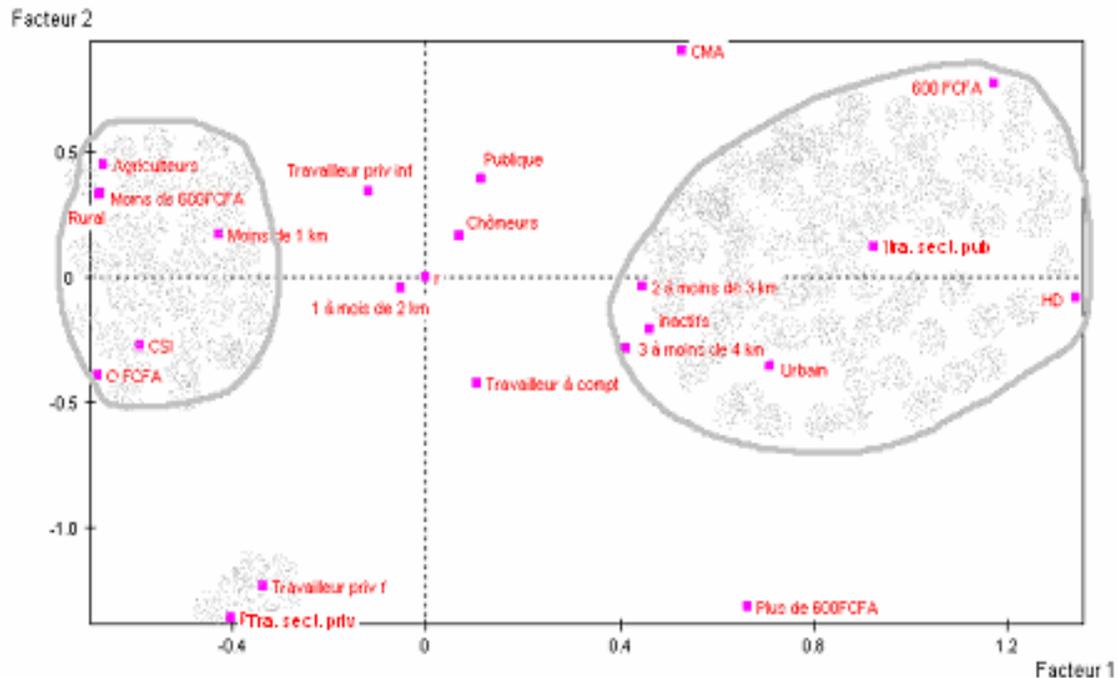
PETS 2003

- **Analyse des facteurs déterminants du choix des formations sanitaires par les patients**

Les tableaux précédents établissent des relations entre le profil des malades et leur choix pour une formation sanitaire par une analyse bivariée. L'analyse multivariée ci-après doublée de la classification automatique permet d'obtenir une vue plus globale entre les caractéristiques des malades et leur motivation dans le choix d'une formation sanitaire.

Les principaux facteurs analysés sont : le pouvoir d'achat à travers le groupe socioéconomique ; l'offre de plateau technique des formations sanitaires par le type ou la catégorie de celle-ci ; la proximité évaluée par la distance et le coût approché par le tarif de la consultation.

Graphique 2 : Plan factoriel des déterminants des choix des patients



L'axe 1 (facteur 1) du graphique oppose les agriculteurs - qui sont du milieu rural- aux travailleurs du secteur public et aux inactifs - du milieu urbain-. Du point de vue de leur choix, le premier groupe se caractérise par une demande de service de santé dans les CSI et à des moindres coûts (moins de 600 FCFA). De plus ces CSI sont peu éloignés des patients (moins d'un kilomètre en moyenne). Le second groupe fréquente plutôt les HD, paye 600 FCFA pour la consultation (le coût officiel de la consultation).

Par la suite, le second axe factoriel permet de discriminer les personnes aux revenus modestes (chômeurs, agriculteurs et travailleurs du privé informel) des personnes aux revenus moyens ou élevés (travailleurs à compte propre et travailleurs du privé formel) par rapport au statut de la formation sanitaire. En effet, le premier groupe fréquente beaucoup plus des formations sanitaires publiques, pendant que le second semble préférer les formations sanitaires privées. Ce qui semble confirmer nos résultats empiriques quand on considère que se faire soigner dans les FS privées exige souvent un peu plus de ressources que dans les FS publiques.

La Classification Automatique Hiérarchisée (CAH) qui complète l'analyse factorielle nous permet de constituer 6 groupes, les deux premiers groupes sont ceux présentés par l'axe 1 et décrit ci-dessus.

Concernant le premier groupe, il concentre 45% des malades ayant visité un centre de santé pendant l'enquête, le second groupe est constitué de 38% des malades. La classification apporte un

éclaircissement sur ce second groupe composé des urbains en le répartissant en deux sous groupes. D'un côté, on a un premier sous-groupe qui représente 32% des patients, il s'agit des inactifs plus présent dans les HD et payant 600 FCFA ou plus pour la consultation. Ceux-ci sont en milieu urbain, des élèves ou des personnes âgées qui ne supportent pas directement les coûts de santé, et/ou consultant pour des motifs nécessitant un équipement un peu plus sophistiqué et/ou un personnel plus qualifié – car dépendant des travailleurs publics ou privés formels urbains - . De l'autre côté, on a un second sous-groupe constitué des travailleurs du secteur public qui payent 600 FCFA ou moins. Leur faible proportion dans l'échantillon pourrait traduire le fait que ces derniers fréquentent le plus souvent des hôpitaux de référence non pris en compte dans notre échantillon des formations sanitaires.

La CAH semble confirmer la discrimination faite ci-dessus par le 2^e axe factoriel. En effet, le quatrième groupe est essentiellement constitué des travailleurs du secteur privé formel qui ont une légère préférence pour les centres de santé privé, 56% d'entre eux se sont rendus dans les centres de santé privé contre 44% dans les centre de santé publics. En fait, ils sont selon ECAM II plus nantis que leurs collègues du secteur public. Par conséquent, ils peuvent payer le prix pour rechercher une meilleure qualité de soins dans le privé. Mieux encore, certaines entreprises privées signent des conventions avec des centres de santé privée ou des cliniques pour les soins de leurs personnels.

Le cinquième groupe essentiellement constitué des chômeurs et le sixième constitué de travailleurs du privé informel ne présentent pas de spécificité du point de vue de leur choix. En d'autres termes ils se retrouvent dans les proportions sensiblement identiques dans les différents types de formation sanitaire.

5.3 Appréciation de la qualité des prestations de services

5.3.1 Qualité du personnel de santé

La qualification du personnel de santé consulté est l'un des indicateurs qui rentrent dans l'appréciation de la qualité des prestations dans une formation sanitaire. Le tableau ci-dessous indique que, dans l'ensemble, environ 29% des usagers interrogés dans les formations sanitaires ont consulté un médecin, 33% ont consulté l'infirmier qui dirige la formation sanitaire et un peu plus de 37% ont consulté un autre personnel de santé.

Ces statistiques traduisent bien la couverture limitée du pays en personnel de santé qualifié lorsqu'on considère que seuls les médecins usagers devraient en principe procéder aux consultations des malades. L'on retrouve également ici, un différentiel considérable entre le secteur public et le secteur privé. La proportion d'usagers des formations sanitaires privées consultée par un médecin est de 11 points plus importante que celle des formations sanitaires publiques. De même, tandis que les proportions d'usagers ayant consulté l'infirmier en chef ne sont que peu différentes selon le statut de la formation sanitaire, celles d'usagers ayant consultés un autre personnel de santé sont différentes. Il y a ainsi dans les

formations sanitaires privées une proportion moindre de consultations opérées par des personnels de santé autre que le médecin et l’infirmier en chef.

Les constats ci-dessus peuvent justifier l’appréciation positive en terme de qualité de service décernée au formations sanitaires privées et par ricochet justifier le prix à payer plus élevé.

Tableau 59 : Appréciation de la qualité des services dans les FS (toute catégorie confondue)

Variable		Statut de la Formation Sanitaire		
		Public	Privé	Ensemble
Durée moyenne de la consultation	<i>En minute</i>	19,4	23,5	20,4
Qualification du Personnel ayant été consulté (en % d’usagers ayant consulté le personnel)	<i>Médecin</i>	26,2	37,2	28,8
	<i>Infirmier Chef</i>	32,1	35,3	32,9
	<i>Personnel De Santé (Infirmier, Sage Femme)</i>	40,9	26,6	37,5
	<i>Autre</i>	0,8	0,9	0,8
	Total	100,0	100,0	100,0
Appréciation de l’accueil	<i>Très satisfaisant</i>	20,3	39,0	24,8
	<i>Satisfaisant</i>	67,8	58,0	65,5
	<i>Indifférent</i>	4,2	1,5	3,5
	<i>Insatisfaisant</i>	7,7	1,5	6,2
	Total	100,0	100,0	100,0
Appréciation de la consultation (en % d’usagers ayant consulté)	<i>Complète/Bonne</i>	90,0	96,1	91,4
	<i>Légère/Superficielle</i>	8,7	3,9	7,5
	<i>Mauvaise</i>	1,3	0	1,0
	<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 2003

5.3.2 Appréciation de la qualité de l’accueil

Dans l’ensemble, environ 9 usagers sur 10 se disent au moins satisfaits de l’accueil dans l’ensemble des formations sanitaires. Ce taux global de satisfaction par rapport à l’accueil est relativement différencié entre les formations sanitaires publiques et privées. Si 88% de bénéficiaires rencontrés dans les formations sanitaires publiques se disent satisfaits ou très satisfaits de l’accueil qu’ils ont reçu, ce taux est de 97% pour ceux rencontrés dans les formations sanitaires privées. La qualité de l’accueil semble donc plus appréciée dans les formations sanitaires dans le secteur privé.

Au niveau régional, les taux de satisfaction par rapport à l’accueil dans les formations sanitaires sont les moins élevés dans les régions du Centre, du Littoral et de Douala. Dans ces régions, les taux de satisfaction sont inférieurs au taux national et s’en écarte considérablement. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans la ville de Yaoundé, les régions du Nord-Ouest, de l’Adamaoua et du Nord.

Dans le sillage de l’appréciation des prestations des services, il a été demandé aux usagers enquêtés de porter un jugement sur la consultation. Dans l’ensemble, un peu plus de 91% d’usagers pensent que la

consultation a été complète ou bonne et 7,5% pensent qu'elle a été plutôt légère ou superficielle. Lorsque l'on considère le statut de la formation sanitaire, les consultations sont mieux appréciées dans les formations privées que dans les formations publiques. La proportion des usagers ayant déclaré la consultation complète ou bonne dans les formations sanitaires privées est de 6 points plus élevée que celle des formations sanitaires publiques. Par ailleurs, la proportion des usagers ayant déclaré la consultation légère ou superficielle dans ces dernières est deux fois plus importante que dans les premières.

Par ailleurs, la durée moyenne d'une consultation est de 20 minutes dans une formation sanitaire. Cette durée, dans les formations sanitaires privées semble légèrement supérieure à celle des formations sanitaires publiques. Si cela suggère que le premier examen des malades est meilleur dans les formations sanitaires privées, on ne peut cependant le conclure. En effet, la durée de la consultation, définie ici comme le temps pendant lequel le personnel de santé reçoit le malade en consultation et l'examine effectivement, peut dépendre de plusieurs facteurs : la nature de la maladie, la file d'attente, le matériel de travail, etc.

Bien qu'on ne puisse fonder un jugement objectif à partir des éléments précédents, on est tenté de dire que les formations sanitaires privées semblent offrir aux usagers un service de consultation de bien meilleure qualité que leurs homologues du secteur public. Ce résultat est interrogateur lorsqu'on sait que les formations sanitaires publiques disposent en général d'un plateau technique plus relevé et pratiquent des prix relativement moins élevés.

5.3.3 Appréciation des caractéristiques physiques de la formation sanitaire

En général, une formation sanitaire est caractérisée physiquement par l'état de ses locaux, de ses toilettes et les conditions d'hygiène et de salubrité de celle-ci. Ce sont les personnes qui fréquentent le plus souvent les formations sanitaires qui sont habilitées à les caractériser physiquement ; c'est ainsi que le soin a été laissé aux patients enquêtés dans les formations sanitaires de donner leur appréciation sur les différents aspects qui peuvent caractériser physiquement une structure de santé.

Les patients jugeant que les locaux sont en bon état représentent 42,2% de l'échantillon, 40,2% de ceux-ci trouvent que les toilettes sont propres et 59,8% déclarent que les conditions d'hygiène et salubrité sont bonnes. Paradoxalement, 13% des patients ont un mauvais jugement sur l'état des locaux, 19,1% trouvent que les toilettes sont sales et 19,3% déplorent les conditions d'hygiène dans les structures sanitaires fréquentées.

Tableau 60 : Répartition (%) des patients suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées

	HD	CMA	CSI	Ensemble
Appréciation de l'état des locaux				
En très bon état	12,3	4,5	10,8	9,8
En bon état	38,0	41,2	44,3	42,2
Dans un état acceptable	34,3	43,3	29,5	33,5
En mauvais état	13,6	10,0	13,9	13,0
En très mauvais état	1,9	1,0	1,6	1,5
Appréciation de l'état des toilettes				
Très propres	4,6	3,1	5,9	5,0
Propres	45,4	38,0	38,8	40,2
Indifférent	11,4	20,2	21,6	18,9
Sales	27,8	22,3	14,3	19,1
Très sales	8,6	9,1	3,0	5,6
Inexistante	2,2	7,3	16,4	11,2
Appréciation des conditions d'hygiène et de salubrité				
Très bonnes	6,2	4,8	7,6	6,7
Bonnes	57,7	49,5	64,5	59,8
Indifférent	11,7	17,2	10,9	12,4
Mauvaises	20,4	26,5	16,1	19,3
Très mauvaises	4,0	2,1	0,9	1,9
Effectif	324	291	772	1387

Source : PETS 2003

5.3.4. Appréciation des dépenses effectuées

Parlant de l'appréciation des dépenses effectuées dans les formations sanitaires, 53% jugent normal ou suffisant le niveau des dépenses effectuées au regard des résultats obtenus. Néanmoins, une personne interrogée sur trois trouve ces frais des sont satisfaits des dépenses effectuées, 13% jugent les dépenses effectuées excessives

Tableau 61 : Appréciation des dépenses effectuées par type de Formation sanitaire

	HD		CMA		CSI		<i>Total</i>	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Très Excessif	26	8.1	6	2.1	27	3.7	59	4.4
Excessif	57	17.8	45	16.1	65	8.9	167	12.6
Suffisant / normal	222	69.4	188	67.1	503	68.9	913	68.6
Peu	8	2.5	28	10.0	78	10.7	114	8.6
Négligeable	7	2.2	13	4.6	57	7.8	77	5.8
Total	320	100.0	280	100.0	730	100.0	1330	100.0

Source : PETS 2003

Tableau 62 : Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le groupe socioéconomique des bénéficiaires.

	très excessif	assez excessif	suffisant/normal	peu	négligeable	Total
Travailleurs secteur public	11,5	10,4	57,8	11,9	8,5	100,0
Travailleurs du privé formel	10,9	19,0	59,2	4,0	6,9	100,0
Agriculteurs	17,3	23,5	48,4	5,0	5,9	100,0
Travailleur à compte propre non agricole	14,9	16,4	50,9	11,3	6,5	100,0
Travailleurs du privé informel	15,0	19,7	60,6	2,4	2,4	100,0
Chômeurs	6,8	15,9	52,3	20,5	4,5	100,0
Inactifs	9,2	17,9	57,6	9,2	6,1	100,0
Total	14,0	18,6	53,3	7,9	6,2	100,0

Source : PETS 2003

Tableau 63 : Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le statut de la formation sanitaire.

	Statut de la formation sanitaire		Total (%)
	Public (%)	Privé (%)	
Très excessif	14,4	13,6	14,1
Assez excessif	18,5	18,4	18,5
Suffisant/normal	53,7	52,6	53,3
Peu	7,3	8,9	7,9
Négligeable	6,1	6,5	6,2
Total	100	100	100

Source : PETS 2003

De l'avis de la majorité des bénéficiaires (53,3%), les frais payés dans les formations sanitaires par rapport au résultat attendu sont jugés suffisants ou adéquats ; en effet plus de la moitié des personnes interrogées pensent que les frais payés, par rapport au résultat, sont d'un montant supportable ; que la formation sanitaire soit publique ou privée. Par contre presque 14% des bénéficiaires jugent ces frais très excessifs et environ 6% les estiment négligeables.

Pour ce qui est du prix des consultations, sa valeur médiane est de 600 FCFA dans les formations sanitaires publiques, 500 FCFA dans les formations sanitaires privées. Mais dans les zones de Douala et de Yaoundé, cette valeur est d'environ 1000 FCFA alors qu'elle n'est que de 200fcfa pour le public et 300fca pour le privé dans le Nord-ouest".

Encadré 4 - Le paradoxe de la satisfaction des bénéficiaires

Les déclarations des bénéficiaires malades et des chefs de ménage sur leur degré de satisfaction présentent d'emblée une incohérence avec les suggestions formulées par ces mêmes personnes au sujet des actions dont la réalisation est capable de contribuer effectivement à l'amélioration du système de santé publique au Cameroun.

En effet, la grande majorité des usagers des services de santé interviewés s'est déclarée satisfaite par rapport à la qualité de l'accueil réservé dans les formations sanitaires et à la consultation médicale. Ces mêmes personnes sont en majorité moins critiques sur l'état des infrastructures physiques des formations sanitaires et jugent normal ou suffisant le niveau des dépenses effectuées pour accéder aux soins .

Dans la logique des choses, on se serait attendu à des suggestions qui traduisent le degré de satisfaction relevé plus haut ; puisqu'elles devraient plutôt relever un environnement également satisfaisant en terme de qualité de l'offre de service : ressources humaines, matérielles et financières suffisantes, moyens logistiques disponibles, environnement physique bien doté. A contrario, les suggestions formulées portent sur des réformes en profondeur portant notamment sur les questions de gouvernance, de finances publiques et de gestion des ressources humaines. D'où cette apparente contradiction entre ces deux réponses fournies par les mêmes bénéficiaires.

A l'analyse critique, il s'avère que les usagers ne se sont pas prononcés par rapport à une norme sanitaire préalablement établie et portée à leur connaissance. En effet, compte tenu de leur appréciation des réalités locales et qui intègre les efforts fournis ces dernières années par les autorités sanitaires, ils sont relativement moins exigeants, car dans beaucoup de cas, ils espéraient moins que ce qu'ils ont reçu comme prestation. On pourrait également imaginer qu'ils ont voulu, à travers leurs réponses peut être hypocrites, « encourager ou motiver » le personnel de santé publique à faire mieux de peur de subir prochainement une piètre prise en charge; ils se considèrent un peu comme de potentiels victimes du système au cas où ils dénoncent ouvertement les mauvaises pratiques qu'ils subissent dans les formations sanitaires publiques.

Leurs réponses en ce qui concernent les mesures d'amélioration à entreprendre montrent qu'ils ont par ailleurs voulu saisir l'opportunité qui leur est offerte pour dire la vérité au Gouvernement qui a commandé l'enquête afin qu'il prenne des mesures dans le sens qu'ils souhaitent.

Enfin, il y a également lieu de penser que les usagers ont intégré dans leurs réponses, la disponibilité des ressources de l'Initiative PPTE dont l'utilisation dans le secteur de la santé devra faciliter la réalisation des actions de renforcement des capacités et d'amélioration de la qualité des prestations.

CHAPITRE 6 : SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS RECUEILLIES

Par rapport aux objectifs de l'enquête, à savoir formuler sur la base des problèmes relevés et des propositions/suggestions des responsables de l'exécution budgétaire et les bénéficiaires des prestations, des recommandations dont la mise en œuvre par le Gouvernement est de nature à renforcer la bonne gouvernance et la lutte contre la corruption d'une part, et l'amélioration de la qualité des prestations aux populations bénéficiaires d'autre part, nous avons élaboré un canevas de recommandations qui feront l'objet d'un atelier national de validation afin de préparer un plan d'action de mise en œuvre à soumettre au Gouvernement.

Les recommandations ainsi formulées sont réparties en deux groupes. Le premier groupe concerne les recommandations relatives à l'exécution budgétaire. Le deuxième groupe reprend celles se rapportant à la satisfaction des bénéficiaires.

6.1 Recommandations sur l'exécution budgétaire

L'exploitation des informations fournies par les gestionnaires des crédits délégués et les autres acteurs intervenant dans le circuit de la dépense publique a permis d'identifier un certain nombre de problèmes dont la résolution est susceptible d'améliorer l'exécution budgétaire dans un contexte de transparence et de bonne gouvernance. Comme relevés dans le chapitre 3, ces problèmes sont relatifs à la qualité de l'information budgétaire, aux délais d'exécution du budget, à la nature des relations entre les différents intervenants et au fonctionnement des commissions des marchés publics. Les suggestions faites se concentrent sur ces quatre aspects.

6.1.1 Amélioration de la qualité de l'information budgétaire

Dans le souci d'assurer une plus grande traçabilité de l'information budgétaire, il a été suggéré i) d'améliorer et de compléter les informations se rapportant à la loi des finances et de produire avant son adoption, le journal complet et exhaustif des projets en spécifiant les localités bénéficiaires ; ii) d'instituer la production en plusieurs copies par les gestionnaires des crédits d'un rapport semestriel ou annuel sur l'exécution des crédits mis à leur disposition (y compris les délégations ponctuelles) ; iii) les délégations ponctuelles des crédits, tout en restant une exception, devront être très limitées car une bonne préparation et rigoureuse programmation du BIP doivent permettre de ne point faire recours à cette pratique.

6.1.2 Réduction des délais d'exécution du budget

L'enquête ayant en effet montré qu'il s'écoule en moyenne 3 à 4 mois entre l'émission des cartons et l'engagement de la dépense, il a été fortement recommandé d'examiner la possibilité de supprimer les

cartons ou alors de transférer son émission au niveau provincial. En effet, l'état de l'informatisation de la chaîne de la dépense publique (notamment entre la Direction du Budget et les Contrôles provinciaux des finances) permet d'envisager une telle réforme. En outre, il a été demandé de réduire le nombre d'opérations à exécuter avant d'atteindre la phase de paiement de la dépense. Par ailleurs, le retour des cartons au niveau central devra être supprimé sauf en cas d'erreur.

6.1.3 Assainissement des relations entre les différents intervenants

Il s'agit de prendre des mesures qui introduisent plus de transparence et plus de responsabilité à tous les niveaux et qui par conséquent réduisent les coûts de transaction. Dans ce cadre, la Direction du Budget devra donner à la Direction du Trésor toutes les informations sur les crédits ouverts par poste comptable de manière à lui permettre de prévoir à son tour les fonds à transférer.

6.1.4 Amélioration du fonctionnement des commissions des marchés publics

Tout en veillant au fonctionnement effectif des commissions des marchés publics, il faudra aussi veiller à ce que les services bénéficiaires des prestations soient impliqués au moment de la spécification des besoins et à la réception. Les populations bénéficiaires ultimes devront être au moins impliquées au moment de la réception notamment à travers leurs représentants au sein des comités de gestion des formations sanitaires.

6.2 Recommandations se rapportant à la satisfaction des bénéficiaires

6.2.1 Recommandations recueillies auprès des patients dans les formations sanitaires

Chez les patients rencontrés dans les formations sanitaires enquêtés, les principales actions à entreprendre pour l'amélioration de la qualité du service dans les structures de sanitaires ne varient pas en fonction des régions, ni des types de formations sanitaires et des GSE des répondants. Ces actions sont par ordre d'importance reprises dans le tableau ci-dessous. Il s'agit :

- l'augmentation de l'effectif du personnel soignant,
- l'amélioration de l'entretien des locaux,
- l'augmentation des salaires du personnel,
- et la motivation des praticiens consciencieux.

Tableau 64 : Répartition (%) des patients enquêtés dans les formations sanitaires par type suivant les principales actions suggérées à entreprendre pour l'amélioration de la qualité du service de santé Cameroun

Actions à entreprendre	HD	CMA	CSI	ENSEMBLE
recruter du personnel soignant	37,7	49,8	52,9	48,7
améliorer l'entretien des locaux	39,5	41,9	34,5	37,2
Bien rémunérer le personnel	25,0	29,9	23,1	25,0
Primer les personnels consciencieux	31,5	28,2	20,1	24,5
Former/recycler le personnel	17,6	19,9	17,5	18,0
promouvoir l'assiduité des médecins/spécialistes	18,8	20,3	9,7	14,0
Améliorer l'accueil des patients	27,5	8,2	7,2	12,2
Autre	33,3	37,1	38,4	36,9
RAS	18,5	21,0	29,4	25,1

Source : PETS 2003

Hormis ces principales actions, les patients ont évoqué d'autres actions prioritaires que le Gouvernement devrait absolument entreprendre pour améliorer les services de soins de santé. C'est ainsi qu'un patient sur deux pense que la 1^{ère} action prioritaire est d'équiper les formations sanitaires en matériels médicaux, contre 46,8% qui trouvent qu'il faut faciliter l'accès au médicaments; puis 42% qui souhaitent voir recruter plus de personnel sanitaire. Après ces trois actions prioritaires, se positionnent la construction des formations sanitaires et la réduction des coûts des soins.

Tableau 65 : Répartition (%) des patients enquêtés dans les formations sanitaires par région suivant les actions prioritaires à entreprendre.

Actions prioritaires	Yaoundé	Douala	Centre	Adamaoua	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
Équiper les formations sanitaires	38,8	36,7	63,3	61,1	65,5	39,8	50,0	37,5	47,5	47,5	57,4	56,0	50,0
Faciliter l'accès aux médicaments	50,5	64,2	41,7	61,1	42,0	53,4	46,7	55,8	27,5	41,5	45,4	32,1	46,8
Recruter du personnel sanitaire	19,4	23,3	42,5	40,7	53,8	52,5	48,3	45,0	47,5	40,7	36,1	50,5	41,9
Construire les formations sanitaires	21,4	33,3	35,0	35,2	23,5	32,2	25,8	51,7	35,8	35,6	33,3	22,0	32,2
Réduire les coûts des soins	30,1	25,0	12,5	27,8	26,9	26,3	21,7	10,0	17,5	28,8	23,1	17,4	22,1
Bitumer les routes	15,5	12,5	10,8	0,9	15,1	12,7	20,8	15,8	20,0	26,3	19,4	33,9	17,0
formation de plus de médecin	18,4	13,3	19,2	15,7	14,3	6,8	22,5	17,5	23,3	8,5	16,7	22,9	16,6
Revaloriser les salaires	12,6	15,0	18,3	0,9	5,9	7,6	11,7	5,0	19,2	5,9	22,2	12,8	11,4
Encourager et primer le personnel sanitaire	12,6	15,8	13,3	8,3	4,2	13,6	10,0	13,3	6,7	16,1	6,5	4,6	10,5
Améliorer la couverture sanitaire	11,7	6,7	11,7	6,5	16,8	7,6	14,2	7,5	10,0	13,6	5,6	5,5	9,8
Lutter contre la corruption et les détournements	26,2	21,7	11,7	3,7	5,9	0,8	1,7	1,7	5,0	8,5	5,6	15,6	8,8
Bonne répartition de la richesse nationale	6,8	10,8	2,5		10,1	5,1		1,7	9,2	3,4	7,4	5,5	5,2
Améliorer la sécurité sociale	7,8	5,8	7,5	7,4	5,0	5,1	0,8		0,8	2,5	1,9	3,7	4,0
Faciliter l'accès au crédit pour le secteur privé	2,9	7,5	2,5		1,7	1,7		2,5	0,8	1,7	3,7		2,1
Autre	13,6	4,2	6,7	13,0	4,2	25,4	9,2	17,5	20,0	15,3	14,8	11,0	12,9

Source : PETS 2003

6.2.2 Recommandations recueillies auprès des ménages

Avec un peu plus de recul et étant à domicile, les ménages recommandent en premier des actions liées au renforcement du capital humain : **recruter plus de personnel soignant, bien les rémunérer et encourager les plus consciencieux !** Par région, l'amélioration de l'accueil des patients et l'entretien des locaux rejoignent parfois ce trio de tête, notamment à Yaoundé, à l'Est et dans le Nord-Ouest.

Ainsi, selon les ménages, les principales actions à entreprendre par le Gouvernement pour l'amélioration du système de santé est de :

- Recruter le personnel soignant ;
- Bien rémunérer le personnel et primer les plus consciencieux ;
- Améliorer l'entretien des locaux ;
- Améliorer l'accueil des patients.

Tableau 66 : Répartition (%) des ménages par région suivant les principales actions à entreprendre pour améliorer du système de santé au Cameroun

Principales actions	Yaoundé	Douala	Centre	Adamaoua	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
recruter le personnel soignant	21,3	27,8	46,0	39,5	37,4	48,6	34,2	57,0	56,1	52,5	49,8	48,7	44,1
bien rémunérer le personnel	26,8	33,3	39,1	19,8	55,0	28,8	16,8	23,7	18,9	31,7	33,2	44,7	30,9
primer les personnels consciencieux	18,3	34,4	33,9	13,0	34,4	19,9	25,8	49,5	14,6	40,4	43,0	29,6	29,9
améliorer l'entretien des locaux	14,6	13,3	20,1	37,7	45,0	15,1	23,9	33,3	38,4	31,3	30,2	24,3	27,7
amélioration de l'accueil des patients	27,4	22,2	19,5	32,1	35,9	23,3	23,2	44,1	16,5	37,0	28,9	17,8	27,4
former/recycler le personnel	15,2	18,9	31,0	9,3	26,7	12,3	12,9	18,3	9,8	18,1	29,4	33,6	19,9
promouvoir l'assiduité du personnel	20,7	15,6	29,3	22,8	13,0	4,1	7,1	8,6	25,0	23,8	17,0	30,3	19,1
autre	24,4	5,6	31,6	36,4	10,7	11,6	25,8	29,0	36,6	25,3	36,6	17,1	25,7
RAS	35,4	20,0	7,5	26,5	26,0	36,3	16,1	5,4	27,4	3,4	18,3	15,8	19,2

Source : PETS 2003

6.2.3 Recommandations formulées par les responsables des formations sanitaires

Les principaux problèmes relevés par les différents responsables de la gestion des formations sanitaires sont :

- le manque de personnel qualifié : c'est un problème majeur dans la quasi totalité des structures de santé et presque dans toutes les régions ;
- le manque d'infrastructure est considéré comme le 1^{er} problème dans les régions de Yaoundé (55,6%), le Centre (58,3%), le Littoral (50%) et le Nord-ouest (90,9%) ;
- l'enclavement ou le manque de moyens de locomotion qui se caractérise par de distances longues par rapport à la formation sanitaire, le manque de moyen de transport des urgences et la centralisation de certaines spécialités ;

- le manque d'eau potable et d'électricité ; surtout dans les CMA et les CSI. Ce problème est le plus accentué au Centre, à l'Extrême-nord, dans le Littoral et à l'Ouest ;
- le manque des locaux
- l'insuffisance du budget pour un meilleur fonctionnement des services.

A ces différents problèmes identifiés devront être associés des recommandations dont la formulation relève de la compétence des spécialistes à qui nous pourrons apporter notre concours. Notre mandat étant ici de présenter les résultats de l'étude.

Sur cette base et par rapport aux problèmes évoqués, les responsables interrogés ont suggéré les solutions ci-après, classées par ordre d'importance :

- construire de nouveaux locaux et infrastructures ;
- Mieux équiper les services en matériels techniques ;
- Renforcer la capacité logistique (véhicules et ambulances notamment) ;
- Assurer l'approvisionnement en eau potable et en électricité ;
- recruter davantage du personnel qualifié ;
- assurer la disponibilité des médicaments en fixant les prix abordables et en améliorant les pratiques d'approvisionnement des médicaments ;
- formuler une politique explicite de tarification et rendre effectif la gratuité des soins primaires ;
- Augmenter le budget des formations sanitaires ;
- éduquer la population et la mobiliser pour sa pleine participation au système de santé.

Tableau 67 : Répartition (%) des formations sanitaires par région suivant les différents problèmes auxquels elles sont confrontées

différents problèmes	Yaoundé	Douala	Centre	Adamaoua	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
Manque de personnel qualifié	33,3	18,2	50,0	41,7	33,3	54,5	41,7	58,3	63,6	33,3	40,0	60,0	44,0
Manque d infrastructure	55,6	36,4	58,3	41,7	16,7	27,3	50,0	41,7	90,9	8,3	20,0	30,0	39,6
Enclavement/manque de moyens de locomotion	33,3	18,2	33,3	33,3	41,7	27,3	25,0	58,3	27,3	50,0	50,0	30,0	35,8
Manque d eau / d'électricité	11,1	9,1	41,7	33,3	33,3	45,5	50,0	25,0		41,7	20,0	10,0	27,6
Autres	22,2	18,2	41,7	33,3	33,3	9,1	33,3	25,0	9,1	16,7	40,0	30,0	26,1
Problèmes des locaux	33,3	36,4	33,3		41,7	18,2	25,0	16,7		41,7	40,0	20,0	25,4
Budget insuffisant	22,2	18,2	8,3	8,3	16,7		16,7	8,3	9,1	16,7	10,0		11,2
Mauvais cadre de vie et de travail	11,1	27,3	16,7	8,3	8,3	9,1		16,7	18,2			10,0	10,4
Coût élevé des soins	22,2		8,3	8,3	8,3	27,3	8,3	8,3	9,1	8,3			9,0
Ignorance / mauvaise mentalités des patients	11,1			25,0		27,3		8,3		8,3	10,0		7,5
Indisponibilité des médicaments		18,2	8,3	8,3	8,3	18,2				16,7	10,0		7,5
Insuffisance du matériel		18,2				9,1	8,3		9,1	8,3	20,0		6,0
Préférence du traitement à domicile des patients	22,2		8,3	8,3	8,3	9,1	8,3						5,2
Motivation / mauvaise rémunération personnel		9,1			8,3	9,1		8,3	18,2		10,0		5,2

Source : PETS 2003

Tableau 68 : Répartition (%) des formations sanitaires par type suivant les différentes solutions proposées pour la résolution des problèmes auxquels elles sont confrontées

Différentes solutions	HD	CMA	CSI	Ensemble
Equipement / matériel de travail	41,9	25,9	32,9	33,6
Recruter le personnel qualifié	35,5	29,6	32,9	32,8
Agrandir la FS	38,7	37,0	24,7	30,5
Enclavement / moyens de locomotions	22,6	33,3	28,8	28,2
Eau / électricité	16,1	22,2	31,5	26,0
Augmenter le budget de la FS	19,4	22,2	15,1	17,6
Accessibilité aux médicaments/ réduire les coûts	6,5	7,4	12,3	9,9
Améliorer le cadre de travail	9,7	14,8	6,8	9,2
Augmenter le salaire du personnel	16,1	3,7	8,2	9,2
Sensibiliser la population	3,2	7,4	12,3	9,2
Autres	16,1		23,3	16,8

Source : PETS 2003

ANNEXES

A1- PRINCIPAUX TABLEAUX

Tableau A11: Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires en 2003

Type de difficulté	Région												
	YAOUNDE	DOUALA	CENTRE	ADAMAOUA	EST	EXTREME-NORD	LITTORAL	NORD	NORD-UEST	OUEST	SUD	SUD-UEST	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Retard dans la réception des cartons	66,7	20,0	50,0	60,0	66,7	14,3	62,5	75,0	75,0	80,0	57,1	40,0	56,6
Détournement des lignes par la hiérarchie			16,7				12,5			10,0			3,6
Conflits avec les contrôleurs de finances								25,0		10,0	14,3	20,0	7,2
Transfert involontaire des ressources vers une autre ligne		20,0	16,7	40,0	16,7	28,6	37,5	25,0	25,0	10,0	42,9	20,0	24,1
Manque de liquidité			66,7	20,0	16,7	42,9			37,5	30,0		30,0	21,7
Crédit insuffisant/ budget faible	33,3	60,0	16,7		33,3	14,3			37,5	50,0	28,6	40,0	26,5
Problèmes avec les fournisseurs		20,0	16,7	40,0	66,7	71,4	12,5	12,5	25,0	50,0	28,6	40,0	33,7
Taxes élevées	33,3	20,0	16,7						50,0			50,0	14,5
Problèmes d'enclavement								25,0			14,3		3,6
Autres	33,3	40,0	33,3	40,0	33,3	28,6	25,0	37,5	12,5	10,0	28,6	20,0	26,5

Tableau A12 : Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement par type de service extérieur

	2001/2002 (en %)			2003 (en %)		
	SSD	DPSP	TOUS	SSD	DPSP	TOUS
Retard dans la réception des cartons	80,0	88,9	81,8	77,1	77,8	77,3
Difficultés dans l'acquisition	8,6		6,8	8,6		6,8
Problèmes avec les fournisseurs	20,0	44,4	25,0	17,1	33,3	20,5
Inadéquation lignes budgétaires et besoins	5,7	11,1	6,8	20,0	22,2	20,5
Insuffisance du budget	8,6	22,2	11,4	17,1	22,2	18,2
Manque de liquidités	42,9	33,3	40,9	40,0	33,3	38,6
Perte à tous les niveaux	8,6		6,8	11,4	11,1	11,4
Pourcentage élevé des fournisseurs	11,4		9,1	11,4		9,1

Tableau A13: Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement par type de formation sanitaire

Type de difficulté	Type de formation sanitaire							
	2001/2002 (%)				2003 (%)			
	HD	CMA	CSI/CSM	TOUS	HD	CMA	CSI/CSM	TOUS
Retard dans la réception des cartons	55,0	55,6	66,7	61,0	50,0	58,8	59,5	56,6
Détournement des lignes par la hiérarchie	5,0		10,3	6,5	4,2		4,8	3,6
Conflits avec les contrôleurs de finances			10,3	5,2	4,2	5,9	9,5	7,2
Transfert involontaire des ressources vers une autre ligne	30,0	5,6	30,8	24,7	29,2	5,9	28,6	24,1
Manque de liquidité	30,0	22,2	7,7	16,9	29,2	23,5	16,7	21,7
Crédit insuffisant/ budget faible	5,0	44,4	30,8	27,3	12,5	41,2	28,6	26,5
Problèmes avec les fournisseurs	40,0	33,3	38,5	37,7	37,5	29,4	33,3	33,7
Taxes élevées	20,0	22,2	7,7	14,3	12,5	29,4	9,5	14,5
Problèmes d'enclavement		5,6	7,7	5,2		5,9	4,8	3,6
Autres	30,0	22,2	17,9	22,1	37,5	17,6	23,8	26,5

Tableau A14 : Répartition (%) des formations sanitaires par région suivant les principales mesure les plus susceptibles d'améliorer la qualité des soins de santé au Cameroun

principales mesures	Yaoundé	Douala	Centre	Adamaoua	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
Acquisition des locaux et infrastructures	44,4	72,7	75,0	41,7	58,3	54,5	72,7	41,7	54,5	66,7	70,0	55,6	59,1
Accroître l'effectif du personnel qualifié	55,6	72,7	66,7	58,3	58,3	63,6	72,7	50,0	36,4	58,3	30,0	77,8	58,3
Motivation / augmenter le salaire des personnels	55,6	63,6	25,0	16,7	16,7	36,4	45,5	16,7	54,5	66,7	40,0	44,4	39,4
Autres	11,1	18,2	16,7	16,7	41,7	36,4	9,1	41,7	27,3	16,7	50,0	11,1	25,0
Prix / accessibilité des médicaments	22,2	18,2	8,3	25,0	33,3		27,3	25,0	36,4		10,0		17,4
Equipement pour les examens			8,3	25,0	8,3	9,1		8,3	9,1		30,0	11,1	9,1
Augmenter le nombre de campagnes de sensibilisation			16,7		8,3				18,2	16,7		11,1	6,1
Eau et électricité				25,0	8,3			8,3	9,1			11,1	5,3

Tableau A15 : Répartition (%) des formations sanitaires par région suivant les principales mesures les plus susceptibles d'améliorer l'accès aux soins de santé au Cameroun

principales mesures	Yaoundé	Douala	Centre	Adamaoua	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	Ensemble
Manque d infrastructure et d équipement	66,7	63,6	83,3	58,3	50,0	33,3	33,3	66,7	81,8	50,0	90,0	83,3	62,8
Accroître l effectif du personnel de santé	44,4	27,3	83,3	50,0	33,3	25,0	16,7	25,0	54,5	50,0	30,0	66,7	42,3
Disponibilité des médicaments	22,2	45,5	8,3	50,0	33,3	66,7	16,7	25,0	9,1	16,7	50,0	16,7	29,9
Enclavement du centre de santé		27,3	8,3	16,7	33,3	16,7	33,3	33,3	27,3	8,3	20,0	33,3	21,9
Autres	33,3	18,2	8,3	16,7	33,3	8,3	33,3	33,3	9,1	25,0	10,0	16,7	20,4
Effectivité de la gratuité des soins primaires	33,3	27,3	25,0		16,7	50,0	16,7	8,3		25,0	10,0		17,5
Améliorer l accueil	11,1	18,2		8,3	16,7	33,3	16,7	25,0		16,7		8,3	13,1
Eduquer la population en matière de soins de santé	11,1	9,1		25,0		25,0		16,7	9,1	25,0	30,0	8,3	13,1
Renforcer les campagnes de sensibilisation	22,2		33,3		25,0	8,3	16,7		36,4	8,3			12,4
Améliorer le revenu des populations		9,1		25,0	8,3		41,7	16,7		8,3	10,0		10,2
Améliorer l entretien des locaux		18,2			8,3		16,7			25,0	10,0	8,3	7,3
Motiver le personnel		9,1				8,3	8,3			8,3	10,0	8,3	4,38

Tableau A16 : Principales raisons des absences par type de FS (%)

	HD	CMA	CSI/CSM	Ensemble
Absence non justifiée	42,9	39,3	20,0	34,6
Maladie	39,3	7,1	52,0	32,1
Problèmes d'insécurité		10,7		3,7
Problèmes familiaux		10,7	8,0	6,2
Retraite		14,3		4,9
Suspension		3,6		1,2
Transfert/affectation	10,7	10,7	4,0	8,6
Grève / abandon	3,6		8,0	3,7
En stage	3,6	3,6	4,0	3,7
Multiples postes			4,0	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau A17 : Approvisionnement en eau par type de FS

	HD				CMA				CSI			
	Eau courante (SNEC)	Puits/sources aménagé(e) s	Forages	Autres	Eau courante (SNEC)	Puits/sources aménagé(e) s	Forages	Autres	Eau courante (SNEC)	Puits/sources aménagé (e) s	Forages	Autres
Yaoundé	100,0				100,0			50,0	50,0	66,7		16,7
Douala	100,0				100,0				71,4	42,9	14,3	28,6
Centre	100,0	33,3	66,7		25,0	25,0	25,0	50,0	20,0	40,0	40,0	60,0
Adamaoua	100,0	100,0				100,0	50,0	50,0	14,3	57,1	28,6	57,1
Est	66,7			33,3	25,0	50,0	50,0	25,0	20,0	60,0	40,0	20,0
Extrême-Nord	50,0	50,0	50,0				100,0		12,5	62,5	25,0	25,0
Littoral	66,7		33,3		100,0	100,0			25,0	25,0	25,0	37,5
Nord			66,7	66,7			100,0			42,9	57,1	28,6
Nord –Ouest	100,0			100,0	25,0	25,0		50,0	42,9	14,3		100,0
Ouest	50,0			50,0	50,0	50,0		25,0	16,7		33,3	100,0
Sud	100,0	33,3	33,3		25,0	100,0	50,0			50,0	50,0	25,0
Sud –Ouest	25,0	25,0	50,0	50,0		100,0		100,0	42,9	42,9		57,1
Ensemble	69,7	21,2	27,3	21,2	34,4	43,8	31,3	28,1	27,3	41,6	24,7	46,8

A l'Ouest, l'hôpital de district de Penka Michel n'a pas l'eau courante (SNEC)

Tableau A18 : Répartitions (%) de patients par région suivant l'appréciation de la qualité de prise en charge

	Consultation			Attitude du personnel				Prescription des ordonnances et des examens			
	Complète/ Bonne	légère/Superficielle	Mauvaise	Humanisée	indifférent	Sans scrupule	Excessives et adaptées à la maladie	Excessives et non adaptées à la maladie	Adaptées à la maladie	Parfois non adaptées	Autre
Yaoundé	96,0	4,0		91,3	3,9	4,9	9,9	1,0	68,3	2,0	18,8
Douala	90,8	9,2		83,3	15,0	1,7	15,1	2,5	73,1	1,7	7,6
Centre	90,8	9,2		84,2	11,7	4,2	10,0		83,3	0,8	5,8
Adamaoua	87,3	11,8	0,9	84,4	11,0	4,6	14,8		73,1	5,6	6,5
Est	88,1	9,3	2,5	84,9	15,1		26,1	2,5	63,9	7,6	
Extrême-nord	92,4	6,8	0,8	87,3	10,2	2,5	20,3	0,8	65,3	5,1	8,5
Littoral	90,8	8,4	0,8	84,2	12,5	3,3	13,3	2,5	76,7	4,2	3,3
Nord	89,2	10,8		92,4	5,9	1,7	5,0	4,2	87,5	2,5	0,8
Nord-ouest	95,8		4,2	67,5	30,0	2,5	15,1	1,7	82,4		0,8
Ouest	93,2	5,9	0,8	93,3	5,0	1,7	21,8	0,8	71,4	2,5	3,4
Sud	91,6	8,4		85,2	8,3	6,5	24,1		64,8	1,9	9,3
Sud-ouest	91,8	6,4	1,8	77,3	20,9	1,8	13,6	0,9	56,4	16,4	12,7
Ensemble	91,4	7,5	1,0	84,5	12,6	2,9	15,8	1,4	72,4	4,1	6,2

Tableau A1.9 : Montant moyen (en milliers de FCFA) des primes et motivation du personnel par année et type de formation sanitaire

	2001/2002				2003			
	HD	CMA	CSI/CSM	Ensemble	HD	CMA	CSI/CSM	Ensemble
Quotes parts	2786,6	1234,5	145,5	1383,4	1517,9	612,2	71,9	729,0
Motivation du personnel sur recettes affectées	2755,1	1101,8	115,8	1279,3	1427,4	484,3	86,2	626,6

Tableau A1.10 : Répartition (%) des formations sanitaires par région suivant le nombre moyen de jours de rupture des médicaments essentiels

	chloroquine		cotrimoxazole		métronidazole		vaccins anti-rougeoleux		vaccins DTC/DPT		rifampicine	
	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum
Yaoundé	11,3	90,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,9	90,0	12,9	90,0	45,0	90,0
Douala	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centre	7,5	60,0	1,4	15,0	1,6	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adamaoua	30,6	92,0	11,3	78,0	11,8	91,0	3,1	21,0	0,0	0,0	10,2	92,0
Est	13,8	90,0	1,4	14,0	6,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	3,0
Extrême-nord	23,3	92,0	3,6	30,0	7,5	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,2	92,0
Littoral	33,5	92,0	2,3	28,0	2,3	28,0	2,4	24,0	2,4	24,0	43,6	92,0
Nord	5,9	60,0	1,2	14,0	0,0	0,0	2,0	20,0	0,7	7,0	1,0	7,0
Nord-ouest	24,7	62,0	5,5	60,0	5,5	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0	52,0
Ouest	3,3	30,0	1,8	20,0	0,9	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sud	6,7	30,0	1,7	10,0	1,7	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sud-ouest	4,3	24,0	3,4	21,0	4,0	29,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble	15,1	92,0	3,0	78,0	3,8	91,0	1,6	90,0	1,1	90,0	10,7	92,0

Tableau A1.11: Répartition (%) des formations sanitaires par type suivant le nombre moyen de jours de rupture des médicaments essentiels

	chloroquine		cotrimoxazole		métronidazole		vaccins anti-rougeoleux		vaccins DTC/DPT		rifampicine	
	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum	Mean	Maximum
HD	16,8	92,0	2,6	30,0	2,3	30,0	7,1	90,0	5,7	90,0	11,1	92,0
CMA	14,8	90,0	6,7	78,0	7,1	91,0	0,4	10,0	0,0	0,0	0,2	3,0
CSI/CSM	14,6	92,0	1,7	25,0	3,0	50,0	0,3	20,0	0,1	7,0	15,7	92,0
Ensemble	15,1	92,0	3,0	78,0	3,8	91,0	1,6	90,0	1,1	90,0	10,7	92,0

Annexe 2 : Résultats de l'analyse factorielle

CLASSE 1 / 6

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES		IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES		
				45.45	CLASSE 1 / 6		dd3d	434
16.74	0.000	71.17	80.18	51.20	Rural	MILIEU	MI02	489
16.62	0.000	66.04	88.71	61.05	CSI	Catégorie de la formation sanitaire	TY03	583
16.04	0.000	83.33	56.45	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique	GS03	294
10.45	0.000	67.83	53.92	36.13	5 à 595 FCFA	Classe de montant	S201	345
9.69	0.000	74.19	37.10	22.72	0 FCFA	Classe de montant	S206	217
4.91	0.000	57.53	38.71	30.58	Moins de 1 km	Classe de distance	S206	292
-2.82	0.002	32.04	7.60	10.79	3 à moins de 4 km	Classe de distance	S203	103
-3.41	0.000	37.21	25.81	31.52	Inactifs	Groupe socio économique	GS07	301
-4.57	0.000	31.98	16.36	23.25	2 à moins de 3 km	Classe de distance	S202	222
-6.36	0.000	0.00	0.00	3.87	Travailleur priv f	Groupe socio économique	GS02	37
-7.05	0.000	23.04	10.14	20.00	CMA	Catégorie de la formation sanitaire	TY02	191
-7.37	0.000	0.00	0.00	5.03	Travailleur priv inf	Groupe socio économique	GS05	48
-7.69	0.000	18.63	6.91	16.86	605 FCFA et +	Classe de montant	S203	161
-8.37	0.000	0.00	0.00	6.28	Travailleurs secteur	Groupe socio économique	GS01	60
-9.27	0.000	0.00	0.00	7.54	Chômeurs	Groupe socio économique	GS06	72
-14.23	0.000	2.76	1.15	18.95	HD	Catégorie de la formation sanitaire	TY01	181
-16.01	0.000	3.88	2.07	24.29	600 FCFA	Classe de montant	S202	232
-16.74	0.000	18.45	19.82	48.80	Urbain	MILIEU	MI01	466

CLASSE 2 / 6

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES		IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES		
				31.83	CLASSE 2 / 6		dd4d	304
14.47	0.000	53.65	82.24	48.80	Urbain	MILIEU	MI01	466
13.70	0.000	69.40	52.96	24.29	600 FCFA	Classe de montant	S202	232
13.68	0.000	62.79	62.17	31.52	Inactifs	Groupe socio économique	GS07	301
12.87	0.000	73.48	43.75	18.95	HD	Catégorie de la formation sanitaire	TY01	181
8.12	0.000	60.25	31.91	16.86	605 FCFA et +	Classe de montant	S203	161
6.88	0.000	51.35	37.50	23.25	2 à moins de 3 km	Classe de distance	S202	222
5.71	0.000	49.74	31.25	20.00	CMA	Catégorie de la formation sanitaire	TY02	191
3.80	0.000	46.15	21.71	14.97	Travailleur à compt	Groupe socio économique	GS04	143
-4.89	0.000	0.00	0.00	3.87	Travailleur priv f	Groupe socio économique	GS02	37
-5.71	0.000	0.00	0.00	5.03	Travailleur priv inf	Groupe socio économique	GS05	48
-6.13	0.000	18.15	17.43	30.58	Moins de 1 km	Classe de distance	S206	292
-6.51	0.000	0.00	0.00	6.28	Travailleurs secteur	Groupe socio économique	GS01	60
-6.87	0.000	16.67	16.12	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique	GS03	294
-7.22	0.000	0.00	0.00	7.54	Chômeurs	Groupe socio économique	GS06	72
-9.77	0.000	6.91	4.93	22.72	0 FCFA	Classe de montant	S206	217
-12.05	0.000	8.99	10.20	36.13	5 à 595 FCFA	Classe de montant	S201	345

-14.47	0.000	11.04	17.76	51.20	Rural	MILIEU		MI02	489
-15.64	0.000	13.04	25.00	61.05	CSI	Catégorie de la formation sanitaire		TY03	583

CLASSE 3 / 6

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES			IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES			
				6.28	CLASSE 3 / 6			dd5d	60
20.80	0.000	100.00	100.00	6.28	Travailleurs secteur	Groupe socio économique		GS01	60
3.02	0.001	8.80	68.33	48.80	Urbain	MILIEU		MI01	466
2.94	0.002	10.78	41.67	24.29	600 FCFA	Classe de montant		S202	232
-2.44	0.007	0.00	0.00	7.54	Chômeurs	Groupe socio économique		GS06	72
-2.64	0.004	3.48	20.00	36.13	5 à 595 FCFA	Classe de montant		S201	345
-3.02	0.001	3.89	31.67	51.20	Rural	MILIEU		MI02	489
-3.54	0.000	3.95	38.33	61.05	CSI	Catégorie de la formation sanitaire		TY03	583
-3.95	0.000	0.00	0.00	14.97	Travailleur à compt	Groupe socio économique		GS04	143
-6.36	0.000	0.00	0.00	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique		GS03	294
-6.46	0.000	0.00	0.00	31.52	Inactifs	Groupe socio économique		GS07	301

CLASSE 4 / 6

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES			IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES			
				3.87	CLASSE 4 / 6			dd2d	37
99.99	0.000	100.00	100.00	3.87	Travailleur priv f	Groupe socio économique		GS02	37
4.49	0.000	9.86	56.76	22.30	Privée	TYPE		TY02	213
-2.85	0.002	0.00	0.00	14.97	Travailleur à compt	Groupe socio économique		GS04	143
-4.49	0.000	2.16	43.24	77.70	Publique	TYPE		TY01	742
-4.78	0.000	0.00	0.00	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique		GS03	294
-4.86	0.000	0.00	0.00	31.52	Inactifs	Groupe socio économique		GS07	301

CLASSE 5 / 6

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES			IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES			
				7.54	CLASSE 5 / 6			dd1d	72
22.25	0.000	100.00	100.00	7.54	Chômeurs	Groupe socio économique		GS06	72
-2.44	0.007	0.00	0.00	6.28	Travailleurs secteur	Groupe socio économique		GS01	60
-4.42	0.000	0.00	0.00	14.97	Travailleur à compt	Groupe socio économique		GS04	143
-7.06	0.000	0.00	0.00	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique		GS03	294
-7.18	0.000	0.00	0.00	31.52	Inactifs	Groupe socio économique		GS07	301

CLASSE 6 / 6

V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	POURCENTAGES	MODALITES			IDEN	POIDS
				GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES			
				5.03	CLASSE 6 / 6			dd6d	48
99.99	0.000	100.00	100.00	5.03	Travailleur priv inf	Groupe socio économique		GS05	48
-3.40	0.000	0.00	0.00	14.97	Travailleur à compt	Groupe socio économique		GS04	143
-5.58	0.000	0.00	0.00	30.79	Agriculteurs	Groupe socio économique		GS03	294
-5.67	0.000	0.00	0.00	31.52	Inactifs	Groupe socio économique		GS07	301

**Annexe A3 : Principaux problèmes identifiés et suggestions formulées
par les gestionnaires et bénéficiaires lors de l'enquête (liste non exhaustive)**

I. Formations sanitaires

Difficultés dans l' exécution du budget de fonctionnement

- 1 Retard dans la réception du carton
- 2 Crédit insuffisant/ budget faible
- 3 Manque de liquidité
- 4 Taxes élevées
- 5 Retard au niveau de l'engagement
- 6 Les fournisseurs livrent avec un pourcentage élevé
- 7 Rareté des fournisseurs
- 8 Pertes des ressources à tous les niveaux
- 9 Tracasseries de paiement
- 10 Commission à payer pour faire exécuter le budget
- 11 Retard des fournisseurs
- 12 Lenteur administrative
- 13 Conflits avec les contrôleurs financiers
- 14 Disparition (détournement)
- 15 Retard du comptable/Tracasseries du comptable
- 16 Pas de ligne pour carburant et lubrifiant
- 17 Mauvaise évaluation des priorités
- 18 Définition claire des lignes budgétaire
- 19 Détournement de ligne par la hiérarchie
- 20 Excès de procédures pour le paiement
- 21 Mauvaise foi des fournisseurs
- 22 Problème d'enclavement
- 23 Non respect des besoins
- 24 Prix appliqué (ceux de la mercuriale élevé)
- 25 Mauvaise qualité du matériel
- 26 Ignorance en matière de gestion
- 27 Long circuit d'exécution du budget
- 28 Insuffisance des frais de déplacement du personnel
- 29 Impact négatif des mutations sur les dépenses annuelles
- 30 Non respect du rythme de consommation
- 31 Manque d'espace de stockage
- 32 Transfert involontaire des ressources à une autorité
- 33 Utilisation du budget de fonctionnement comme budget d'investissement
- 34 Pas de caisse d'avance
- 35 Problème de paiement des frais de mission
- 36 Arrivée tardive des décisions de paiement
- 37 Livraison difficile en raison du mauvais état des routes
- 38 Fournisseur imposé par la hiérarchie
- 39 Carton unique pour toute l'année
- 40 Beaucoup d'activités réalisées hors lignes budgétaires
- 41 Moyens financiers limités des fournisseurs
- 42 Paiement des salaire du personnel
- 43 Disagreement between COP stores and management commitee
- 44 Retard de paiement des factures
- 45 Non respect du délai d'exécution
- 46 Médecin chef nouvellement affecté dans la FS
- 47 Retard de liquidation des marchés
- 48 Crédit présenté sous forme de carton

Mesure pour améliorer l'accès au soins de santé

- 1 Renforcer l'équipement des formations sanitaires existantes
- 2 Construire plus de formations sanitaires de niveau modeste
- 3 Accroître l'effectif du personnel sanitaires
- 4 Accès à l'hôpital (route dégradée)
- 5 Disponibilité des médicaments essentiels
- 6 Personnel qualifiée
- 7 Eduquer la population en matière de soins de santé
- 8 Réduire les coûts des médicaments
- 9 Rendre effective le gratuite des premiers soins
- 10 Renforcer les campagnes de sensibilisation
- 11 Augmenter les revenus des populations
- 12 Fournir une ambulance/moyens de transport
- 13 Accueil (améliorer l'accueil)
- 14 Améliorer l'entretien des locaux
- 15 Agrandir les infrastructures de la FS
- 16 Rendre toutes les consultations gratuites
- 17 Une dotation complète des matériels
- 18 Motiver le personnel
- 19 Subventionner les médicaments
- 20 Formation et recyclage du personnel médical
- 21 Fournir l'eau et l'électricité
- 22 Augmenter les services (maternité, laboratoire, ...)
- 23 Améliorer le service
- 24 Réduire le coût des soins
- 25 Disponibilité du personnel
- 26 Subventionner le secteur sanitaire privé
- 27 Equipement pour les examens
- 28 Extension
- 29 Informatisation/ technologie nouvelle
- 30 Motivation des campagne de sensibilisations
- 31 Développer le partenariat
- 32 Encadrement des FS par la hiérarchie
- 33 Assurance maladie
- 34 Approvisionnement en électricité
- 35 Budget plus substantiel
- 36 Améliorer les moyens de communication
- 37 Clôture
- 38 Arrêter la prolifération des CS pirates
- 39 Arrêter la vente illicite des médicaments
- 40 L'aide PPTTE doit atteindre les bénéficiaires
- 41 Créer un service de permanence
- 42 Le centre est caché, pas de plaques d'indication
- 43 Recycler le personnel
- 44 Augmenter le personnel para médical
- 45 Améliorer les conditions de travail
- 46 Création des écoles de santé
- 47 Campagne de vaccination
- 48 Créer des unités de santé mobiles
- 49 Assainir la gestion des médicaments
- 50 Respecter les normes et les plans stratégiques de dvpt des D
- 51 Placer la santé au centre des préoccupations du gouvernement
- 52 Création d'un district de santé

Mesure pour améliorer la qualité des soins de santé

- 1 Renforcer l'équipement existant
- 2 Augmenter le salaire des personnels sanitaires
- 3 Séminaire et stage de remise à niveau
- 4 Accroître l'effectif du personnel médical qualifié
- 5 Accroître l'effectif du personnel sanitaire
- 6 Renforcer les stages et séminaires de recyclage
- 7 Doter le centre de maternité hospitalier
- 8 Motivation du personnel
- 9 Disponibilité des médicaments
- 10 Il faut les personnels qualifiés/spécialistes
- 11 Formation du personnel
- 12 Amélioration des locaux/ Infrastructures
- 13 Diminuer le prix des médicaments
- 14 Accroître le nombre de campagnes de sensibilisation
- 15 Octroi d'un matériel roulant
- 16 Améliorer l'accueil
- 17 Disponibilité du personnel
- 18 Améliorer la qualité de la formation du personnel médical ?
- 19 Surveillance de la qualité des soins par la hiérarchie
- 20 Avoir de l'eau potable
- 21 Equipement pour les examens/pour la conservation
- 22 Subventionner les centres de santé
- 23 Approvisionnement en eau et électricité
- 24 L'électrification des formations sanitaires
- 25 Pourvoir les formations sanitaires en médicaments
- 26 Promouvoir la conscience professionnelle
- 27 Arrêter la vente illicite des médicaments
- 28 Conditions hygiéniques
- 29 Désenclavement de l'aire de santé
- 30 Accroître la capacité d'accueil
- 31 Promouvoir la collaboration entre les FS/parteneriat
- 32 Acquisition des lits et matelas
- 33 Régulariser la livraison du CAPP
- 34 Respect apologique des médicament
- 35 Assurer la sécurité du CS
- 36 Faciliter l'accès aux crédits
- 37 Faciliter l'accès aux vaccins
- 38 Redéfinition des postes de travail
- 39 Renforcer les structures de dialogue
- 40 Moyens de communication
- 41 Accroître la participation de la communauté
- 42 Faire la stratégie avancée

Problèmes auxquels sont confrontés les responsables des formations sanitaires

- 1 Manque de personnel qualifié
- 2 Problème d'équipement/équipement insuffisant
- 3 Problème de moyens de déplacement/ ambulance
- 4 Manque d'infrastructure
- 5 Enclavement/éloignement
- 6 Manque d'électricité / coupure fréquente
- 7 Locaux délabrés
- 8 Budget insuffisant
- 9 Manque d'eau et d'électricité
- 10 Coût élevé des soins
- 11 Manque d'eau
- 12 Mauvais cadre de vie et de travail
- 13 Indisponibilité des médicaments
- 14 Insécurité
- 15 Ignorance des populations/ mauvaises mentalités
- 16 Insuffisance du matériel
- 17 Les patients préfèrent les traitements à domicile
- 18 Manque de clôture
- 19 Personnel médical mal rémunéré
- 20 Vente parallèle des médicaments
- 21 Étroitesse des locaux
- 22 Personnel vieillissant
- 23 Problème de logement du personnel
- 24 Préférence pour les tradipraticiens
- 25 Insuffisance du service
- 26 Manque de services spécialisés
- 27 Manque d'équipement de conservation
- 28 Inaccessibilité au FS
- 29 Manque de communication, pas de réseau
- 30 Présence des centres de santé pirates
- 31 Déficience de transport par fret aérien
- 32 Forage en panne
- 33 Rançonnage des malades
- 34 Pas de salaire pour personnel PPTE
- 35 Salaires et allocations familiales
- 36 Conflit d'autorité
- 37 Absence de morgue
- 39 Le SSD est trop grand
- 40 Mauvaise gestion de la pharmacie
- 41 Problème de quote part
- 42 Excès de procédures dans l'exécution du budget
- 43 La coutume est hostile à la consultation au CS
- 44 Mauvaise répartition des CS (rapprochement)
- 45 Prise en charge d'aires de santé supplémentaires
- 46 Difficultés aux prestations de services des fournisseurs
- 47 Problème d'insalubrité
- 48 Non assistance de la part des élites
- 49 Coût élevé des médicaments suite aux taxes élevées
- 50 Absence d'un service de maintenance du matériel
- 51 Absence de supervision
- 52 Absence de séminaires de formation
- 53 Abondance des moustiques

Solutions à ces problèmes

- 1 Recruter le personnel qualifié
- 2 Equiper les Centre de santé en matériel de travail
- 3 Moyen de locomotion / ambulance
- 4 Agrandir le bâtiment / la FS
- 5 Réparer les routes
- 6 Réfection des locaux
- 7 Budget plus substantiel
- 8 Electrifier les centre de santé
- 9 Sensibiliser les populations
- 10 Subvention de l'Etat
- 11 Adductions d'eau et d'électricité
- 12 Aménagement/réparation d'un forage
- 13 Augmenter le salaire du personnel
- 14 Construction d'une clôture
- 15 Disponibilité des médicaments
- 16 Recycler le personnel
- 17 Améliorer le cadre de vie et de travail
- 18 Groupe électrogène
- 19 Renouveler le matériel sanitaire
- 20 Construire un camp du personnel non loin de la FS
- 21 Accessibilité au médicaments/ réduire les coûts
- 22 Construction d'une maternité
- 23 Assurer la sécurité de la FS/forces de l'ordre
- 24 Motiver le personnel
- 25 Former le personnel pour le planning familial
- 26 Accès à l'eau potable
- 27 Muter le personnel
- 28 Renouveler le comité de gestion
- 29 Payer régulièrement le personnel PPTTE et autres
- 30 Réduire des coûts des soins
- 31 Arrêter ou contrôler la vente illicite des médicaments
- 32 Respecter les distances entre FS
- 33 Equipement de conservation
- 35 Crédits au centre de santé / sous forme de liquidité
- 36 Nécessité d'une supervision mensuelle
- 37 Paiement à temps des quote part
- 38 Scinder le Service de Santé de District / l'aire de santé
- 39 Construction d'une unité de vaccination
- 40 Prise en charge du personnel bénévole
- 41 Virement du budget dans un compte au nom de la FS
- 42 Accélérer le processus d'hospitalisation
- 43 Concertation MINSANTE/MINFI/Assureurs
- 44 Encourager la concertation entre les FS et les pharmaciens
- 45 Prise en charge des agents communautaires par l'Etat
- 46 Participation active des autorités traditionnelles
- 47 Affecter un agent de maintenance
- 48 Fournir des moustiquaires imprégnées
- 49 Créer les services d'urgence

II- Services extérieurs

Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement

- 1 Manque de liquidité
- 2 Arrivée tardive des cartons/exécution tardive de dépense
- 3 Insuffisance du budget
- 4 Retard au niveau des engagements / retard administratif
- 5 Inadéquation ligne / besoins de services
- 6 Retard de paiement
- 7 Fournisseurs non qualifiés
- 8 Pourcentage élevé des fournisseurs
- 9 Délai d'exécution très long
- 10 Difficultés dans l'acquisition
- 11 Taxes élevées
- 12 Manque de fournisseurs
- 13 Matériels livrés non conforme/ facture incomplète mal libellée
- 14 Conflit avec les contrôleurs financiers
- 15 Excès de procédures
- 16 Impact négatif des limitations sur les dépenses annuelles
- 17 Livraison lente des fournisseurs
- 18 Mobilisation difficile en périphérie
- 19 Monnayage avec les responsables financiers
- 20 Moyens financiers limités fournisseurs
- 21 Nécessité de jongler entre les rubriques
- 22 Perte à tous les niveaux
- 24 Taux de perte élevé
- 25 Influence des personnes
- 26 Respect de rythme de consommation
- 27 Transfert involontaire
- 28 Détournement par la hiérarchie
- 29 Livraison fictive
- 30 Système traitement crédit en carburant lent
- 31 Tracasserie au niveau de la trésorerie
- 32 Nouvellement affecté
- 33 Pressions
- 34 Harcèlement des agents
- 35 Taux de réalisation bas
- 36 Retard due au traitement des dossiers des fournisseurs

Raisons non fonctionnement commission

- 1 Opacité dans l'attribution des marchés
- 2 Abus de pouvoir
- 3 Désordre dans la passation des marchés
- 4 Favoritisme
- 5 Non prise en compte du point de vue des responsables de serv
- 6 Pression politique
- 7 Influence des membres de la commission
- 8 Non respect des instructions (services techniques)
- 9 Manque de liquidité / financement
- 10 Mauvais choix des sites
- 11 Non prise en compte des services techniques
- 12 Non respect des critères
- 13 Pourcentage élevé (raquette des fournisseurs)
- 14 Surfacturation
- 15 Marchés confiés aux personnes non technique
- 16 Marché pré attribué
- 17 Problèmes de liquidité des entrepreneurs
- 18 Manque de droit de veto
- 19 Manque de confiance à l'égard des techniciens

Activités menées pendant la supervision

- 1 Supervision du programme élargi de vaccination
- 2 Supervision /contrôle de la pharmacie ou pro pharmacie
- 3 Vérification générale
- 4 Suivi des programmes nationaux(sida, etc)
- 5 Contrôle de la chaîne de produit
- 6 Mesurer la performance du personnel
- 7 Contrôle du matériel et locaux /propreté / hygiène
- 8 Réunions de destitutions
- 9 La sécurité des injections
- 10 Tenue de la collecte des données /vérification du document c
- 11 Vérification des registre de vaccination
- 12 Visite/supervision technique
- 13 Surveillance épidémiologique
- 14 Consultation prénatale
- 15 Evaluation de l'utilisation des nouveaux outils
- 16 Fonctionnement de la formation sanitaire
- 17 Supervision de l'infirmier chef / tenue des documents
- 18 Supervision des soins de santé
- 19 Vérification des besoins des populations en soins
- 20 Visites administratives
- 21 Ecoute des doléances
- 22 Observation des activités
- 23 Causeries éducatives
- 24 Confection des courbes
- 25 Gestion des stocks de vaccin
- 26 La chaîne de froid /conservation des vaccins
- 27 Sensibilisation
- 28 Activité curative et préventive
- 29 Contrôle des recettes
- 30 Gestion des médicaments essentiels
- 31 Financement communautaire

Mesure susceptible d'améliorer l'accès à la santé

- 1 Augmenter le nombre de formation sanitaire
- 2 Equiper les FS existantes
- 3 Recruter d avantage le personnel
- 4 Accroître de personnel qualifié
- 5 Amélioration des couvertures sanitaires
- 6 Recyclage / formation du personnel médical
- 7 Sensibilisation des populations
- 8 Augmenter le pouvoir d achat des populations
- 9 Désenclavement / Décentralisation
- 10 Aménager les routes
- 11 Disponibilité des médicaments
- 12 Moyen de transport
- 13 Amélioration de la logistique
- 14 Rendre effectif la gratuité des premiers soins
- 15 Adduction d eau
- 16 Augmenter les aires de santé
- 17 Autonomie financière
- 18 Faciliter l accès aux soins
- 19 Renforcement supervision
- 20 Respect des normes et plans stratégiques de dev des SSD
- 21 Consultation de proximité
- 22 Améliorer les conditions du personnel
- 23 Augmenter la fréquence des supervisions
- 24 Augmenter les plateaux technique
- 25 Bon application des mesures en cours
- 26 Rapprocher les FS des populations
- 27 Vieillessement du personnel paramédical
- 28 Gratuité des consultations
- 29 Stopper les publicités sur les tradi-praticiens
- 30 Accroître les infrastructures
- 31 Diminuer les prix des médicaments

Mesure susceptible d'amélioration la qualité des soins

- 1 Accroître les effectifs du personnel médical / qualifié
- 2 Recyclage / formation / supervision du personnel
- 3 Améliorer les conditions du personnel (salaires)
- 4 Equipement des FS
- 5 Motivation du personnel
- 6 Renforcer l'équipement
- 7 Dotation en moyen de transport
- 8 Améliorer l'accueil
- 9 Affectation et mutation du personnel
- 10 Budget de plus en plus substantiels
- 11 Plateau technique minimum
- 12 Amélioration des conditions de travail
- 13 Dotation en médicaments ; matériels ; et logistiques
- 14 Réorganisation des services de santé
- 15 Construire les centre de santé
- 16 Diminuer les prix des médicaments
- 17 Faciliter l'accès aux soins
- 18 Formation et mutation des médecins
- 19 Renforcer les stages et les séminaires
- 20 Sensibiliser les populations
- 21 Ouverture des services spécialisés
- 22 Organisation des structures de dialogue
- 23 Paquet minimum

Problèmes auxquels sont confrontés les responsables des services extérieurs

- 1 Manque de moyen de transport / Routes
- 2 Insuffisance / manque de personnel qualifié
- 3 Crédit insuffisant
- 4 Manque de logistique
- 5 Manque du personnel
- 6 Manque d'équipement
- 7 Manque de moyen de communication
- 8 Manque d'infrastructures
- 9 Manque des FS
- 10 Enclavement / éloignement
- 11 Etroitesse des locaux
- 12 Inadéquation crédit et les problèmes
- 13 Manque d'électricité (groupe électrogène)
- 14 Mauvaises conditions de travail et de vie
- 15 Population nomade
- 16 Tracasseries
- 17 Espace / site inadéquat
- 18 Absence des caisses d'avance
- 19 Améliorer les salaires
- 20 Centralisation
- 21 Indisponibilité des médicaments
- 22 Manque de liquidité / manque de financement
- 23 Mobilisation des fonds
- 24 Pas de motivation
- 26 Recyclage du personnel
- 27 Vieillessement des effectifs

Solutions aux problèmes

- 1 Recrutement du personnel qualifié
- 2 Dotation en moyen de transport /Désenclavement
- 3 Dotation en moyen de communication
- 4 Renouveler les infrastructures
- 5 Budget de plus en plus substantiels
- 6 Dotation en caisses d avance
- 7 Equipement des FS / aménager les locaux
- 8 Construction et équipement des FS
- 9 RAS
- 10 Réduction des intervenants dans le circuit
- 11 Améliorer les salaires en fonction du rendement
- 12 Formation et recyclage du personnel
- 13 Construction et extension des FS
- 14 Réfection des bâtiments
- 15 Diviser les centre de districts
- 16 Affectation du personnel qualifié
- 17 Rajeunir le personnel
- 18 Maintenir les lignes de crédit
- 19 Créer les pharmacies
- 20 Motivation du personnel
- 21 Dotation en électricité
- 22 Décentralisation de la gestion
- 23 Recrutement du personnel pour les zones enclavées
- 24 Achat de matériel
- 25 Renforcer la logistique des FS

MATRICE D' ACTIONS PRIORITAIRES
ADOPTÉE PAR LE GOUVERNEMENT A L' ISSUE DE L'
ATELIER DE VALIDATION DU RAPPORT
TENU A YAOUNDE
LES 13 & 14 AVRIL 2004

MATRICE D' ACTIONS PRIORITAIRES

1- Domaine	2- Problèmes Identifiés	3- Recommandations et Objectifs visés	4- Mesures à prendre	5- Administrations Responsables	6- Echéance	7- Indicateurs de performance objectivement vérifiables
A- Recommandations sur l'exécution budgétaire						
1- TRAÇABILITE DE L'INFORMATION BUDGETAIRE (Production, diffusion et archivage)	Absence ou insuffisance et diffusion restreinte de l'information budgétaire en général et en particulier celle concernant les dotations budgétaires des différentes structures contenues dans la loi des finances.	- Disponibilité permanente de l'information budgétaire ; - Large diffusion de l'information budgétaire au niveau de chaque partie prenante du système de santé	- Rendre systématique la mise à disposition en début de chaque exercice budgétaire les documents d'information budgétaire (circulaire, journal des projets, listing des opérations des dépenses et autres supports de la dépense) à tous les responsables périphériques chargés de la gestion budgétaire	MINFIB MINEPAT MINSANTE	Fin janvier de chaque année	Documents remis aux responsables
			- Systématiser la mise à disposition du public de l'information budgétaire à travers les structures des dialogue (comité de santé, comité de gestion) et par affichage		Permanent	Réunions organisées et affiches placées
			- Créer à moyen ou long terme un système d'information budgétaire de santé opérant comme interface avec le SIGEFI		3 – 5 ans	Système fonctionnel
	Absence d'archives ou archives incomplètes ou mal tenues sur la gestion budgétaire au niveau des structures	Constitution systématique des archives	- Définir un canevas et une périodicité pour la rédaction des rapports d'exécution du budget - Instaurer l'obligation de bien conserver les documents relatifs à la gestion des ressources et du patrimoine acquis; - Rendre systématique le principe de décharges pour toute transmission de documents budgétaires	MINSANTE		Archives constituées
	Méconnaissance des règles élémentaires de gestion budgétaire par les gestionnaires de crédit	Assurer une meilleure tenue des documents comptables et une bonne gestion des structures Produire un rapport d'exécution budgétaire au 30 juin	- Former les responsables des structures à la gestion budgétaire - Mettre à leur disposition des manuels des procédures - Mettre à la disposition des gestionnaires un canevas de rapport d'exécution budgétaire en fin mai (2004)			Séminaire / atelier organisé Rapport disponible fin août (2004)

1- Domaine	2- Problèmes Identifiés	3- Recommandations et Objectifs visés	4- Mesures à prendre	5- Administrations Responsables	6- Echéance	7- Indicateurs de performance objectivement vérifiables
2- EXECUTION BUDGETAIRE	Délais très longs dans l'exécution du budget	Réduction du temps mis entre la promulgation de la loi des finances et l'engagement des dépenses	Commencer les engagements dès la promulgation de la loi des finances en mettant à la disposition des gestionnaires tous les supports de la dépense (Bons de commande, Fiches d'accréditation, etc.)	MINSANTE MINFI MINEPAT	Fin janvier de chaque année	Supports disponibles dans les postes comptables et auprès des gestionnaires
	Existence d'un nombre important d'opérations à exécuter avant l'atteinte de la phase de paiement	- Diminuer le nombre des intervenants dans le circuit de la dépense et respecter les délais de traitement des dossiers prescrits au niveau de chaque maillon de la chaîne de dépenses	- Instituer des fiches d'entrée sortie des dossiers et les exploiter pour veiller au respect des délais de traitement des dossiers - Bien définir les rôles de chaque intervenant dans le circuit de la dépense	MINFI MINEPAT MINSANTE		Rapport d'exploitation des fiches disponibles
	Manque de liquidités au moment du paiement	S'assurer régulièrement de la disponibilité des liquidités pour le paiement des dépenses engagées	Poursuivre et accélérer les réformes budgétaires en cours au MINFIB et au MINEPAT au niveau de la chaîne des recettes et des dépenses	MINFI MINEPAT		
	- Mauvais fonctionnement des commissions locales des marchés publics - Faible poids décisionnel des gestionnaires au sein des commissions locales des marchés	Assainir le fonctionnement des commissions de passation des marchés	- Produire un plan de passation des marchés par les commissions locales des marchés avant la fin du 1 ^{er} trimestre de chaque année - Veiller à une participation effective des gestionnaires à tous les marchés concernant leur structure suivant la réglementation en vigueur - Veiller au respect des délais - Améliorer la formation des acteurs des marchés publics - Responsabiliser davantage les gestionnaires délégués	ARMP MINSANTE MINFI MINEPAT MINAT		
	Difficultés d'exécuter des lignes de crédit ne reflétant pas les besoins réels des structures bénéficiaires	Assurer l'adéquation entre les lignes budgétaires et les besoins exprimés à la base	Tenir compte des besoins réels exprimés par les responsables des structures sanitaires lors de la préparation du budget	MINSANTE		

1- Domaine	2- Problèmes Identifiés	3- Recommandations et Suggestions	4- Mesures à prendre	5- Administrations Responsables	6- Echéance	7- Indicateurs de performance objectivement vérifiables
B- Recommandations se rapportant à la satisfaction des bénéficiaires						
3- AMELIORATION DE L'OFFRE DE SERVICE DE SANTE ET SATISFACTION DES BENEFICIAIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance et vétusté des infrastructures, des équipements et de la logistique - Absence d'eau potable et d'électricité dans certaines structures de santé - Mauvais entretien des locaux et des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir des infrastructures répondant aux normes - Accroître la capacité d'accueil des formations sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre opérationnelle la carte sanitaire dans le cadre de la stratégie sectorielle de la santé (Evaluation des besoins, priorisation, programmation et mobilisation des moyens.) - Mettre en œuvre le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ; - Assurer la maintenance des locaux et équipements 	MINEPAT MINSANTE		
		<ul style="list-style-type: none"> - Doter les formations sanitaires en équipements appropriés - Poursuivre l'amélioration des plateaux techniques des formations sanitaires 		MINEPAT MINSANTE		
		Assurer l'approvisionnement en eau potable et en électricité		MINSANTE MINMEE		
	Insuffisante rémunération du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Répartir de manière équitable les primes - Généraliser la répartition des primes à tous les personnels - Rémunérer à temps le personnel temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un programme de sécurisation des recettes générées par les formations sanitaires - Appliquer de manière transparente la grille de répartition des recettes affectées - Elargir les primes à toutes les catégories de personnel - Former du personnel assurant la gestion des recettes affectées - Dans les TDR des missions de contrôle, prévoir spécifiquement le contrôle de la répartition des recettes affectées - Prendre en charge à temps et payer effectivement les salaires des personnels temporaires en activité dans les services et formations sanitaires 	MINSANTE		
	Insuffisance quantitative et qualitative du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la capacité des formations sanitaires en personnel qualifié - Garantir la continuité de l'emploi des personnels sanitaires recrutés sur ressources PPTE 	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter et former et recycler le personnel en place selon les besoins prioritaires identifiés dans la carte sanitaire ; - Etablir et mettre en œuvre un plan de titularisation des personnels temporaires exerçant dans les formations sanitaires 	MINFOPRA MINSANTE MINETFOP MINESUP		
	Indisponibilité de certains médicaments essentiels	<ul style="list-style-type: none"> Approvisionner régulièrement toutes les formations sanitaires en médicaments essentiels Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître le rythme d'approvisionnement et les capacités des CAPP pour mieux satisfaire la demande en médicaments des formations sanitaires - Réaliser une étude sur la création des centres relais d'approvisionnement entre les CAPP et les formations sanitaires 	MINSANTE		
	Non accessibilité à tous les soins de santé primaires pour tous	Assurer l'accessibilité aux soins de santé primaires dans toutes les parties du pays	Etudier les possibilités d'une tarification des soins de santé adaptés aux réalités locales dans le cadre de la réforme hospitalière en cours	MINSANTE		
Mauvais accueil des patients	S'assurer que tous les malades sont pris en charge dans de bonnes conditions	<ul style="list-style-type: none"> - Définir et afficher le circuit du malade dans chaque formation sanitaire - Assurer la supervision des services en veillant au respect de ce circuit et de la déontologie médicale 	MINSANTE			
PERENNITE DU DISPOSITIF	Insuffisance actuelle de la capacité du MINSANTE à réaliser de manière autonome cette enquête	Assurer un suivi régulier de l'exécution budgétaire, de l'offre de santé et de la qualité des prestations	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier les possibilités de renforcement des capacités et d'appui des services concernés (services chargés de la préparation et de l'exécution du budget, des études, projets et programmes, et des statistiques) - Assurer l'appui de l'INS à ces services - Réaliser la 2^e enquête 	MINSANTE INS		

Contribution et commentaires du Ministre de la Santé sur le rapport

Dans le cadre de la préparation des travaux de l'atelier des 13 et 14 avril 2004 au Palais de Congrès de Yaoundé consacré à la validation des résultats du volet Santé de l'enquête sur le suivi de la dépense publique et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de la santé et de l'éducation, le Ministre de la Santé Publique a bien voulu nous recevoir le jour le 12 avril 2004 à partir de 11 heures.

Le but de l'entretien était de nous faire part de ses observations sur les résultats, notamment en ce qui concerne la traçabilité de l'information budgétaire, la qualité de l'exécution budgétaire et l'opinion des bénéficiaires quant à la qualité des prestations dans les formations sanitaires publiques.

1. Observation générale

Dans l'ensemble, le MINSANTE a bien apprécié la qualité du rapport produit et a adressé ses félicitations à l'équipe qui a réalisé le travail. Il a dit que ce rapport constitue une bonne base pour identifier les mesures susceptibles d'améliorer l'exécution budgétaire dans le secteur de la santé ; sous réserve de prendre en compte les compléments d'information par rapport à certains domaines où des réformes sont engagées ou envisagées.

2. Observations spécifiques

2.1. Traçabilité de l'information budgétaire

a) Mise sur pied d'un système d'information budgétaire intégré

Le MINSANTE est d'accord sur la nécessité de concevoir un système d'information budgétaire intégré auquel viendra se greffer le système d'information sanitaire. Dans ce cadre, il propose d'examiner dans quelles mesures le programme d'appui de l'Union Européenne pourra contribuer à la mise en place d'un tel système.

b) Production et publication des rapports trimestriels d'exécution du budget

En attendant, il propose que l'on revienne sur la production des rapports trimestriels sur l'exécution budgétaire par ministère ; en s'appuyant sur le MINFIB et le MINEPAT qui ont l'information globale.

c) Information du public (les populations bénéficiaires)

S'agissant de l'information des populations bénéficiaires, il est d'avis que l'information budgétaire, dès qu'elle est disponible au niveau central, soit communiquée aux postes de responsabilité périphériques pour publication. Les populations pourraient être informées par voie d'affichage éventuellement dans les formations sanitaires publiques.

Il a conclu sur ce point en disant qu'il sera sans doute nécessaire de solliciter une expertise internationale pour concevoir et mettre sur place l'ensemble du dispositif d'information sanitaire.

2.2. Exécution budgétaire

i) Accélération du démarrage de l'exécution

S'agissant des mesures à prendre pour accélérer l'exécution budgétaire, le MINSANTE a dit que les ministères compétents devront chercher à rendre plu fluide la chaîne de la dépense publique. Dans ce sens, il pourrait être examiné la possibilité de décentraliser l'émission des cartons au niveau provincial tout en renforçant les capacités de ces services provinciaux à mieux assumer leurs missions. Il s'agit pour lui d'une réforme qui interpelle davantage le MINFIB et le MINEPAT.

ii) Fonctionnement des commissions des marchés publics

Pour un bon le fonctionnement des commissions locales des marchés publics, le MINSANTE soutient la autorités administratives au sein de ces commissions.

L'ARMP pourrait produire, au cas où cela n'est pas encore fait, des outils pour faciliter le fonctionnement de ces commissions et en même temps envisager un programme de renforcement de leurs capacités.

En ce qui concerne le MINSANTE, des normes et des documents standards sont conçus pour faciliter le travail de ses représentants sur le terrain ; au moment de la rédaction des dossiers d'appel d'offres ou de l'analyse.

iii) Crédits délégués à gestion centralisée

S'agissant des crédits délégués à gestion centralisée, le MINSANTE a dit qu'il s'agit d'une impérieuse nécessité liée au souci de l'effectivité et de la qualité de la dépense ; car il était fréquent de constater que les crédits sont consommés sans que la prestation soit réalisée tel que prévu dans le contrat.

Il pense qu'il faudra bien déverrouiller la situation et revenir sur une pratique normale tout en préservant le patrimoine de l'Etat. Dans ce sens, il pense qu'il faudra procéder à une évaluation précise des besoins des formations sanitaires en matériels et équipements lourds, programmer¹² leur acquisition dans le CDMT et passer les marchés au niveau national pour une livraison localisée. Il s'agira alors, non plus des crédits délégués à gestion centralisée, mais plutôt des crédits centraux dont les bénéficiaires sont éparpillés sur toute l'étendue du territoire.

iv) Suivi/évaluation et affectation des recettes générées par les formations sanitaires

Un autre point intéresse le MINSANTE à savoir, le suivi des recettes générées par les formations sanitaires à partir de leurs activités propres. Cette préoccupation est liée à l'affectation justifiée de ces recettes au fonctionnement non salarial des formations sanitaires et le paiement des quotes parts (primes servies aux personnels soignants).

¹² Il s'agit d'une programmation pluriannuelle ;

2.3. Satisfaction des bénéficiaires

a) *Appréciation relativement positive de la situation*

Le MINSANTE a observé que l'opinion exprimée par les bénéficiaires traduit bien à son avis les efforts fournis par les autorités pour améliorer l'accès aux services de santé. Les principales actions concernent le PEV, la réduction des coûts directs d'accès aux soins et aux médicaments essentiels, la distribution des moustiquaires, la lutte contre le VIH/SIDA, le recrutement de 1800 personnels de santé sur ressources PPTE, etc.

Il a rappelé qu'il y a un programme sur 5 ans à mettre en œuvre pour poursuivre le renforcement des capacités des formations sanitaires. Aussi, il a rappelé pour prise en compte, la politique de contractualisation avec certaines formations sanitaires privées qui sont appelées à assumer certaines missions publiques.

b) *Gratuité des soins de santé primaires*

S'agissant de la gratuité des soins de santé primaires, le MINSANTE a noté que la santé a un coût que l'Etat seul ne peut supporter. Les populations bénéficiaires doivent aussi participer au financement des coûts. Une politique visant à mettre en place des mécanismes de solidarité est en cours. Elle se traduira par la mise en place d'une assurance maladie notamment.

c) *Renforcement des infrastructures sanitaires*

Le MINSANTE a noté que les efforts doivent se poursuivre, dans la limite des moyens disponibles. Dans ce cadre, il souhaite que les CDMT adoptés soient suivis au moment de la dotation des enveloppes budgétaires par ministères. Il a ajouté que certaines coopérations seront sollicitées pour renforcer les investissements sur BIP. Dans ce cadre, il pense que la mise en œuvre du C2D apportera des financements supplémentaires au profit du secteur de la santé.

Conclusion

Pour terminer, le MINSANTE a fait savoir qu'il attend le projet de plan d'actions prioritaires qui sera produit dans le cadre de l'atelier, en vue de s'organiser à son niveau pour son adoption et mise en œuvre immédiate, dans le respect du calendrier arrêté par le Gouvernement pour le franchissement du point d'achèvement de l'Initiative PPTE.

ATELIER NATIONAL DE VALIDATION DES RESULTATS DU BUDGET TRACKING,**Phase 1 – Volet SANTE**

Yaoundé, 13 et 14 avril 2004

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION REPRESENTEE	FONCTION/ADRESSE
1	KUM AFON Johnson	MINFIB-CDF du Fako	Contrôleur des Finances
2	MANGA Engelbert	SSD Mfou / MINSANTE	Médecin
3	AMADOU MAMADOU	PNUD	Conseiller économique principal
4	David TCHUINO	Banque Mondiale	Economiste Principal
5	NGUENANG Jean-Pierre	FMI	Economiste Assistant
6	GUILLEMIN Sophie	INS	Statisticienne
7	PIIM Bonaventure Marcel	MINEPAT/DPP	Chef Cellule Etude et Programmation
8	JOUONANG Isaac	MINFI/DB	Sous Directeur des Etudes
9	MOUSSIMA Jeannot	MINSANTE	CIS/DEP
10	NGOA NKOU Boniface	MINSANTE	Chef de Division des Etudes et de la Planification
11	MOHAMADOU BASSIROU	MINFI/CPF Extrême-Nord	Contrôleur Provincial des Finances
12	ENGAMBA née MENGUE Célestine	MINSANTE/Hôpital de District de Sangmelima	Médecin chef
13	NSOM Blaise Eugène	MINSANTE	DREP/représentant du Ministre
14	BURNOUF Jacques	SCAC	Chargé de mission
15	FOURMANN Emmanuel	AFD-Yaoundé	Chargé de mission
16	NOUBOUE Alice	MINFIB-CPF/Ouest	Contrôleur Provincial des Finances
17	TAYIMETHA Maurice	MINEPAT - Nkam	Délégué Départemental
18	KENNE André Beaudelaire	MINSANTE/CMA Bamougoum	Médecin
19	TEDJOUKA Etienne	MINSANTE / CSSD Bertoua	Médecin
20	NDONG Mathieu	Centre santé Nkolya	Responsable
21	MAKEK Félix	MINEPAT / Edéa	Délégué départemental
22	ITOUA Victor	MINEPAT/ Littoral	Délégué provincial
23	BEKALE Jean-Marc	MINEPAT/ Est	Délégué provincial
24	FONGANG F. Norbert	CMA d'Elig-Essono	Chef de centre
25	WALLAH MOISE	SG/MINEPAT	Chef cellule de suivi
26	RAZACK Johny	SG/MINEPAT	Cadre cellule de suivi

27	NDIFORCHU Victor	MINSANTE / Nord - Ouest	Délégué provincial
28	ONDOUA ANGO Jean	MINSANTE	Cadre / DEP
29	MBEUTCHA Thomas	ARMP	Rep. DG
30	BATECK Benjamin	CTS/MINEPAT	Chef de cellule
31	NIGOUR	CTS/MINEPAT	Chef de cellule
32	BAYIHA Claudine	CTS/MINEPAT	Chef de cellule
33	MBAPPOU EDJENGUELE	CTS/MINEPAT	Président
34	TEDOU Joseph	INS	Directeur
35	KINGNE Apollinaire	INS	Chef de Division
36	OKOUDA Barnabé	INS	Sous Directeur/ coordonnateur technique de l'Enquête
37	DZOSSA Anaclet	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
38	FONGANG FONGANG Hermann	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
39	NYOUVOP Bertin Marcel	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
40	FOWANG Ignatius	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
41	ANJUENNEYA NJOYA Arouna	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
42	TCHAMAGO Olivier	INS	Equipe technique centrale de l'enquête
43	MBENTY Jacqueline	INS	Assistante coordonnateur

EQUIPE DE REALISATION DE L'ENQUETE

	FONCTION	NOM & PRENOM(S)	INSTITUTION
A- Coordination			
1	Superviseur national	MBAPPOU EDJENGUELE René	CTS / Président
2	Coordonnateur national	TEDOU Joseph	INS/Directeur
3	Coordonnateur technique	OKOUDA Barnabé	INS/ sous Directeur

B- Equipe technique centrale et superviseurs de zones			
1	ABANDA Ambroise		INS
2	DZOSSA Anaclét		INS
3	MATENE SOB Angélique		INS
4	NGAH NGAH Symplice		INS
5	TCHOMTHE Séverin		INS
6	ANJUENNEYA NJOYA Arouna		INS
7	NYOUVOP Bertin		INS
8	NIEKOU Rosalie		INS
9	MOUGA Amisobel		INS
10	FOWANG Ignatius		INS
11	TATSINKOU Christophe		INS
12	NTANG Pierre Marie		INS
13	NDAWINZ Jacques		INS
14	NNOMO Marie-Noël		INS
15	KOUNGANG Francis		INS
17	MBIALEU Christian		INS
18	FONGANG FONGANG Hermann		INS
19	ALOGO SAMBA Saturnin		INS
20	TCHOUANGTE Robert		INS/Centre
21	TAMCHE Joseph		INS/Littoral
22	KUATE		INS/Adamaoua
23	MBARGA OWONA Paul		INS/Est
24	LIENOU		INS/Extrême-Nord
25	CHOUNDONG Norbert		INS/Nord
26	ZAFACK Martin		INS/Nord-Ouest
27	BIOUMLA		INS/Ouest
28	NANANG Edouard		INS/Sud
29	CHUMBAN		INS/Sud-Ouest
30	MBENTY Jacqueline		Assistante du coordonnateur

C-Equipe informatique			
1	MBA Martin		INS
2	TCHAMAGO Olivier		INS
3	KANA Christophe		INS
4	BEM Justin		INS
5	EBODE ONANA Aloys		INS

D- Experts sectoriels			
1	Expert suivi	NIGOUR	CTS
2	Expert suivi	MAKON Pierre Henri	CTS
3	Expert Budget	JOONANG Isaac	DB/MINFI
4	Expert Budget	PIIM Bonaventure Marcel	DPP/MINEPAT
5	Expert Santé	NSOM Blaise Eugène	MINSANTE
6	Expert Santé	MOUSSIMA Janot	MINSANTE
7	Expert Education	BELIBI Christiane	MINEDUC
8	Expert Education	TCHAMENI Apollinaire	MINEDUC
9	Expert Education	NDIP Remes	MINETFOP
10	Expert Education	NGIMOUT Bernard	MINETFOP

Liste des tableaux

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon du volet santé par zone	5
Tableau 2 : Distribution de l'échantillon des bénéficiaires (ménages et malades) par zone	5
Tableau 3 : Synthèse du système national de santé en 2001.....	8
Tableau 4: Ratio Population/ Personnel sanitaire par province en 2001	9
Tableau 5 : Nombre d'habitants par unité du système sanitaire et par province en 2001.....	10
Tableau 6 : Effectif total du personnel du Ministère de la Santé Publique - Avril 2001.....	13
Tableau 7 : Disponibilité de l'information collectée sur le circuit de la dépense - Formations sanitaires.....	22
Tableau 8 : Disponibilité de l'information collectée sur le circuit de la dépense - Services extérieurs	22
Tableau 9 : Complétude de l'information sur le circuit de la dépense - Formations sanitaires publiques sur le Budget de fonctionnement.....	23
Tableau 10 : Comparaison de l'information collectée sur le terrain et celle contenue dans la loi des finances - 1° cas : Budget de fonctionnement des Formations sanitaires -	24
Tableau 11 : Complétude de l'information sur le circuit de la dépense - Services extérieurs du MINSANTE sur le Budget de fonctionnement.....	25
Tableau 12 : Comparaison de l'information collectée sur le terrain et celle contenue dans la loi des finances - 2° cas : Budget de fonctionnement des Services extérieurs du MINSANTE - ..	25
Tableau 13 : Connaissance préalable des dotations budgétaires	26
Tableau 14 : Formation sanitaire: budget de fonctionnement	28
Tableau 15 : Budget de fonctionnement des services extérieurs	29
Tableau 16 : Indicateurs de délai des formations sanitaires par région	33
Tableau 18 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires par région ...	36
Tableau 19 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des services extérieurs par région	37
Tableau 20 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement des services extérieurs par niveau	37
Tableau 21: Taux d'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires par type.....	37
Tableau 22 : Rigidités dans la gestion des lignes budgétaires.....	39
Tableau 23 : Difficultés dans l'exécution du budget de fonctionnement des formations sanitaires en 2001/2002	39
Tableau 24: Proportion de formations sanitaires suivant la fréquence de la tenue du comité de gestion	40
Tableau 25 : Respect du principe de la passation de marché pour l'exécution du budget	41
de fonctionnement dans les Formations sanitaires et les services extérieurs en 2003.....	41
Tableau 26 : Respect du principe de la passation de marché pour l'exécution du budget	42
d'investissement dans les Formations sanitaires et les services extérieurs en 2003.....	42
Tableau 27 : Effectivité du fonctionnement de la commission de marché pour le budget.....	42
D'investissement en 2003	42
Tableau 28 : Appréciation (en %) des gestionnaires de crédit, suivant les rubriques, des travaux réalisés par les fournisseurs.....	42
Tableau 29 : Taux estimé de réalisation physique des marchés du budget de fonctionnement	43
Tableau 30 : Répartition de l'échantillon des formations sanitaires par secteur et par zone d'enquête	44
Tableau 32 : Répartition (%) des formations sanitaires selon la disponibilité.....	46
des équipements médicaux	46
Tableau 33 : Pourcentage des formations sanitaires équipées en infrastructures de base par région	48
Tableau 34 : Effectif moyen du personnel (tout grade confondu) par type de formation sanitaire et par région.....	47
Tableau 35 : Répartition (%) des malades (bénéficiaires malades) ayant consulté un personnel de santé suivant la qualification et région.....	49
Tableau 36 : Répartition (%) des malades (bénéficiaires malades) ayant consulté un personnel de la santé suivant la qualification et le type de formation sanitaire fréquenté.....	49
Tableau 37 : Répartitions (%) de patients par région suivant l'appréciation de la qualité de prise en charge	51
Tableau 38 : Taux d'absence par région et par type de FS	52

Tableau 39 : Solde de base et solde brute moyenne par catégorie de personnel fonctionnaire (Grille de Février 1997)	54
Tableau 40 : Répartition (%) du personnel par type de formation sanitaire et par région.....	55
suivant qu'ils aient reçu des primes ou pas.	55
Tableau 41 : Répartition des primes moyennes par individu et maximales du personnel par type de formation sanitaire et par région (en milliers de FCFA)	56
Tableau 42 : Nombre de jours de rupture de stock en médicaments essentiels au cours des 03 derniers mois	57
Tableau 43 : Nombre de jours moyen de rupture de médicaments essentiels au cours du dernier mois de 2003 par zone d'enquête	57
Tableau 44 : Nombre de jours moyen de rupture de médicaments essentiels au cours du dernier mois 2003 par type de formation sanitaire	57
Tableau 45 : Répartition (%) bénéficiaires –ménages- suivant le type de formation sanitaire fréquenté et par région	58
Tableau 46 : Supervision selon les services extérieurs de la santé publique	59
Tableau 47 : Supervision selon les formations sanitaires	60
Tableau 48 : Effectif moyen de patients par jour et par type de formation sanitaire	61
Tableau 49 : Moyenne mensuelle des accouchements assistés dans les formations sanitaires publiques.....	62
Tableau 50 : Moyenne mensuelle du nombre d'accouchements assistés par type de formation sanitaire	63
Tableau 51 : Répartition des patients suivant le groupe socio-économique, le milieu et le type de formation sanitaire visitée	64
Tableau 52 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche ménage)	65
Tableau 53 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche ménage)	65
Tableau 54 : Distance entre le ménage et la formation sanitaire (approche malade)	66
Tableau 55 : Tarif moyen de la consultation dans les formations sanitaires d'après les chefs de ménage.....	67
Tableau 56 : Tarif moyen de la consultation dans les formations sanitaires selon les malades rencontrés sur place	68
Tableau 57: Temps d'attente du personnel sanitaire par type de formation sanitaire	69
Tableau 58 : Durée de la consultation (en min).....	69
Tableau 59 : Appréciation de la qualité des services dans les FS (toute catégorie confondue)	72
Tableau 60 : Répartition (%) des patients suivant leur appréciation sur les caractéristiques physiques des formations sanitaires visitées.....	74
Tableau 61 : Appréciation des dépenses effectuées par type de Formation sanitaire	74
Tableau 62 : Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le groupe socioéconomique des bénéficiaires.....	75
Tableau 63 : Appréciation de l'ensemble des frais payés dans la formation sanitaire par rapport au résultat suivant le statut de la formation sanitaire.....	75
Tableau 64 : Répartition (%) des patients enquêtés dans les formations sanitaires par type	79
suivant les principales actions suggérées à entreprendre pour l'amélioration de	79
la qualité du service de santé Cameroun	79
Tableau 66 : Répartition (%) des ménages par région suivant les principales actions à entreprendre pour améliorer du système de santé au Cameroun.....	81
Tableau 67 : Répartition (%) des formations sanitaires par région suivant les différents problèmes auxquels elles sont confrontées	83
Tableau 68 : Répartition (%) des formations sanitaires par type suivant les différentes solutions proposées pour la résolution des problèmes auxquels elles sont confrontées	84

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi des Finances de la république du Cameroun, années 2001/ 2002 , 2003 & 2004 ;
2. Rapport Economique et Financier, exercices 2002 &2003 ;
3. DSCN / INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages (1996 & 2001)
4. INS, Enquête sur le Cadre de Vie des populations de Yaoundé et Douala (2003)
5. INS, Enquête Dépenses des Ménages à Yaoundé et Douala, 2000 ,
6. Primary Health care in Mozambique : Service delivery in a complex hierarchy, July 2003
7. Public Expenditure performance in Rwanda , the World Bank, march 2003;
8. Xiao YE, Efficiency of Public Expenditure Distribution and Beyond : A report on Ghana's 2000 Public Expenditure Tracking Survey in the sectors of Primary Health and Education;
9. Participatory approaches at Macro-Level – Social Development – The Word Bank
10. Rapport final de la 1^{ère} mission d'audits annuels des Ministères de la Santé Publique et de l'Education Nationale – Rapport Proman, mars 2003 ;
11. Ernst & Young, Audit des procédures d'exécution et de contrôle des dépenses d'investissement public, Diagnostic et plan d'action, Rapport final – Mars 2002 ;
12. Actes du premier séminaire national sur la maîtrise de la dépense publique, Août 1997.