



ADISI - CAMEROUN



Rapport d'étude

EVALUATION DE LA PARTICIPATION CITOYENNE ET DE L'ACCES A L'INFORMATION DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE LOCALE DANS LES COMMUNES DE LOUM, PENJA (LITTORAL), ESEKA ET MAKENENE(CENTRE).



☎ 243 526 139
✉ adisi@adisicameroun.org

fb @Adisi-Cameroun
twitter @AdisiCameroun

www.adisicameroun.org

Support by :
© ADISI-Cameroun 2022

Équipe

1- Supervision :

Paul- Joël Kamtchang, Data Journaliste- Chercheur, Secrétaire Exécutif,
ADISI-Cameroun

2- Coordonnateur scientifique :

Aristide Mono Docteur en sciences politiques/Spécialiste des politiques
publiques

Assistés par :

- **Dr Wenang Benoît** (politologue - enseignant)
- **Dr Zissa David** (spécialiste des politiques publiques)
- **Madame Monesson Thérèse** (doctorante science politique)
- **Madame Wandji Léopoldine** (plog)

3- Suivi et évaluation

Clovis Fokouabang, Sociologue, chargé des programmes chez
ADISI-Cameroun

4- Traduction

Victoire Kamdeu, traductrice principale

5- Administration et finances

Christelle Heunkwa, économiste, responsable financier et administratif
chez ADISI-Cameroun

SOMMAIRE

LISTE DES GRAPHIQUES	4
LISTE DES TABLEAUX	5
Sigles et abréviations	6
Glossaire et notions	6
Résumé exécutif	8
Contexte et justification	
Objectifs	10
A. Objectif général	10
B. Objectifs spécifiques	10
Résultats attendus	10
Méthodologie	10
A. Les grandes étapes de l'étude :	10
1. Les données recherchées au cours des enquêtes de terrain	11
2. Les cibles de l'enquête	11
3. Techniques de récolte des données :	11

CHAPITRE I : PHOTOGRAPHIE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE AU NIVEAU LOCAL

I. L'encadrement normatif de l'implication des populations dans les politiques publiques de santé au niveau local	12
II. Photographie comparative du cadre de dialogue entre les administrations locales et les citoyens au niveau local	15
III. Niveaux d'intégration et d'implication des populations locales dans les politiques publiques de santé au niveau local	17

CHAPITRE II : LES DISPOSITIFS INFORMATIONNELS ET COMMUNICATIONNELS D'ACCES AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE AU NIVEAU LOCAL

CHAPITRE III : LA QUESTION DE LA DECENTRALISATION SANITAIRE DEPUIS 2010, DATE EFFECTIVE D'ENTREE EN VIGUEUR DE LA DECENTRALISATION AU CAMEROUN

CHAPITRE IV : LES RECOMMANDATIONS

I. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A L'ETAT	47
II. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX COMMUNES	47
III. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX ADMINISTRATIONS ET FORMATIONS SANITAIRES	48
IV. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX LEADERS COMMUNAUTES ET ASSOCIATIFS	49
V. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX POPULATIONS	49
VI. RECOMMANDATIONS GENERALES EN FAVEUR DES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET ASSOCIATIFS (Société civile)	49
VII. RECOMMANDATIONS GENERALES EN FAVEUR DES POPULATIONS	50
ANNEXES	51

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 : Niveaux de maîtrise de l'existence du dispositif juridique en matière de décentralisation	13
GRAPHIQUE 2 : Niveaux de considération individuelle des populations de leur rôle dans les politiques publiques de santé	14
GRAPHIQUE 3 : Taux de participation des populations aux actions sanitaires des communes	17
GRAPHIQUE 4 : Connaissance par la population des actions communales concernant l'amélioration de leurs conditions sanitaires	18
GRAPHIQUE 5 : Niveaux de sollicitation par les communes pour prendre part à une de leurs politiques publiques	19
GRAPHIQUE 6 : Niveau d'incitations par l'administration communale à l'élaboration des politiques publiques de santé	20
GRAPHIQUE 7 : Niveaux de sollicitation des acteurs non communaux pour l'élaboration des politiques de santé.	21
GRAPHIQUE 8 : Niveaux de sollicitation des acteurs non communaux pour la mise en œuvre des politiques publiques de santé	22
GRAPHIQUE 9 : Niveaux de participation des populations aux actions sanitaires des formations sanitaires	22
GRAPHIQUE 10 : Niveau d'incitation par l'administration sanitaire à l'élaboration d'une politique sanitaire	23
GRAPHIQUE 11 : Niveau de sollicitation des populations par un sondage.	24
GRAPHIQUE 12 : Etat de l'intérêt des populations pour les politiques publiques de santé.	24
GRAPHIQUE 13 : Etat de motivation des populations à s'engager dans la coproduction d'une politique de santé locale	25
GRAPHIQUE 14 : Les niveaux du potentiel d'adhésion des populations aux opérations de santé.	26
GRAPHIQUE 15 : Les niveaux d'intégration des populations comme acteurs margin-	

aux des politiques publiques sanitaires	27
GRAPHIQUE 17 : Fréquence d'information des populations	28
GRAPHIQUE 18 : Panorama des instruments d'accès à l'information mobilisables en fonction de leur niveau de sollicitation	29
GRAPHIQUE 19 : Niveaux d'accès facile à internet	30
GRAPHIQUE 20 : Taux de connectivité	30
GRAPHIQUE 21 : La fréquence de la connexion	31
GRAPHIQUE 22 : Taux de personnes disposant d'un téléphone androïde	32
GRAPHIQUE 23 : Types d'informations les plus prisées par les populations	32
GRAPHIQUE 24 : Niveaux de communication des communes sur leurs politiques publiques sanitaires	33
GRAPHIQUE 25 : Niveaux de communication des communes sur leurs politiques publiques de façon générale	34
GRAPHIQUE 26 : Canaux d'accès à l'information sanitaire les plus utilisés par les populations	34
GRAPHIQUE 27 : Niveaux de disponibilité de l'information sanitaire	35
GRAPHIQUE 28 : Niveaux de connaissances des activités sanitaires	36
GRAPHIQUE 29 : Niveaux d'information sur les campagnes de santé	36
GRAPHIQUE 30 : Fréquence d'information sur les campagnes de santé	37
GRAPHIQUE 31 : Niveaux d'efficacité des moyens de communication des structures sanitaires	38
GRAPHIQUE 32 : Niveau de connaissance de la décentralisation par les populations	40
GRAPHIQUE 33 : Niveaux de maîtrise de l'existence des budgets par les masses	43
GRAPHIQUE 34 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par les populations	44
GRAPHIQUE 35 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par les leaders communautaires et associatifs	45
GRAPHIQUE 36 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par le personnel de santé et le personnel connexe	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Périmètre de l'enquête	10
Tableau 2: Cibles de l'enquête	11
Tableau 3: Les cadres de dialogue dans les politiques publiques locales de santé	15
Tableau 4: Les cadres de dialogue dans les politiques publiques locales de santé	16
Tableau 5 : Budgets nationaux alloués à la santé de 2010 à 2020	41
Tableau 6 : Budgets primitifs des 4 communes d'étude de 2010-2020	42
Tableaux 7 : Compétences dont l'exercice connaît un début d'effectivité	46

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BIP	Budget D'Investissement Public
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comté de Gestion du District
COGEH	Comité de Gestion de L'Hôpital
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé du District
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
CSI	Centre de Santé Intégré
CSIU	Centre de Santé Intégré Urbain
ECD	Equipe Cadre Du District
MINDEVEL	Ministère de la Décentralisation et du Développement Local
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Energie
MINSANTE	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile

GLOSSAIRE ET NOTIONS

Décentralisation : *Politique de transfert de certaines compétences et ressources de l'Etat vers des Collectivités Territoriales ou des Institutions Publiques afin qu'elles en disposent de façon autonome.*

Décentralisation Sanitaire : *Politique de transfert de certaines compétences et ressources de l'Etat en matière de santé vers des Collectivités Territoriales afin qu'elles en disposent de façon autonome.*

Politiques Publiques : *Ensemble d'options arrêtées et mises en œuvre par l'Etat ou un de ses démembrements en vue de résoudre un problème public.*

Politiques publiques de santé : *Ensemble d'options arrêtées et mises en œuvre par l'Etat ou un de ses démembrements en vue de résoudre un problème de santé publique.*

Participation citoyenne : *Processus d'engagement obligatoire ou volontaire de personnes ordinaires, agissant seules ou au sein d'une organisation, en vue d'influer sur une décision portant sur des choix ou des actions de l'Etat. Ensemble des démarches qui permettent d'associer les citoyens à l'action public.*

Taux de connectivité : *Capacité à établir une connexion à un réseau.*

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Depuis 1996, le modèle étatique camerounais repose sur la décentralisation. Un choix retenu pour autonomiser les territoires dans leurs déclinaisons communale et régionale, en leur transférant certaines compétences et ressources jadis caporalisées par l'Etat central. Une autonomie dont l'un des objectifs majeurs est de favoriser l'investissement plus accru des populations dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques suivant la double mécanique de la countability et l'accountability des gestionnaires locaux.

Seulement sur le terrain, cette participation citoyenne revendiquée par la décentralisation n'est pas entièrement effective comme l'atteste fort pertinemment la présente étude réalisée dans les communes de Makénéné, Eséka, Loum et Njombe-Penja, avec comme secteur d'expérimentation, les initiatives locales de santé.

En effet, les données recueillies sur le terrain laissent observer une marginalisation et une auto marginalisation des populations dans les politiques publiques malgré le droit que leur accorde le dispositif juridique en la matière. D'ailleurs, seules 16% de

la population touchée ont connaissance de l'existence de cet encadrement juridique. Une méconnaissance qui influe significativement sur l'implication des masses dans la santé publique locale. On note ainsi des taux de participation très faibles : 20% pour les actions sanitaires des formations de santé et 16% pour celles initiées par les communes. Pourtant, il existe des cadres de participations institués tels que les COSA, les COGE, les COSADI, les COGEDI et les COGEH.

Cette situation découle en grande partie, certes de la marginalisation de la santé par les collectivités comme le démontre la quasi absence des chapitres spécifiques dans leurs budgets respectifs, mais aussi par le déficit des politiques d'incitation, 1% pour les communes et 9% pour les formations sanitaires, qui n'est pas à relativiser. Or, beaucoup sont disposés à s'investir dans les politiques publiques de santé locale comme en témoigne le niveau de motivation, 82%, qui porte à 89% le potentiel d'adhésion des populations à ces politiques.

Les structures de mobilisation qui devraient être sollicitées pour booster la participation, au rang desquelles le dispositif informationnel, sont soit défaillantes soit sous exploitées. Pourtant, l'information constitue à

plusieurs égards le premier levier de mobilisation des populations. Elle concourt non seulement à la structuration d'une culture de la participation, mais situe aussi les masses sur les offres de participation. Malheureusement, seul 16% de la population est souvent informée des opportunités de participation aux politiques publiques de santé.

Au regard de toutes ces limites, il devient impératif pour l'Etat de procéder à la décentralisation effective afin que les communes disposent enfin des compétences et des ressources conséquentes pour accroître les initiatives de santé locale qui permettront de rapprocher les populations des politiques publiques

de santé en vue de leur participation optimale aux dites politiques.

Des efforts qui, ne sauraient, cependant, être perceptibles sans une bonne élaboration et une mise en œuvre des cadres de participation par les communes et les formations sanitaires, de même qu'une bonne éducation des masses à la coproduction des politiques publiques. Des défis dont la domestication nécessite la sollicitation des leaders communautaires et des organisations de la société civile, ainsi qu'une meilleure rentabilisation des systèmes de communication numérique dont l'indispensabilité n'est plus à démontrer aujourd'hui en matière de mobilisation des masses.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Cameroun, les collectivités locales décentralisées sont régies par la loi 2019/024 portant code général des collectivités territoriales décentralisées du 24 décembre 2019. Cette loi vient révolutionner les pratiques institutionnelles des 360 communes et 14 communautés urbaines que compte l'ensemble du pays, dont la plupart s'est doté de nouveaux exécutifs qui sont en fonction depuis février 2020. Mais avant, dans le cadre du transfert des compétences et des ressources de première et deuxième génération, la santé occupe une place de choix. En témoigne avec la prééminence des exécutifs communaux sur les hôpitaux de district dont ils sont les présidents du comité de gestion.

L'étude envisage de faire un état des lieux de la prise en compte des aspirations des citoyens dans la conception des politiques publiques en matière de santé au niveau local. Et notamment faire comprendre si la mise en œuvre de ces politiques répond aux besoins des citoyens à l'aune de la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des collectivités territoriales décentralisées. Le volet accès à l'information s'emploiera à constater et analyser les outils locaux de promotion de santé et d'accès des citoyens aux soins de qualité. En allant sur la base de ce que la Santé est parmi les 5 plus gros budgets de l'Etat du

Cameroun depuis au moins 10 ans. A cet effet, trois mois ont été consacrés pour la conduite de cette étude jusqu'à sa présente publication. Outil de plaidoyer et d'aide à la décision, le rapport d'étude fera l'objet quant à lui, d'une présentation aux conseillers municipaux de ces 4 communaux et autres élus locaux ainsi qu'aux administrations. Un autre plaidoyer se fera au niveau national notamment à l'intention des parlementaires camerounais, l'OMS, le Fond mondial, le Ministre de la Santé, le Minddevel, des OSC spécialisées sur les questions de santé etc. Une conférence de presse de présentation à l'opinion nationale et internationale sanctionnera les activités de cette séquence du projet.

OBJECTIFS

A. Objectif général

Évaluer la place que la santé occupe dans la conception des politiques publiques en matière de participation citoyenne et d'accès à l'information au niveau local.

B. Objectifs spécifiques

- Évaluer la participation des populations à la prise de décisions en matière de santé ;
- Évaluer les dispositifs présents pour l'intégration des citoyens au processus de décision en matière de santé ;
- Vérifier le niveau de l'accès à l'information sanitaire des populations locales ;
- Formuler des recommandations.

Résultats attendus

- Les insuffisances de la prise en compte de la participation des citoyens à la conception des politiques publiques au niveau local ;
- Une photographie comparative du cadre de dialogue entre les administrations locales et les citoyens au niveau local ;
- Le dispositif informationnel et communicationnel d'accès aux soins de santé au niveau local ;
- Les bonnes pratiques constatées ;
- Les recommandations en vue d'améliorer les manquements constatés.

MÉTHODOLOGIE

A. Les grandes étapes de l'étude :

- L'appropriation des différents objectifs de la consultation ;
 - La collecte des données sur le terrain. Pour optimiser la qualité du résultat de cette étude, l'équipe de consultation s'est partagé les quatre communes qui constituent le périmètre de l'étude à savoir : les communes de Makénéné, Eséka, Loum et Njombés-Penja ;
 - Le dépouillement et l'analyse des données puis la rédaction du rapport.
- Le périmètre de l'enquête a correspondu à la carte de santé des 4 localités choisies :

Tableau 1 : **Périmètre de l'enquête**

Localités	Régions	Départements	Superficie	Population	Districts de santé	CMA	CSI
Makénéné	Centre	Mbam et Inoubou	885 Km²	16.564	/	Centre Médical d'Arrondissement	-CSI de Nyokon -CSI de Kindjing Ndjabi
Njombe-Penja	Littoral	Moungo	260 Km²	31.792	/	Centre Médical d'Arrondissement	-CSI de Njombe -CSI de Pendja -CSI de Bouba
Eséka	Centre	Nyon-et-Kellé	965 Km²	44.825	Hôpital de district d'Eséka	CSIU (urbain) d'Eséka	-CSI de Manguegues -CSI de Nguibassal -CSI de BOGSO
Loum	Littoral	Moungo	430 Km²	37.707	Hôpital de district de Loum		-CSI de Manengwassa -CSI de Loum -CSI de Bonabélé -CSI de Babong

Sources : Les comptes administratifs 2020 des différentes communes et l'enquête de la présente étude.

1. Les données recherchées au cours des enquêtes de terrain

- Le degré de transfert des compétences et des ressources au niveau local en matière de santé depuis 2010, date effective d'entrée en vigueur de la décentralisation au Cameroun ;
- Le degré d'intégration et d'implication des populations locales dans la définition, l'élaboration et le suivi des politiques publiques de santé au niveau local ;
- L'encadrement normatif de l'intégration et de l'implication des populations locales dans les politiques publiques de santé au niveau local ;
- Les mécanismes institutionnels mis en place au niveau local pour informer les citoyens des offres de santé, des campagnes ;
- Les budgets dédiés à la santé au niveau national (budget de l'Etat) et au niveau local dans les 4 communes, sites de l'étude sur les 10 dernières années.

2. Les cibles de l'enquête

Les investigations de terrain ont été l'occasion de se rapprocher des populations afin de cerner les contours de ce problème. Ont été atteints par l'étude de terrain :

Cibles / Localités	Loum	Njombé-Penja	Makénéné	Eséka	TT
Responsables communaux	06	03	04	01	14
Populations locales	400	400	400	400	1200
Responsables des services déconcentrés du ministère de la santé	03	04	04	03	14
Responsables des structures de dialogue	05	03	02	3	13
Chefs religieux	03	2	02	03	10
Chefs traditionnels locaux	03	03	03	03	12
Spécialistes de la décentralisation	01	01	01	1	03
Responsables des organisations de la société civile spécialisée sur la santé	01	/	01	01	03
Elus locaux	06	04	04	6	03
Agents de Santé Communautaire	3	7	2	5	17
Hommes de médias locaux	01	01	/		02
Spécialistes de la santé communautaire	01	04	/	02	07
Spécialistes de la décentralisation	01	01	/	01	03
Autres	3 cadres du Minddevel 2 cadres régionaux du ministère de la santé 1 spécialiste de l'économie de la santé				06
	TOTAL				1307

Source : Enquête de la présente étude

3. Techniques de récolte des données :

- L'étude documentaire ;
- L'observation ;
- Les entrevues ;
- Les enquêtes par questionnaire.

CHAPITRE I

PHOTOGRAPHIE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE AU NIVEAU LOCAL

I. L'encadrement normatif de l'implication des populations dans les politiques publiques de santé au niveau local

L'encadrement normatif renvoie ici à l'ensemble du dispositif juridique, administratif et pratique commis en vue d'assurer une bonne intégration et implication des populations dans les politiques publiques de santé locale, aussi bien dans leur élaboration que dans leur mise en œuvre.

Cadragre normatif de la participation des populations dans les politiques publiques locales a l'aune de la décentralisation sanitaire

- La loi N°96/03 du 04 janvier 1966 portant loi cadre dans le domaine de la santé ;
- Le décret N°93/229/PM du 15 mars 1993 fixant les modalités de gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement ;
- Arrêté N°0001/AMSP/CA du 16 novembre 1994 précisant les attributions des comités de gestion des formations sanitaires publiques ;
- Le décret N°95/040 du 07 février 1995 portant organisation des services de la santé de base en districts de santé ;
- Arrêté N°003/CAB/MSP DU 21 SEPTEMBRE 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé ;
- La Loi n° 2004/017 du 22 Juillet 2004 portant Orientation de la Décentralisation ;
- La Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux Communes ;
- Circulaire no 001/CAB/PM du 11 janvier 2008 portant Prise en compte de la décentralisation dans les stratégies sectorielles ;
- Arrêté N°00136/A/MINATD/DCTD DU 24 AOUT 2009 rendant exécutoires les tableaux-types des emplois communaux ;
- Décret n°2010/0246/PM du 26 Février 2010 fixant les modalités

d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de Santé publique ;

- L'Arrêté n°2010/0000298/A/MINEE du 01 septembre 2010 portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux Communes en matière alimentation en eau potable dans les zones non couvertes par le réseau public de distribution de l'eau concédé par l'Etat ;
- L'Arrêté n°0821/A/MINSANTE du 01 avril 2011 portant cahier des charges précisant les conditions et les modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux Communes en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des Centres de Santé Intégrés et des Centres Médicaux d'Arrondissements ;
- L'Arrêté n°2010/3702/A/MINSANTE/CAB du 09 septembre 2011 portant cahier des charges précisant les conditions et les modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux Communes en matière de Santé publique ;
- Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 ;
- Décret n°2018/190 du 2 mars 2018, modifiant et complétant certaines dispositions du décret n° 2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement ;
- La loi n° 2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des collectivités territoriales décentralisées ;
- Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SBD30) pour la transformation structurelle et le développement inclusif.

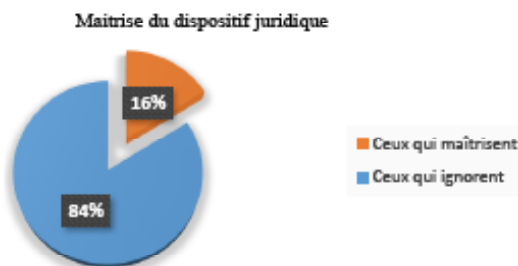
Ce cadre normatif est à insérer dans les diverses compétences lâchées par l'Etat au profit des communes. Selon l'article 160 de la Loi N°2019/024 Du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées les compétences spécifiques suivantes ont été transférées aux communes en matière de santé.

- La création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à l'intérêt communal, conformément à la carte sanitaire ;
- Le recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement ;
- L'assistance aux formations sanitaires et établissements sociaux ;
- Le contrôle sanitaire dans les établissements de fabrication, de conditionnement, de stockage, ou de distribution de produits alimentaires, ainsi que des installations de traitement des déchets solides et liquides produits par des particuliers ou des entreprises.

Seulement, les populations dans leur immense majorité ignorent l'existence même dudit dispositif.

GRAPHIQUE 1 : Niveaux de maîtrise de l'existence du dispositif juridique en matière de décentralisation

Répartition dans la Population totale :



Répartition par commune :



La situation exprimée par le présent graphique est consécutive à plusieurs facteurs au rang desquels :

- Le déficit d'éducation scolaire de plusieurs populations ;
- La non vulgarisation des modèles de fonctionnement de l'Etat et les dynamiques juridiques et administratives qui les encadrent ;
- La non priorisation de la gestion de l'Etat par les populations très préoccupées par leurs travaux quotidiens ;
- L'absence de cadres de consultation populaire au niveau local ;
- La distance très remarquée des conseillers municipaux de leurs bases ;
- L'absence de culture politique qui entraîne la désaffection des actions de l'Etat.

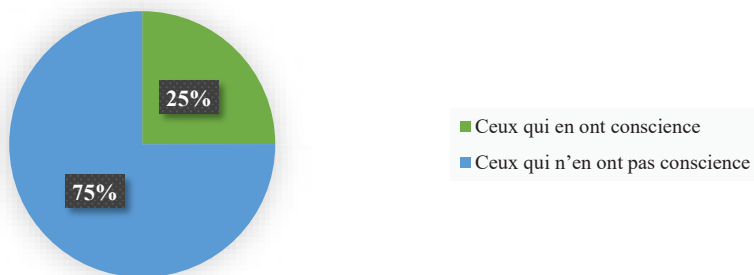
Cette méconnaissance de l'encadrement juridique de la décentralisation explique la méconnaissance par les populations des différentes compétences allouées aux communes en matière de santé. En même temps, elle conditionne significativement la relation que ces dernières, dans leurs singularités, entretiennent

avec leur place dans les politiques publiques de santé dans leurs localités respectives.

**GRAPHIQUE 2 : Niveaux de considération individuelle des populations
de leur rôle dans les politiques publiques de santé**

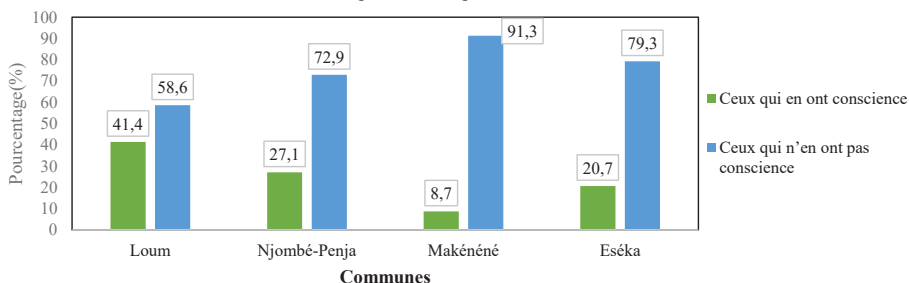
Répartition dans la population totale :

CONSIDÉRATION INDIVIDUELLE DES POPULATIONS DE LEUR RÔLE DANS
LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ



Répartition par commune :

CONSIDÉRATION INDIVIDUELLE DES POPULATIONS DE LEURS RÔLES DANS LES
POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ



La faible conscience des populations de leur responsabilité dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques, à l'œuvre, entraîne automatiquement leur absence très prononcée dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des différentes politiques sanitaires : Entre marginalisation et auto marginalisation comme en témoigne la photographie comparative du cadre de dialogue entre les administrations de la chaîne des politiques publiques de santé et les citoyens au niveau local.

II. Photographie comparative du cadre de dialogue entre les administrations locales et les citoyens au niveau local

Les politiques publiques de santé locale offrent à l'observation générale deux niveaux d'établissement des cadres de coproduction de l'action. La première relève des collectivités territoriales décentralisées tandis que le deuxième réside dans l'investissement communautaire par l'entremise des structures locales de santé publique.

Tableau 3: Les cadres de dialogue dans les politiques publiques locales de santé

	Le comité de santé (COSA)	Le comité de gestion (COGE)	Le comité de santé du district (COSADI)	Le comité de gestion du district (COGEDI)	Le comité de gestion de l'hôpital (COGEH)
NIVEAU	L'AIRE DE SANTE		LE DISTRICT DE SANTE		
Composition	Il est constitué d'un bureau et d'une assemblée générale constituée de : -Le responsable de l'Aire -Un infirmier ou aide-soignant de l'équipe de santé de l'Aire -Le président du comité de gestion du centre de l'Aire -Deux représentants des associations et organisations non gouvernementales -Un représentant par œuvre médicale à but non lucratif -Un représentant du secteur privé à but lucratif -Deux représentants élus de chaque village de l'aire -Les représentants d'autres administrations impliquées	Le comité de gestion dénommé COGE est un sous-comité du COSA. Les membres du COGE sont élus par le COSA	Le COSADI est composé : -Des représentants des aires de santé à raison de deux représentants par aire de santé. -Le président du COGE qui est membre d'office du COSADI accompagné par un autre membre élu dans le COSA.	Le COGEDI : -Le chef service santé du district -Le médecin chef de l'hôpital de district -Le chef BAAF et des membres actifs que sont : - Les présidents des COGE sont membres d'office du COGEDI. - Pour les aires de santé qui n'ont pas de formations sanitaires, une élection est organisée pour élire un représentant de chaque aire concernée au COGEDI parmi leurs deux membres du COSADI.	Le COGEH comprend : - Le chef service santé du district - Le médecin chef de l'hôpital du district -le percepteur -le Maire -un représentant du personnel paramédical élu par ses pairs - Le surveillant général et 4 membres actifs qui sont élus en son sein pour représenter la communauté au comité de gestion de l'hôpital.
Missions	- Aider l'équipe de santé à identifier les principaux problèmes de santé - Participer à l'élaboration d'un plan d'action sanitaire- aider à réaliser les activités préventives ou promotionnelles - Sensibiliser la communauté pour une meilleure participation aux activités - Mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires - Participer au suivi et à l'évaluation des activités	Le COGE a pour rôle de : - Gérer toutes les ressources financières et matérielles du centre de santé - Contrôler la pharmacie communautaire - Elaborer et présenter le budget de l'exercice prochain à l'assemblée générale	- Approuver le plan d'action du district - Elire les membres du COGEDI - Elire le représentant du district à l'assemblée générale du fonds spécial - Adopter le budget - Statuer sur les conflits non réglés par le COGEDI	- Elaborer le plan d'action concerté du district - Elaborer le budget consolidé du district - Gérer en collaboration avec l'équipe cadre du district (ECD) toutes les ressources du service de santé du district - Identifier les domaines d'intervention prioritaire de santé dans le district - Mobiliser les ressources nécessaires. - Résoudre les conflits existants - Participer à la supervision des activités du district - Suivre et évaluer les activités du district. Le COGEDI rend compte au COSADI	- Elaborer le plan d'action de l'hôpital - élaborer le budget de l'hôpital - budgétiser les recettes affectées - Contrôler la pharmacie communautaire - Contrôler la caisse communautaire - Elaborer le plan de trésorerie de l'hôpital - Recruter et rémunérer le personnel communautaire de l'hôpital - Gérer toutes les ressources de l'hôpital - Evaluer les activités de l'hôpital.

Source : Manuel des formateurs des mutuelles de santé au Cameroun. Texte d'appui n°4 : les différentes structures de dialogue et leur rôle.

Tableau 4: Les cadres de dialogue dans les politiques publiques locales de santé

Cadres	Loum	Njombe-Penja	Makénéné	Eséka
Au niveau des communes	Inexistant	Inexistant	Inexistant	Inexistant
Au niveau des unités de santé locale	01 COSADI 05 COSA	01 COSADI 03 COSA	01 COSADI 03 COSA	01 COSADI 03 COSA

Au regard du tableau ci-dessus, il revient que les communes ne disposent pas du tout des cadres d'échanges avec les populations lors de l'élaboration et la mise en œuvre de leurs activités sanitaires. Une réalité qui se justifie par la place quasi invisible de la santé dans les politiques publiques des communes pourtant l'Arrêté n°00136 du 24 AOUT 2009 rendant exécutoires les tableaux-types des emplois communaux prévoit, dans l'organigramme des communes, les Unité santé et action sociale.

Par contre, au niveau des formations sanitaires le cadre de participation aux processus décisionnels et à la mise en œuvre des politiques publiques est plus fourni, même si, sur le terrain, ces structures ne sont pas pleinement opérationnelles. Plusieurs problèmes limitent leur déploiement :

- L'enclavement ;
- L'absence de budget de fonctionnement ;
- L'absence de matériel de travail (téléphones androïdes, le matériel de collecte des données, l'équipement de travail...) ;
- L'absence des moyens de locomotions ;
- Les tracasseries administratives ;
- Les contraintes de temps dues aux intempéries ;
- La taille de l'aire non proportionnelle aux nombres d'agents du fait des effectifs très réduits ;
- L'indisponibilité liée aux multiples tâches de survie des bénévoles.

Néanmoins, parmi ces différents espaces formels d'échanges entre les insiders et les outsiders des politiques de santé, on relève la portée beaucoup plus pratique des COSA. Une prédominance qui s'explique par leur niveau inférieur sur l'échelle des structures de dialogue. Ils sont par conséquent plus proches des populations.

Mais grosso modo, que ce soit à Makénéné, Loum, Eséka ou Njombe-Penja, les structures de dialogue jouent un double rôle de participation et d'intégration. D'une part elles sont des cadres d'implication des populations locales à travers leurs représentants dans les structures de dialogue et d'intervention sanitaire, dans la perspective de la coproduction de la décision sanitaire et de sa mise en œuvre. D'autre part, elles constituent des structures incitatives des populations dans les politiques publiques de santé.

Ces différentes structures de dialogue sont aidées par les agents de santé communautaire qui sont de véritables courroies du processus décisionnel et de mise en œuvre des politiques publiques de santé. Ils constituent des interfaces entre les populations et les acteurs étatiques de santé publique. Ces relais communautaires ont la charge de remonter l'information sanitaire auprès des structures de santé en vue d'une meilleure élaboration de l'action. La même démarche est utilisée dans le convoi de l'information sanitaire des structures de santé vers les populations. Parfois, ils vont au-delà du simple travail de porteurs d'informations pour se positionner comme des porteurs des services de santé auprès de leurs communautés à travers leurs interventions sanitaires de base.

III. Niveaux d'intégration et d'implication des populations

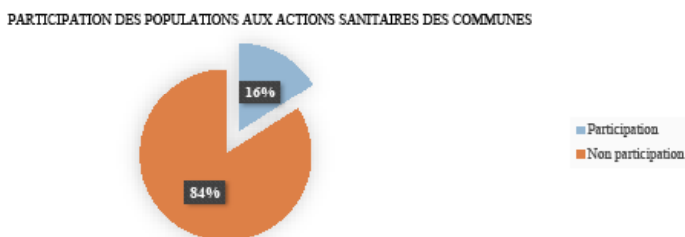
locales dans les politiques publiques de santé au niveau local

Malgré l'existence de ces cadres et acteurs de dialogue, les participations des populations à l'élaboration et l'implémentation de l'action publique sanitaire restent tout de même, globalement, minimales dans les quatre communes.

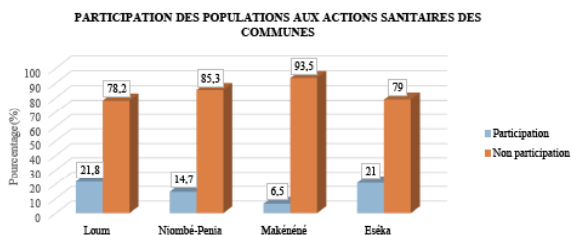
Dans le cadre des actions sanitaires organisées par les communes.

A ce niveau, la situation semble plus difficile et ce, à cause du déficit de la gouvernance locale qui est basée sur la gestion démocratique et transparente de la chose publique. Comme on peut le voir dans les graphiques suivants, les taux de participation et d'incitation à la participation sont très bas.

GRAPHIQUE 3 : Taux de participation des populations aux actions sanitaires des communes
Répartition dans la population générale :

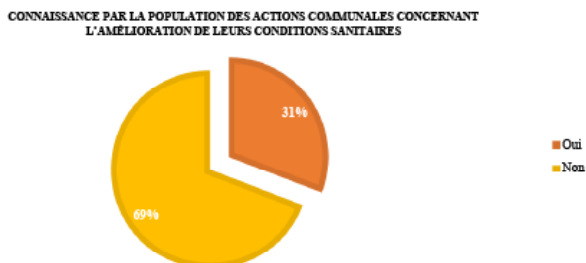


Répartition par commune



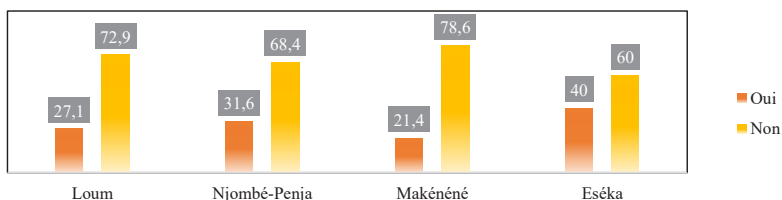
Ces faibles chiffres tirent également leur cause de la méconnaissance même, par les masses, de l'existence des politiques sanitaires des communes.

GRAPHIQUE 4 : Connaissance par la population des actions communales concernant l'amélioration de leurs conditions sanitaires



Répartition dans la population totale :**Répartition par commune :**

CONNAISSANCE PAR LA POPULATION DES ACTIONS COMMUNALES CONCERNANT
L'AMÉLIORATION DE LEURS CONDITIONS SANITAIRES



Les actions sanitaires sur lesquelles sont fondées cette mesure sont beaucoup plus des actions « sanitaires-apparentes », des actions « quasis sanitaires », c'est-à-dire des actions qui ne se rapportent pas directement à la santé telles que l'hygiène et la salubrité puisqu'en réalité, les communes, dans leurs lignes budgétaires, ne s'investissent pas encore suffisamment dans les activités sanitaires au sens strict du terme.

Cependant, les déficits de participations observés sont tout de même à diluer parce qu'on note quelques participations passives çà et là. La passivité se définissant ici en termes de simples adhésions des populations aux initiatives dans lesquelles elles n'ont que le statut de bénéficiaires sans réel apport et impact sur le processus de décision et de mise en œuvre.

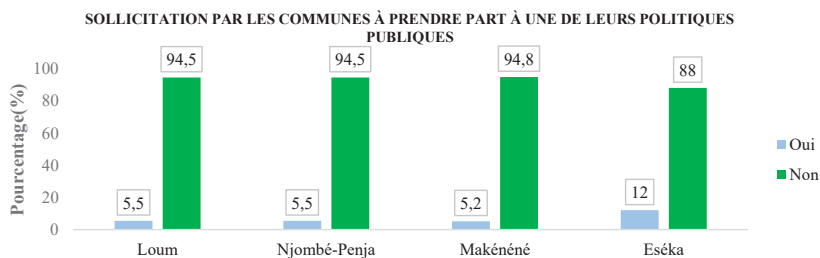
Ces déficits de participation et d'implication dans les initiatives sanitaires ne sont que la suite logique d'une situation globale observée dans presque toutes les politiques des communes telles que les initiatives économiques, culturelles ou environnementales.

GRAPHIQUE 5 : Niveaux de sollicitation par les communes pour prendre part à une de leurs politiques publiques

Répartition dans la population totale :

SOLLICITATION PAR LES COMMUNES POUR PRENDRE PART À UNE DE LEURS
POLITIQUES PUBLIQUES



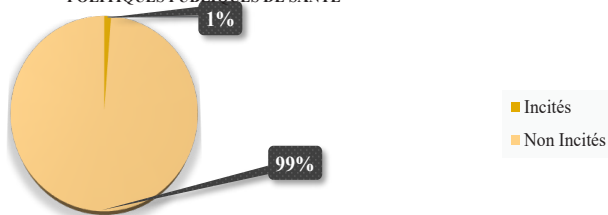


Les faiblesses sus représentées sont certes liées aux réticences observées dans les transferts de compétence et de ressources et aussi aux préjugés et crises de légitimité des exécutifs communaux, mais il reste à reconnaître que plusieurs communes brillent par une absence criarde de politiques d'incitation des masses en matière de santé. Aussi bien dans la participation comme le démontre le graphique précédent que dans le processus décisionnel exprimé ici en termes d'élaboration de l'action.

GRAPHIQUE 6 : Niveau d'incitations par l'administration communale à l'élaboration des politiques publiques de santé

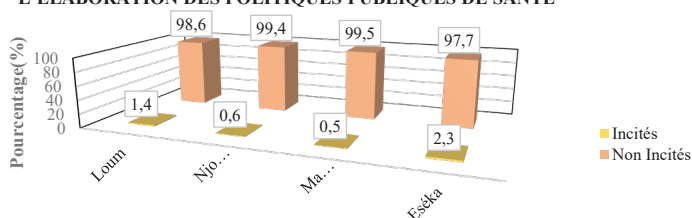
Répartition dans la population générale :

INCITATIONS PAR L'ADMINISTRATION COMMUNALE À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ



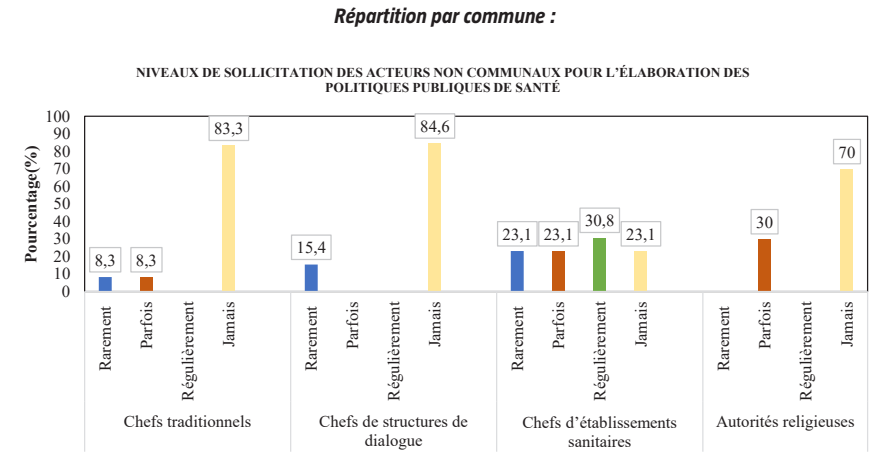
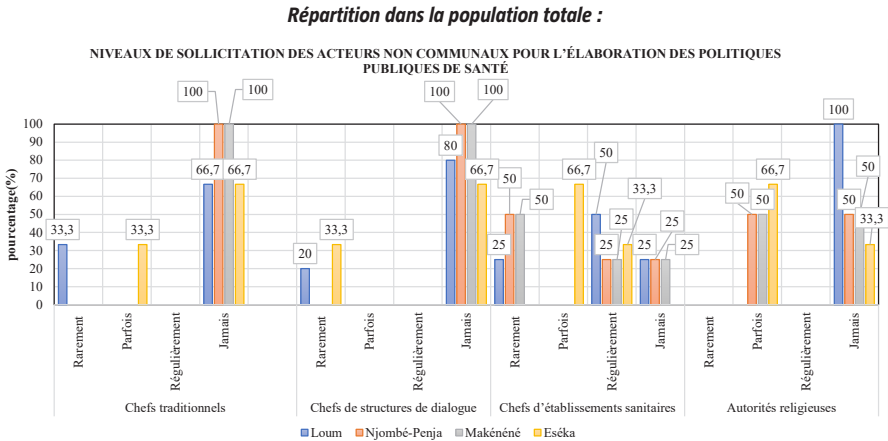
Répartition par commune :

INCITATIONS PAR L'ADMINISTRATION COMMUNALE À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ



La même observation s’affiche chez les autres acteurs potentiels de la chaine d’élaboration des politiques publiques sanitaires qui reconnaissent ces démarches solitaires des mairies dans l’élaboration des rares actions sanitaires ou para-sanitaires. En effet, parmi les acteurs non communaux interrogés, peu ont souvent été conviés par leurs communes à des réflexions sur la santé.

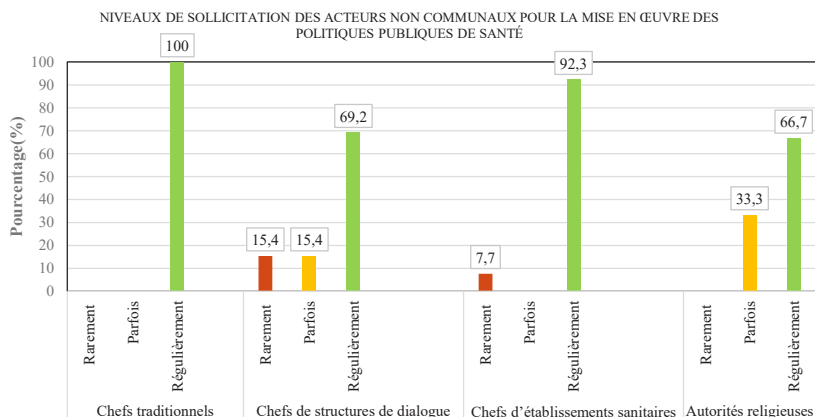
GRAPHIQUE 7 : Niveaux de sollicitation des acteurs non communaux pour l’élaboration des politiques de santé.



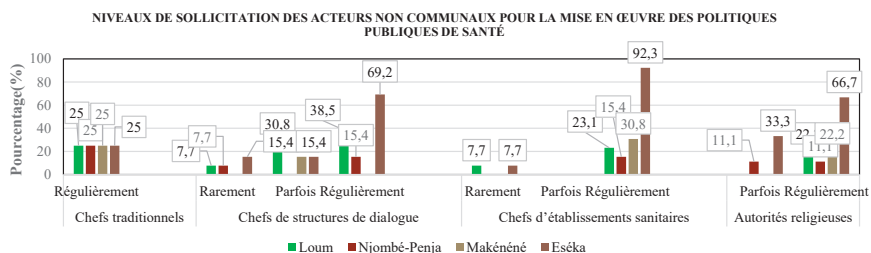
Mais contrairement au cas d’élaboration, les niveaux de sollicitation des acteurs non communaux pour la mise en œuvre des politiques publiques de santé sont louables.

GRAPHIQUE 8 : Niveaux de sollicitation des acteurs non communaux pour la mise en œuvre des politiques publiques de santé

Répartition dans la population totale :



Répartition par commune :

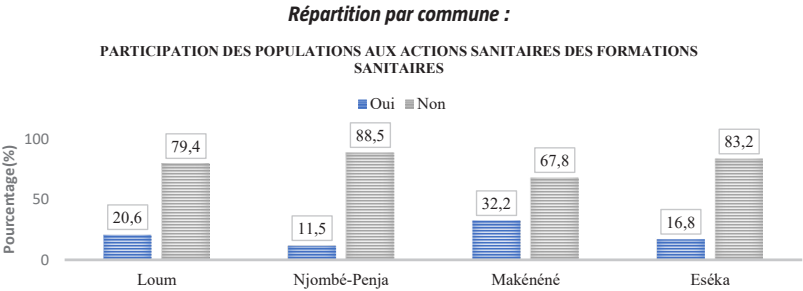


Dans le cadre des actions sanitaires organisées par les formations sanitaires. Il est à noter que, bien que nettement mieux que dans les politiques publiques sanitaires pensées et conduites par les communes, les taux de participation des populations aux actions sanitaires organisées par les administrations sanitaires restent aussi peu reluisants.

GRAPHIQUE 9 : Niveaux de participation des populations aux actions sanitaires des formations sanitaires

Répartition dans la population totale :



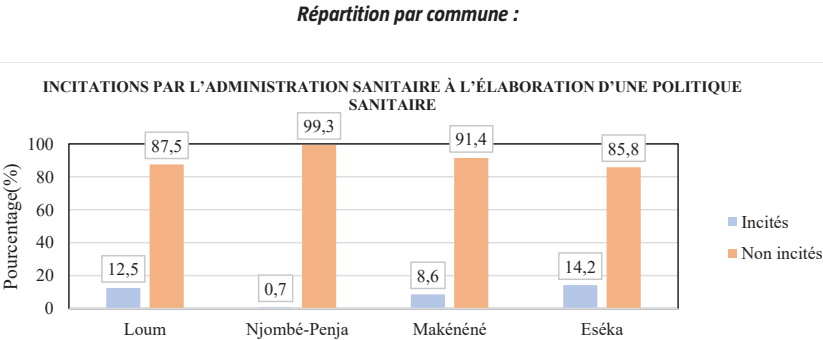


Tout comme dans le cas des communes, les faibles taux de participation sont consécutifs aux niveaux d'incitations des populations peu relevés.

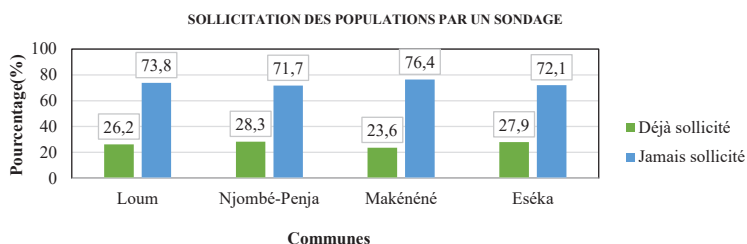
GRAPHIQUE 10 : Niveau d'incitation par l'administrationsanitaire à l'élaboration d'une politique sanitaire

Répartition dans la population totale :

INCITATIONS PAR L'ADMINISTRATION SANITAIRE À L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE SANITAIRE

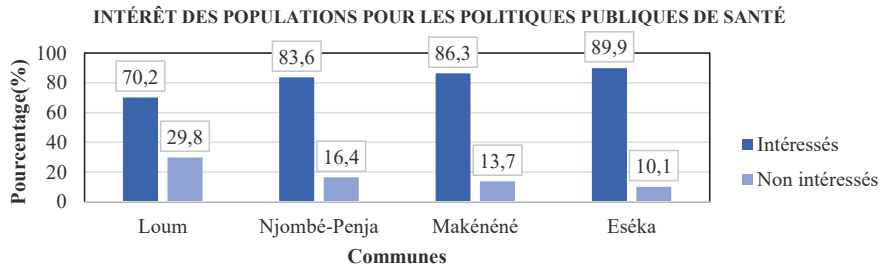


Même les instruments d'implication des populations à l'élaboration des options politiques comme le sondage qui mesurent et recueillent les avis des populations restent sous exploités.

GRAPHIQUE 11 : Niveau de sollicitation des populations par un sondage.*Répartition dans la population totale :***SOLLICITATION DES POPULATIONS PAR UN SONDAGE***Répartition par commune :*

Pourtant, plusieurs personnes interrogées continuent de marquer un intérêt considérable pour les activités sanitaires au niveau local.

GRAPHIQUE 12 : Etat de l'intérêt des populations pour les politiques publiques de santé.*Répartition dans la population totale :***INTÉRÊT DES POPULATIONS POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ***Répartition par commune :*



Beaucoup sont d'ailleurs disposées à s'investir dans les politiques publiques de santé locale

**GRAPHIQUE 13 : Etat de motivation des populations
à s'engager dans la coproduction d'une politique de santé locale**

Répartition dans la population totale :

MOTIVATION DES POPULATIONS À S'ENGAGER DANS LA COPRODUCTION D'UNE
POLITIQUE DE SANTÉ LOCALE



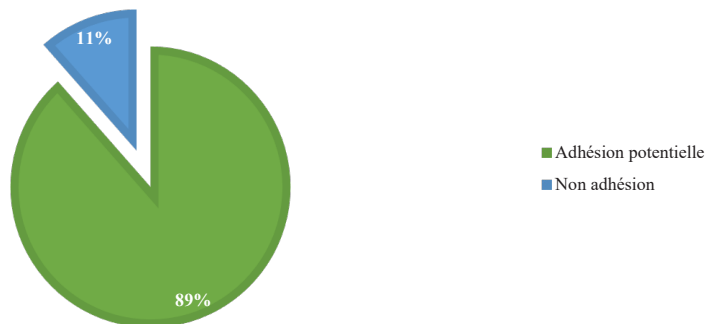
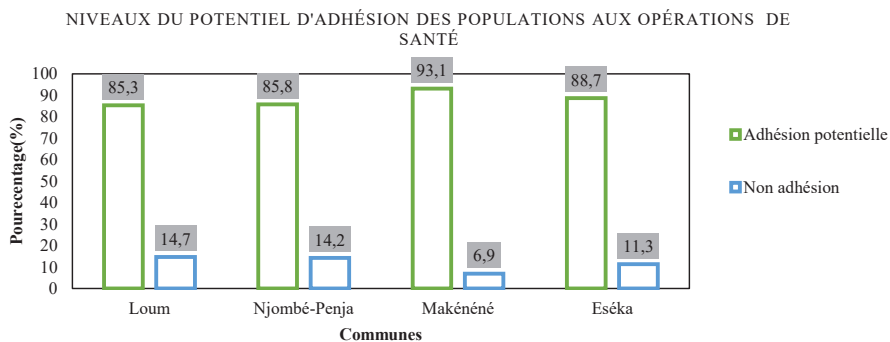
Répartition par commune :

L'une des illustrations concrètes de cet intérêt étant l'indisponibilité de plusieurs à s'impliquer dans les activités locales de santé.

**GRAPHIQUE 14 : Les niveaux du potentiel d'adhésion
des populations aux opérations de santé.**

Répartition dans la population totale :

NIVEAUX DU POTENTIEL D'ADHÉSION DES POPULATIONS AUX OPÉRATIONS DE SANTÉ

**Répartition par commune :**

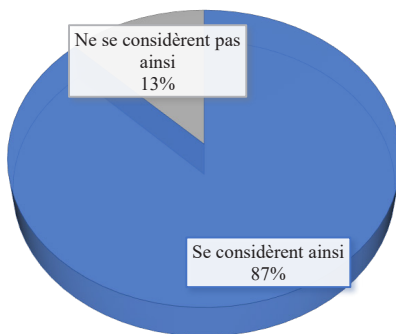
Il faut noter malheureusement que le potentiel d'adhésion reste sous exploité comme le montre les taux de participation aux activités sanitaires (GRAPHIQUE 10).

Du coup, beaucoup finissent par se résigner, concluant qu'ils sont des acteurs marginaux des politiques publiques de santé.

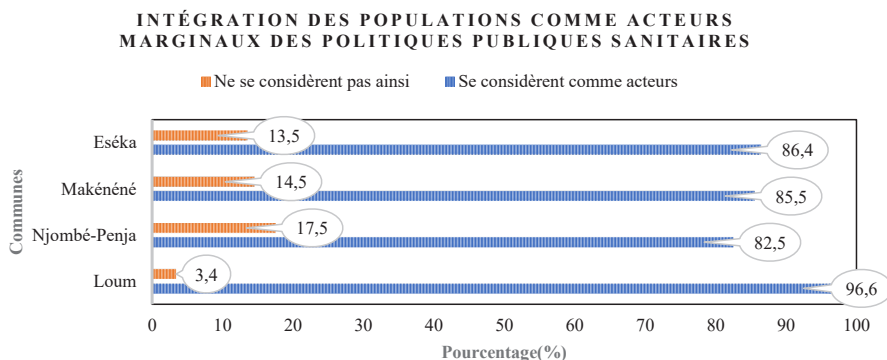
GRAPHIQUE 15 : Les niveaux d'intégration des populations comme acteurs marginaux des politiques publiques sanitaires

Répartition dans la population totale :

INTÉGRATION DES POPULATIONS COMME ACTEURS MARGINAUX DES POLITIQUES PUBLIQUES SANITAIRES



Répartition par commune :



En outre, sous réserve des premiers éléments de désaffection, de marginalisation des populations et des autres acteurs périphériques de la chaîne des politiques publiques de santé au niveau local déjà évoqués, s'ajoute : le manque de volonté des concepteurs des politiques publiques, le déficit de ressources d'incitation et de mobilisation, le déficit de culture de participation citoyenne et auto marginalisation délibérée, il revient aussi que ces insuffisances sont liées aux limites des dispositifs et des régimes informationnels et communicationnels dans les communes.

CHAPITRE II

LES DISPOSITIFS INFORMATIONNELS ET COMMUNICATIONNELS D'ACCES AUX POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE AU NIVEAU LOCAL

Les quatre communes objets de l'enquête disposent toutes d'une population globalement intéressée par l'information.

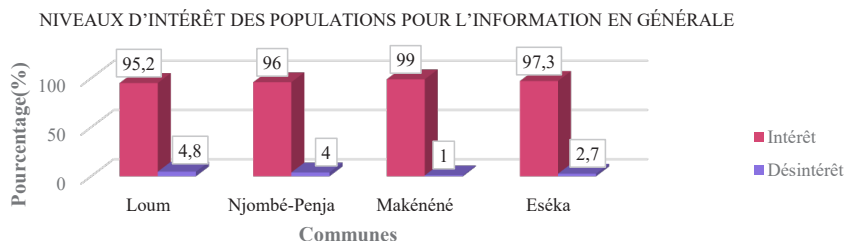
GRAPHIQUE 16 : Niveaux d'intérêt des populations pour l'information en générale

Répartition dans la population totale :

NIVEAUX D'INTÉRÊT DES POPULATIONS POUR L'INFORMATION EN GÉNÉRALE



Répartition par commune :



La régularité de suivi des informations par les populations est également soutenable.

GRAPHIQUE 17 : Fréquence d'information des populations

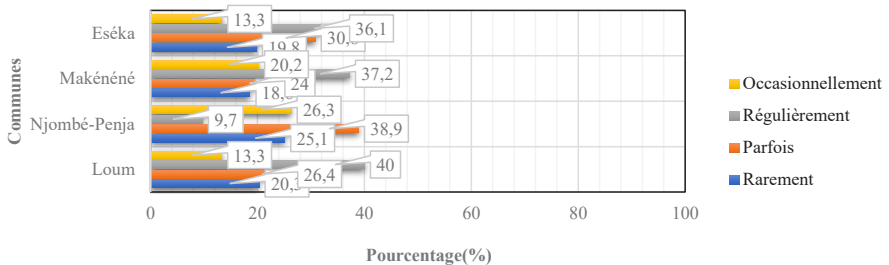
Répartition dans la population totale :

FRÉQUENCE D'INFORMATION DES POPULATIONS



Répartition par commune :

Fréquence d'information des populations

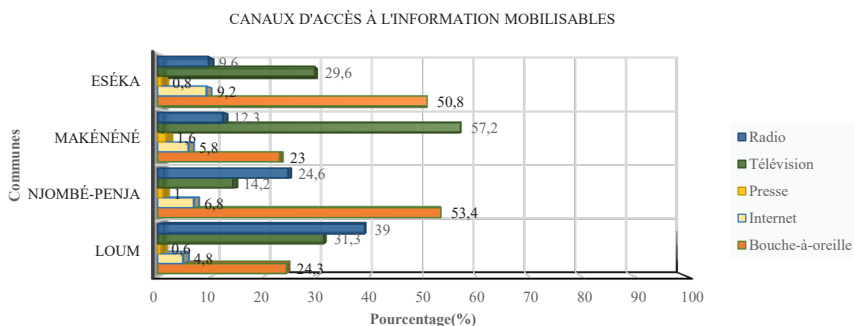


Seulement, les instruments et les canaux d'accès à l'information continuent de constituer un véritable obstacle à l'accès à l'information même si à cela il faut ajouter la disponibilité des populations à suivre les informations. Plusieurs personnes continuent de s'informer par exemple à partir du « Bouche-à-oreille ».

GRAPHIQUE 18 : Panorama des instruments d'accès à l'information mobilisables en fonction de leur niveau de sollicitation

Répartition dans la population totale :

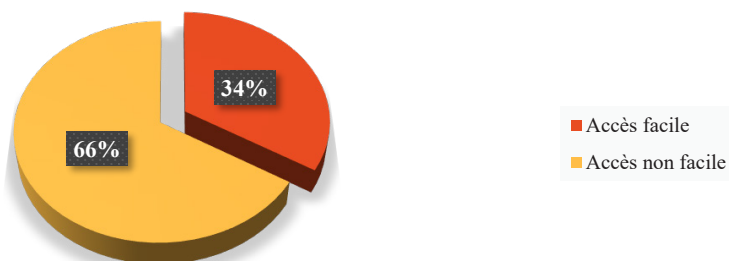
PANORAMA DES CANAUX D'ACCÈS À L'INFORMATION MOBILISABLES

**Répartition par commune :**

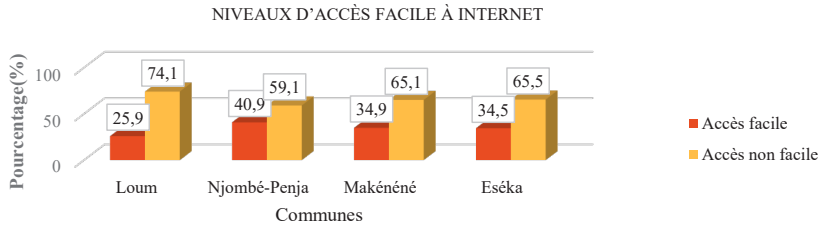
L'usage des nouvelles technologies de l'information qui devraient résoudre considérablement la question de l'accès à l'information n'est pas à la portée de plusieurs. Par exemple, l'usage des téléphones androïdes et l'outil internet pour une information de proximité et rapide est décadent car l'accès à internet reste encore difficile.

GRAPHIQUE 19 : Niveaux d'accès facile à internet**Répartition dans la population totale :**

NIVEAUX D'ACCÈS FACILE À INTERNET



Répartition par commune :



Le taux de connectivité reste donc bas.

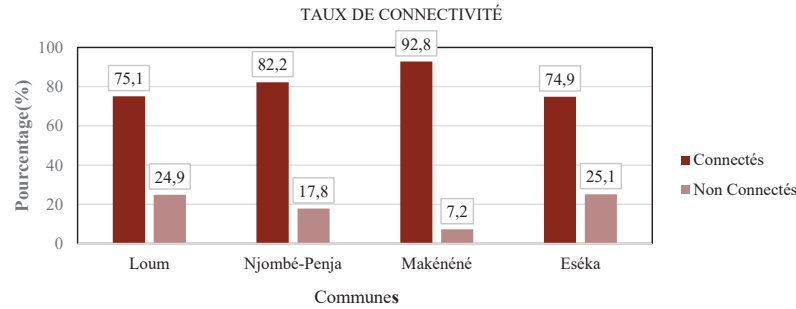
GRAPHIQUE 20 : Taux de connectivité

Répartition dans la population totale :

TAUX DE CONNECTIVITÉ



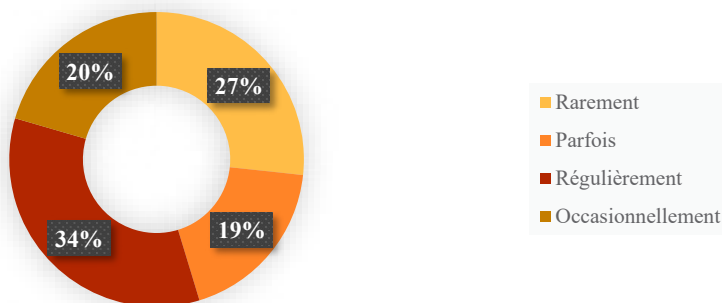
Répartition par commune :



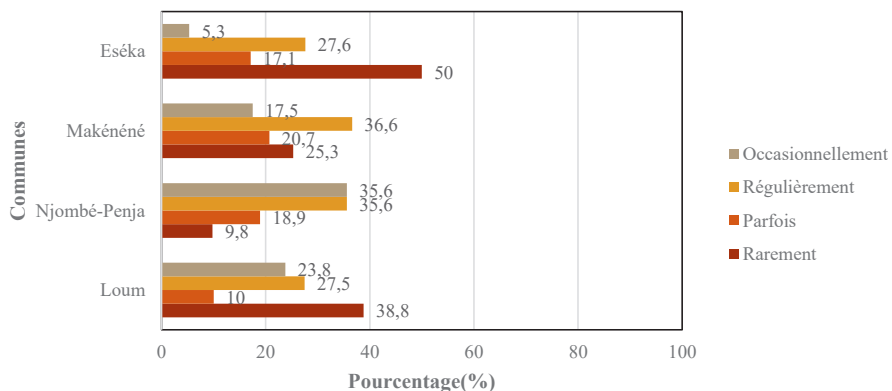
La régularité de l'usage de l'internet reste aussi basse.

GRAPHIQUE 21 : La fréquence de la connexion**Répartition dans la population totale :**

LA FRÉQUENCE DE LA CONNEXION

**Répartition par commune :**

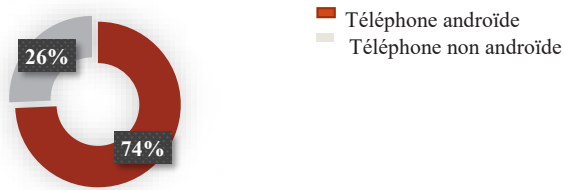
LA FRÉQUENCE DE LA CONNEXION



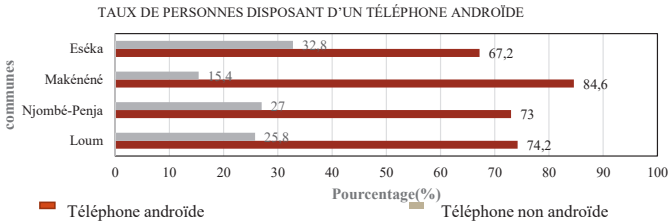
Tout ceci est beaucoup plus lié à la mauvaise qualité de la connexion au réseau internet, son instabilité et son coût très élevé pour des populations rurales. Pourtant, la plupart des téléphones des populations enquêtées sont androïdes.

GRAPHIQUE 22 : Taux de personnes disposant d'un téléphone android
Répartition dans la population totale :

TAUX DE PERSONNES DISPOSANT D'UN TÉLÉPHONE ANDROÏDE



Répartition par commune :



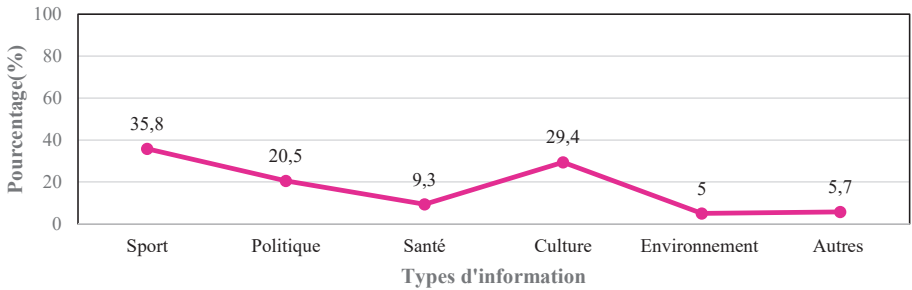
Mais qu'à cela ne tienne, il faut noter que l'information en matière de santé n'est pas la chose la mieux partagée et la plus disponible.

Déjà elle ne figure pas parmi les plus prisées par les masses locales :

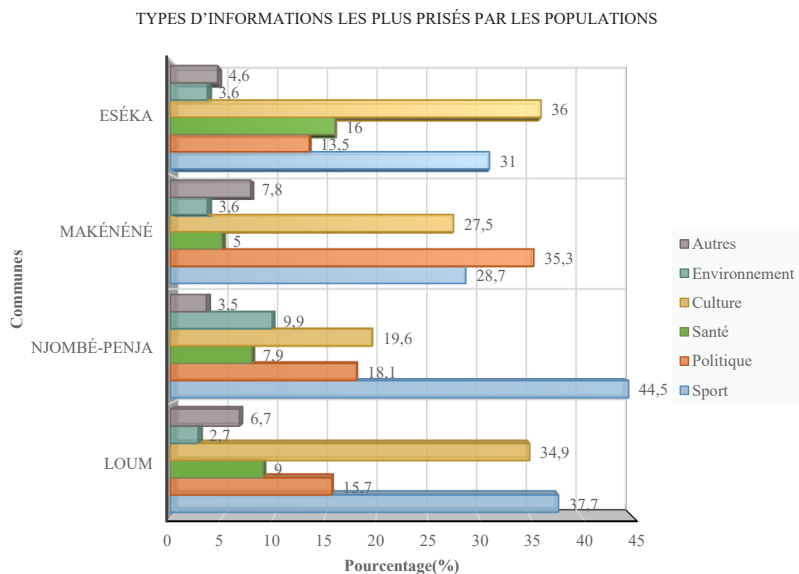
GRAPHIQUE 23 : Types d'informations les plus prisées par les populations

Répartition dans la population totale :

TYPES D'INFORMATIONS LES PLUS PRISÉES PAR LES POPULATIONS



Répartition par commune :



Ensuite, les autorités locales, surtout des mairies dont les patrons sont d'office des présidents des COGEH, communiquent peu sur leurs politiques publiques de santé aussi bien à l'élaboration qu'à la mise en œuvre.

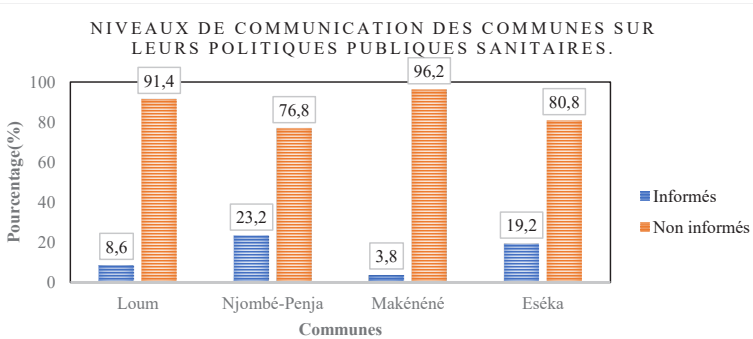
GRAPHIQUE 24 : Niveaux de communication des communes sur leurs politiques publiques sanitaires

Répartition dans la population totale :

NIVEAUX DE COMMUNICATION DES COMMUNES SUR LEURS POLITIQUES PUBLIQUES SANITAIRES



Répartition par commune :



C'est d'ailleurs quasiment le cas avec le reste de leurs politiques publiques.

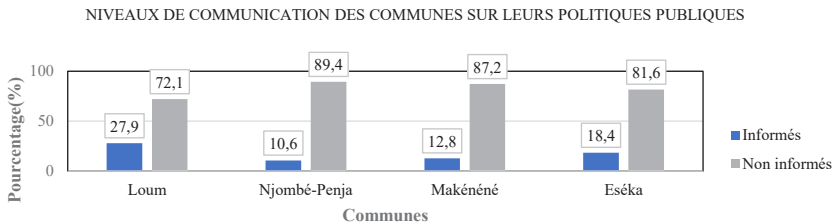
GRAPHIQUE 25 : Niveaux de communication des communes sur leurs politiques publiques de façon générale

Répartition dans la population totale :

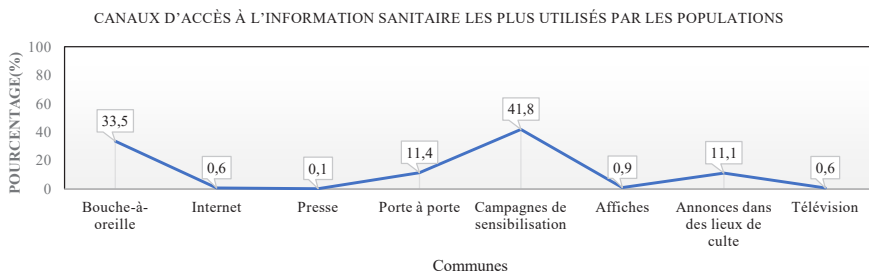
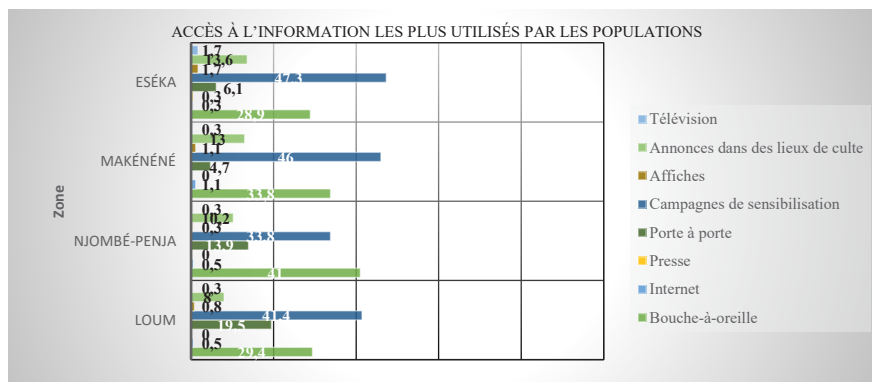
NIVEAUX DE COMMUNICATION DES COMMUNES SUR LEURS POLITIQUES PUBLIQUES



Répartition par commune :



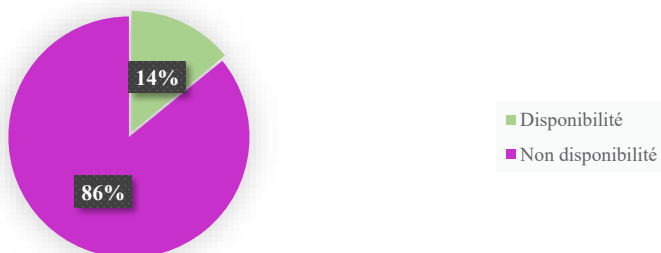
Même lorsqu'elles communiquent, elles pèchent par l'usage des canaux d'informations rudimentaires.

GRAPHIQUE 26 : Canaux d'accès à l'information sanitaire les plus utilisés par les populations**Répartition dans la population totale :****Répartition par commune :**

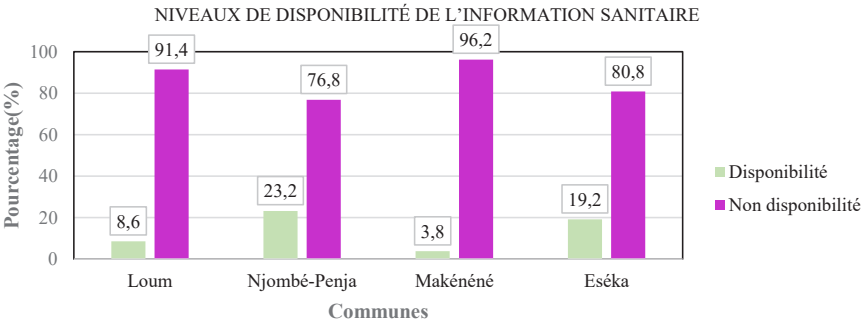
Il en est de même des niveaux de disponibilité de l'information sanitaire qui restent inquiétants.

GRAPHIQUE 27 : Niveaux de disponibilité de l'information sanitaire**Répartition dans la population totale :**

NIVEAUX DE DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION SANITAIRE



Répartition par commune :



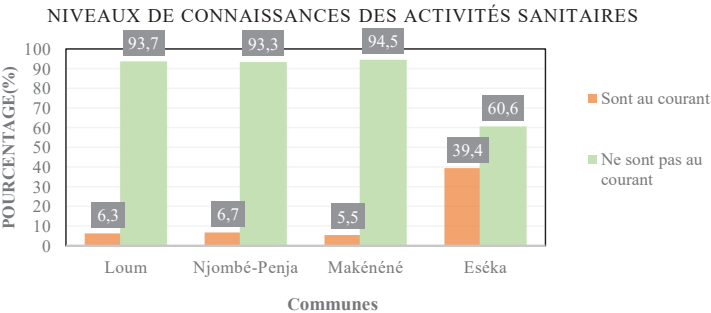
Les différentes limites ainsi relevées finissent par concourir à la sous-information des populations sur les politiques publiques en matière de santé locale.

GRAPHIQUE 28 : Niveaux de connaissances des activités sanitaires

Répartition dans la population totale :



Répartition par commune :

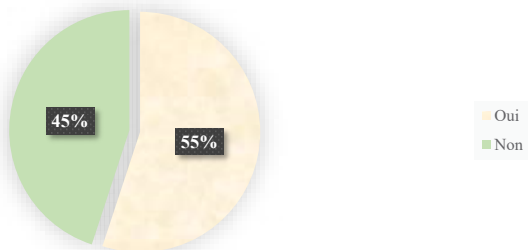


C'est le cas des campagnes de santé qui sont affectées par cette indisponibilité et la fréquence non régulière des informations sanitaires des communes :

GRAPHIQUE 29 : Niveaux d'information sur les campagnes de santé

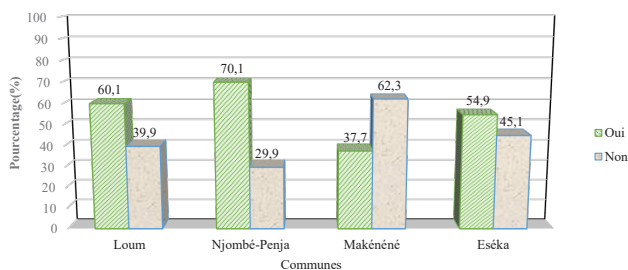
Répartition dans la population totale :

NIVEAUX D'INFORMATION SUR LES CAMPAGNES DE SANTÉ



Répartition par commune :

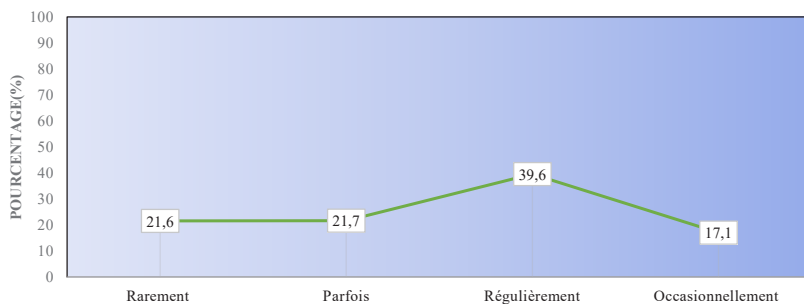
NIVEAUX D'INFORMATION SUR LES CAMPAGNES DE SANTÉ



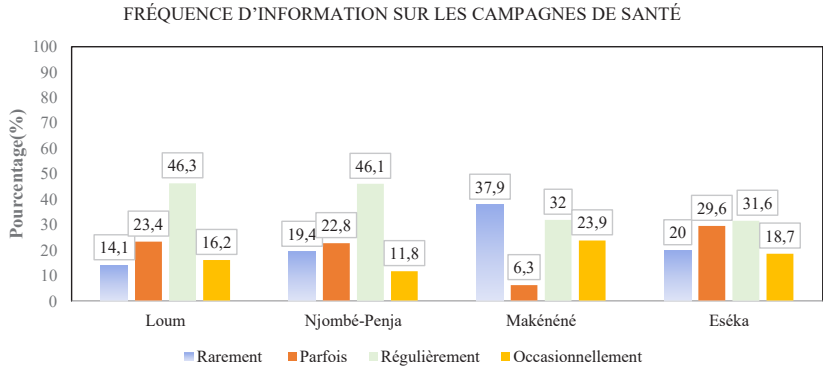
GRAPHIQUE 30 : Fréquence d'information sur les campagnes de santé

Répartition dans la population totale :

FRÉQUENCE D'INFORMATION SUR LES CAMPAGNES DE SANTÉ



Répartition par commune :



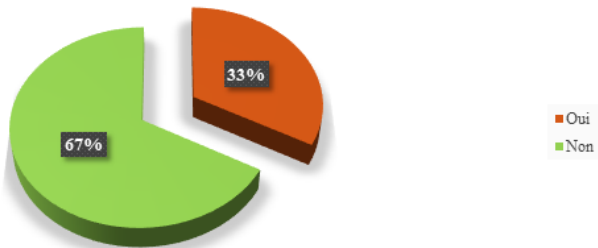
Mais, il faut néanmoins reconnaître que lorsqu'il faut communiquer sur les politiques publiques de santé à l'effet de susciter les adhésions et les participations, les acteurs se battent autant que faire se peut avec des moyens disponibles au rang desquels :

- Les communiqués dans les lieux de cultes et mosquées ;
- Les alertes par haut-parleurs humains et modernes ;
- Les communiqués radios ;
- Le porte à porte ;
- Les campagnes de sensibilisation de masse ;
- Les affiches.

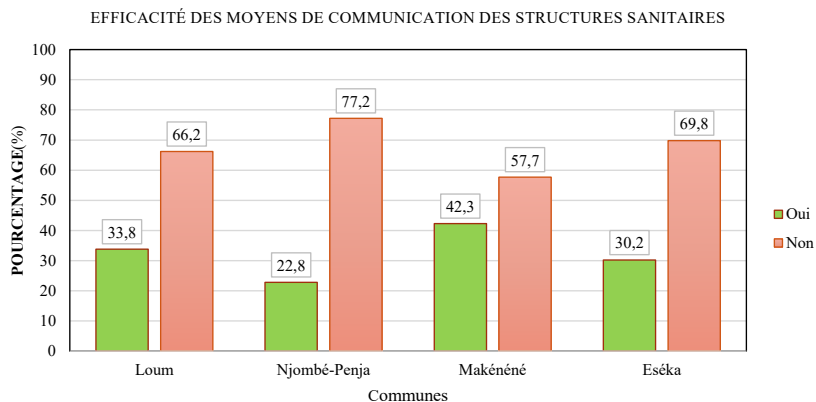
Même si beaucoup les trouvent peu efficaces comme en témoignent les graphiques ci-dessous :

GRAPHIQUE 31 : Niveaux d'efficacité des moyens de communication des structures sanitaires

Répartition dans la population totale :



Répartition par commune :



CHAPITRE III

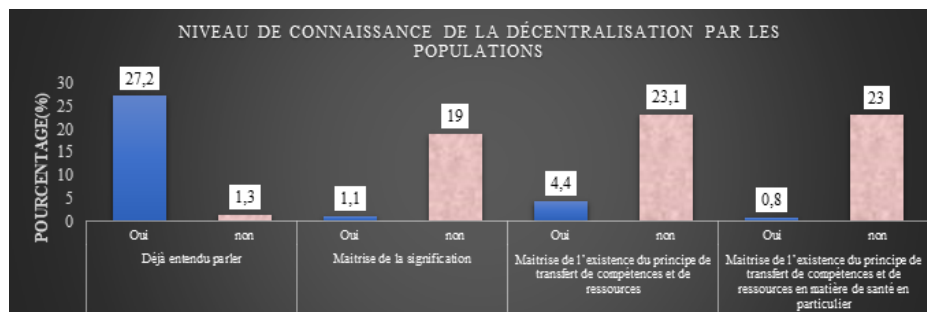
LA QUESTION DE LA DECENTRALISATION SANITAIRE DEPUIS 2010, DATE EFFECTIVE D'ENTREE EN VIGUEUR DE LA DECENTRALISATION AU CAMEROUN

Tous les déficits d'intégration et de participation des populations locales aux politiques publiques de santé locale énumérés ne sont pas à dissocier de la question des compétences et des ressources disposées par les communes et qui fondent, à côté de la démocratisation de la gestion des collectivités, le socle même de la décentralisation promue par l'Etat depuis 1996. Il s'agit de la problématique de l'effectivité de la décentralisation et de sa réappropriation par tous les acteurs locaux devant déboucher sur la coproduction des politiques publiques locales en général et celles sanitaires en particulier. La question est au demeurant celle de la décentralisation sanitaire avec en prime la place même de la santé au cœur des politiques publiques locales exprimées par les différents budgets. Ici, plusieurs problèmes ont été constatés.

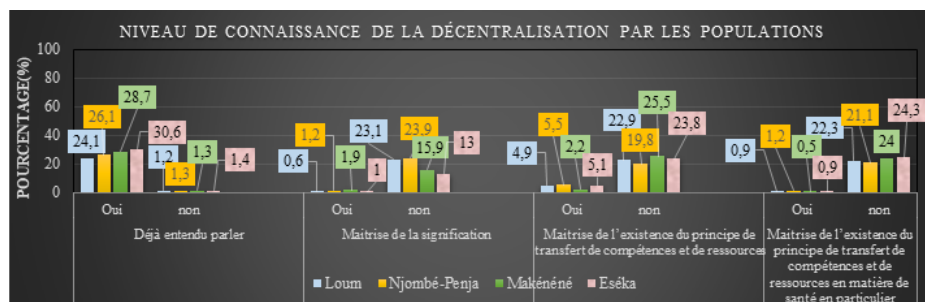
-Le premier est la connaissance même de la décentralisation en général par les populations.

GRAPHIQUE 32 : Niveau de connaissance de la décentralisation par les populations

Répartition dans la population totale :



Répartition par commune :



- Le deuxième est la difficile réappropriation de cette approche fonctionnelle de l'Etat par les acteurs locaux.

- Le troisième est la réticence de l'Etat central.

Néanmoins des compétences à allouer aux communes en matière de santé ont été spécifiées par la loi :

- La création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal, conformément à la carte sanitaire ;

- Le recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement ;

- L'assistance aux formations sanitaires et établissements sociaux ;

- Le contrôle sanitaire dans les établissements de fabrication, de conditionnement, de stockage, ou de distribution de produits alimentaires, ainsi que des installations de traitement des déchets solides et liquides produits par des particuliers ou des entreprises.

Seulement à la fouille des différents budgets locaux- Outils par excellence d'appréciation des niveaux de priorisation d'une politique publique puisqu'il témoigne de sa mise sur agenda, son estime par le décideur, et offre le cadre de sa mise en œuvre – plus précisément ceux de la fourchette 2010-2020, 10 ans, des quatre communes ciblées par l'étude, on découvre que le chapitre santé n'existe pas dans ces élaborations budgétaires. Pourtant depuis 2010, date du début du transfert effectif des compétences et des ressources aux collectivités territoriales décentralisées, beaucoup de ressources (le niveau des budgets communaux) – bien qu'en deçà des attentes ont été gérées par les communes si on s'en tient à la fourchette 2010 et 2020 pour ne prendre que cette période.

En effet, en plus des disponibilités financières que constituent des budgets

de l'Etat réservés exclusivement à la santé au niveau national,

Tableau 5 : Budgets nationaux alloués à la santé de 2010 à 2020

Exercices Budgétaires	Budgets Globaux en FCFA	BIP en FCFA
2010	123 701 000	30 150 000
2011	151 810 000	77 173 000
2012	141 420 000	58 800 000
2013	162 448 000	71 500 000
2014	165 870 000	74 500 000
2015	207 066 000	100 370 000
2016	236 167 000	132 452 000
2017	208 195 000	135 109 000
2018	175 240 000	90 990 000
2019	206 712 000	103 559 000
2020	213 651 000	80 698 000

Les communes disposent d'une large marge de considération des politiques publiques de santé dans leurs budgets propres.

Tableau 6 : Budgets primitifs des 4 communes d'étude de 2010-2020

Exercices / Localités	Loum en FCFA	Njombé-Penja FCFA	Makénéné FCFA	Eséka FCFA
2010	294 454 310	239 003 210	488 797 639	215 672 231
2011	294 454 310	300 573 873	611 385 132	182 273 810
2012	323 749 900	287 201 66	327 229 456	259 286 813
2013	350 000 000	344 216 414	350 818 224	310 890 630
2014	360 000 000	412 945 309	266 375 700	956 375 502
2015	422 978 724	529 735 393	655 650 000	990 556 370
2016	578 803 000	766 351 350	572 600 000	789 227 941
2017	588 201 160	650 000 000	634 125 709	783 268 275
2018	563 035 113	634 386 480	570 000 000	627 003 305
2019	640 642 968	599 646 104	743 860 000	804 232 080
2020	594 461 361	676 683 649	740 500 000	1 650 9 62 760

Source : Les différents budgets et comptes administratifs des communes ciblées par la présente étude.

Malheureusement, à l'exploitation des budgets de ces communes et de leurs comptes administratifs, il n'apparaît clairement qu'aucun d'entre eux n'a accordé jusqu'ici un chapitre à la santé. Même les différentes dépenses autonomes prévues ou répercutées dans les comptes administratifs ne dégagent aucune rubrique explicitement et exclusivement consacrée à la santé pourtant les investissements dans certains besoins sociaux de moindre importance tels que le financement des associations et activités sportives et culturelles sont clairement énoncés.

Les rares dépenses ou réalisations sanitaires (mise sur agenda et mise en œuvre des politiques sanitaires) des différentes communes découvertes laissent dégager deux

équivoques :

1) Ces rares dépenses éparses et marginales sont financées par les budgets de l'Etat Central et non des collectivités, les Budgets d'investissement publics (BIP), parfois Co-pilotées par ce dernier ou ses démembrements locaux. Il s'agit entre autres de :

- L'équipement des centres de santé en matériel sanitaire (microscopes, lits, plateaux techniques) ;
- La fourniture en groupes électrogènes ;
- La construction des bâtiments hospitaliers ;
- L'entretien du matériel des CSI ;
- Le paiement des salaires des personnels des centres de santé comme à Penja en 2022, près de 24 millions répartis dans les trois centres de santé de la commune
- Le recrutement du personnel paramédical.

Des réalisations qui restent d'ailleurs très marginales.

2) Les budgets primitifs ne touchent pas réellement, du point de vue quantitatif et qualitatif, les quatre grandes lignes de compétence reconnues aux communes. Il s'agit plus des réalisations par-sanitaires

telles-que :

- *Création et entretien des voiries ;*
- *Aménagement des voies et réseaux ;*
- *L'hygiène et salubrité ;*
- *Assistance aux populations suite aux calamités naturelles ;*
- *Entretien des immeubles communaux abritant les services de santé ;*
- *Inhumation des corps abandonnés ;*
- *Matériel services d'eau*
- *Adduction en eau potable ;*
- *Destruction des animaux nuisibles ;*
- *Enlèvement des ordures ménagères ;*
- *Achat de matériel .*

Mais qu'à cela ne tienne, il n'en demeure pas moins que la question de la participation et de l'intégration des outsiders au niveau local reste vive ; aussi bien sur l'aspect des politiques publiques dans le cadre des budgets primitifs que celui des budgets totaux.

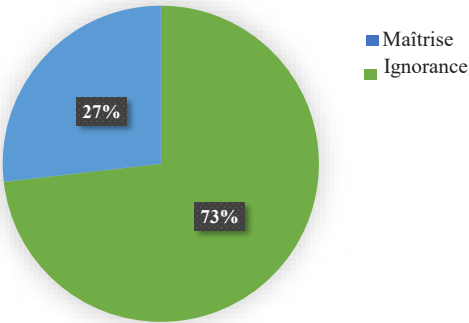
Déjà la vulgarisation du fonctionnement des communes n'est pas faite pour une meilleure participation des masses locales. La méconnaissance de l'existence

du budget communal propre à la mairie reste très élevée.

GRAPHIQUE 33 : Niveaux de maîtrise de l'existence des budgets par les masses Répartition par commune :

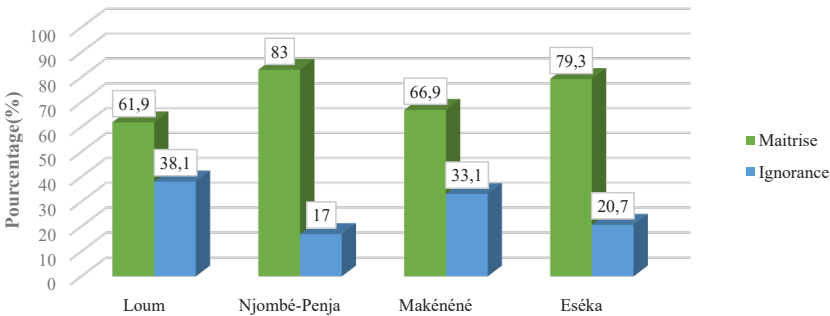
Répartition dans la population totale :

NIVEAUX DE MAITRISE DE L'EXISTENCE DES BUDGETS AU NIVEAU DES MASSES



Répartition par commune :

NIVEAUX DE MAITRISE DE L'EXISTENCE DES BUDGETS AU NIVEAU DES MASSES



Les niveaux de maîtrise des montants arrêtés par les communes restent également, par conséquent, très faibles.

GRAPHIQUE 34 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par les populations

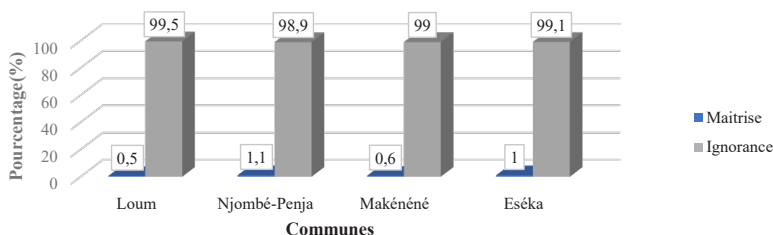
Répartition dans la population totale :

NIVEAUX DE MAÎTRISE DU MONTANT DES BUDGETS COMMUNAUX PAR LA POPULATION



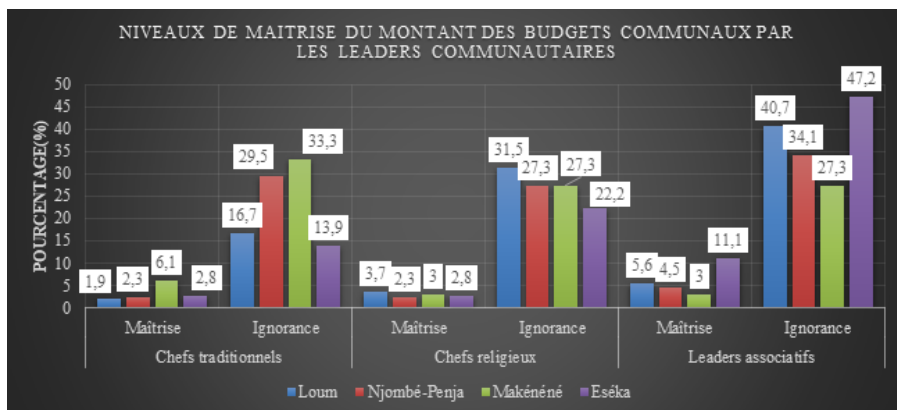
Répartition par commune :

NIVEAUX DE MAÎTRISE DU MONTANT DES BUDGETS COMMUNAUX PAR LA POPULATION



Même chez les leaders communautaires, relais des producteurs des politiques publiques :

GRAPHIQUE 35 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par les leaders communautaires et associatifs

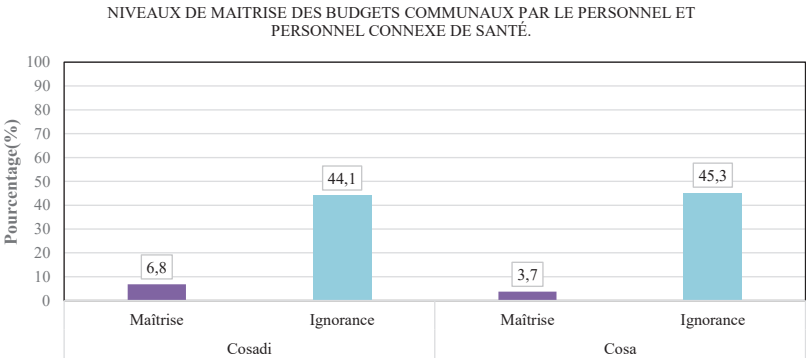


Explication des pourcentages

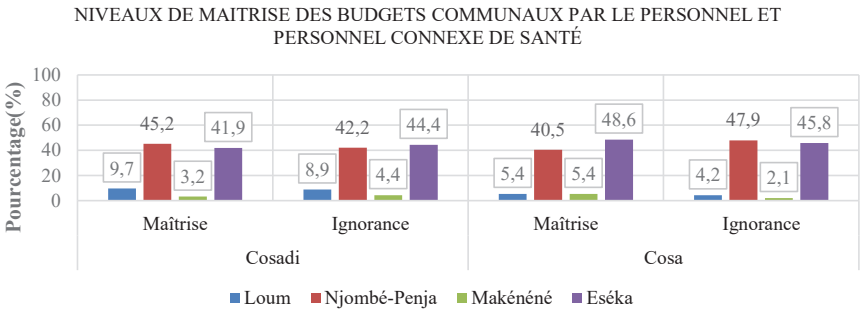
La même méconnaissance est observée chez le personnel gérant et connexe des structures sanitaires :

GRAPHIQUE 36 : Niveaux de maîtrise du montant des budgets communaux par le personnel de santé et le personnel connexe

Répartition dans la population totale :



Répartition par commune :



Or, la participation des populations à l’élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques en général et celles liées à la santé en particulier, a pour préalable, la connaissance de ce que les communes décident de faire chaque année de sorte qu’elles soient sur la même longueur d’onde que ces structures administratives décentralisées.

En prenant par exemple le cas de Loum, on a 1.9% des chefs traditionnels 3.7% des chefs religieux et 5.6 % des leaders associatifs qui ont la maîtrise du montant des budgets. Par contre, 16.7% des chefs traditionnels 31.5% des chefs religieux et 40.7 % des leaders associatifs ignorent le montant des budgets. (1.9%+3,7%+5,6%+16.7%+31.5%+40.7%=100%)

Néanmoins, toutes ces défaillances ne devraient pas faire ombrage aux petites avancées considérables glanées par le processus de décentralisation sanitaire depuis 2010, au regard de l'exercice – bien que très insignifiant – de plusieurs compétences à eux accordées par l'Etat.

Tableaux 7 : Compétences dont l'exercice connaît un début d'effectivité

		LOUM	NJOMBE-PENJA	MAKENENE	ESEKA
		Début effectif ?			
La création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal, conformément à la carte sanitaire ;	Création	NON	NON	NON	NON
	Equipement	OUI	NON	NON	NON
	Gestion	OUI	NON	OUI	OUI
	Entretien	OUI	OUI	OUI	OUI
Recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement	Recrutement	OUI	OUI	NON	NON
	Gestion	OUI	NON	OUI	OUI
Assistance aux formations sanitaires et établissements sociaux		OUI	OUI	OUI	OUI
Contrôle sanitaire dans les établissements de fabrication, de conditionnement, de stockage, ou de distribution de produits alimentaires, ainsi que des installations de traitement des déchets solides et liquides produits par des particuliers ou des entreprises.		OUI	OUI	OUI	OUI

CHAPITRE IV

LES RECOMMANDATIONS

I. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A L'ETAT

- Appliquer les lois qui encadrent la décentralisation en rendant effectif le transfert des compétences et des ressources ;
- Compléter les compétences et ressources devant garantir une décentralisation totale ;
- Accompagner intellectuellement les autres acteurs de la chaîne de décentralisation des exécutifs communaux aux populations ;
- Veiller sur la légitimité des exécutifs communaux en vue d'une adhésion totale des masses à leurs politiques publiques de santé ;
- Auditer en permanence la gestion des exécutifs communaux ;
- Sanctionner régulièrement les maires indécents ;
- Bannir le pouvoir des responsables locaux nommés par l'administration centrale tels que les secrétaires généraux de mairie ou les préfets sur les exécutifs élus ;
- Libérer plus de ressources aux communes afin qu'elles puissent créer plus de formations sanitaires ;
- Renforcer la collaboration Etat et autres acteurs de la chaîne de décentralisation ;
- Créer une plateforme numérique nationale qui agrège toutes les données sur la décentralisation afin de réduire l'opacité de certains exécutifs communaux.

II. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX COMMUNES

- S'investir davantage dans la revendication des compétences et des ressources qui leur sont offertes par les lois sur la décentralisation ;
- Se soumettre régulièrement à la reddition des comptes, y communiquer davantage ;
- Promouvoir la transparence, gage d'une relation de confiance avec les populations, elles doivent réduire l'opacité sur les budgets en les rendant toujours publics et accessibles à tous, aussi bien au niveau de leurs plates formes numériques qu'au niveau de leurs archives comme les lois l'indiquent ;
- Collaborer davantage avec les formations sanitaires ;

- Collaborer davantage avec les leaders communautaires et associatifs ;
- Créer des plateformes d'échanges physiques et surtout numériques avec des personnels gérants compétents ;
- Créer des radios communales ;
- Avoir des maires qui résident en permanence dans leurs communes ;
- Disposer des élus plus accessibles et ouverts ;
- Populariser et vulgariser la notion de décentralisation en générale et celle de décentralisation sanitaire en particulier ;
- Vulgariser ou médiatiser les politiques de santé ;
- Refaire la confiance entre les autorités communales et les populations ;
- Eviter des stigmatisations d'ordre politiques et ethniques ;
- Adapter les politiques publiques de santé aux besoins réels des populations ;
- Promouvoir la démocratie locale.

III. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX ADMINISTRATIONS ET FORMATIONS SANITAIRES

- Renforcer les bons rapports avec les communautés des aires de santé ;
- Revoir la qualité d'accueil et de service dans les formations sanitaires ;
- Rester à l'écoute des patients ;
- Revoir la formation morale et éthique des personnels de santé ;
- Collaborer permanemment avec les autorités communales ;
- Bannir le bicéphalisme à la tête des formations sanitaires tiraillées par le pouvoir de la hiérarchie déconcentrée d'une part et celle décentralisée d'autre part ;
- S'activer dans l'entretien incitatif des membres des structures de dialogue et des agents communautaires ;
- Veiller sur la popularité des représentants des communautés au sein des structures de dialogues ;
- Combattre le détournement des dotations destinées aux populations ;
- Combattre leur distribution discriminée ;
- Combattre la rétention des informations sur des dotations prestigieuses ;
- Combattre le paiement et la marchandisation des services reconnus comme gratuits ;
- Refaire l'image des formations et personnels sanitaires auprès des populations et communautés ;
- Créer des pages ou des blogs web ;
- Multiplier les campagnes de proximité ;

- Organiser régulièrement de petits sondages ou des enquêtes par focus group ;
- Multiplier et renforcer la collaboration avec les communautés et leurs représentants.

IV. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX LEADERS COMMUNAUTES ET ASSOCIATIFS

- Se mettre au service des autorités étatiques, communales et sanitaires ;
- Se rendre disponible à chaque fois qu'ils sont sollicités ;
- S'activer dans la formation à la participation citoyenne aux politiques publique ;
- Rester proches des populations ;
- Initier à leur niveau des stratégies et des activités d'adhésion des populations aux politiques publiques ;
- Défendre valablement la cause des communautés ;
- Briller par moins d'opportunisme et de clientélisme.

V. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES AUX POPULATIONS

- Eviter des préjugés à l'égard de la médecine moderne ;
- Participer activement aux réflexions et activités liées à la santé ;
- Devenir des bénévoles de la santé communautaire ;
- Respectés les autorités communales et sanitaires ainsi que les leaders communautaires ;
- S'intéresser davantage aux informations sanitaires ;
- Se familiariser à l'outil internet et ses services de communication ;
- Rester ouvertes aux offres et aux personnels de santé.

VI. RECOMMANDATIONS GENERALES EN FAVEUR DES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET ASSOCIATIFS (Société civile)

- Les initier les leaders communautaires et associatifs à la décentralisation ;
- Faire d'eux des maillons indispensables de la mise en œuvre de la décentralisation ;
- Leur définir des incitations en vue de booster leur motivation ;
- Leur allouer au niveau des communes des moyens d'action conséquents telle que les ressources matérielles et les accompagnements financiers ;
- Veiller sur leur légitimité ;
- Leur sous-traiter permanemment certaines tâches communautaires ;

- Renforcer leurs moyens de communication ;
Les initier aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- Faire d'eux des partenaires stratégiques des communes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques ;
- Les aider à créer des pages et blogs de leurs unités, communautés ou organisations ;
- Les exhorter à renoncer au tribalisme ;
- Les exhorter à moins de corruption, mal qui débouche au marchandage des facilités de santé ;
- Créer des comités de participation et des cellules de veille sanitaire au sein des chefferies ;
- Exhorter les leaders communautaires à moins d'autoritarisme ;
- Renforcer les effectifs des agents de santé communautaire ;
- Déterminer une ligne budgétaire communale à même de motiver les bénévoles des structures de dialogues et les agents de santé communautaire ;
- Savoir récompenser les bénévoles.

VII. RECOMMANDATIONS GENERALES EN FAVEUR DES POPULATIONS

- Multiplier les cadres de dialogue de santé ;
- Soumettre permanemment les populations à de petites enquêtes afin de recueillir leurs avis avant toute élaboration des politiques sanitaires ;
- Combattre les préjugés à l'égard des autorités communales et sanitaires ;
- Combattre les préjugés à l'égard de la médecine moderne ;
- Multiplier les sensibilisations dans le but former et d'inciter les populations à plus de participation ;
- Sensibiliser les populations sur leurs droits à l'aune de la décentralisation ;
- Les encourager à revendiquer leurs droits en matière de politiques publiques de santé ;
- Leur apprendre à dénoncer les mauvaises pratiques sanitaires ;
- Sélectionner permanemment les meilleurs d'entre elles afin de les associer à certaines réflexions locales spécifiques ;
- Rester plus attentifs à leurs demandes ;
- Les aider à procéder à des choix électoraux conséquents pour avoir des exécutifs municipaux qui répondront à leurs aspirations et qui seront responsables devant elles et pas uniquement devant leurs partis politiques respectifs ;
- Leur inculquer les principes de respect de l'autorité publique.

ANNEXES

Questionnaire à l'attention des populations locales

Cibles : Populations locales

Consigne : L'enquête est appelée à répondre directement et uniquement aux questions. Cependant, il pourrait, s'il le souhaite, motiver sa réponse par un commentaire.

Nom :

Profession :

Age :

QUESTIONS

AXE I : Degré de transfert des compétences et des ressources au niveau local en matière de santé depuis 2010

1- Avez-vous déjà entendu parler de décentralisation ? ... Oui ... Non

Si oui, qu'est-ce que cela signifie selon vous ?

Si oui, pensez-vous qu'elle est effective dans votre commune ? Oui Non

Si oui, savez-vous que la décentralisation prévoit le transfert des compétences et de ressources aux communes ? Oui ... Non

Si oui, savez-vous que la décentralisation prévoit le transfert des compétences et de ressources en matière de santé aux communes ? Oui Non

2- Avez-vous déjà été approché un jour par la mairie pour une activité communale ? ... Oui Non

Si oui, à quelle (s) occasion (s) et combien de fois ?

3- Avez-vous une idée des actions communales concernant l'amélioration de la situation sanitaire dans votre localité ?

4- Trouvez-vous que les autorités compétentes en matière de santé se montrent efficaces? Oui Non.

AXE 2 : Degré d'intégration et d'implication des populations locales dans les politiques publiques de santé.

1- Existe-t-il un comité de santé dans votre localité ? Oui Non

Si oui, il est constitué de combien de membres ?

Pensez-vous que ce comité est suffisamment représentatif des populations de votre localité ? ... Oui ... Non

2- Êtes-vous intéressé (e) par les activités sanitaires ? ... Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

3- Avez-vous déjà participé à une/des campagne/s de santé ? Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

4- Avez-vous le sentiment d'être un acteur à part entière dans le processus de santé dans votre localité ? ...Oui Non

5- Avez-vous déjà été sollicité (e) par un sondage concernant la santé dans votre localité? ... Oui Non

6- Avez-vous déjà été invité (e) par la mairie à participer à une réflexion ? ... Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles (réflexion)?

7- Avez-vous déjà été invité (e) par la mairie à participer à une réflexion sur la santé ? ...Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

8- Avez-vous déjà été invité (e) par un hôpital à participer à une réflexion ? Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles (réflexion)?

9- Avez-vous déjà participé à une action de santé ? Oui Non

10- Vous sentez-vous plus proche aujourd'hui des personnels de santé ? ... Oui Non

Si oui, comment?

11- Avez-vous le sentiment que les structures sanitaires sont davantage proches de vous (des habitants)? ... Oui Non

12- Êtes-vous motivé (e) à prendre part à des initiatives en matière de santé ? Oui Non

Si oui, comment ?

13- vous prêt (e) à prendre part à des initiatives en matière de santé ? Oui Non

Si oui, comment ?

14- Avez-vous le sentiment que votre avis compte dans la prise de décision en matière de santé dans votre localité ? ... Oui Non

15- Vous sentez-vous toujours concerné (e) par les campagnes de dépistage ou de vaccination organisées dans votre localité ? ... Oui Non.

AXE 3 : L'encadrement normatif de l'intégration et de l'implication des populations locales dans les politiques publiques de santé au niveau local

1- Savez-vous que la loi encadre la participation citoyenne à l'élaboration, et à l'implémentation des politiques de santé ? Oui Non

2- Savez-vous que vous avez un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration des conditions sanitaires dans votre localité ? ... Oui ... Non

AXE 4 : Les mécanismes institutionnels mis en place au niveau local pour informer les citoyens des offres de santé, des campagnes

1- Suivez-vous les informations ? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ? Rarement... Parfois ... Régulièrement Occasionnellement..... ?

Si oui, par quel canal : Bouche à oreille.... Télévision....Radio.....Internet..... Presse..... Messages téléphoniques..... Campagnes d'information de proximité ou de sensibilisation

Si oui, quels sont les types d'informations que vous écoutez plus : Sport... Politique... Santé... Culture... Environnement... Autres....

2- Etes-vous souvent au courant des activités initiées ou organisées par la Mairie ? Oui Non

- Si oui, à quelle fréquence, Rarement... Parfois ... Régulièrement Occasionnellement..... ?

- Si oui, par quel canal : Bouche à oreille.... Télévision....Radio.....Internet..... Presse... Messages téléphoniques..... Campagnes d'information de proximité ou de sensibilisation ...panneaux publicitaires... ?

- Si oui, il s'agit de quelle (s) activité (s) ?.....
.....

3- Etes-vous souvent au courant des activités liées à la santé ici dans votre commune ? Oui Non

- Si oui, à quelle fréquence : Rarement.....Parfois ... Régulièrement Occasionnellement..... ?

- Si oui, par quel canal : Bouche à oreille.... Télévision....Radio.....Internet..... Presse..... Messages téléphoniques..... Campagnes d'information de proximité ou de sensibilisation ...panneaux publicitaires... ?

4- Etes-vous souvent au courant des campagnes de santé dans votre localité ? ...Oui Non

Si oui, à quelle fréquence, Rarement..... Parfois ...Régulièrement.... Occasionnellement... ?

Si oui, par quel canal : Bouche à oreille.... Télévision....Radio.....Internet..... Presse..... Messages téléphoniques..... Campagnes d'information de proximité ou de sensibilisation ...panneaux publicitaires ... ?

Si oui, la campagne portait sur quoi ?.....

5- Disposez-vous d'un téléphone portable ? ... Oui Non

6- Disposez-vous d'un téléphone Androïde ? ... Oui Non

7- Etes-vous souvent connecté sur internet ?... Oui Non

8- Avez-vous un accès à internet ? ... Oui Non

Si oui à quelle fréquence vous connectez-vous : Rarement..... Parfois Régulièrement Occasionnellement... ?

Si oui, comment trouvez-vous la rapidité de la connexion : Excellente Bonne..... Médiocre lamentable ?

Si oui, comment trouvez-vous la stabilité de la connexion : Excellente Bonne..... Médiocre Lamentable ?

Si oui par quel opérateur connectez-vous ? : Mtn..... Orange... Nextel Autres...

9- Quels sont les moyens qu'utilisent les hôpitaux pour vous informer des offres de santé ?

Les trouvez-vous efficaces ? Oui Non

10- À votre avis qu'elles sont les améliorations à apporter dans la diffusion de l'information au niveau local ?

AXE 5 : Les budgets dédiés à la santé au niveau national (budget de l'Etat) et au niveau local dans les 4 communes, sites de l'étude sur les 10 dernières années.

1- Savez-vous que votre commune dispose d'un Budget propre ? ... Oui Non

Si oui, avez-vous déjà eu connaissance des montants ?

Si oui, avez-vous déjà eu connaissance des montants réservés à la santé ?

2- Pensez-vous que les ressources mobilisées au niveau local aident au renforcement de la participation des populations à la gestion du système de santé au niveau local ? ... Oui Non

Si oui, pourquoi ?

3- Quels sont selon vous les changements visibles concernant l'intégration plus active des populations en matière de santé ?

Merci pour votre disponibilité



ADISI - CAMEROON

☎ 243 526 139

✉ adisi@adisicameroun.org

 [@Adisi-Cameroun](https://www.facebook.com/Adisi-Cameroun)

 [@AdisiCameroun](https://www.twitter.com/AdisiCameroun)

www.adisicameroun.org