



ESJ Humanities

Louis Merlin Tsamo

Doctorant Département de géographie, Université de Dschang

Lionel Djibie Kaptchouang

Doctorant Département de géographie, Université de Dschang

Benoît Mougoue

Maître de Conférences, Département de géographie, Université de Yaoundé I

Maurice Tsalefac

Professeur des Universités, Doyen de la Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Dschang

Submitted: 26 September 2020

Accepted: 01 December 2020

Published: 31 December 2020

Corresponding author:

Louis Merlin Tsamo

DOI: 10.19044/esj.2020.v16n35p188



Copyright 2020 Tsamo et al.
Distributed under Creative Commons BY-NC-ND 4.0
OPEN ACCESS

Structure du Budget D'investissements Publics de Sante Dans la Region du Centre/Cameroun (2013-2017)

Résumé

Entre 2013 et 2017, le budget d'investissements publics du Ministère de la santé publique alloué à la région du Centre est passé de 2 093 800 000 francs CFA à 17 903 270 000. Le montant cumulé de ces investissements publics en santé dans la région était de 37 185 970 000 francs CFA. En dépit de ces investissements massifs, les populations de la région en général et celles des zones rurales en particulier éprouvent des difficultés pour accéder aux soins et services de santé. L'objectif de cet article est de cartographier le type de projets inscrits au budget d'investissements publics en santé alloués à la région du Centre afin d'évaluer s'ils sont de nature à améliorer l'offre de soins et services de santé pour les populations. L'analyse des allocations de projets révèle qu'en termes d'effectif, le nombre et le type de projets alloués à la région du Centre pourraient concourir à améliorer l'offre de soins en son sein. Toutefois, les volumes financiers dédiés à ces investissements restent insuffisants, ce qui explique en partie le fait que les populations de cette région éprouvent des difficultés à accéder aux soins et services de santé.

Mots clés: Budget d'investissements publics, Niveau central, Niveau déconcentré

Structure of the Public Health Investment Budget in the Central Region/Cameroon (2013-2017)

Louis Merlin Tsamo,

Lionel Djibie Kaptchouang,

Doctorant Département de géographie, Université de Dschang

Benoît Mougoue,

Maître de Conférences, Département de géographie,
Université de Yaoundé I

Maurice Tsalefac,

Professeur des Universités, Doyen de la Faculté des lettres et sciences
humaines, Université de Dschang

Abstract

Between 2013 and 2017, the public investment budget of the Ministry of Public Health allocated to the Central region increased from 2,093,800,000 CFA francs to 17,903,270,000 CFA francs. The cumulative amount of these public investments in health in the region was 37,185,970,000 CFA francs. Despite these massive investments, the region's populations in general and those in rural areas in particular are facing difficulties in accessing health care and services. The objective of this article is to map the type of projects included in the public health investment budget allocated to the Central region in order to assess whether they are likely to improve the provision of health care and services for the populations. The analysis of project allocations reveals that in terms of staffing levels, the number and type of projects allocated to the Centre could help improve the supply of care within the Centre. However, the financial volumes dedicated to these investments remain insufficient, which partly explains the fact that the region's populations are experiencing difficulties in accessing health care and services.

Keywords: Public Investment Budget, Public Investment Project, Central Level, Deconcentrated Level, Health District

Introduction

Le budget d'investissements publics (BIP) fait référence aux dépenses que le gouvernement consacre aux infrastructures économiques telles que les aéroports, les routes, les chemins de fer, les réseaux d'eau et d'assainissement, les services publics d'électricité et de gaz, les télécommunications et les

infrastructures sociales telles que les écoles, les hôpitaux et les prisons Fonds Monétaire International (2015). Il s'agit d'un puissant outil d'impulsion du développement qui concoure à la mise en place et/ou, au renforcement des infrastructures sociales de base. A ce titre, il joue un rôle prépondérant dans la réduction des inégalités entre les territoires et dans la consolidation de la cohésion sociale nationale.

Le budget d'investissements publics contribue non seulement au développement territorial, mais également à l'intégration nationale. A titre d'exemple, selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE, 2018), l'investissement en infrastructure constitue l'épine dorsale de la productivité. Elle peut aider à réduire considérablement les disparités territoriales en comblant l'écart existant entre zones urbaines et rurales. Le volume de ce budget modifie donc considérablement la consistance et la valeur du patrimoine de l'Etat. D'une manière générale, il permet à l'Etat de réaliser des dépenses d'avenir qui contribuent à l'amélioration de la productivité et de la croissance potentielle d'une part et d'autre part, contribuent indirectement à générer un revenu futur.

En 2013, le Cameroun a opté pour l'approche programme dans l'élaboration de son budget. Au cours des 05 premières années de mise en œuvre de cette approche de budgétisation (2013-2017), le budget d'investissements publics alloué au Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) est passé de 71,5 à 135,1 milliards de Francs CFA soit un taux d'accroissement de 88,95%. Au cours de la même période, le montant cumulé de l'enveloppe dévolue à l'investissement public dans le secteur de la santé pour l'ensemble du territoire national était de 513,9 milliards. Dans la région du Centre spécifiquement, ce budget est passé de 2 093 800 000 francs CFA en 2013 à 17 903 270 000 en 2017, pour un montant cumulé d'investissements de 37 185 970 000 francs CFA.

En dépit de ces investissements massifs qui positionnent la région du Centre au premier rang en matière d'allocations sur le budget d'investissements publics de santé, l'offre de soins en son sein reste limitée et ses populations éprouvent toujours des difficultés à accéder aux soins et services de santé. Il convient donc de questionner la typologie des investissements planifiés sur le budget d'investissements publics de santé et d'examiner si leur structure est de nature à influencer positivement l'accès aux soins et services de santé pour les communautés.

Le présent article a pour objectif d'analyser la structure des dépenses planifiées sur le budget d'investissements publics de santé afin de s'assurer qu'elles sont de nature à favoriser positivement l'accès aux soins et services de santé pour les populations de la région du Centre.

Pour ce faire, il met en relief l'offre de soins et services de santé dans la région, la typologie des projets planifiés sur le budget d'investissements

publics de santé, leurs niveaux d'affectations (central ou déconcentré) et leur structure.

I. Localisation de la zone d'étude

La région du Centre s'étend sur une partie du plateau Sud-Camerounais. Elle couvre une superficie de 68 953 km² et est limitée : au sud par la région du Sud, à l'est par la région de l'Est, au nord par la région de l'Adamaoua et à l'ouest par les régions du Littoral et de l'Ouest.

Selon les données du BUCREP (2010)¹, elle abritait 3 098 044 habitants, soit une densité moyenne de 44,9 habitants au km². Ethnologiquement, il s'agit principalement de Bantous, notamment les sous composantes Betis, Mbamoise et Bassa. Ces communautés présentent une hétérogénéité linguistique et culturelle.

Sur le plan administratif, elle compte 10 départements et 70 arrondissements. La ville de Yaoundé qui est le principal centre urbain de la région, est à la fois son chef-lieu et la capitale politique du pays. Elle abrite les services centraux du Ministère de la Santé Publique. Les autres villes étant semi-urbaines ou rurales.

Sur le plan sanitaire, la région administrative du Centre compte deux régions sanitaires : la ville de Yaoundé qui compte 06 districts de santé² fortement urbanisés et le reste de la région qui s'étend sur 24 districts de santé ruraux ou semi-ruraux. Les 30 districts de santé qui composent la région du Centre sont subdivisés en 287 aires de santé. Ils présentent un profil sanitaire homogène qui est marqué par une prédominance des maladies endémiques tel que le paludisme.

Sur le plan politique, la région du Centre est un bastion du parti au pouvoir. En effet, durant la période d'étude, l'ensemble des parlementaires et des exécutifs communaux étaient issus de ce dernier.

II. Méthodologie

Afin d'atteindre les objectifs escomptés, une revue documentaire a été effectuée. En vue de mettre en exergue l'offre de soins et services de santé dans la région, des publications du MINSANTE ont été exploitées. Il s'agit

¹ Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population du Cameroun « Rapport de présentation des résultats définitifs », sur www.statistics-cameroon.org, avril 2010 (consulté le 10 octobre 2020)

² Le District de Santé est l'unité opérationnelle du système de santé camerounais. C'est une zone géographique dont la délimitation suit les limites administratives du territoire national, ou en cas de besoin, peut couvrir plusieurs entités administratives limitrophes. Le District de santé est placé sous la responsabilité d'un Chef de District. Ce dernier est en charge de la coordination, la régulation de l'offre de soins dans son unité. Afin d'assurer le maillage du territoire et accroître la couverture géographique en structures de soins, le district de santé est divisé en aires de santé.

entre autres du rapport 2017 de suivi des 100 indicateurs clés de Santé de la République du Cameroun, du profil sanitaire analytique du Cameroun de 2016 et du Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.

Les données portant sur la structure du budget d'investissements publics de santé dans la région ont été tirées des journaux de projets de 2013 à 2017. Ces derniers ont été compilés dans l'optique d'inventorier et de classer la totalité des projets d'investissements publics alloués au MINSANTE et affectés à la région (tant au niveau central que déconcentré).

Ces données ont été désagrégées grâce au recours du logiciel Excel. Elles ont par la suite été classifiées de manière à mettre en évidence la typologie des projets alloués, les districts et les aires de santé bénéficiaires. L'analyse de ces données a permis de générer des figures et des tableaux qui ont servis de base pour l'élaboration de la cartographie de distribution spatiale des projets d'investissements publics de santé au sein de la région.

III. Revue de la littérature

La dépense publique en général et le budget d'investissements publics en particulier ont fait l'objet de nombreuses publications. De manière holistique, il ressort qu'ils jouent un rôle majeur dans l'économie d'une nation car ils impactent directement le processus de production et constituent par conséquent un socle pour la croissance économique. A priori, plus elle est importante, plus le pays a des chances de booster ses indicateurs de développement. De façon spécifique, lorsque les pays investissent dans la mise en place des infrastructures pouvant servir non seulement au secteur public, mais également au secteur privé, cela aboutit à la création d'emplois et à une augmentation des revenus dans la société (MINEPAT, 2019).

Au Cameroun, le budget du Ministère de la santé est passé de 162,4 en 2013 à 208,1 milliards en 2017, soit un taux d'accroissement de 28,75%. Toutefois, en dépit de cet accroissement, ces financements restent insuffisants et les dépenses publiques de santé en proportion des dépenses totales de santé et du PIB (0,9 %) restent parmi les plus faibles en Afrique. Les financements publics de la santé comprennent les ressources mobilisées à travers le budget national, les établissements de santé via le recouvrement des coûts et les fonds externes provenant des organismes internationaux de développement.

Pour la Banque Mondiale (2018), le Cameroun doit accorder une plus grande priorité au secteur de la santé dans le budget global de l'État en augmentant les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé. En d'autres termes, l'allocation budgétaire de la santé publique devrait être augmentée de manière significative afin d'influencer positivement et significativement le taux du produit intérieur brut sur une période relativement longue (Hugue Nkoutchou, 2018)

En effet, il existe une inadéquation préoccupante entre les ressources disponibles et la demande de soins de santé. Les investissements publics ne semblent pas correspondre aux besoins de la population. Par exemple, les régions enregistrant le plus haut taux de mortalité des moins de cinq ans reçoivent en moyenne des allocations budgétaires par habitant moins élevées (INS. 2010). Il est donc indispensable d'adopter une approche efficiente dans l'élaboration du budget d'investissements publics afin que les projets qui y sont inscrits puissent dynamiser de manière significative les indicateurs sanitaires et économiques du pays.

Selon François (2010), les allocations sur le budget d'investissement publics se fait généralement selon trois logiques : économique, politique et cognitive. Sur le plan économique, l'allocation des investissements visent les territoires les plus touchés par la crise économique, c'est-à-dire ceux qui connaissent un ralentissement économique important, et/ou dans les territoires les plus pauvres. L'explication politique quant à elle suppose que le choix des projets à financer peuvent s'appuyer sur des considérations politiques au travers d'un favoritisme territorial. Ce favoritisme territorial s'exprime à travers trois canaux de la prise de décision publique : en fonction du lieu de décision et la source de l'influence exercée.

L'approche cognitive voudrait que le décideur politique soit confronté à un manque d'information sur la localisation des investissements publics pertinents. Pour y faire face, il s'appuie sur les décisions des collectivités locales qui ont une bonne connaissance de l'environnement socioéconomique local et disposent d'une meilleure information concernant les besoins en investissements publics dans leurs localités respectives. Ces trois logiques explicatives de la localisation de la décision publique en matière de localisation des investissements ne sont pas nécessairement exclusives les unes des autres.

Pour être efficaces, les dépenses d'investissements publics doivent planifiées de manière rigoureuse, elles doivent pouvoir impulser le développement au niveau local et apporter des réponses aux besoins spécifiques des populations et réduire les disparités entre les territoires et en leur sein. Pour Schiavo-Campo et Tommasi (1999), dans les années 1970 et 1980, des plans d'investissement ont été recommandés comme un moyen de relier un portefeuille de projets d'investissement à un plan de développement pluriannuel, l'idée sous-jacente de ces documents de planification était de créer une série de projets bien préparés, évalués à l'aide de l'analyse coûts-bénéfices et prêts à être sélectionnés dans le processus budgétaire annuel. Mais dans la pratique, les résultats de la planification de l'investissement public étaient mitigés et le processus a souvent mené à de longues « listes de souhaits » dominées par une variété de propositions de projets faibles ou du moins

discutables. Il est donc impératif pour les décideurs de concilier les attentes des populations et les déterminants économiques, politiques et cognitifs.

Au Cameroun les allocations de projets sur le budget d'investissements publics en général et celui de santé en particulier restent peu efficaces. En effet, une revue des dépenses publiques camerounaises effectuée par la Banque Mondiale en 2018 met en exergue la nécessité d'une réévaluation de l'efficacité globale de ces dernières. La croissance économique enregistrée au début de la décennie 2010 n'a pas eu une incidence significative sur le taux de pauvreté (37,5 % en 2014). Par ailleurs, sur le plan géographique, on note une disparité de la répartition de cette pauvreté. Cette dernière est plus concentrée dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Le même clivage économique affecte les zones urbaines et rurales des parties Sud et Nord du pays. Entre 2007 et 2014, on a ainsi enregistré 7 points de pourcentage d'inégalité selon la mesure de l'indice de Gini.

Cette revue effectuée entre 2006 et 2015, fait une évaluation de l'efficacité et de l'équité des dépenses publiques dans les domaines de la santé publique, l'éducation et la protection sociale. Elle met une emphase sur trois dimensions : l'efficacité allocative et technique, l'efficience et l'équité³. Dans le secteur de la santé particulièrement, le rapport établit les constats suivants :

- Certains indicateurs du secteur de la santé au Cameroun ont enregistré une légère amélioration, mais plusieurs se sont détériorés et la dépense publique globale pour le secteur reste toujours faible par rapport à d'autres pays comparables.
- La faiblesse de l'efficacité et de l'équité des dépenses publiques constitue un sérieux obstacle à la réalisation des objectifs politiques énoncés par le gouvernement. Le manque d'efficacité technique et allocative réduit l'optimisation des ressources dans le secteur public. L'inefficacité allocative est particulièrement critique dans le secteur de la santé, où l'attention excessive accordée aux grands hôpitaux se fait au détriment des soins primaires.
- La dépense publique de santé est faible et sa part dans le budget national diminue.
- L'inefficacité allocative réduit considérablement l'impact des dépenses publiques de santé. Le budget de la santé est majoritairement affecté au niveau central de l'administration, et moins de 10% sont affectés aux établissements de santé au niveau régional et du district. La répartition régionale du budget de la santé ne tient pas compte des

³« L'efficacité allocative » désigne la répartition des ressources budgétaires entre les domaines politiques, tandis que « l'efficacité technique » décrit la mesure dans laquelle ces ressources sont utilisées aux fins prévues. « Efficience » correspond à l'incidence marginale des dépenses sur les objectifs de politique spécifiques, et « équité » désigne la répartition des ressources entre les ménages dans différents groupes régionaux, démographiques et socioéconomiques.

besoins des populations locales, de leur statut socioéconomique, du fardeau de la maladie ou du contexte sécuritaire.

Lorsque l'on s'attarde sur la typologie des projets inscrits sur le budget d'investissements publics de santé, le plan national de développement sanitaire 2016-2020 relève qu'il n'y a pas d'adéquation entre le rythme de construction des formations sanitaires, leur équipement, leur dotation en ressources humaines et en logistique sanitaire. Il en résulte un nombre élevé de formations sanitaires dépourvues de plateaux techniques adéquats et par conséquent incapables de prodiguer des soins et services de santé efficaces.

VI. Offre de soins dans la région du Centre

Entre 2013 et 2017, le nombre de formations sanitaires dans la région du Centre est passé de 794 à 1139 soit un taux de croissance de 43,45%. Durant la même période, la population de la région est passée de 3 823 293 à 4 383 480 habitants soit un taux d'accroissement de 17,26%. Le nombre de formations sanitaires pour un groupe de 100 000 habitants est ainsi passé de 20,76 en 2013 à 25,4 en 2017. Ces données qui démontrent une certaine croissance dans le nombre total des structures hospitalières cachent une forte disparité au niveau régional. En effet, la plupart de ces formations sanitaires sont situées dans les centres urbains. A titre d'illustration, en 2017, la ville de Yaoundé à elle seule concentrait 52,94% de l'ensemble des formations sanitaires de la région. Par ailleurs bien que le nombre total de structures de soins de santé se soit globalement accrue, entre 2013 et 2017, certains districts de santé ruraux ont vu leur nombre de formations sanitaires décroître. Il s'agit notamment de : Eséka (40% de taux de régression), Esse (35,7%), Nanga-Eboko (22,2%), Ebebda (14,3%), Mbankomo (11,8%), Evodoula (9,1%), Mbalmayo (7%), Yoko (7,7%), Okola (3,4%) et Nkolbisson (2,4%).

D'une manière générale, les données du rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017 montrent que la couverture du territoire reste insuffisante. Cela se traduit par un faible accès aux services de santé notamment pour les populations vivant à plus de 05 km d'un établissement de santé. En effet selon le MINSANTE (2016), pour une population de 10 000 habitants, seulement 2,99% des établissements de santé en moyenne étaient situés dans un rayon de cinq kilomètres dans la région du Centre. Dans le même sillage, en 2016, la région ne disposait en moyenne que de 12,44 lits pour 10 000 habitants alors que la moyenne nationale était de 26,49 lits.

Tout comme le reste du pays, le Centre souffre globalement d'un déficit en infrastructures, équipements sanitaires et les plateaux techniques sont pour la plupart dégradés faute de maintenance. En effet, une étude réalisée par l'Institut National de Statistiques en 2012 a révélé une absence de boîtes

d'accouchements dans 24,5% des formations sanitaires, de système de stérilisation à sec (39,5%), de boîte de césarienne (67,5%) et de microscopes fonctionnels (11,6%) dans certaines formations sanitaires.

Sur le plan humain, selon le dernier Recensement général des personnels de santé effectué en prélude à l'élaboration du plan de développement des ressources humaines en santé de 2011, la région enregistrait 24,33% des personnels de santé du pays. Avec un ratio de 2,56 personnels de santé pour une population de 1 000 habitants⁴, ce taux faisait de cette dernière la mieux lotie au niveau national. Toutefois, une fois de plus ce ratio cache d'énormes disparités entre le milieu urbain et rural. Les formations sanitaires situées en zones urbaines étant mieux pourvues en personnels de santé que celles situées en zone rurale. Les villes de Yaoundé, Douala et Bafoussam à elles seules polarisent plus de 55% de l'effectif total des personnels de santé que compte le pays.

Au vu de ces données, la logique voudrait que les investissements publics de santé soient principalement orientés vers le niveau déconcentré, qui est en charge de la dispensation des soins et services de santé. De manière spécifique, ils devraient porter sur :

- La construction des formations sanitaires en zone rurale afin d'améliorer le maillage territorial en formations sanitaires et d'accroître l'offre de soins et services de santé ;
- L'entretien et la réhabilitation des infrastructures sanitaires dans l'optique de maintenir optimale leur capacité opérationnelle ;
- L'équipement des structures hospitalières en vue d'améliorer des indicateurs relatifs au renforcement du plateaux techniques (offre en lit, kits d'accouchement, système de stérilisation, laboratoire...);
- L'élaboration et la mise en place de politique efficace de gestion des ressources humaines dans l'optique d'améliorer le ratio personnel de santé/habitant et de faire face aux disparités (centre urbain/zone rurale) dans les affectations de personnels de santé.

V. Affectations des projets d'investissements publics en fonction du niveau central et déconcentré du MINSANTE

De l'analyse des affectations d'investissements publics de santé contenues dans les journaux de projets, il ressort qu'entre 2013 et 2017, le MINSANTE s'est vu attribué une allocation de 513 931 003 000 de francs CFA d'investissements publics. De cette enveloppe budgétaire, 388 760 938 000 (soit 75,64% de l'enveloppe globale) ont directement été affectés

⁴ En 2011 la moyenne nationale était de 1,07 personnel de santé pour 1 000 habitants. Les normes OMS recommandent 2,3.

aux structures relevant du niveau central et assimilé tandis que 125 170 065 000 ont été alloués au niveau déconcentré pour l'ensemble des dix régions du pays. Pour le cas spécifique de la région du Centre, cette dernière s'est vue dotée d'une allocation de 37 185 970 000 francs CFA soit 7,24% du budget d'investissements publics de santé du pays pour la période d'étude. Au final, entre 2013 et 2017, la région du Centre (niveau central et déconcentré confondus) s'est vue attribuée une dotation budgétaire de 425 946 908 000 francs CFA (82,88% de l'ensemble du budget d'investissements publics du MINSANTE pour la période).

En termes de projets d'investissements, durant cette période, la région du Centre (niveau central et déconcentré confondus) s'est vue attribuée 868 projets d'investissements publics en santé : 561 projets ont été alloués aux services centraux et assimilés tandis, 307 au niveau déconcentré (dont 34 projets affectés de manière incorrecte)⁵.

Au niveau central, les projets et les allocations budgétaires y afférentes ont été attribuées aux services centraux du MINSANTE, aux programmes, aux organismes relevant du niveau central ou assimilés. Au niveau déconcentré, les bénéficiaires ont été les délégations régionales du MINSANTE, les services de santé de districts et les formations sanitaires. Toutefois, certaines affectations faites au niveau déconcentré ont été directement gérées par des structures et programmes du niveau central.

Si au niveau déconcentré, les affectations de projets et les budgets y afférents sont directement faites aux structures relevant de ce niveau, au niveau central, on distingue deux niveaux d'affectations du budget d'investissements publics :

- Une affectation directe qui porte sur des projets rattachés, mis en œuvre et/ou gérés directement par des structures de niveau central ou assimilées (Directions, Divisions, programmes, organismes spécialisés...). Entre 2013 et 2017, le montant cumulé desdites affectations était de 388 760 938 000 de francs CFA
- Une affectation dédiée qui porte sur des allocations faites à des structures de niveau déconcentré, mais qui sont gérées par des structures de niveau central. Durant la période d'étude, ce type d'affectations ont toutes été adossées au département du Mfoundi. Elles ont contribué à augmenter la masse de financement géré au niveau

⁵Il s'agit d'allocations géographiquement inadéquates, des allocations à des formations sanitaires inexistantes dans la carte sanitaire et de l'usage des noms de formations sanitaires incorrects qui rendent difficiles leur localisation. Le montant total de l'enveloppe budgétaire affectée aux 34 projets mal alloués est de 983 483 000 francs CFA. Ces projets et les enveloppes budgétaires y afférentes n'ont pas été pris en compte dans le traitement des données. Au final, seuls les 273 projets qui ont été correctement affectés au niveau déconcentré ont fait l'objet d'analyse dans le cadre de cette étude.

central pour une enveloppe globale de 13 821 158 000 de francs CFA. De manière spécifique, en 2014, sur 3 438 000 000 francs CFA d'investissements publics attribués au département du Mfoundi, 2 638 000 000 francs CFA ont été gérés par des structures relevant du niveau central. En 2015, sur une allocation budgétaire de 8 804 108 000 francs CFA, seulement 225 950 000 francs CFA ont effectivement été alloués à des structures de niveau déconcentré du département. En 2016, ce montant était de 457 000 000 francs CFA alors que l'enveloppe budgétaire affectée au Mfoundi était de 1 289 000 000 francs CFA. En 2017, l'allocation budgétaire était de 16 620 660 000 francs CFA. Cependant, ce n'est que 14 847 660 000 francs CFA qui ont été véritablement gérés par des structures relevant du niveau déconcentré.

Au final en fonction des années le niveau Central a géré les volumes financiers contenus dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Ecart en milliers entre les allocations directes au Niveau Central et celles réellement gérées par ce niveau (Affectations faites à la Région du Centre comprises)

	2013	2014	2015	2016	2017
Dotation propre Administration centrale et programmes	61512200	61086300	84195000	98413000	83554438
Total géré Administration centrale et programmes (Allocations Mfoundi comprises)	61512200	63724300	92773158	99245000	85327438
Ecart	0	2638000	8578158	832000	1773000

Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

Si l'on considère le volume total de financements géré par le niveau central entre 2013 et 2017, le montant cumulé des enveloppes allouées s'élève à 402 582 096 000 soit un peu plus de 78,33% du montant global d'investissements publics attribué au MINSANTE pour l'ensemble du pays et 94,73% du budget global alloué à la région. Ceci est tout à fait normal dans la mesure où ces projets portent en majeure partie sur des flux financiers (financements externes, fonds de contrepartie et autres subventions) devant servir au financement de la santé.

Au niveau déconcentré, avec 7,24% des allocations globales du budget d'investissements publics, la région du Centre occupe la première place en termes de volume budgétaire. Vient ensuite celles du Nord (3,22 %), du Sud (2,49 %), du Littoral (2,46 %) et de l'Ouest (2,41 %). Les régions qui ont reçu le moins de budget d'investissements publics sur la période d'étude sont celles de l'Adamaoua (1,06 %), du Nord-Ouest (1,13 %) et du Sud-ouest (1,21 %).

Au vu du volume des allocations attribuées à la région du Centre, l'on constate que cette dernière est la mieux lotie. Toutefois, du fait de sa proximité avec les institutions relevant du niveau central et/ou assimilées, les dépenses d'investissements publics qui lui sont affectés (et plus particulièrement au département du Mfoundi⁶) sont parfois gérées directement par des structures et directions relevant du niveau central. Au final l'enveloppe gérée par les structures relevant du niveau central s'en trouve accrue, tandis que celle allouée aux services déconcentrés de la région (précisément celle du département du Mfoundi) est amputée. Lorsque l'on déduit les enveloppes allouées au niveau déconcentré mais gérées par le niveau central, le volume budgétaire affecté au niveau déconcentré de la région chute à 4,54% du volume d'investissements publics global de santé du pays (soit 5,26% du budget global d'investissements publics de santé attribué à la région du Centre). Dans le même temps, la portion gérée par le niveau central passe de 75,64% à 78,33% du budget d'investissements publics de santé global du pays. Dans tous les cas de figure, la région du Centre reste la mieux dotée au niveau déconcentré en termes de volume d'investissements publics de santé.

Tableau 2 : Allocations du budget d'investissements publics en santé réellement gérées par le niveau central et le niveau déconcentré dans la région du Centre 2013-2017 (en milliers)

	2013	2014	2015	2016	2017
Allocations attribuées à la Région du Centre	2 093 800	4 695 400	9 869 600	2 623 900	17 903 270
Allocations attribuées au niveau déconcentré mais gérées par les structures du niveau central et assimilées	0	2 638 000	8 578 158	832 000	1 773 000
Allocations réellement affectées au niveau déconcentré	2 093 800	2 057 400	1 291 442	1 791 900	16 130 270
Allocations initiales attribuées au niveau central et assimilé	61 512 200	61 086 300	84 195 000	98 413 000	83 554 438
Allocations réellement gérées par les structures de niveau central et assimilées	61 512 200	63 724 300	92 773 158	99 245 000	85 327 438

Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

Dans le cadre de cette étude, seuls les projets correctement alloués ont été pris en compte. On en dénombre 834 (561 au niveau central et 273 au niveau déconcentré). L'enveloppe budgétaire y afférente était de 424 973 425 000. 94,73% (402 582 096 000 francs CFA) de cette allocation a été gérée par des structures relevant du niveau central ou assimilées tandis que

⁶ Le département du Mfoundi s'étend sur la ville de Yaoundé, capitale du pays.

seulement 5,26% (22 391 329 000 francs CFA) a été affecté au niveau déconcentré.

D'une manière générale, on observe l'essentiel des projets et des enveloppes budgétaires y afférents est affecté au niveau central. Bien que ces volumes financiers soient pour la plupart consacrés aux transferts de fonds et subventions, il n'en demeure pas moins que le volume financier d'investissements publics de santé dédiée au niveau opérationnel reste faible. Ce qui laisse peu de marge pour l'accroissement de l'offre de soins et services de santé au niveau communautaire.

Ces données confirment celles relevées par la Banque Mondiale (2018) qui établit que le budget de la santé est majoritairement affecté au niveau central de l'administration, et moins de 10% sont affectés aux établissements de santé au niveau régional et du district. Elle évoque la nécessité de « *rééquilibrer la répartition des ressources du niveau administratif central au point de prestation des services au niveau des districts, et à l'égard des populations et régions plus pauvres, plus reculées et plus vulnérables* »

VI. Structures des projets d'investissements publics de santé dans la Région du Centre

Au Cameroun, en fonction de la nature de la dépense et des objectifs visés, les projets inscrits dans le budget d'investissements publics de santé peuvent être répartis selon les catégories de dépenses suivantes :

- *Le suivi, la supervision, les audits, la maîtrise d'œuvre et le contrôle* qui englobent les projets relatifs à la maîtrise d'œuvre des bâtiments et des infrastructures, aux audits financiers et techniques, aux missions de suivi d'évaluation et supervision effectuées par les services compétents ;
- *La communication* à travers la conception, l'élaboration, la production et la diffusion des divers supports de communication, l'organisation des conférences, symposiums, colloques et autres fora, la production et la diffusion des documents normatifs, l'organisation des activités marquant la célébration des différentes journées sanitaires, l'organisation ainsi que la mise en place de cadre de concertation et de collaboration entre les différents acteurs de la santé et la gestion de l'image et de la visibilité du MINSANTE, de ses démembrés et de ses programmes ;
- *La construction* des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des bureaux pour les services de districts de santé, des laboratoires d'analyses médicales, des centres d'imageries médicales, des banques de sang, des logements d'astreintes pour les

responsables des formations sanitaires, des enceintes et clôtures des formations sanitaires...

- *L'eau et assainissement* à travers l'implantation des points d'eau potable dans les formations sanitaires et la construction de toilettes ;
- *L'équipement* des formations sanitaires, des services de districts de santé et des divers programmes en matériel de bureau et autres équipements qui concourent à l'amélioration des conditions et du cadre de travail ;
- *Les études* diverses et variées qui couvrent aussi bien l'incidence des maladies, les études d'impacts environnementaux, financiers et géotechniques préalables à la construction des infrastructures, les évaluations de la qualité des services et des prestations, l'évaluation de l'efficacité des médicaments et des protocoles de soins, les analyses situationnelles et les inventaires divers ;
- *La formation et le renforcement des capacités* qui regroupent les sessions de renforcement des capacités dans la prise en charge des maladies diverses, l'utilisation des équipements, l'élaboration des modules de formations, l'acquisition du matériel pédagogique et de la logistique nécessaire pour les sessions de renforcement des capacités ;
- *La fourniture en énergie électrique* au travers du raccordement au réseau électrique, l'accroissement de la puissance des lignes d'approvisionnement en énergie électrique, l'acquisition de groupes électrogènes... ;
- *L'information sanitaire* qui inclut l'élaboration des modules pour le système d'information sanitaire, l'acquisition des registres et autres outils indispensables à la collecte et à la remontée des données sanitaires, l'acquisition du matériel informatique pour les cellules d'information sanitaire ;
- *L'acquisition du matériel médical et des consommables médicaux* au bénéfice des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces acquisitions couvrent aussi bien le petit matériel de soins que des équipements plus complexes tels que les scanners, les couveuses et autres.
- *L'acquisition du matériel roulant* notamment les ambulances, les motos et les véhicules pour les responsables à divers échelons de la pyramide sanitaire ;
- *L'acquisition des médicaments et intrants* tels que les antirétroviraux, les antituberculeux, les antipaludiques, les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, les tests de diagnostics et de dépistages en tout genre...

- *L'élaboration des documents de politiques, normes et règlements* définissant les protocoles de soins, les normes d'interventions et de prise en charge des pathologies, les cadres réglementaires spécifiques, les diverses politiques nationales régissant l'accès aux soins et services de santé ;
- *L'entretien et la réhabilitation des infrastructures* tels que les bâtiments (réfection des toitures, des bureaux, des salles d'hospitalisation, des toilettes...) et les équipements (laboratoires, salles d'accouchement...);
- *Les transferts de fonds et les subventions* au profit des formations sanitaires, des structures de soins et de recherches, des corporations des personnels sanitaires... et le paiement des arriérés dus aux prestataires de services.

Toutefois, certains types de projets ne sont pas alloués au niveau déconcentré. Il s'agit de ceux relatifs :

- À la communication : Les politiques et stratégies de communication sont définies au niveau central. C'est également les instances relevant de ce niveau qui ont la responsabilité de la conception et de la production des supports de communication. Le niveau déconcentré étant principalement un champ de diffusion des différents supports de communication élaborés au niveau central.
- Aux études : Tout comme la communication, les études sont principalement menées par les structures de niveau central. Ces dernières permettent d'avoir des données qui permettent la prise de décision en matière de santé.
- À la formation et au renforcement des capacités : les budgets alloués au renforcement des capacités sont principalement alloués au niveau central. Même si les sessions de renforcement des capacités et de formations continues sont essentiellement organisées au bénéfice des acteurs du niveau déconcentré,
- À l'information sanitaire : les intervenants du niveau déconcentré sont principalement impliqués dans la collecte de l'information sanitaire à travers des outils et systèmes qui sont conçus et produits par des instances du niveau central.
- À l'acquisition du matériel roulant : Bien que du matériel roulant (motos, ambulances, véhicules...) soit mis à disposition des structures de niveau déconcentré, leur acquisition dans le cadre du budget d'investissements publics se fait principalement par des instances relevant du niveau central.

- À l'acquisition des médicaments et intrants : les acquisitions de médicaments et intrants sous budget d'investissements se font principalement par des instances de niveau central (généralement par la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels). Ces derniers sont mis à disposition des formations sanitaires à travers les centrales d'approvisionnement régionales.
- À l'élaboration des documents de politiques, normes et règlements : les politiques et normes et règlements sont élaborés au niveau central. Les acteurs relevant du niveau déconcentré se contentent de les mettre en application.

D'une manière générale, l'analyse désagrégée de la typologie des projets inscrits au budget d'investissements publics du MINSANTE dans la région du Centre fait ressortir une prépondérance des projets portant sur les transferts de fonds et subventions (31%), des constructions (14,51%) et de l'acquisition du matériel médical et des consommables médicaux (12,71%). Les projets les moins représentés sont ceux qui concourent à la remontée de l'information sanitaire (0,84%) à l'approvisionnement en eau potable et assainissement (1,68%) et à l'acquisition du matériel roulant (1,80%).

En termes de volume financier, les transferts de fonds et subventions représentent 78,34% des allocations budgétaires. Avec 6,66% et 6,34% respectivement, l'entretien et la réhabilitation des infrastructures et l'acquisition des médicaments et intrants occupent la deuxième et la troisième place. Les constructions qui représentent pourtant 14,5% du nombre total des projets ne mobilisent que 3,48% du budget global. L'acquisition du matériel médical et des consommables médicaux ne constitue que 1,11% des financements alors qu'il représente 12,71% des projets.

Au rang des allocations toutes inférieures à 1% du volume global du budget d'investissements publics affecté à la région durant la période d'étude, on compte celles relatives à l'information sanitaire (0,02%), l'approvisionnement en eau potable et assainissement (0,03%), à la communication (0,08%), à la fourniture de l'énergie électrique (0,08%), à la formation et au renforcement des capacités (0,11%), à l'élaboration des documents de politiques, normes et règlements (0,12%), au suivi à la supervision, aux audits, au contrôle et à la maîtrise d'œuvre (0,37%), aux études (0,37%) et à l'acquisition du matériel roulant (0,37%).

Tableau 3 : Typologie, quantité de projets et allocations du budget d'investissements publics en santé dans la Région du Centre entre 2013 et 2017 (en milliers)

	Niveau déconcentré				Niveau central				Total Région Centre			
	Nombre de projets	%	Montant alloué	%	Nombre de projets	%	Montant alloué	%	Nombre de projets	%	Montant alloué	%
Suivi, la supervision, les audits et contrôle	3	1,10	74 000	0,33	23	4,10	1494202	0,37	26	3,12	1 568 202	0,37
Communication	0	0	0	0,00	21	3,74	326154	0,08	21	2,52	326 154	0,08
Construction	88	32,23	4 436 101	19,81	33	5,88	10364500	2,57	121	14,51	14 800 601	3,48
Eau et assainissement	11	4,03	93 500	0,42	3	0,53	25500	0,01	14	1,68	119 000	0,03
Équipement	45	16,48	8 505 850	37,99	23	4,10	2080090	0,52	68	8,15	10 585 940	2,49
Études	0	0	0	0,00	37	6,60	1565000	0,39	37	4,44	1 565 000	0,37
Formation et le renforcement des capacités	0	0	0	0,00	23	4,10	487013	0,12	23	2,76	487 013	0,11
Fourniture en énergie électrique	9	3,30	111 000	0,50	8	1,43	230000	0,06	17	2,04	341 000	0,08
Information sanitaire	0	0,00	0	0,00	7	1,25	90800	0,02	7	0,84	90 800	0,02
Acquisition du matériel médical et des consommables médicaux	70	25,64	1 295 000	5,78	36	6,42	3406000	0,85	106	12,71	4 701 000	1,11
Acquisition du matériel roulant	0	0,00	0	0,00	15	2,67	1670184	0,41	15	1,80	1 670 184	0,39
Acquisition des médicaments et intrants	0	0,00	0	0,00	52	9,27	26960979	6,70	52	6,24	26 960 979	6,34
Élaboration des documents de politiques, normes et règlements	0	0,00	0	0,00	24	4,28	530000	0,13	24	2,88	530 000	0,12
Entretien et la réhabilitation des infrastructures	35	12,82	7 617 869	34,02	12	2,14	20680000	5,14	47	5,64	28 297 869	6,66
Transferts de fonds et les subventions	12	4,40	258 009	1,15	244	43,49	332671674	82,63	256	31	332 929 683	78,34
Total	273	100	22391329	100	561	100	402582096	100	834	100	424 973 425	100

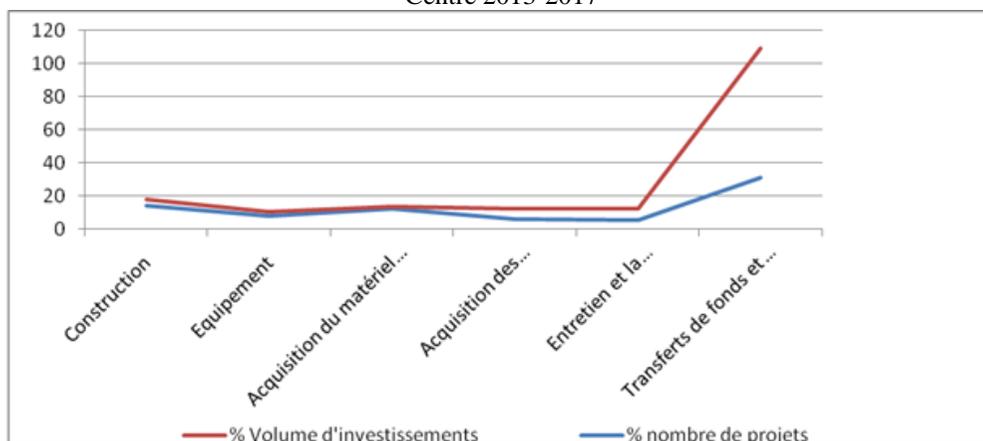
Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

De manière spécifique, on dénombre 561 projets qui ont été affectés au niveau central. Le montant cumulé des enveloppes y allouées s'élève à 402 582 096 000 soit un peu plus de 78% du montant global attribué au MINSANTE pour les investissements publics durant la période 2013-2017. 43,49% des projets logés au niveau central ont portés sur des transferts de fonds et des subventions. Le montant associé à ces transferts de fonds représentait 82,63% des allocations budgétaires faites à ce niveau.

Les acquisitions de médicaments et intrants et celles de matériel médical et de consommables médicaux représentent respectivement 9,27 et 6,42 % de l'effectif global des projets alloués au niveau central. Au rang des projets peu planifiés, on compte la fourniture de l'énergie électrique (1,43%), la collecte de l'information sanitaire (1,25%) et l'accès à l'eau et assainissement (0,53%).

En termes de volume financier, après les lignes budgétaires dédiées aux transferts de fonds, viennent les dépenses d'acquisition de médicaments et intrants (6,7% de l'enveloppe globale) et celles d'entretiens et de réhabilitation des infrastructures (5,14%). Les rubriques les moins financées sont celles liées à la communication (0,08%), à l'information sanitaire (0,02%) et à la fourniture de l'eau et assainissement (0,01%).

Figure 1 : Etat comparé du pourcentage du nombre de projets alloués par rubrique et pourcentage de volume de financement y afférent alloué au niveau Central dans la région du Centre 2013-2017

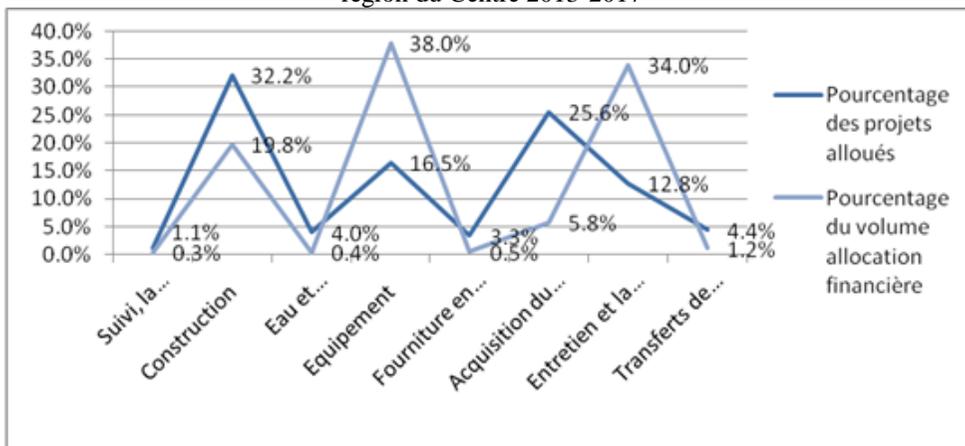


Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

Au niveau déconcentré, entre 2013 et 2017, 273 projets d'investissements publics du MINSANTE ont été correctement affectés sur le budget d'investissements publics dans la région du Centre. De l'analyse des journaux de projets, il ressort que les projets les plus nombreux sont ceux de construction (32.2%), d'acquisition de matériels et de consommables médicaux (25,6%), d'équipements (16,6%) et d'entretien et réhabilitation des infrastructures (12,8%). Les projets les moins nombreux sont ceux qui portent

sur la fourniture de l'eau et l'assainissement (4%), la fourniture en énergie électrique (3,3%) et le suivi, la supervision, les audits, la maîtrise d'œuvre et le contrôle⁷ (1,1%).

Figure 2 : État comparé pourcentage du nombre de projets alloués par rubrique et pourcentage de volume de financement y afférent alloué au niveau déconcentré dans la région du Centre 2013-2017



Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

De l'analyse des volumes financiers, il ressort qu'au niveau déconcentré, les projets qui reçoivent le plus de financement portent sur l'équipement (38% de l'enveloppe budgétaire), l'entretien et la réhabilitation des infrastructures (34%) et la construction des infrastructures de santé (19,8%). Au rang des projets les moins financés, on enregistre la fourniture en énergie électrique (0,5%), l'accès à l'eau et l'assainissement (0,4%) et le suivi, la supervision, les audits, la maîtrise d'œuvre et le contrôle (0,3%).

Une approche désagrégée par année montre que 2017 aura été une année charnière. En effet, au courant des années précédentes, le nombre le plus important des projets et les volumes de financements y afférents étaient consacrés aux constructions. En 2017, avec les réalisations effectuées dans le cadre du plan d'urgence triennal (PLANUT)⁸, la tendance a évolué et un accent particulier a été mis sur l'équipement et la réhabilitation des infrastructures.

⁷ Au niveau déconcentré, cette rubrique porte principalement sur la maîtrise d'œuvre.

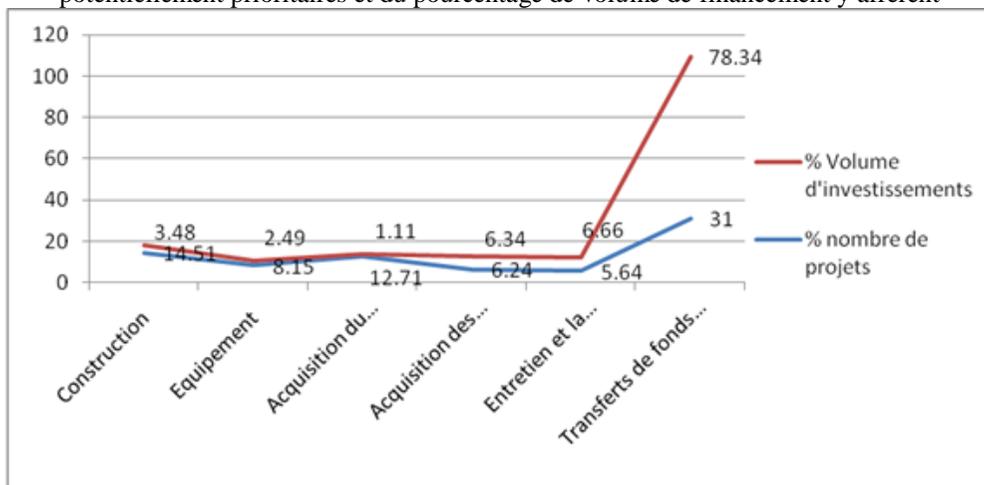
⁸ Le Plan d'urgence triennal 2015-2017 pour l'accélération de la croissance économique (PLANUT) est un vaste programme d'investissements qui vise à accélérer la mise en œuvre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE). Il a pour finalité, le renforcement des performances de l'économie nationale et l'amélioration des conditions de vie des populations camerounaises. Il se décline en un programme triennal d'investissements dans les secteurs tels que l'aménagement urbain, l'habitat, la santé, l'agriculture, l'élevage, les infrastructures routières, l'eau, l'énergie et la sécurité.

L'examen des données tirées des journaux de projets de 2013 à 2017, montre que pour l'ensemble des 834 correctement planifiés au bénéfice de la région, en dehors des lignes budgétaires portant sur des transferts de fonds et subventions qui occupent une place prépondérante (31% de l'effectif global des projets), un accent est mis sur les dépenses jugées prioritaires : constructions d'infrastructures sanitaires (14,51%), acquisition du matériel médical et des consommables médicaux (12,71%), équipement des formations sanitaires (8,15%), acquisition des médicaments et intrants (6,24%) et entretien et la réhabilitation des infrastructures et des équipements (5,64%). Ces données démontrent une certaine cohérence en matière de planification qui laisse croire que les projets d'investissement publics planifiés pourraient contribuer à améliorer l'accès aux soins et services de santé des populations de la région.

Toutefois, les volumes financiers associés à chaque type de dépenses révèlent une extrême domination des lignes budgétaires dédiées aux transferts de fonds (78%). Cette prépondérance laisse peu de ressources pour les ressources allouées aux autres projets. Les constructions qui bénéficient de 14,51% de l'effectif global des projets ne disposent que de 3,48% du financement global disponible. L'acquisition du matériel médical et des consommables médicaux qui enregistraient pourtant 12,71% de l'effectif des projets ne bénéficient plus que 1,11% de financements.

Dans le même sillage, les dépenses d'équipements ne portent plus que sur 2,49% du volume budgétaire alors qu'elles représentaient 8,15% du nombre de projets.

Figure 3 : État comparé du pourcentage du nombre de projets alloués par rubriques potentiellement prioritaires et du pourcentage de volume de financement y afférent



Source : Synthèse des journaux des projets 2013-2017

L'analyse des données financières met en évidence une allocation insuffisante de ressources aux dépenses susceptibles de favoriser l'accès aux soins et service de santé des populations. Si en termes de planification des projets, ces dernières représentent 47,25% de l'effectif global des projets, seulement 20,08% des ressources financières disponibles y sont consacrées. Cela traduit une dichotomie entre la volonté affichée à travers le nombre de projets planifiés et les moyens alloués à leurs réalisations.

Conclusion

L'objectif de cette réflexion était de savoir si la structure des dépenses planifiées sur le budget d'investissements publics de santé est de nature à favoriser positivement l'accès aux soins et services de santé des populations de la région du Centre.

Il ressort des données tirées des journaux de projets de 2013 à 2017 que le budget d'investissements publics en santé s'articule autour de plusieurs types de dépenses. Au niveau Central l'éventail de ces dépenses est plus large tandis qu'il est plus réduit au niveau déconcentré. Durant la période d'étude, 834 projets d'investissements publics ont été correctement inscrits au bénéfice de la région du Centre pour le compte du MINSANTE. Le montant alloué à l'ensemble de ses dépenses d'investissements publics de santé était de 424 973 425 000 francs CFA dont 94,73% (402 582 096 000 francs CFA) géré par des structures relevant du niveau central ou assimilées tandis que seulement 5,26% (22 391 329 000 francs CFA) affecté au niveau déconcentré. On observe par conséquent une très grande disparité au profit du niveau central non seulement, mais également entre les 10 régions du pays. En effet, tandis que le niveau déconcentré de la région du Centre s'en sort avec une allocation réelle de 4,54% du volume d'investissements publics global de santé du pays, celles de l'Adamaoua dispose de 1,06 %, celle du Nord-Ouest 1,13 % et celle du Sud-ouest 1,21 %. D'une manière générale, les investissements publics de santé reste largement en deçà des besoins.

Afin d'inverser favorablement la dynamique d'accès aux soins des populations dans la région, il est impératif de traduire dans les faits les politiques et lois qui consacrent la décentralisation. Cela permettra de réduire la sur-dotation budgétaire du niveau central d'une part et d'autre part de s'assurer que les investissements planifiés cadrent au mieux avec le contexte, les besoins et les aspirations des populations locales. En effet dans le sillage de François (2010). La mise en place effective de la décentralisation devrait permettre de prendre en compte l'approche cognitive dans la planification des investissements publics. Cette approche sous-entend que le détenteur d'enjeux en matière d'attribution budgétaire peut être confronté à un déficit d'informations sur les besoins en termes d'investissements pertinents à mettre en œuvre dans une localité. Pour faire face à la situation, il devrait

normalement s'appuyer sur les services déconcentrés des ministères ou sur les collectivités territoriales décentralisées, qui sont supposés avoir une meilleure information concernant les besoins en investissements publics.

Par ailleurs, le gouvernement devrait investir stratégiquement de manière :

- à accroître le nombre de formations sanitaires dans la région notamment dans les zones rurales: le but étant d'améliorer le maillage territorial de la région en formations sanitaires d'une part, et d'autre part de réduire la distance que devrait parcourir les patients pour accéder à un centre de santé ;
- à renforcer les plateaux techniques et les équipements des formations sanitaires de manière à améliorer leur capacité opérationnelle et technique afin qu'elles puissent prodiguer des soins et services de santé en quantité et de qualité ;
- à optimiser l'utilisation des ressources humaines afin de combler « vides » observés en milieu rural.

L'Etat devrait par conséquent investir prioritairement dans des constructions d'infrastructures sanitaires, l'entretien et la réhabilitation des infrastructures et des équipements, l'équipement des formations sanitaires et l'élaboration et la mise en place de politique efficace de gestion des ressources humaines

Lorsque l'on s'intéresse à la typologie des projets financés sur le budget d'investissements publics de santé au sein de la région, les effectifs planifiés laissent croire qu'un accent est mis sur des projets pouvant contribuer à améliorer l'offre de soins et services de santé au sein de la région du centre : constructions d'infrastructures sanitaires (14,51%), acquisition du matériel médical et des consommables médicaux (12,71%), équipement des formations sanitaires (8,15%), acquisition des médicaments et intrants (6,24%) et entretien et la réhabilitation des infrastructures et des équipements (5,64%). Toutefois, lorsque l'on considère les volumes financiers associés à la mise en œuvre des projets jugés prioritaires, ceux-ci ne représentent que 20,08% des ressources financières disponibles. Ces derniers restent largement suffisants et ne sauraient inverser significativement la courbe en faveur de l'accès aux soins et services de santé.

Les données traitées dans cet article présentent tout de même une limite. Elles se focalisent principalement sur les projets planifiés sur le budget d'investissements publics. Il serait judicieux d'évaluer le niveau de réalisation des projets planifiés et leur qualité, afin de mesurer leur impact réel sur l'accès aux soins et services de santé dans la région. Malheureusement les données en lien avec leur exécution n'ont pas été accessibles et ne sont pas mesurables avec précision.

References :

1. Banque Mondiale. (2018). Cameroun revue des dépenses publiques aligner les dépenses publiques aux objectifs de la vision 2035, 162 pages
2. Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population du Cameroun, « Rapport de présentation des résultats définitifs », sur www.statistics-cameroon.org, avril 2010
3. FMI. (2015). Making public investment more efficient. Washington, DC: International Monetary Fund.
4. François, A. (2010). Économie politique d'un plan de relance macroéconomique : Une note sur les déterminants de la répartition spatiale des investissements publics du plan français de 2009. *Revue économique*, vol. 61(4), 783-792.
5. Hugue Nkoutchou. (2018). Rapport sur le budget 2019 au Cameroun, Yaoundé, Nkafu Policy Institute, Mars 2018, 24 pages
6. INS. (2010). 2^{ème} enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2), Volet Santé.
7. MINEPAT. (2013). Journal des projets République du Cameroun 2013
8. MINEPAT. (2014). Journal des projets République du Cameroun 2014
9. MINEPAT. (2015). Journal des projets République du Cameroun 2015
10. MINEPAT. (2016). Journal des projets République du Cameroun 2016
11. MINEPAT. (2017). Journal des projets République du Cameroun 2017
12. MINEPAT. (2019), (In)efficacité de la programmation budgétaire au Cameroun, volume 1 : le cas du budget d'investissement public (BIP), ou la question que l'on ne veut pas se poser : tous les services publics ont-ils vocation à investir dans les infrastructures ? Yaoundé, CAMERCAP-PARC, Septembre 2019. 81 pages
13. MINSANTE. (2016). Carte sanitaire du Cameroun 2016
14. MINSANTE. (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020
15. MINSANTE. (2016). Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun
16. MINSANTE. (2017). Rapport 2017 de suivi des 100 indicateurs clés de Santé de la République du Cameroun. Yaoundé
17. Schiavo-Campo, S. and Tommasi, D., (1999) « The programming of public investment and the management of external assistance », in S. Schiavo-Campo and D. Tommasi (eds.) *Managing Government Expenditures*. Manila: Asian Development Bank.