

La Transformation des Politiques Publiques de la Santé au Cameroun

Martin Raymond Willy MBOG IBOCK¹

Résumé

Clé de légitimation du pouvoir en place, la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun constitue une modalité pratique par laquelle le gouvernement entend veiller à ce que tous les individus puissent avoir accès aux services de santé. Cette recherche ambitionne de faire ressortir les voies empruntées par la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. Un tel objectif, invite à une problématisation du cheminement politique emprunté dans la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. Mieux encore, comment rendre compte du cheminement politique emprunté dans la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun ? Cette question se justifie par le fait qu'elle permet d'interroger plus globalement les itinéraires de la santé en tant que programme d'action publique. Afin de donner corps à cette interrogation, l'on pose les jalons d'une approche empirique qui mobilise les données qualitatives que quantitatives. En recourant l'approche pragmatique de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun, l'on démontre que la transformation des politiques publiques de la santé constitue un *policy process* permettant d'expliquer la trajectoire décisionnelle.

Mots-clés: *action publique; cameroun; cheminement; santé; transformation des politiques publiques.*

 DOI: <https://doi.org/10.21747/21846251/jour2a4>

¹ Université de Douala (Cameroun).

*«Il convient de lutter en faveur d'une couverture sanitaire toujours plus effective, toujours plus efficace. Les infrastructures dans ce domaine doivent servir les couches les plus défavorisées, les plus faibles économiquement»
(Agenda de transformation des politiques publiques de la santé, 2018 : 1).*

Fixant le cadre général de l'action de l'État dans le domaine de la santé, ces propos de Paul Biya, Chef de l'État camerounais, visent l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population. C'est donc dire qu'à la bourse des valeurs des priorités du gouvernement, la santé est affectée au coefficient élevé des préoccupations publiques. Elle domine les programmes d'action gouvernementale et quadrille de ses ramifications l'espace social, à travers l'alerte de l'Organisation de Mondiale de la Santé (OMS) qui régulièrement attire l'attention du gouvernement sur la responsabilité de la santé qui lui encombre envers son peuple ; Et il ne peut y faire face qu'en prenant qu'en métamorphosant le paysage des mesures sanitaires et sociales appropriées. Alors, sous quels auspices nouveaux se présente désormais le paysage de la santé au Cameroun ? Telle est la question de recherche à l'origine de cette réflexion. *A priori*, la question semble légitime et elle paraît engager une série d'interrogations stimulantes autour de l'analyse du procédé, ou encore de la prise en compte de l'analyse de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. Enjeu incontournable de l'action publique (Ph. Bezes & A Siné, 2011 : 20), la redécouverte du nouveau visage et paysage de la santé au Cameroun ne se marchande pas et constitue le point de départ de sa relecture ; elle conduit inévitablement à une interrogation nouvelle sur le cycle rationnel de la transformation des politiques publiques de la santé rendant plus urgent un approfondissement de l'action publique (J. Commaille & B. Jobert, 1998 : 11-32).



Si l'on prête attention à la santé au Cameroun, l'on a l'impression d'une évolution, une sorte de montée en importance. Cependant, cette situation ne semble pas linéaire. Cela doit beaucoup à une certaine évolution de la problématique de la santé dans la société en général, et dans le bien être en particulier. Une juxtaposition de la politique de santé et du bien-être des populations donne sens à l'idée d'une perception particulière de la santé ; mais également de l'État dans son intervention sectorielle dans le cadre des politiques publiques de santé. Parce que tous les secteurs ne se valent pas de la même manière tous les acteurs sociaux (L. Sindjoun, 1996 : 57-67) ne se valent pas. D'ailleurs, la classification jadis rendue célèbre par Jean-François Bayart ne loge-t-elle pas la santé parmi les « cadets sociaux » (F. Bayart, 1989 : 34) ? L'on posera un regard panoramique sur les politiques publiques de la santé au Cameroun, dans leur généralité, afin d'analyser de l'intervention de l'État (O. Legros, 2010 : 73-78). Ce faisant, l'on ne fera pas une sociologie aigüe de cette transformation des politiques publiques. En effet, les problèmes de santé du Cameroun, liés en grande partie aux conditions de vie, montrent qu'il est nécessaire que la politique de santé devienne une priorité nationale. Cette évolution se fait progressivement et en fonction des spécificités socioculturelles du pays. Le secteur de la santé s'arrime à la vision stratégique qu'offre la perspective gouvernementale de la santé. Connaître davantage ce champ et mettre en pratique les actions qui le sous-tendent, est un pas significatif pour l'amélioration de l'état de santé des populations camerounaises et de leurs conditions de vie. Au fait, cette évolution se heurte à deux principales incommodités. La première incommodité dont souffre le système de santé au Cameroun est lié aux pratiques hospitalières et institutionnelles dans le système de santé conduisant à un déphasage entre l'offre et la demande dans le traitement des patients (P. Pouhè Nkoma, 2015 : 3). Le plus souvent, cela occasionne le recours aux phénomènes du médicament de la rue (Van der Geest, 1987 : 33) ou encore à la « pharmaceuticalisation » de la santé (S. Van der Geest, 2017 : 4 ; J. Abraham, 2010 : 603–622). En effet, la mauvaise opinion couplée à

un marketing social inexistant, renforce le désenchantement des malades vis-à-vis du corps médical et de l'institution qu'il incarne. Dans un tel environnement, l'autonomisation de l'individu en santé constitue la norme et l'autodiagnostic devient un préalable pour le recours aux soins. Il serait donc nécessaire de repenser les pratiques hospitalières et institutionnelles dans la santé (P. Pouhè Nkom : 31). La seconde incommodité réside dans le financement des soins de santé au Cameroun (Beyeme Ondoua, 2002 : 62). En raison de sérieuses difficultés financières, la santé connaît des dysfonctionnements et des incohérences liés aux faiblesses institutionnelles entraînant ainsi de nombreuses conséquences : une grande partie de la population n'a pas accès au système de soins par manque de moyens (Onguene Onana, 2004 : 38-72 ; S. Nkwenkeu, 2014 : 489) et se tourne vers les guérisseurs traditionnels et les sorciers ; la pénurie des médicaments et des consommables dans les établissements publics ; la corruption (Beyeme Ondoua : 62). En plus de cela, s'ajoutent le mauvais accueil et l'inhumanisation des soins dans les hôpitaux déteints sur l'image de marque de la santé au Cameroun (Habiba Garga & Ongolo-Zogo, 2017 ; C. Foé Ndi, 2019 : 448).

Étant au cœur de l'actualité et occupe une grande place dans les recherches en science politique, elle intéresse les travaux de Jean François Bayart (2001 : 6). À l'aune de sa réflexion, il fait le constat suivant lequel le processus de décentralisation du système de santé au Cameroun pose un problème particulier. En ce sens qu'il ne s'agit pas de faire le bilan d'une réforme déjà réalisée mais d'étudier, à un moment donné, la dynamique d'une réforme en cours de gestation, et qui ne sera peut-être jamais achevée. Vraisemblablement d'ailleurs, l'élaboration législative et réglementaire est en cours et les textes d'application ne sont pas encore rendus tous disponibles. Sur la base de ce constat, loin de faire un bilan d'une réforme, il entend étudier rendre compte de sa dynamique. Partant de là, il met en exergue l'épineuse question du financement de la santé. En développant son analyse, l'auteur parvient à deux résultats. Le premier résultat tient au fait que la réforme est articulée autour de la décentralisation et les ressources

humaines (qui s'appuient sur un ensemble de pratiques esquisser à partir de directives et d'initiatives non coordonnées, sans s'appuyer toujours sur une base juridique précise). Le second résultat obéit à la crise du système de santé au Cameroun. Elle est structurée par la balkanisation des aides internationales qui se partagent le territoire. En effet, les bailleurs de fonds ont déjà lancé, à l'intérieur des régions qu'ils se sont réparties, chacun de leur côté et sans coordination, des projets qui vont dans le sens de la décentralisation. Il en résulte une situation dont il est impossible de faire le point exact. Il n'en reste pas moins que se développe une dynamique de réforme qui fait de la décentralisation son principe directeur, et dont il est intéressant de mettre à jour la logique. Plus tard, on pourra se nourrir des travaux académiques de Jean Paul Beyeme Ondoua (: 61-62). Il se donne plus précisément pour objectif de présenter un tableau des « *forces politiques au Cameroun réunifié* » c'est-à-dire dans l'État en sa forme fédérale issue de la restauration en 1961 de l'unité des deux entités précédemment sous administration britannique et française respectives. Par ces termes, l'auteur entend toutefois dépasser une analyse purement institutionnelle. Il vise à « *décrire des faits et les relations qui les unissent* ». Eu égard au propos qui sera le nôtre, la réflexion de Beyeme Ondoua (2004 : 39) ne nous intéresse directement qu'en son cadre d'analyse. L'auteur se livre tour à tour à une étude de la turbulence de l'environnement et les mutations successives auquel fait face le système de santé. Pour analyser un système de santé, il faut faire un rapprochement des données sur l'état de santé de la population, du niveau de distribution de certains déterminants socio-économiques (PIB et PIB/habitant, revenu par habitant, taux de scolarisation, proportion de personnes pauvres), comportementaux, liés au système de soins (dépense de santé/PIB et/habitant, densité des médecins). Plutôt que de s'arrêter à la question de la validité du transfert de l'appareil théorique entre le Nord et le Sud, l'enjeu scientifique est, à partir d'études de cas du continent africain, de démontrer l'intérêt pour la sous-discipline de travailler sur des situations inédites : d'une part, il questionne la validité scientifique et

prétendument universelle des résultats accumulés au Nord et, d'autre part, il enrichit l'analyse des politiques publiques à travers des configurations d'action publique dans des situations et trajectoires nouvelles. Que dire des travaux d'Albert Ze (2020 : 300). Il part du postulat que, depuis les années 1990, on observe un engouement sur le continent africain qui se traduit notamment par la multiplication des études empiriques sectorielles et de programmes de recherche spécifiques. Il est sans doute juste et vrai que les cadres d'analyse se sont construits autour d'expériences sectorielles nord-américaines et européennes et, de même, les capacités institutionnelles et sociales sont parfois si faibles sur le continent que la notion d'État y est elle-même discutée. Tout au long de sa réflexion, il tente de déceler les insuffisances du système de santé camerounais et propose des solutions pour sa restructuration. On doit en revanche reconnaître à Albert Ze le mérite de proposer des solutions à travers un système d'humanisation des soins, des ressources humaines qualifiées et motivées et offrir les soins de qualité aux prix accessibles à tous les camerounais. Peut-on s'inspirer de la contribution de F. Eboko (2015 : 1-40) pour prendre une certaine distance par rapport à un tel schème explicatif ? Il met en lumière les récurrences qui structurent une relative standardisation des acteurs de l'action publique en Afrique contemporaine. Pour l'essentiel, il fait ressortir la configuration qui existe entre les acteurs (internationaux, nationaux, publics, privés, associatifs, etc.) et les institutions, présentées sous formes « d'agences ». Il fonde ses analyses sur l'hypothèse que l'édification d'« une matrice de l'action publique en Afrique » dont la dynamique et les résultats attendus ou prescrits sont différents d'un secteur à l'autre. On le voit bien, les objets de recherche ou les questionnements proposés ci-dessus sont largement sécants avec ceux de l'analyse de la construction et du traitement de la santé. D'autant plus que le péché de l'ensemble de ces travaux est de ne pas s'intéresser qu'au système santé globale ou sanitaire.

Lorsqu'on veut parler de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun, il convient d'abord essayer de cerner précisément

ce qu'est la « transformation des politiques publiques » et ce qu'est la « santé ». Le mot « transformation des politiques publiques » est l'un des termes les plus usités du vocabulaire de la science politique. Cette notion forte, par sa dimension transculturelle et parce qu'elle touche au fondement même de la vie des êtres humains en société, a donné matière à de nombreux écrits et réflexions ; il n'en demeure pas moins qu'aucun texte adopté au niveau mondial par des responsables politiques n'était venu jusqu'alors en cerner les contours ou en préciser la portée. Sans doute la notion est gelée en quelque sorte par l'opposition entre transformation des politiques publiques, et changement qui avait cours. La difficulté vient pour l'essentiel de la graphie du terme « transformation des politiques publiques » et des multiples disciplines qui constituent son cadre de développement. La logique suivie consiste premièrement à comprendre le phénomène de « transformation des politiques publiques ». Cette compréhension passe par la définition du terme. Qu'est-ce qu'une « transformation des politiques publiques » ? Selon Hall (1993 : 275-296) le terme « transformation des politiques publiques » est perçue comme des processus (Ph. Bezes & B. Palier, 2018 : 1083-1112) qui ajustent la politique publique sans provoquer des limites globales d'un paradigme donné, le changement de troisième ordre, en revanche, est susceptible de refléter un processus différent, marqué par des changements radicaux dans les termes récurrents du discours de la politique, ce qui est lié à un « décalage de paradigme ». Concept synthétique par excellence, la transformation des politiques publiques fédère trois dimensions consubstantielles : la dimension cognitive ; la dimension normative et la dimension symbolique. Dans la dimension cognitiviste à l'instar de T.M. Hacker (1985 : 63-84) montre en particulier que le terme « transformation des politiques publiques » correspond à une phase au cours de laquelle aucun nouveau programme n'est introduit, alors même que le contexte social s'est transformé, traduisant par-là même une inadaptation des politiques publiques au nouveau contexte. De ce fait, elle se réfère à un contexte

dans lequel il est possible d'introduire de nouvelles règles formelles, mais difficile de réformer celles existantes. La dimension normative non plus sous l'angle de l'activité mais de processus. À l'instar de ces auteurs, Hernandez (2001), en définissant la transformation des politiques publiques comme un processus complexe explicite les attributs de l'entrepreneuriat. Dans cette conception symbolique, l'attribut de processus concerne l'importance accordée au temps et au caractère organisé des phénomènes en jeu.

Après avoir levé le voile sur le terme de « transformation des politiques publiques », l'on peut alors tenter de comprendre ce que renferme le concept de « santé » (M. Aquilino, & D. Tabuteau, 2015), en dépit de son caractère complexe, à partir d'un ensemble d'approches développées : l'approche déterministe qui considère le développement comme un phénomène social total (G. Gurvitch, 2007 : 168) ; l'approche ethnométhodologique qui met l'accent sur la prise en compte du contexte social dans l'analyse des faits humains (H. Garfinkel, 2002 : 320) ; Le courant actionniste qui sans nier que l'individu est « noyé » dans le système social (E. Goffman, 1974 : 23) ; le considère comme un acteur capable de tenir compte de ses intentions et de prendre une marge de manœuvre d'où le jeu relationnel entre « l'acteur et le système social » (M. Crozier & E. Friedberg, 2014 : 512). Cette brève excursion dans la jungle buissonnante des lots et de leurs significations augure l'extrême difficulté qu'éprouve à définir la transformation des politiques publiques politique de la santé. En associant les vocables « *transformation des politiques publiques* » et « *santé* », on parvient à la définition suivante : la transformation des politiques publiques de la santé désigne un programme d'action publique (P. Lascoumes & P. Legales, 2004 : 10 ; P. Hassenteufel, 2008 : 24) qui permet de faire concorder à l'état actuel des relations internationales en tant que logiciel d'avec l'État avec l'environnement mondial dans le but de parvenir à une meilleure compréhension et surveillance de l'évolution du système-monde.

Cette contribution vise donc à faire ressortir les voies empruntées par la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. Il examine la pratique politique (Cl. Abé, 2006 : 29-56) observée dans la trajectoire de en cette transformation des politiques publiques lisant le politique à partir des politiques publiques. Mettre en perspective cette réflexion, invite à une problématisation du cheminement de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. On peut la traduire comme la manière interrogative comme suit : comment retracer le processus de transformation des politiques publiques de la santé publique au Cameroun ? Cette question se justifie par le fait qu'il permet d'interroger plus globalement les itinéraires de la santé. Deux questions surgissent dès lors qu'on s'attarde sur cette question centrale, à savoir : comment s'effectue l'énonciation de l'idée de la transformation des politiques publiques de la santé dans le paysage de la modification des données des relations internationales ? Et comment se concrétise-t-elle l'idée de la transformation des politiques publiques de santé ?

Le cadre méthodologique s'ordonne autour des approches qualitative et quantitative. Tout d'abord, la technique quantitative privilégie l'analyse documentaire, qui permet de collecter des informations (J. Ibert, Ph. Baumard, C. Donada & J.-M. Xuereb, 2003 : 224-256) utiles à la compréhension des dispositifs de pratiques. On s'est concentré sur des données provenant de la revue documentaire et des données secondaires. S'agissant de la revue documentaire, elle est essentiellement constituée des comptes rendus de réunion, des stratégies sectorielles de santé, des plans et programmes de santé y compris des circulaires ministérielles. Cette documentation provient pour l'essentiel de la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, de la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies, de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires et de la Direction de la Promotion de la Santé. En mobilisant ces données documentaires, il est question de découvrir les mécanismes de la transformation des politiques publiques de la santé. La

présente étude combine aussi une analyse quantitative avec des entretiens semi-structurés réalisée auprès de l'administration centrale du Ministère de la Santé. L'on a réalisé un entretien avec le directeur de la Direction de la Promotion de la Santé. Il était question d'être renseigné sur la pratique politique de la transformation des politiques publiques de la santé. Avec le Directeur, on attend être éclairer sur le schéma de la prise de décision au sujet de la transformation des politiques publiques de la santé. Par la suite, on a associé les services déconcentrés en y incluant une sélection d'hôpitaux afin d'illustrer la manière dont la transformation des politiques publiques de la santé st opérationnalisée, et de remédier à la tendance problématique des études existantes sur la politique de santé dévolue. Entre mai 2021 et juillet 2022, on a mené des entretiens semi-structurés auprès de quelques hôpitaux urbains (obstétriques, centraux et généraux de Douala, Yaoundé et Bafoussam) et ruraux (les Centres Médicaux d'Arrondissement de Mbanga, Dibombari, Pouma, de Babadjou, de Tyo Baleng et de Rabingha). Il était de s'imprégner de l'univers de la santé avec ses errements. L'on a interviewé deux catégories d'acteurs. La première catégorie d'acteurs est constituée de nombreux employés (soit 46 préposés aux bénéficiaires et à l'entretien ménager). La seconde catégorie est constituée par les professionnels (35 médecins, 100 infirmières et 55 ergothérapeutes). Tous ces données collectées sont analysées à partir d'une analyse descriptive du cycle renseignant sur les différentes étapes du cycle de la transformation des politiques publiques de la santé (S.Jacob & Ch. Rothmayr : 71-88).

Le schéma de démonstration repose sur l'approche pragmatique (Ph. Zittoun, 2019 : 74-81). Cette approche repose sur la possibilité de procéder, via un fort de connaissance, à une objectivation du processus de fabrique de la transformation des politiques publiques de la santé. Elle se propose de l'expliquer en mettant en place relève une démarche d'enquête. En d'autres, termes, elle tend à rendre compte de l'explicitation des étapes suivis ou des processus politiques de la transformation des politiques publiques politique de la santé observés auxquels se greffent des apprentissages permettant

de démystifier l'intervention politique à partir des « arts de faire » (M. Certeau, 1990 : 10) et de « manières de faire » nécessairement empirique (J. Baudouin, 2017 : 124). S'appuyant sur une telle perspective théorique, l'on démontre que la transformation des politiques publiques politique de la santé publique au Cameroun en tant que viatique se veut être un traceur (P. Knoepfel & al., 2016 : 124-128) de l'action publique enfermée dans des processus politiques.

Pour vérifier cette hypothèse et mener à bien ce type d'analyse, orientée vers l'étude de situations concrètes, il apparaît logique d'évoquer dans un premier temps, l'émergence de la transformation des politiques publiques de la santé à travers la fabrique de son l'idée et de sa mise en agenda. Et dans un second temps, l'on parle de la mise en œuvre, tout en s'intéressant à la fois à sa coordination et à sa mise en cohérence.

1. De l'émergence de la transformation des politiques publiques de la santé

D'entrée de jeu, on ne saurait nier que l'émergence de la transformation des politiques publiques de la santé constitue une « entrée » privilégiée pour analyser le cheminement de son élaboration. En leur accordant en effet une grande attention dans le cheminement de son élaboration, elle constitue une activité politique nécessaire qui enchante le monde en repérant les problèmes de santé que le pouvoir en place peut ou pas décider (Th. Dye, 1972 : 23).

Pour mener à bien l'analyse, l'on sera attentif à la fabrique de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé qui est perceptible au travers de la coordination co-construite par un schéma d'acteurs et la médiatisation. Après quoi, il sera question de se livrer à l'analyse de la mise en agenda de l'idée de transformation des politiques publiques à partir des débats et des cadres de concertation et la formulation des débats.

1.1. La fabrique de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé

Lorsque l'on veut comprendre les processus qui conduisent à l'émergence et à la prise en compte de l'idée de santé au Cameroun, il est essentiel d'avoir en l'esprit qu'une politique n'est pas un processus de décision abstrait dont on pourrait saisir le sens en se limitant à identifier les déterminants structurels ou les contraintes (économiques ou historiques) qui pèsent sur elle.

Pour percer le mystère de la fabrique de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun, l'on sera d'abord être attentif à la coordination co-construite (M. Rival & Ig. Sémo, 2014 : 56) par un schéma d'acteurs. On s'attachera, ensuite, à analyser la mise en débat de la médiatisation (F. Balle, 2000 : 26).

1.1.1. La coordination co-construite par un schéma d'acteurs

Dans *La fabrique politique des politiques publiques*, Ph. Zittoun (2013 : 323) propose d'orienter le travail du chercheur dans le champ des politiques publiques « vers la reconstitution des scènes concrètes à travers l'action co-construite par des acteurs qui s'y investissent. Elle est déterminante. Quelle que soit la légitimité qui leur est reconnue, elle apparaît comme le déclencheur (L. Boltanski & L. Thévenot, 1991 : 16) permettant de susciter une reconnaissance en tant que problèmes publics. S'intéresser à la coordination co-construite par un schéma d'acteurs fabricants (V. Lemieux, 1995 : 7) de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun, c'est davantage construire le cadre interaction et les mobilisations stratégiques et pragmatiques (Ph. Zittoun, 2013 : 34) de ces derniers sur la base de leurs préférences. La démarche communautaire articulée autour de la coordination co-construite par un schéma d'acteurs sociaux (L. Sindjoun : 57), a permis d'identifier des acteurs impliqués (V. Massardier, 2003 : 45) dans la fabrique de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun. Ces acteurs aux intérêts

divergents (G. Massardier : 46), cherchent à faire prévaloir leurs intérêts et à consacrer leur domination. Ils entretiennent un rapport pouvant influencer cette dernière. De ce point de vue, la question fondamentale consiste à savoir qui sont-ils, et en quoi ils influencent l'idée de transformation des politiques publiques de la santé ? La réflexion sur les interactions entre les acteurs et leur mobilisation s'ordonnent autour d'une « adhésion active » (F. Eboko & al., 2009 : 12) c'est-à-dire une construction par le bas. Ils sont donc représentés en deux groupes d'acteurs identifiés en lien avec leur position (R. Zerbo, B. Koine, R. Drabo, Abdramone, A. Ouedraogo, J-B. Macq, J. Dujardin, B. Mugisho & E. Huygens, 2009 : 72-80) que sont : les acteurs essentiels et les acteurs résiduels.

Le premier groupe d'acteurs est constitué des acteurs concernés par les aspects biomédicaux de la maladie, à savoir : les « citoyens » publique (Bérard, 2013 : 23) et les professionnels de la santé. D'abord, les acteurs concernés par les aspects biomédicaux de la maladie sont constitués de deux groupes : les malades (usagers) et les professionnels de santé et du secteur médico-social (J. P. Beyeme Ondoua : 63). Les malades sont rencontrés dans les services de soins ou à leur domicile selon les cas. Ils ont été amenés à partager leurs expériences relatives avec l'accès aux soins publics de santé dans les hôpitaux publics. Le vécu de ces malades participe à la compréhension de la complexité des itinéraires thérapeutiques et à l'analyse critique du mécanisme d'offre de soins. Ils sont également des sources intéressantes pour documenter les épreuves endurées dans le cadre de la prise en charge publique de santé. Les notions telles que « la marginalisation sociale », « l'estime de soi », « l'observance », sont directement appréhendées à travers leurs expériences de la maladie. Ce rôle est fonction de leur capacité à porter sur la scène publique une question qui n'aurait pas reçu la même attention autrement (P. Hassenteufel, 2010 : 34; J. Kingdon, 1984 : 56). Par la suite, les prestataires de soins sont surtout concernés par les aspects biomédicaux de la maladie *a priori*, ou dans le vécu interactionnel du processus de traitement. Ils s'occupent du diagnos-

tic, du suivi d'observance, et de la réadaptation du traitement en cas de besoin. Non seulement, on s'interroge sur leurs pratiques, mais aussi leurs représentations des malades recourant à leurs services. Ils sont responsables de la prise en charge biomédicale et de la rigueur dans l'absorption des molécules nécessaires à la restauration de la santé du tuberculeux. Ils sont donc détenteurs d'enjeux en termes de qualité de soins et de recouvrement de la santé. Les agents de santé concernés ici sont les infirmiers Chef de Poste (ICP) au niveau des CSPS et l'infirmier responsable du centre de diagnostic et de traitement au niveau du district sanitaire. Ils entretiennent avec les malades une relation basée sur l'offre et la demande d'un service, où les interactions présentent des déficits de compréhension mutuelle autour de l'observance du traitement. On comprend d'autant plus pourquoi ils utilisent souvent des notions péjoratives telles « malades indisciplinés », « difficiles », ou « perdus de vue » pour décrire le comportement de certains malades et portent ainsi un jugement de valeur. Leurs expériences dans le suivi des malades sous traitement sont illustratives des difficultés et des efforts dans les succès thérapeutiques, et permettent d'appréhender la nature des interactions avec les malades, notamment les aspects d'échanges sur la maladie et les traitements de communication.

Le second groupe d'acteurs est constitué les acteurs concernés par l'intégration sociale de la « société civile » (E.-M. Owona Nguini, 1999 : 143-180) et les acteurs qui agissent sur les aspects organisationnels (N. Monteillet, 2005 : 262). La société civile met en valeur l'action des acteurs concernés par l'intégration sociale du malade. Le plus souvent, elle est constituée par des membres d'associations, des accompagnants des malades, des responsables coutumiers et des leaders d'opinion. Les membres d'associations communautaires sont engagés dans des œuvres de charité pour soutenir les personnes en difficulté. Au regard de la complexité de la gestion des pathologies de longue durée telles que la tuberculose et le Sida, les associations communautaires se présentent comme des alliées et confidentes des malades. Elles ont l'expérience empirique du tact qui satisfait mieux les

malades et soulage leurs soucis. Elles sont douées pour des approches de proximité qui favorisent un échange de confidences, la réduction de la stigmatisation et de l'exclusion sociale liées à la tuberculose. Ils sont rencontrés aux sièges des associations et souvent recommandés par les prestataires de soins qui leur réfèrent souvent des malades indigents ou en détresse. Les accompagnants des malades quant à eux sont des acteurs qui capitalisent les expériences d'aide à l'observance thérapeutique chez les malades chroniques. Par la suite, l'attention accordée aux tradithérapeutes participe de ce qu'ils souhaitent être reconnu comme associé ou collaborateur à la santé. D'autant plus que les patients y ont souvent recours pour répondre aux aspects surnaturels des causes attribuées à tort ou à raison (J.P. Beyeme Ondoua, p.63). Ils donnent une explication aux absences au traitement et aux refus de fréquenter les services de soins modernes par certains malades. Soulignons que leur contribution dans un processus de dynamisation du réseau d'acteurs répond au souci de prendre en compte le substrat culturel, et l'environnement social et l'impact psychologique de la maladie, ainsi que l'identification des modes de construction étiologiques et nosographiques des toux chroniques. Ils participent à la mise en évidence de connaissances ethnologiques et anthropologiques de la tuberculose. En réalité, les tradithérapeutes collaborent souvent avec les services de santé dans le cadre des programmes communautaires d'information et d'éducation dans le but de faciliter les références des tousseurs chroniques vers les services de soins (E. Mpondo Mpondo, 2012 : 4036-4045).

1.1.2. Le relais de l'idée de transformation des politiques publiques de la santé : la médiatisation

Aborder ce point de réflexion, c'est s'intéresser aux rôles des médias dans le façonnement des normes de la santé. Envisagé comme un ensemble d'habitudes apprises en réaction aux stimuli de l'environnement, elle autorise et favorise une mise en rapport autrement pensé à partir d'une sorte de ré-accomodation de la pratique sociale.

La prestation des soins et services est l'axe d'action le plus perceptible et le plus critiqué de notre système de santé. Elle est tributaire de l'institutionnalisation de la qualité, de la réforme hospitalière (Ministère de la santé du Cameroun, 12 mai 2016), de la carte sanitaire et de la lutte contre les pratiques illicites dans le secteur de la santé. La prestation de services de santé de qualité est essentielle pour instaurer la couverture santé universelle (CSU). La mesure et l'amélioration de l'accès ne sont pas suffisantes à elles seules pour garantir des soins de qualité aux populations et suivre les progrès vers la CSU. Bien qu'il s'agisse d'un chantier en cours, elle ne peut plus être conçue de façon isolée au vue de sa nécessaire intégration dans un processus global de transformation des politiques publiques du système de santé. La fenêtre d'opportunité politique actuelle oriente au-dessus de tout, vers une révision de la loi-cadre n°96/03 du 04 janvier 1996 dans le domaine de la santé. Avec le concours de tous les acteurs étatiques et non-étatiques, les organisations publiques et privées, cette révision courageuse ambitionne de révolutionner l'offre publique et privée de notre système de santé. Il convient de se demander comment les citoyens se sont-ils approprié les réseaux sociaux numériques pendant les scandales Tchatchou et Koumateke ? Et pourquoi sont-ils entrés dans la surface du jeu politique par les réseaux sociaux numériques ? Dans l'épreuve publique qu'ont constituée les scandales Tchatchou et Koumateke, les citoyens ont essentiellement réagi en protestant (F. Afom, 2019 : 222). La protestation renvoyait à un mécontentement contre l'incurie, l'absence d'empathie, le manque de transparence, la culture du secret, la rétention d'informations des dirigeants (F. Afom : 223). Cette litanie de griefs était fulminée contre ceux (le président Biya et les ministres de la Communication Issa Tchiroma Bakary et des Affaires sociales Catherine Bakang Mbock) qui devaient rapidement s'exprimer pour soutenir de « petites » gens comme Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke (Frank Afom : 224). C'est donc la gouvernance hospitalière et l'absence discursive des autorités gouvernementales qui sont

principalement dénoncées. Mais aussi la communication gouvernementale relative à ces scandales considérée comme non conforme à la vérité des drames qu'auraient vécus Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke. La protestation était d'autant plus légitimée que « [l]es gouvernants étant [souvent perçus comme des] gens du secret », « les [citoyens] sav[ai]ent [dès lors] que “des choses leurs [étaient] cachées” » (G. Balandier, 1985). C'est ce qui, dans le scandale Tchatchou, a donné corps à une théorie du complot accusant Catherine Bakang Mbock d'en être complice par son silence et ses positions ambiguës (F. Afom : 234).

Mais si l'expression de l'indignation dans les scandales Tchatchou et Koumateke s'est jouée sur plusieurs scènes, il faut, pourquoi la visibilité de la désapprobation publique s'est en partie construite à travers l'espace numérique, tenir compte de l'*ancrage situationnel* des collectifs d'indignation par rapport à l'espace public camerounais. Cela pour mettre en évidence à la fois la structure) post-autoritaire (E. Pommerolle, 2008 : 23) (de l'État et la conjoncture) celle de l'émergence des réseaux sociaux numériques qui, depuis la promulgation de la loi n° 2010/013 du 21 décembre 2010 régissant les communications électroniques, offre aux citoyens la possibilité de discuter à *leur manière* des affaires d'intérêt public et à l'occasion, de prendre ouvertement position contre les autorités publiques. L'exigence de concertation, non seulement entre producteurs et destinataires de politiques publiques, mais plus largement entre les divers acteurs sociaux impliqués dans la décision politique relève de ce que R. Mayntz (1997a : 272) qualifie avec une formule heureuse de «management de l'interdépendance».

1.2. La mise en agenda de la transformation des politiques publiques de la santé

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient d'explicitier le terme mise en agenda. Terme consacré en science politique notamment en politiques publiques, la mise à l'agenda (agenda setting) désigne le processus de prise en compte de problèmes publics. Elle est aussi appelée « inscription

sur l'agenda politique » (Ph. Garraud, 1990 : 32-38). Dans les écrits théoriques consultés, ce processus désigne une séquence au cours de laquelle un problème est jugé par les autorités publiques, et/ou par des individus extérieurs au gouvernement mais y étant associés (M. Howlett and M. Ramesh, 1993 : 3-24), comme relevant de l'attention des autorités publiques, soit de la responsabilité politique. Préalablement, l'apparition de transformation des politiques publiques politique de la santé à l'« agenda » politique est un moment crucial, car il s'agit d'une étape clé dans le processus de décision politique (J. Kingdon, p.174). Pour étudier la question de la mise en agenda de l'idée de la transformation des politiques publiques de la santé, une question nécessite d'être convoquer : Comment une question devient-elle un sujet de préoccupation politique ou un problème public ? Par un processus de mise en visibilité, plus ou moins publicisé ou discret, auquel une certaine diversité d'acteurs est susceptible de contribuer. Analyser cela permet de compléter du processus de publicisation de la transformation des politiques publiques.

Pour rendre compte de cela, le démarche du raisonnement oblige que l'on puisse mentionner, d'abord, *la sélection des problèmes* (P. Hassenteufel, 2010 : 50-58) duquel sera suivie la formalisation du débat.

1.2.1. Les référentiels de la transformation des politiques publiques de la santé : la sélection des problèmes

Aborder l'étude de la hiérarchie des priorités dans la santé au Cameroun suppose que, l'on parte du constat suivant : l'existence de nombreuses préoccupations pour en dégager une sélection ou un choix en fonction de la situation d'urgence qui prévaut dans cette contrée. Il est tout à fait logique que l'on interroge la sélection des problèmes publics qui retiennent l'attention du Gouvernement en l'état actuel. Comme le soulignent S. Hilgartner et Ch. Bosk (1988), les autorités publiques ne sauraient mettre sur agenda l'ensemble des problèmes car « l'attention publique est une ressource rare, dont l'allocation dépend de la compétition au sein d'un système d'arènes

publiques » (Ch. Bosk : 55). De ce fait, les « problèmes doivent lutter pour occuper un espace dans les arènes publiques. Cette compétition est permanente pour entrer et pour rester sur l'agenda public » (Charles Bosk : 70). Dès lors, quels sont les problèmes à résoudre dans la santé ?

On sait par ailleurs que depuis sa mise en œuvre en février 2020, les objectifs poursuivis par ce document phare porte des fruits qui participent à donner au système de santé camerounais un nouveau visage, celui que le Président de la République appelle de tous ses vœux : un système de santé publique capable d'assurer aux populations un accès aux soins et services de qualité et à moindre coût. Ceci passe inéluctablement par les six piliers qui sous-tendent l'Agenda de transformation des politiques publiques du système de santé à savoir, améliorer la qualité de l'accueil et des soins dans les formations sanitaires ; rendre pertinente la production et améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé ; renforcer le système d'information sanitaire ; rendre disponible les produits médicaux ; mobiliser les financements additionnels pour la santé et améliorer le leadership et la gouvernance. L'amélioration de l'accès à l'offre publique et privée des services et de soins de santé d'une part et la stimulation de la demande des soins de santé d'autre part. Pour cela, l'approche de district de santé viable a été adoptée. Par cette approche, le district de santé doit être capable d'identifier ses problèmes de santé, de les résoudre de manière satisfaisante, avec l'appui des structures d'orientation-recours du système national de santé. Pour favoriser l'offre de soins de santé, la carte sanitaire a été rationalisée de manière à recentrer la création des Districts de Santé, à maîtriser les constructions/réhabilitations des infrastructures, l'acquisition des équipements biomédicaux et assurer la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines ; l'accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels de qualité facilité ; le système d'assurance qualité sur les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels développé. La promulgation d'une loi fixant le cadre général de la couverture de la population en matière de

mutualisation du risque maladie ; l'existence d'au moins une mutuelle de santé dans chaque District de Santé; la couverture d'au moins 40% de la population générale par un système de partage du risque maladie ont été adoptés pour stimuler la demande des soins médicaux. Dans ces conditions, la réflexion devrait davantage être menée sur la réduction des inégalités sociales en santé (Rapport n° RM2011-061P, Mai 2011). Un système de suivi-évaluation intégré des performances du secteur a été développé et rendu fonctionnel. Il a permis de s'assurer de l'évolution du processus de viabilisation des districts de santé, avec la production conséquente des résultats de prestation des soins et services de santé de qualité à même de contribuer à l'atteinte des OMD ciblés (Agenda de transformation des politiques publiques du système de sante camerounais : le temps d'agir, 14). On doit, à ce stade, préciser que les droits et les obligations des malades ainsi que ceux de l'analyse établissements de santé devront être formalisés à travers une Charte du malade, pour créer une même interface juridique entre ces deux (02) groupes d'acteurs afin de normaliser de façon pérenne leur interaction. Le décroisement de l'offre publique et privée va nécessiter une atténuation de certaines dispositions rigides qui encadrent l'exercice des professions médicales et médico-sanitaires. En l'état actuel de cette législation, l'on ne saurait en aucun cas envisager une intégration efficace de l'offre et notamment une mobilité des compétences et des personnels de santé hautement qualifiés, ni même leur complémentarité souhaitée, entre les sous-secteurs publics et privés.

Poser la question de la modernisation de l'organisation et du management des formations sanitaires publiques, c'est étudier comment le personnel devrait désormais traiter le patient qui est au centre des préoccupations. Il va sans dire, que le personnel de santé retiendra toute mon attention, en ce qui concerne les conditions de travail et la reconnaissance administrative et socioéconomique. Il en va ainsi de l'inclusion de l'offre privée dans le service public hospitalier se fait, conformément à une catégorisation

générale des formations sanitaires qui tiendra compte des niveaux de référence. Dans cette optique, il convient de questionner les mécanismes de création et d'ouverture des formations sanitaires privées pour lever toutes les équivoques en actualisant les rôles des ordres professionnels et ceux de la tutelle. Pour la charge morbide, les actions ont été menées sur la lutte contre le VIH/SIDA (GTC/CNLS, Rapport annuel 2010 des activités du Programme national de lutte contre le Sida, MINSANTE et ONUSIDA, 2011 : 38) ; la lutte contre le paludisme et la tuberculose ; la lutte contre les maladies non transmissibles ; la lutte contre les maladies tropicales négligées ; la surveillance intégrée des maladies et réponse ; la gestion des catastrophes et autres événements de santé y compris ceux à portée internationale ; la santé de la personne âgée ainsi que la santé mentale et les comportements humains. La lutte contre le VIH/SIDA est basée sur une approche multisectorielle (GTC/CNLS, L'impact du VIH et du Sida au Cameroun à l'horizon 2020, GTC/CNLS, septembre 2020 : 42) avec des points focaux dans tous les secteurs d'activités tandis que la lutte contre le paludisme s'est faite par une large distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée, la gratuité des médicaments pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (GTC/CNLS, Rapport 2015. Estimations et projections sur le VIH et le Sida au Cameroun. Période : 2010-2020, MINSANTE et ONUSIDA, juillet 2015 : 59). La promotion de la santé est faite à travers la communication intégrée en faveur des programmes de santé ; et de la prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles. On peut alors soutenir que les interventions relatives à la classe santé, nutrition et environnement sont orientées pour optimiser la lutte contre la maladie, notamment en ce qui concerne l'hygiène du milieu et corporelle, la sécurité sanitaire des aliments (GTC/CNLS, Rapport annuel 2012 des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST au Cameroun, MINSANTE, Mars 2013). Cela abouti, par exemple, à l'iodation des sels dans le cadre de la lutte contre le goitre dans les régions endémiques.

1.2.2. La formalisation du débat : la prise de décision

S'intéresser à la décision, c'est vouloir percer le mystère de l'activité politique, dévoiler au grand jour les mécanismes de l'action de l'État. Charlotte Halpern, 2010 : 201-210). La recherche gouvernementale du bien-être des populations est déterminée les délibérations des pouvoirs publics sur la base de la prise de décision (Perreau & Cefaï, 2012 : 466). Étudier la formalisation du débat, c'est percer le mystère de l'activité politique. Il est précieux de garder à l'esprit que la formalisation du débat, c'est-à-dire à lui donner une existence concrète, soit sous forme de loi ou de décret ou de circulaire, soit sous forme de contrat, quand la réforme peut se mettre en œuvre entre des partenaires sociaux, hors du champ de l'État, au nom du paritarisme, et à condition que le dit État veuille bien rester à sa place.

Après avoir évoqué l'émergence de la transformation des politiques publiques de la santé, il convient dans ce qui suit de sculpter sa mise en œuvre. Car comme l'écrit Jean François Sirinelli sur la base d'une stratégie peu linéaire : « *Les idées restent toujours, d'une certaine façon, du domaine de l'incantation plus que de l'action* » (J ; F. Sirinelli, 2011 : 391).

2. Vers la mise en œuvre de la transformation des politiques publiques de santé

La mise en œuvre d'une politique publique s'analyse comme une succession de séquences d'action sociale survenant après qu'une politique aura légalement été définie (Charbonneau & Padioleau, 1980 : 49-75). Une telle approche ne laisse pas indifférente Luc Bernier lorsqu'elle écrit : « *Les politiques publiques commencent par de grands discours et moins grands que l'on doit ensuite mettre en œuvre* » (S. Paquin, L. Bernier & G. Lachapelle, 2010 : 255). D'après cet auteur, après la parole, ce sont les actes (P. Sabatier, 1986 : 21-46). Une fois que la décision est prise en situation d'urgence, elle n'est rien tant que n'est pas intervenue son exécution rapide. Cette rapidité d'exécution est fonction, de l'urgence et de son degré.

Pour rendre raison à cet ordre de considération, il paraît opportun, dans un premier palier, de rendre compte la mise en œuvre d'une coordination de la transformation des politiques publiques de la santé. Après quoi, dans un second palier, il sera question de mettre un accent sur la cohérence de la mise en œuvre de cette dernière.

2.1. La mise en œuvre d'une coordination de la transformation des politiques publiques de la santé

Si elle est séduisante d'un point de vue rationnel, il faut reconnaître qu'elle n'est pas facile à mettre en œuvre (J.-M. Schléret, 2004 : 1-4). Dans la mesure où elle est la résultante d'un long processus d'apprentissage progressif du travailler ensemble avec au départ des objectifs (Schléret : 3) c'est-à-dire la matérialisation de la transformation des politiques publiques de la santé. Cette démarche ascendante s'oppose à une autre qui vise à décréter la coordination, l'imposer directement ou indirectement.

Une opinion doctrinale dominante incline à considérer qu'il existerait différents outils de coordination. On rendra, compte des d'outils stratégiques de coordination desquels seront suivis les outils opérationnels.

2.1.1. Les outils stratégiques de coordination

Dans le cadre de la mise en œuvre de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun, les outils stratégiques accompagnent et participent généralement de la pratique voire des « arts de faire » publics. Ils sont pour la plupart caractérisés par des programmes et plans. Le Projet d'Appui à l'Investissement dans le Secteur de la Santé (PAISS) au Cameroun met en œuvre l'approche du financement basé sur les résultats (FBR) pour accroître le recours des populations aux services de santé et améliorer la qualité de ces derniers, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile et les maladies transmissibles (La Banque mondiale, 2019). Le projet a été restructuré après deux ans d'existence avec les

modifications suivantes : l'ajustement des arrangements institutionnels pour la mise en œuvre du FBR, y compris la gestion financière et les arrangements pour le paiement des performances aux centres de santé ; et la révision des indicateurs de suivi du projet et des résultats attendus (Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020). Sous cet angle, son objectif reste inchangé et vise à accroître l'accès aux services de santé dans les formations sanitaires publiques et privées de 26 districts couvrant une population totale d'environ 2.8 million (Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020). Il s'agit d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile à travers l'élaboration d'un nouveau concept, le Financement Basé sur le Résultats (FBR) aux différents niveaux du système de santé. Le FBR est une stratégie de financement matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs, et à travers laquelle les prestataires et les structures de santé sont rétribués financièrement ou matériellement suivant l'atteinte des objectifs (Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020). Dans le même ordre d'idée, on peut rappeler que le plan stratégique national de santé numérique 2020-2024 s'intéresse à la couverture Santé Universelle. Elle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020). La résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé numérique, approuvée à l'unanimité par les États membres en mai 2018, met en exergue la valeur des technologies

numériques, afin de contribuer à la progression de la couverture santé universelle. À cet effet, cette résolution suscite chez le Ministère de la santé une sorte d'évaluation de leur utilisation des technologies numériques pour la santé, y compris dans les systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et infranational.

À ce stade de réflexion, un paradoxe demeure : le Cameroun ne dispose-t-il pas d'un plan stratégique national de financement de la santé ? Cette perplexante question appelle à une réponse qui tient compte des différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) qui ne répondent donc pas parfois à un cadre logique national (Stratégie sectorielle de sante 2016-2027). S'il est vrai que de nombreux programmes et projets sont élaborés sur la base des stratégies de financement, il est pourtant vrai qu'ils révèlent une intention tout autant que celui de suggérer ou de convaincre par exemple. C'est précisément le cas du PPAC (Plan Pluri-annuel Complet) (Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet de vaccination – PPAC, 2013), du PEV et de la stratégie de financement du VIH/SIDA. Son financement de la santé est présenté à travers ses trois fonctions citées plus haut. Comme on le voit, les ressources financières publiques allouées à la santé sont insuffisantes. Ce qui favorise une dépendance aux financements extérieurs (Stratégie sectorielle de sante 2016-2027). Cependant, les FINEX sont empreints d'un manque de visibilité dans leur prévision à moyen terme (3-5 ans). En effet, les principaux partenaires multilatéraux conditionnent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif. C'est ainsi que l'échéance d'inéligibilité du Cameroun aux financements de l'Alliance GAVI est projetée à 2020. Selon les estimations, cette échéance correspond à l'année où le pays aura atteint un niveau de revenu par habitant de 1580 USD. De plus, certains partenaires à l'instar du Fonds Mondial développent des conditions de co-financement qui exigent une contrepartie progressivement croissante de l'État (Stratégie sectorielle de sante 2016-2027). Or, il semble que la multiplicité des procédures et des

instances de coordination, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé et à la satisfaction des besoins cruciaux de la population (équité horizontale). Un exemple illustre avec éloquence cette affirmation. Plus précisément, en 2014, 63% des FINEX couvraient essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), 27% étaient alloués à la santé de la mère et de l'enfant, et seulement 5% étaient affectés au renforcement du système (Stratégie sectorielle de sante 2016-2027). On voit par là qu'en marge du budget de l'État, de nombreux acteurs nationaux s'investissent, à titre caritatif et humanitaire, pour soutenir des actions de santé. Dans tous les cas, ces actions se traduisent notamment par des campagnes de santé, s'inscrivant ou non dans le cadre des instruments de la stratégie partenariale. En l'absence d'un mécanisme intégré de suivi, l'incidence financière de ces interventions ne peut être évaluée.

2.1.2. Les outils opérationnels de coordination

Pour saisir ces outils opérations de coordination, il faut donc s'intéresser à la façon dont des acteurs produisent des dispositifs de connaissance et des étiquettes discursives. Il ne s'agit plus seulement d'étiqueter un problème comme dans l'étape précédente mais, dans ce cas, d'étiqueter un groupe social pour qui l'anormalité de la situation forme justement le problème.

Il faut dire qu'elle est présidée par le Dr Manaouda Malachie le 23 février 2022, en présence des Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Cette rencontre a pour but d'exercer plus efficacement son leadership dans la conduite des actions visant l'atteinte des objectifs définis dans l'Agenda de transformation des politiques publiques du système de santé camerounais. Les différents Partenaires techniques et financiers ont saisi l'occasion pour réitérer leur engagement à œuvrer aux côtés du Gouvernement camerounais et principalement du Ministère

de la Santé, pour le renforcement du système de santé et par ricochet le bien-être des populations. Les représentants des différentes agences du système des Nations Unies et autres partenaires (OMS, UNICEF, USAID, FAO, GIZ, UNFPA, Ambassade de France, CDC) présents à cette concertation se sont accordés sur le manque de coordination verticale et horizontale dans la mise en œuvre des activités et actions relatives à la promotion de la santé. Il est donc impératif de mutualiser les énergies pour une plus grande efficacité (Eureka News, 24 février 2022). Pour ce faire, 16 recommandations ont été formulées par les différentes parties prenantes au terme des discussions et échanges, parmi lesquelles : la redynamisation du comité de pilotage de la stratégie sectorielle de santé en vue du renforcement de la coordination des PTF ; la mise en place d'un groupe de travail chargé de mener une réflexion sur l'opérationnalisation de la décentralisation dans le secteur de la santé ; l'actualisation de la cartographie des interventions des PTF la mise en place d'un cadre de concertation thématique et périodique avec les Partenaires ; la conception des outils de la coordination ; le parachèvement du PNDS ; l'élaboration d'une fiche de collecte des informations sur les PTF et des scores carte dans les 10 régions; l'alignement des actions et interventions dans le système de santé aux Objectifs de développement durable.

Tout cela atteste de ce qu'elles permettent de comprendre les contradictions qui peuvent apparaître dans les politiques publiques, les confrontations de référentiels ou de paradigmes concurrents, les conflits d'intérêts, la coexistence et les évolutions des narratives, les changements permanents à l'œuvre. Un état ainsi reconstruit ne peut que se traduire par des intérêts divergents, des hésitations, des confrontations de référentiels, une forte pluralité normative, tout cela expliquant la complexité des jeux publics et permettant notamment dans les ESF de ne pas se focaliser uniquement sur des explications globales de mauvaise organisation ou de patrimonialisation. Dans ce sens, cette perception permet ainsi de se doter d'une vision beaucoup plus intégrée des relations état / société dans

l'analyse des politiques publiques et de se persuader de leur intrication intime, secteur par secteur, espace par espace. Par ailleurs, la recomposition politique de l'état et sa compréhension comme une entité sociale complexe, obligent à s'intéresser à l'ensemble des acteurs qui agissent à la fois comme partenaires et comme actionnaires de l'état. L'État négocie avec ces autres acteurs non étatiques qui sont aussi pour certains ses agents, qui ne cessent de voir leurs activités s'accroître en bénéficiant par décharge ou par délégation (Hibou) d'une partie des fonctions acquittées jusqu'alors par l'état ou menée de manière unilatérale. On peut penser à cet égard que la technicisation et la professionnalisation accrue des s acteurs privés se sont appropriées des procédures et instruments publics conduisent à une l'implication croissante des pouvoirs publics dans la délibération publique soit par délégation, soit par participation ne cessent de discuter la capacité d'un État démythifié à revendiquer le rôle dominant et central dans la production des politiques publiques et la conduite du *policy*.

2.2. La mise en œuvre de la cohérence de la transformation des politiques publiques de la santé

Mettre en œuvre la cohérence de la transformation des politiques publiques de la santé, c'est dépasser les couples de contradiction mis en évidence par l'analytique de la frontière, en établissant les principes et les conditions d'une complémentarité entre politiques publiques et projets de coopération. Cela passe par un remaniement des représentations (instruments cognitifs), la reconfiguration des dispositifs d'action et des systèmes d'acteurs (instruments stratégiques), des adaptations du cadre juridique (instruments contractuels).

Dans ce qui va suivre, l'on évoquera, d'abord, l'évaluation à mi-parcours de la transformation des politiques publiques de la santé Par la suite, on parlera de l'inexistence d'un code de santé.

2.2.1. Une évaluation à mi-parcours de la transformation des politiques publiques de la santé

On peut remarquer à titre préliminaire que l'insuffisante remontée d'informations est probablement l'une des raisons les plus courantes de l'échec (H. Wolman, 1985 : 51-95) d'un Plan d'urgence. On le voit, il est certain qu'aussi parfaitement que puisse être conçu et structuré un Plan d'urgence avant la phase de sa mise en œuvre, il est impossible de prévoir correctement tous les aspects et détails concernant son exécution. En réalité, l'on s'aperçoit que sa mise en œuvre effective exige des ajustements continuels. Il est clair que les conditions changent avec le temps et que, par conséquent, l'exécution d'un Plan d'urgence suppose une capacité de changement en réponse à ces modifications. De surcroît, ces dernières peuvent non seulement concerner les causes et les caractéristiques du problème mais également (dans de nombreux cas, parallèlement à l'évolution des valeurs sociales), la définition même de la nature du problème et des objectifs assignés au Plan d'urgence.

Si l'on jette un regard synoptique sur l'évaluation à mi-parcours, il apparaît que la collecte d'informations relatives à son impact et à son évaluation est finalement vitale. Elle permet de savoir si le Plan d'urgence fonctionne et de quelle façon ? Dans quelle mesure les objectifs qui lui étaient assignés sont-ils atteints (question classique de la recherche en évaluation) ; Quels sont les coûts et avantages du Plan d'urgence (question classique des analyses coût-avantage ou coût-efficacité) ? Quelles sont les conséquences non-recherchées, non-prévues ? Voilà autant de questions qui auraient pu être mobilisées dans le cadre d'une évaluation rapide du Plan d'urgence en situations complexes. Maintenant, il reste à analyser l'absence d'une évaluation détaillée qui devrait être contenue dans un rapport annuel. Or c'est bien le fonctionnement des organisations publiques qui, par le passé était calqué sous un modèle purement bureaucratique (M. Weber, 1995 : 67) différent du management et ayant montré ses limites. On sait par ailleurs que les problèmes rencontrés sont de nature complexe : la recherche d'une

gestion plus cohérente pour répondre à une inefficacité du secteur public, la volonté de s'inscrire dans une idéologie néolibérale, de surmonter l'existence des crises financières, économiques et politiques et le besoin de changement ont conduit à un basculement de paradigme de la bureaucratie administrative à la diffusion du modèle de « new public management » (NPM) (D. Osborne & T. Gaebler, 1992 : 302-304). Le NPM consiste donc en une série de processus et d'outils visant à obtenir une performance optimale au sein des organisations dédiées au service public et à légitimer l'action publique de L'État (R. Laufer & A. Burlaud, 1980). Dans un tel cadre, « les usagers doivent aujourd'hui disposer d'un service public performant, adapté à leurs nouveaux modes de vie et de communication... c'est pourquoi, les programmes publics ne doivent plus être administrés, mais gérés. » (Bonnenfant, 2012). Cette conception de la gestion de l'administration publique atteste pourquoi le management public doit être modernisé en s'inspirant des pratiques de gestion du privé, pour améliorer la performance et le rapport service/coût (A. Amar et L. Berthier, 2008 ; L. Zampoccoli, 2011). Cette piste laisse davantage la place au manager public qui n'est plus un simple relais d'instructions supérieures mais un acteur à part entière de l'action publique qui doit se préoccuper simultanément des attentes des parties prenantes (hiérarchie, tutelle politique, usagers) et de leurs agents, tout en pilotant leur activité pour atteindre les résultats de performance formellement fixés (C. Grenier & V. Martin, 2013 : 129-145). Cette analyse des administrations des pays africains fragiles et de l'appui dont elles bénéficient ne prête guère à l'optimisme quant à une amélioration substantielle de l'acceptabilité tant par les fonctionnaires que par les « administrés » de leurs principes de fonctionnement, sans même parler de leur efficacité, de leur efficience, leur cohérence et leur pertinence. Pourtant, des mutations profondes sont en cours. L'expansion démographique, l'urbanisation rapide et la densité sociale qu'elle génère, les mutations de la stratification sociale dont l'émergence de nouvelles catégories sociales dites classes moyennes de la petite propriété et le nombre

accru de jeunes mieux formés modifient les conditions de l'activité sociale. Il faut espérer à cet égard que les référents de l'activité se reconstruisent d'autant plus rapidement que l'intensité de leurs pratiques quotidiennes dans un milieu urbain à forte densité sociale multiplie les arrangements convergents et génère ainsi des routines communes qui stabilisent l'action et la rende plus prévisible.

2.2.2. L'inexistence d'un code de santé

De manière symétrique, la carte sanitaire constitue la boussole de notre planification stratégique. Pour ce faire nous devons en partager la compréhension comme étant un territoire, des processus et des ressources. La place du District de santé comme niveau opérationnel de la pyramide sanitaire doit être plus valorisée, car nous sommes persuadés que la performance du système de santé au plan national est tributaire de l'efficacité de système de santé de district. Les Districts de santé peuvent ne pas être en mesure de s'acquitter de leurs responsabilités en raison de capacités variables en matière de leadership, de planification, de budgétisation et de gestion. Malgré les efforts déployés pour recruter de nouveaux travailleurs dans le domaine de la santé, la grave pénurie de personnel tarde à se résorber. Au Cameroun, le nombre d'infirmières, de sages-femmes, de médecins, de chirurgiens et de lits d'hôpital est inférieur aux moyennes régionales. À cela, il faut ajouter la pénurie de main-d'œuvre en santé est critique, surtout dans les régions éloignées. Malgré les mesures incitatives mises en place par les autorités pour attirer des professionnels de la santé dans les régions éloignées, ceux-ci demeurent fortement concentrés dans les zones urbaines. Dans cette perspective, il n'est pas surprenant de se rendre compte qu'il a presque trois fois plus d'effectifs (de médecins et infirmiers pris ensemble), par rapport à la population, dans le Centre que dans le Nord. Cette inégalité est particulièrement frappante en ce qui concerne la répartition des médecins, dont presque les deux tiers (64%) se retrouvent dans les deux régions du Centre et du Littoral, essentiellement dans les villes de Yaoundé et Douala.

Au vu des difficultés à réduire de façon perceptible les disparités régionales des ressources humaines spécialisées, il est envisagé le mentorat et des capacitacions de courte durée des personnels de santé pour offrir les soins attendus dans les zones reculées. Cependant la sollicitation des institutions de formation devra être permanente pour accroître la production des compétences pointues au regard des besoins. Un dialogue sera initié avec les institutions de formation pour une actualisation du programme d'études des ressources humaines pour la santé qualifiée de sorte que leur formation corresponde aux besoins en matière de service courants et en situation d'urgence

Conclusion

L'essentiel de la problématique de la transformation des politiques publiques de la santé au Cameroun se résume dans le sentiment d'un éternel recommencement que le Doyen Francisco MELEDJE DJEDJRO a bien mis en exergue dans son brillant article : « Faire, défaire et refaire » puis défaire et refaire à nouveau. Ce mouvement de va et vient incessant rappelle le mythe de Sisyphe condamné à rouler éternellement jusqu'au sommet d'une montagne un rocher qui en retombait aussitôt. Ce rappel analogique au mythe grec est moins forcé qu'il ne paraît. Elle met en lumière l'importance première des processus politiques. Analyser la transformation des politiques publiques de la santé en termes de cheminement ouvre la possibilité de poser différemment la question de la légitimation d'une action. Cette légitimation ne correspondrait pas à une forme d'« acceptologie », mais à un processus de sédimentation qui provoque la transformation des politiques publiques. Ainsi, c'est grâce à une stabilisation progressive que l'action et ses outils acquièrent une solidité. Les méthodes et les conventions scientifiques sous-jacentes aux nudges ne sont pas neutres et demeurent des constructions sociales. En oubliant leur dimension performative, on court le risque d'une conformation générale des comportements, qui seraient

ensuite envisagés comme des données naturelles. C'est d'ailleurs ce que présageait Hannah Arendt (1961 : 400-401) dans un passage de *Condition de l'homme moderne*. Son propos constitue au fond une invitation à prendre de la distance par rapport à cette « science de la rationalité et des biais » : « Ce qu'il y a de fâcheux dans les théories modernes du comportement, ce n'est pas qu'elles sont fausses, c'est qu'elles peuvent devenir vraies, c'est qu'elles sont, en fait, la meilleure mise en concepts possibles de certaines tendances évidentes de la société moderne.

Sur la base de ces considérations, il apparaît que la transformation des politiques publiques de la santé a fait ressortir qu'elle peut se faire par le biais de modifications graduelles et partielles des idées devant être matérialisées. Il faut finalement insister sur les processus de sédimentation cognitive, ce qui apporte, à la fin, un changement dans le paradigme originel (V. Schmidt, 2003 : 127-146). La présente réflexion a aussi démontré que les changements à l'échelle institutionnelle normalement faits en réponse à un changement sur le plan cognitif des idées liées au paradigme (S. Siegel, 2005). Autrement dit, on peut conclure que la transformation des politiques publiques de la santé entraîne la nécessité de faire des changements à l'échelle institutionnelle pour qu'elle s'ajuste pertinemment au contexte nouveau (D. Swank & Sven Steinmo, 2002 : 642-655). On pense que ces propositions pourront rendre les analyses des changements des politiques publiques plus précises. En outre, la combinaison des théories cognitives et institutionnelles entraîne de nouveaux défis aux études de cas empiriques des changements de politiques publiques qui pourront, à leur tour, apporter de nouvelles pistes et de nouveaux critères associés à ces théories.

En clair, une meilleure compréhension du modèle-type de développement économique de l'Afrique se trouve en tête de l'agenda de recherche des spécialistes en comportement politique.

Bibliographic references

- Abe Claude (2006) « Espace public et recompositions de la pratique politique au Cameroun », *Polis*, vol. 13, n°1-2, págs. 29 a 56.
- Abraham John (2010). « Pharmaceuticalization of Society in Context : Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology*, n°44, págs. 603 a 622.
- Afom Frank (2019), « Les scandales Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke La constitution d'un espace public oppositionnel en ligne au Cameroun », *Réseaux*, vol. 4, n°216, págs. 219 a 241 ;
- Amar Anne & Berthier Ludovic (2007), « Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites », n°5, págs. 1 a 14.
- Amar Anne & Berthier Ludovic (2008), « Le Nouveau Management Public : Évolution ou Mutation », Colloque international « Services, innovation et développement durable », Poitiers.
- Balle Francis (2000). *Les médias*, Paris, Flammarion.
- Bartoli Annie & Blatrix Cécile (2015), *Management dans les organisations publiques : défis et logiques d'action*, Paris, Dunod.
- Bartoli Annie, Brasseur Martine (2010), « Le management public », *Humanisme et Entreprise*, vol. 4, n°299, págs. 1 a 4.
- Baumard Philippe & Donada Carole, Ibert Jérôme., XUEREB Jean-Marc (2003). « La collecte des données et la gestion de leurs sources », *in* : Thiétart Raymond-Alain (2014) (Ed.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod,
- Bayart Jean-François (1989), *L'État en Afrique : la politique du ventre*, Paris, Fayard.
- Bezes Philippe & Siné Alexandre (2011), *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Sciences Po Gouvernances.
- Beyeme Ondoua Jean-Paul (2002), « Le système de santé camerounais », *Rubrique internationale*, adsp n°39, págs. 61 a 65.
- Bidi Georges, Bane, Mohammadou Falilou & Feige Jimmy (2017), «Les administrations africaines à l'heure de la modernisation : la RSO comme facteur clé de succès au Sénégal», Lyon (France), 26^{ème} Congrès de l'AIMS - Sciences, technologies et management stratégique, 09 Juin.
- Bitye Mireille (2017), «Le paradoxe du nouveau management public dans les organisations publiques africaines : paradoxes instrumental ou managérial pour

le cas Cameroun?». Acte de colloque, 6^{ème} colloque AIRMAP, un management public universel ? Mai, Nice.

Boltanski Luc & Thevenot Laurent (1991), *De la justification les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

Chigudu Daniel (2014), « Implementing New Public Management in Zimbabwe : challenges and obstacles », *Journal of Governance and Regulation*, vol. 3, n°2, págs. 43 a 49.

Commaille Jacques & Jobert Bruno (1998), *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ.

Crozier Michel & Friedberg Erhard (2014), *L'Acteur et le système Les Contraintes de l'action collective*, Paris, Essais.

Darbon Dominique (2002), « La culture administrative en Afrique : la construction historique des significations du « Phénomène bureaucratique », *Cadernos de Estudos Africanos*, n°3, págs. 1 a 25.

Duane Swank & Sven Steinmo (2002), « The New Political Economy of Taxation in Advanced Capitalist Democracies », *American Journal of Political Science*, vol. 46, n°3, págs. 642-655.

Perreau Laurent & Cefaï Daniel (2012), *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*, Paris, CURAPP-ESS/CEMS-IMM.

Fayolle Alain & Nakara Walid (2012), « Réinventer des politiques pour les entrepreneurs précaires des pays développés », in : Martinet Alain Charles (2012), *Management et sociétés : Mutations et Ruptures*, Paris, Vuibert.

Fninou Bouchra & Meyssonier François (2013), « Un système de pilotage de la performance publique à dominante managériale : analyse de l'expérience de Dubaï », *Politiques et management public*, vol. 30, n°2, págs. 241 a 259.

Foe Ndi Christophe (2008), « L'évaluation de la coopération Nations unies-Cameroun dans le secteur des droits de l'homme : le cas de l'interdiction et de la prévention contre la torture », Mémoire de Master Droits de l'homme et Action Humanitaire, Université Catholique d'Afrique Centrale.

Garfinkel Harold (2002), *Ethnomethodology's Program : Working Out Durkheim's Aphorism.*, Rowman & Littlefield Publishers.

Grenier Corinne, & Martin Virginie (2013), « Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? », *Management & Avenir*, vol. 3, n°61, págs. 129 a 145. Garraud Philippe (1990), « Poli-

tiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique*, n°4, págs. 32-38.

Goffman Erving (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.

GTC/CNLS, L'impact du VIH et du Sida au Cameroun à l'horizon 2020, GTC/CNLS, septembre 2020.

GTC/CNLS, Rapport 2015. Estimations et projections sur le VIH et le Sida au Cameroun. Période : 2010-2020, MINSANTE et ONUSIDA, juillet 2015.

GTC/CNLS, Rapport annuel 2010 des activités du Programme national de lutte contre le Sida, MINSANTE et ONUSIDA, 2011.

GTC/CNLS, Rapport annuel 2012 des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST au Cameroun, MINSANTE, Mars 2013.

Gurvitch Georges, *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 2007.

Hacker (1985), « On some fundamentals of action regulation », in : Ginsburg, Brenner Marylin & Cranach Mario Von, *Discovery strategies in the psychology of action*, London : Academic Press

Hall Peter (1993), « Social paradigm, social learning and the state », *Comparative politics* n°25, págs. 275 a 296.

Halpern Charlotte (2010), « Décision », 201-210, in : Boussaguet Laurie Jacquot Sophie & Ravinet Pauline (2010), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Science po.

Hassenteufel Patrick (2010), « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, n°157, págs. 50 a 58.

Hassenteufel Patrick (2008), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Hood Christopher (1991), « A public management for all seasons? », *Public Administration*, vol. 69, n°1, págs. 3 a 19.

Howlett Michael & M. Ramesh (1993), « Patterns of Policy Instrument Choice : Policy Styles, Policy Learning and the Privatization Experience », *Review of Policy Research*, vol. 12, n°1-2, págs. 3-24.

IGAS, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport n° RM2011-061P, Mai 2011, disponible sur www.espt.asso.fr.

- Kingdon John (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little Brown and Company.
- Knoepfel Peter, Larrue Corinne, Varone Frédéric & Savard Jean-François (2016), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Québec, Presses universitaires du Québec.
- Laufer Romain, Burlaud Alain (1980), *Management public : Gestion et légitimité*, Paris, Dalloz.
- Legros Olivier (2010), « Chapitre II. Les interventions publiques et leurs effets sur le gouvernement des bidonvilles et des quartiers non réglementaires », *Les Cahiers d'EMAM*, n°19, págs. 73 a 78.
- Lemieux Vincent (1995), *L'étude des politiques publiques. Les acteurs et leur pouvoir*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.
- Mazouz Bachir & Leclerc Jean (2008), *La gestion intégrée par résultats. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique*, Presses de l'université du Québec, 2008, Québec.
- Ministère de la santé du Cameroun, Mise en œuvre du projet de la réforme hospitalière. Point en mai 2016, Ministère de la santé, 12 mai 2016, disponible sur www.minsante.cm.
- Monteillet Nicolas (2005), *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelle pratique populaires*, Paris, Karthala.
- Morella, Aquilino, Tabuteau Didier (2015), *La santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Mpondo Mpondo Emmanuel & al. « État actuel de la médecine traditionnelle dans le système de santé des populations rurales et urbaines de Douala (Cameroun) », *Journal of Applied Biosciences*, n° 55, juillet 2012, págs. 4036 a 4045.
- Onguene Onana (2004), « Dysfonctionnement du système de santé public et effets sur le droit à la santé », in : Collectif, *Droits économiques et sociaux au Cameroun, Cahier africain des droits de l'homme*, n°10, págs. 38 a 72.
- Osborne David & Gaebler Ted (1992), « Reinventing Government. New York, NY », *Journal of Leisure Research*, vol. 27, n°3, págs. 302 a 304.
- Owona Nguini Éric-Mathias (1999) « Les rapports État-société civile dans le processus politique en Afrique centrale : les montages civilisateurs et décivilisateurs du pouvoir et du droit », *African Journal of Political Science*, vol. 4, n°2, págs. 14 a 180.

- Pouhè Nkoma Paul (2015), « Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication », <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01339418/document>.
- Rival Madina & Sémo Igor (2014), « Du lobbying à la co-construction du Service Public, une entreprise à la recherche de valeur publique dans le secteur de l'eau en France » : 249-272, in : Rival Madina, Bournois Frank, Chanut Véronique (2014), *Intelligence économique et lobbying, au crible des valeurs publiques*, Paris, Eska.
- Roger Zerbo, Koine M. Drabo, Abdramone Berthé, Jean-Bosco Ouedraogo, Jean Macq, Bruno Dujardin, Etienne Mugisho & Pierre Huygens (2009), « Approche socio-anthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso », *Global Health Promotion* », vol. 16, n°1, págs. 72 a 80.
- Rubakula Gelas (2014), « The New Public Management and its Challenges in Africa », *Public Policy and Administration Research* vol. 4, n°4, págs. 85 a 96.
- Schmidt Vivien (2003), « How, Where and When Does Discourse Matter in Small States' Welfare State Adjustment? », *New Political Economy*, vol. 8, n°1, págs. 127 a 146.
- Shamba Bakengela Patrick (2007), « Existe-t-il un modèle spécifique du management en Afrique ? Le « management africain » à l'épreuve des évidences empiriques », 18^{ème} congrès de l'Association de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), Fribourg (Suisse).
- Siegel Nico (2005), « Social Pacts Revisited : 'Competitive Concertation' and Complex Causality in Negotiated Welfare State Reforms », *European Journal of Industrial Relations*, vol. 11, n°1, págs. 107 a 126.
- Siegel Shepard (2005), « Drug Tolerance, Drug Addiction, and Drug Anticipation. Current Directions », *Psychological Science*, n°14, págs. 296 a 300.
- Sindjoun Luc (1996), « Le champ social camerounais : désordre inventif, mythes simplificateurs et stabilité hégémonique de l'État », *Politique Africaine*, VOL ; 62, n°2, págs. 57 a 67.
- Sjaak Van der Geest (2017), « Les médicaments sur un marché camerounais. Reconsidération de la commodification et de la pharmaceuticisation de la santé », *Anthropologie & Santé*, n°14, págs. 1-17.
- Wolman Harold (1985), « Les facteurs de réussite ou d'échec des politiques publiques », *Politiques et management public*, vol. 3 ? n°3, págs. 51 a 95.