

Cosmas Cheka (Espace Dschangshuss)

## **Le financement de la santé au niveau communal au Cameroun**

**Principe d'unicité de caisse et décentralisation**

mai 2006

► La mise en œuvre de la décentralisation, amorcée dans les années 1990 en Afrique, s'accompagne de dispositions réglementaires permettant aux communes de mobiliser les ressources nécessaires à leur fonctionnement. Dans certains pays, et au Cameroun en particulier, la décentralisation se heurte à un des principes dits fondamentaux de l'État centralisé : l'unicité de caisse. À travers l'exemple du secteur des services de santé, ce texte propose des pistes de réflexion sur les modalités de mobilisation des ressources communales dans un État fortement centralisé, notamment au plan fiscal.

## **Écrire pour partager les expériences et les savoir-faire**

Les articles de capitalisation des expériences menées dans les pays du Sud restent souvent des publications de praticiens du Nord. Face à ce constat, le Groupe initiatives a souhaité stimuler la production Traverses en accueillant des textes provenant d'auteurs du Sud proches de ses conceptions, en les appuyant pour formaliser leurs savoir-faire. C'est l'objet de l'atelier d'écriture qui, à Bamako en octobre 2005, a rassemblé quinze professionnels du développement.

Plus qu'un simple séminaire, cet atelier est un processus d'accompagnement à l'écriture de praticiens de la coopération, une dynamique qui a débuté courant 2005 avec le lancement de l'appel à propositions. Ce processus a compris trois phases : une première période d'échanges entre les auteurs et les animateurs pour retravailler la problématique et le plan, une semaine d'atelier et un temps consacré à la relecture et à la publication des textes. Le texte proposé dans ce numéro résulte de cette dynamique.

### **Des regards croisés sur le développement local et la décentralisation**

L'atelier a rassemblé onze participants, associatifs et fonctionnaires territoriaux, de six nationalités africaines différentes et quatre animateurs, maliens et français. Ces praticiens du développement, d'appartenance professionnelle multiple (anthropologie, agronomie, médecine, économie, droit, psychologie, journalisme) ont présenté des contributions qui, sous différents angles, abordent diverses facettes du développement local (infrastructures, gestion des ressources naturelles, santé, financement, appui institutionnel) en lien avec la décentralisation et la démocratie locale. L'émergence des collectivités territoriales et les politiques de décentralisation y sont analysées au regard des processus de développement local et du fonctionnement de la démocratie locale (élections, rapports de pouvoirs locaux, espaces de débat public).

### **Une volonté forte de stimuler la capitalisation d'expériences de développement en Afrique**

Cette initiative a été menée conjointement par le Groupe initiatives et le Centre d'expertises politiques et institutionnelles en Afrique (Cepia). Le Cepia est un espace d'études et de réflexion sur les politiques publiques et les institutions en Afrique ; il est lié au réseau Alliance pour refonder la gouvernance en Afrique ([www.afrique-gouvernance.net](http://www.afrique-gouvernance.net)).

Nous tenons ici à remercier Annette Corrèze, Gérard Logié et François Enguehard qui, par leurs relectures, ont contribué à l'édition de ces textes.

La préparation et la publication des documents de l'atelier d'écriture ont été rendues possibles grâce au ministère français des Affaires étrangères dans le cadre de son appui au programme de capitalisation d'expériences du Groupe initiatives.

# Le financement de la santé au niveau communal au Cameroun

Principe d'unicité de caisse et décentralisation

Par Cosmas Cheka<sup>1</sup> (Espace Dschangshuss)

Les réflexions sur la mobilisation des ressources communales se concentrent très souvent sur l'analyse économique des perspectives et des possibilités non exploitées ou à exploiter. L'expérience montre que l'examen des formes juridiques peut aussi être porteur<sup>2</sup> car il permet d'identifier les blocages et d'enclencher une réforme qui répond aux exigences communales en matière de mobilisation des fonds.

Au Cameroun, la gestion et l'entretien des centres communaux de santé<sup>3</sup> sont transférés, parmi d'autres compétences<sup>4</sup>, à la commune. L'une des mutations qu'implique la mise en œuvre de cette disposition concerne les moyens budgétaires. En principe, la loi d'orientation de la décentralisation de juillet 2004 précise que le transfert d'une compétence à la commune s'accompagne d'un transfert des moyens<sup>5</sup>. Cette loi prévoit toute une série de mesures, parmi lesquelles une dotation spéciale destinée à la mise en œuvre de la décentralisation. Les lois de finances de 2005 et de 2006 sont néanmoins restées muettes sur l'allocation de ladite dotation spéciale. Près de deux ans après la promulgation des lois de décentralisation, force est de constater un décalage relativement grand entre l'agenda de réforme de la décentralisation et la mise en œuvre effective des changements préconisés, surtout en ce qui concerne le transfert de moyens aux communes, taillés aux compétences

---

<sup>1</sup> Juriste, Professeur d'Université de Yaoundé II à Soa, chercheur et team leader (ccosmas4@yahoo.com), Espace Dschangshuss pour la Gouvernance citoyenne en Afrique centrale, Cameroun.

<sup>2</sup> James S. Wunsch and Dele Olowu, 1990.

<sup>3</sup> Loi d'Orientation de la décentralisation de 2004, art. 19(a).

<sup>4</sup> *Ibid.* ; Voir les articles 15 à 22 portant transfert des compétences du développement économique, du développement sanitaire et social et du développement éducatif, sportif et culturel.

<sup>5</sup> *Ibid.*, Chapitre III.

transférées. Ce décalage souligne l'utilité d'analyser les problèmes liés à la centralisation des ressources financières de l'Etat (conformément au principe d'unicité de caisse) face à une loi qui accorde aux communes une autonomie administrative et financière pour la gestion des intérêts locaux<sup>6</sup> dans le cadre de la décentralisation.

L'objectif ici est de voir comment l'impossibilité des formations sanitaires publiques à mobiliser des fonds a conduit l'Etat camerounais, centralisé, à réformer un de ses principes dit « clé » ; et comment cette expérience spécifique au secteur santé peut être une base de réflexion sur la mobilisation des ressources communales.

## **FINANCEMENT DE LA SANTE ET CENTRALISATION DES RESSOURCES ETATIQUES**

---

L'analyse du secteur pharmaceutique des formations sanitaires publiques du Cameroun pendant la crise économique des années 1980-90 montre qu'une adaptation des formes juridiques aux exigences d'un monde dynamique peut aider à résoudre le problème de mobilisation des ressources publiques à des fins sociales. Analyser le contexte socio-économique et politique d'avant et après les années 1980 permet de mieux apprécier les difficultés qui ont conduit à focaliser la réflexion sur une adaptation de la forme juridique, base des blocages aux réapprovisionnements des formations sanitaires publiques en médicaments essentiels.

### **Le système de santé jusqu'aux années 1990 : de la gratuité au recouvrement des coûts**

- ***Avant les années 1980 : une santé primaire entièrement financée par l'Etat***

Avant les années 1980, le Cameroun était un Etat unitaire centralisé. Les centres communaux de santé faisaient partie des formations sanitaires publiques qui assuraient à tous la gratuité des soins de santé primaire.

Les subventions étatiques destinées aux formations sanitaires publiques étaient prélevées sur le revenu public général rassemblé dans une caisse unique. La loi de Finances du Cameroun de 1962 prévoyait en effet que toutes les recettes générées par les structures publiques soient versées dans une même caisse. C'était à partir de cette caisse unique que l'Etat faisait face à ses devoirs régaliens parmi lesquels celui d'assurer les subventions qui permettaient le réapprovisionnement des centres de santé en médicaments essentiels et de financer la gestion et l'entretien des dites structures sanitaires.

---

<sup>6</sup> *ibid* ; art. 4(1)

Les stocks de médicaments distribués gratuitement par les formations sanitaires publiques étaient fournis par une société paraétatique, l'Office national pharmaceutique, qui, à partir des subventions publiques, payait les médicaments importés et les distribuait aux formations sanitaires publiques.

• **Années 1980 à 1990 : crise économique et introduction du principe de recouvrement des coûts**

La crise économique des années 1980 a contraint l'Etat à revoir sa politique sanitaire et ses principes. L'effondrement des prix des matières premières sur le marché mondial a diminué les recettes de l'Etat et, par ricochet, sa capacité à honorer régulièrement ses engagements et devoirs. L'Etat a donc été obligé de réorienter ses charges, parmi lesquelles la gratuité des soins. C'est ainsi qu'au milieu des années 1980 le maître mot de la politique sanitaire devient « recouvrement des coûts ». Tous les bénéficiaires de tous les services de santé sont ainsi appelés à payer, à des prix souvent largement en dessous de ceux pratiqués par le secteur privé, leurs actes sanitaires et produits pharmaceutiques. Cette politique visait à faire contribuer les populations à la caisse unique de l'Etat qui à son tour finançait et accordait des subventions aux formations sanitaires publiques.

Le secteur santé est néanmoins spécifique, il nécessite une disponibilité continue, et à des prix raisonnables, des médicaments et petits équipements médicaux dans les formations sanitaires publiques. Cette particularité imposait donc une obligation à l'Etat de faire le versement des subventions à un rythme régulier et à temps pour permettre le réapprovisionnement et éviter une rupture des stocks de médicaments.

Pour faire face, entre autres, à ce secteur particulier, l'Etat avait besoin d'une économie performante, d'une trésorerie permettant des versements réguliers. La réunion de ces conditions était nécessaire à l'octroi des subventions adéquates et à temps aux formations sanitaires publiques. Or, la crise économique a eu pour effet de diminuer les sources de production devant permettre des versements dans les caisses de l'Etat malgré l'introduction du principe de recouvrement des coûts.

En outre, si la nouvelle politique de recouvrement des coûts des prestations sanitaires permettait des entrées dans les caisses publiques, le principe d'unicité de caisse n'était pas remis en question. Les formations sanitaires publiques étaient tenues de verser le produit de la vente de médicaments au Trésor public. C'est à travers cette caisse publique unique que l'Etat paie toutes ses charges : salaires des fonctionnaires, service de la dette, etc. Malgré l'importance de la santé publique sur la pyramide des devoirs de l'Etat, les subventions régulières au secteur pharmaceutique étaient difficiles à maintenir. Toutes les autres priorités devaient être satisfaites et financées par ces fonds communs, causant ainsi des irrégularités dans le versement des subventions initialement prévues pour le secteur pharmaceutique public. Le recouvrement des coûts contribuait donc plus au renflouement des finances de l'Etat qu'au réapprovisionnement destiné à assurer la disponibilité continue des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques.

La fin des années 1980 a été marquée par un mécontentement généralisé des populations dû au coût élevé de vie, aggravé par des ruptures prolongées des stocks de médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques. Cette situation a contraint les pouvoirs publics à explorer d'autres options. Le contexte n'était plus favorable à la poursuite de la politique de santé publique mise en place après l'indépendance. Il était donc nécessaire d'entreprendre une réforme notamment dans la mobilisation des ressources financières pour les formations sanitaires publiques. Mais à quel prix ?

### **LA REFORME DU PRINCIPE D'UNICITE DE CAISSE ? QUELS ENJEUX ?**

---

L'application du principe d'unicité de caisse dans le contexte de la crise économique des années 1980 avait des effets néfastes sur les populations dans le domaine sanitaire. Les populations démunies n'avaient pas un accès régulier aux médicaments essentiels. Une voie de contournement à ce principe était nécessaire mais les fiscalistes du régime et le législateur étaient tous d'avis que l'unicité de caisse était la pierre angulaire d'un Etat fort.

Sur le plan théorique, un Etat se distingue des autres entités institutionnelles par quatre caractéristiques<sup>7</sup> à savoir : un espace / territoire avec des frontières reconnues, une population, un gouvernement et la compétence d'entrer en relation avec des tiers. Fort de ces caractéristiques et pour pouvoir atteindre ses objectifs de développement, l'Etat centralisé camerounais fait valoir du principe d'unicité de caisse, soit disant pour maintenir un Etat fort. Selon les fiscalistes, toute révision du principe affaiblirait l'Etat. Les tentatives visant à faire de la santé une exception à la règle d'unicité de caisse ont été donc très mal vues. Elles étaient qualifiées de non patriotiques, surtout à un moment où l'Etat, impliqué dans un conflit frontalier avec un pays voisin dans la presqu'île de Bakassi, avait besoin de tous ses moyens.

Il fallait l'appui des pays donateurs, particulièrement sensibles aux problèmes de santé. Les aides bi et multilatérales pouvaient apporter des solutions à court terme. Mais le poids des enjeux a milité en faveur de la recherche d'une solution à long terme. Il a fallu organiser les acteurs clés du secteur santé - population, agences de coopération et d'appui à la santé, exécutif et législatif-, et les mobiliser autour de la nécessité de réformer la loi portant unicité de caisse.

---

<sup>7</sup> Convention internationale de Montevideo de 1933, article 1.

## **ORGANISATION DES ACTEURS**

---

### **Organisation des populations en comités de santé**

Les usagers, mécontents de la qualité des services de santé, exerçaient une pression sur les responsables des services publics de santé, mais en rangs dispersés. Cette pression était une force qui nécessitait d'être mieux organisée pour avoir un impact. La santé publique avait besoin de structures de dialogue, de forums d'échanges francs entre les acteurs sur les problèmes liés à la santé des populations. C'est ce constat qui a amené l'agent allemand d'appui technique sanitaire à Bamenda (chef lieu de la province du Nord Ouest) à chercher à organiser et renforcer la société civile en comités de santé pour dialoguer autour des problèmes liés à la santé.

- ***Un cadre simple de mise en place des comités de santé***

Sur le plan institutionnel, le projet de la coopération allemande prévoyait la mise en place à la base d'un comité de santé par arrondissement administratif appelé Comité de santé de district (Cosadi).

Chaque Cosadi comprend au moins une commune et un centre de santé. Les Cosadi sont administrés par une assemblée générale et un comité de gestion, constitués de représentants de chaque catégorie d'acteur impliqué dans la politique sanitaire. Parmi eux on compte le médecin chef de district de santé, les représentants des oeuvres sanitaires confessionnelles actives dans l'arrondissement, un représentant des agences d'appui à la santé et des représentants (toujours dans leur grande majorité) élus des usagers de chaque aire de santé de l'arrondissement. Au niveau de la province, il était prévu une structure fédérale où chaque Cosadi soit représenté par deux membres de la base élus par ses pairs. L'objectif de ces structures de dialogue était d'œuvrer pour l'amélioration de la santé des populations de la localité.

- ***Une mise en œuvre difficile***

Il n'existait pas, en 1989, une forme juridique permettant de réunir à la fois les fonctionnaires de l'Etat, relevant du Code camerounais de la Fonction publique, et les usagers des services de santé, relevant du droit commun. Tous les acteurs s'accordaient sur le principe de l'utilité d'une structure permettant le dialogue entre les prestataires des services de santé et les usagers. Mais il y avait désaccord sur les formes de sa mise en œuvre, permettant aux usagers d'avoir un droit de regard sans que le fonctionnaire ne perde la protection que lui accorde le Code général de la Fonction publique.

La loi n° 90-056, portant liberté d'association, a été adoptée en août 1990. Selon les dispositions de ladite loi, des personnes morales ou physiques peuvent créer une association aux fins des objectifs communs. Les populations ont argumenté que,

d'après cette loi, l'Etat, en tant que personne morale, pouvait s'associer aux usagers des services de santé autour d'une association à des fins sociales<sup>8</sup>. Fort de cet argument, le Ministre chargé de la santé a accepté que les représentants de son ministère soient membres statutaires des structures de dialogues assujetties à la loi sur les associations. Les acteurs de la société civile oeuvrant pour la santé furent ainsi organisés en associations. La voix des usagers des services de santé sur les réformes de la politique sanitaires fut ainsi entendue.

### **L'agence extérieure de financement**

- **Organisation et contraintes**

Des accords ont été passés tout au long des années 1980 avec les agences d'appui au secteur santé du pays. Ces accords visaient, à travers des appuis ciblés, à atténuer les répercussions de la crise économique sur la santé des populations. C'est ainsi que la coopération allemande au développement (GTZ), au moyen d'un dispositif d'assistance technique, s'est impliquée dès la deuxième moitié des années 1980 dans l'appui au secteur santé de trois provinces du Cameroun : Nord Ouest, Sud Ouest et littoral.

Les instruments classiques de l'aide bilatérale sont l'assistance financière et l'assistance technique. Un accord de coopération ou d'assistance financière peut être assorti d'un don, en numéraire, ou d'un crédit à faible intérêt. Ces ressources peuvent être versées au Trésor public ou aider à financer un engagement financier du pays bénéficiaire. L'autre instrument classique de l'aide est l'assistance technique. Elle est essentiellement constituée des aides en prestations. Etant donné que les accords bilatéraux germano-camerounais consacraient une assistance technique en prestations (et non budgétaire ou financière), il était hors de question que les appuis reçus aillent renflouer les caisses de l'Etat.

La coopération allemande a ciblé son intervention dans trois provinces camerounaises. L'agent technique était basé à Bamenda, situé à 400 kilomètres de Yaoundé. Le choix d'une ville périphérique comme base des interventions allemandes dans le domaine de la santé n'était pas innocent. Ceci permettait au gestionnaire d'éviter que la bureaucratie centrale empêche l'aide d'atteindre les populations à la base. Mais cette approche écartait, à tort, le niveau central des actions qui concernaient la base (comme c'est souvent le cas dans les réflexions concernant les communes). La distance n'a pas facilité la communication dans l'urgence entre la périphérie et l'autorité centrale.

---

<sup>8</sup> L'auteur aimerait enregistrer sa profonde gratitude au Dr Bergis Schmidt-Ehry, Coordonnateur des projets santé germano-camerounais de 1988-1995, de l'avoir associé aux réflexions enclenchées par ces mutations au Cameroun.



- **Organisation : les réalités du terrain imposent plus de flexibilité au bailleur**

En l'absence des subventions (devenues irrégulières voire rares) de l'Etat au secteur pharmaceutique, l'assistance technique permettait de fournir des stocks de démarrage aux pharmacies des formations sanitaires publiques.

Ces pharmacies, assujetties aux principes de recouvrement de coûts et d'unicité de caisse, reversaient l'ensemble des recettes de la vente des médicaments au Trésor public. L'Etat ayant d'autres priorités et préoccupations, les subventions au secteur santé manquaient toujours et les comptoirs des pharmacies aussitôt réapprovisionnés avec des stocks de démarrage étaient vides.

Au sein des comités de santé, les populations manifestaient toujours leur mécontentement contre l'irrégularité des appuis allemands en approvisionnement en médicaments essentiels. L'assistance technique allemande était donc systématiquement appelée à recommencer à zéro. Les plaintes écrites de la coordination allemande de l'aide sanitaire adressées au Ministre de la santé sur le fait que le principe d'unicité de caisse neutralisait l'impact de ses interventions étaient sans suites immédiates. Ceci n'est pas surprenant dans un pays où la culture orale de communication demeure la règle la plus efficace. Les Allemands, qui au départ avaient déclaré avec pompe que « c'est fini les ruptures de stocks des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques des zones GTZ » n'en revenaient pas. Ainsi, malgré l'aide technique et le choix de s'installer en zone périphérique, l'effet de l'interaction des doubles principes de recouvrement des coûts et d'unicité de caisse donnait ce résultat inespéré ! Les recettes de la vente de médicaments fournis par la coopération allemande aidaient à renflouer les caisses de l'Etat ! Il fallait alors trouver une solution ou arrêter l'assistance technique allemande.

En dépit donc des dispositions de l'accord bilatéral qui fixait son siège en zone périphérique loin du pouvoir central, la coordination<sup>9</sup> des aides santé allemandes a dû transférer son siège à Yaoundé. En effet, l'expérience de l'appui allemand au secteur santé a montré qu'il est impossible d'influencer le développement de la santé dans un système centralisé uniquement à partir de la base. Le transfert allait permettre à la coordination de mieux nourrir le niveau central des expériences de la base et vice versa afin de susciter des changements. Deuxièmement, dans un système où la culture orale de communication était encore très forte et efficace, le transfert allait permettre des échanges physiques plus réguliers avec les fonctionnaires sur les problèmes sanitaires. En outre, le transfert permettrait plus de synergie au niveau stratégique avec les autres intervenants dans le secteur sanitaire. Enfin, le transfert favorisait les possibilités d'accès à une masse critique plus importante des législateurs sur les sujets touchant à la santé des populations. La mobilisation des acteurs allait être facilitée.

---

<sup>9</sup> Sous la direction du Dr. Bergis Schmidt-Ehry (MD - MPH), actuellement Chef du Programme santé germano-tanzanien basé à Darussalam.

## **MOBILISATION DES ACTEURS ET L'IMPACT**

---

Devant les multiples ruptures et la pression exercée sur la coopération allemande par les comités de santé, cette dernière a pris l'option de mobiliser les acteurs autour de la recherche d'une solution durable au problème causé par le principe d'unicité de caisse dans un contexte de crise économique. Ces acteurs clés étaient l'Etat (notamment le ministère de la Santé publique), les usagers des services de santé et le législateur. Il était question de mener une activité de lobbying en faveur de la réforme du principe en question dans l'intérêt des populations.

### **La définition préalable du rôle des acteurs : un atout de taille**

Le fait que les populations soient organisées en comités de santé a été un atout important. Permettant de faire connaître l'ampleur de la demande, ces comités étaient des relais d'information pour les députés et la GTZ. Les copies des plaintes déposées par les comités de santé étaient transmises au bureau de la coordination allemande des aides santé avec des explications d'urgence pour atteindre les fonctionnaires et le ministère de la Santé publique. L'exécutif, une fois saisi du degré des difficultés, avait le rôle de saisir à son tour le législateur pour étudier les possibilités de réforme des dispositions en question.

La régularité de ces plaintes a poussé le niveau central à commencer une réflexion sur les modalités de renouvellement des stocks de médicaments essentiels grâce au principe de recouvrement de coûts malgré le principe d'unicité de caisse et l'absence des subventions.

### **Impact de la mobilisation**

Ainsi, grâce à la mobilisation des acteurs, l'exécutif est devenu plus attentif aux plaintes relatives à la santé introduites par les usagers. Après diverses réunions de réflexion auprès du partenaire (qui dans le temps était la Direction de la santé communautaire), les acteurs sont arrivés au consensus sur la nécessité de proposer un projet de loi au législateur portant dérogation spéciale à la loi de Finances de 1962 en faveur du réapprovisionnement en médicaments essentiels dans les structures sanitaires publiques. La loi portant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière a été débattue et votée par le Parlement camerounais en novembre 1990 et promulguée<sup>10</sup> le mois suivant par le Président de la République. Cette loi dispose que la recette de la vente des médicaments essentiels est retenue au niveau local et utilisée entre autres pour le renouvellement des stocks. Les médicaments essentiels étaient désormais disponibles dans les formations sanitaires publiques à la grande satisfaction des populations vivant dans les communes.

---

<sup>10</sup> Loi n° 90-062 du 19 décembre 1990.

## Observations

Aujourd'hui, le principe d'unicité de caisse reste la règle générale de mobilisation et de gestion des finances publiques par l'Etat. Une dérogation spéciale accordée par une autre loi en faveur de la santé des populations constitue l'exception qui permet de mobiliser les ressources financières pour le renouvellement des stocks de médicaments. Ce qui est remarquable avec cette dérogation est qu'elle représente une décentralisation sectorielle par laquelle des compétences et des moyens ont été transférés à une structure locale au sein d'une commune et non à la commune<sup>11</sup>.

Cette expérience démontre que dans un Etat centralisé, le transfert des compétences et des ressources nécessite de composer avec tous les acteurs. La tentative contraire, organisée depuis la seule périphérie, a montré ses limites. La réussite n'est intervenue que lorsque l'ensemble des acteurs s'est organisé avec l'accord du niveau central. L'expérience démontre aussi qu'il n'est pas durable de prévoir des sources de mobilisation des ressources communales seulement à l'échelon local sans prendre en compte l'échelon national. De plus, l'expérience montre que permettre aux communes de mobiliser les ressources ne se fera pas sans une refondation, voire une reconstruction, du concept d'Etat centralisé car le principe d'unicité de caisse fait partie de ses principes clés. Comment donc atteindre cet objectif au Cameroun d'aujourd'hui où il existe autonomie administrative et financière des communes dans un contexte de centralisation des ressources par l'Etat?

## **EXPERIENCE SECTORIELLE DE DECENTRALISATION : BASE D'UNE AUTONOMIE FINANCIERE COMMUNALE EFFECTIVE**

---

A l'ère de la décentralisation, les communes jouissent de l'autonomie administrative et financière pour la gestion des intérêts locaux<sup>12</sup>. Pour pouvoir atteindre leurs « missions de promotion du développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif »<sup>13</sup>, les communes réclament aujourd'hui des compétences de mobilisation de ressources, pouvoirs que l'Etat est encore le seul à détenir.

En effet, la commune dépend toujours des ressources mobilisées par le Trésor public. Les besoins financiers des services publics, comme ceux des communes, sont servis à partir de caisses de l'Etat. Si on accepte que la commune ressemble à un Etat à l'échelon local, comment donc mobiliser des ressources communales malgré l'existence du principe d'unicité de caisse et sans affaiblir l'Etat ?

---

<sup>11</sup> Ce processus peut faire l'objet d'une description détaillée. Son aboutissement a pris quatre années.

<sup>12</sup> Loi d'orientation de la décentralisation, 2004, art. 4(1).

<sup>13</sup> *Ibid.*

L'expérience citée ci-dessus, menée et vécue au Cameroun, dans le secteur de la santé est certainement porteuse de leçons à adapter et vulgariser pour la mobilisation des ressources à l'échelon communal. Il semble possible d'étendre ladite expérience à d'autres secteurs de vie communale et de favoriser ainsi la mobilisation des ressources. Ceci nécessite une analyse des compétences transférées, des opportunités et des alliances que celles-ci peuvent enclencher car l'exemple sectoriel sus évoqué démontre bien la valeur de l'organisation des acteurs et populations qui sont confrontés à des problèmes communs et dont la source est commune et connue.

La loi de juillet 2004 portant règles applicables aux communes dispose dans son article 144 que les ressources nécessaires à la commune pour l'exercice de ses compétences lui sont « dévolues soit par le transfert de fiscalité, soit par dotation soit par les deux à la fois ». Alors que la dotation prévue par la loi est toujours attendue, les ressources des communes qui devaient provenir de la fiscalité, comme le démontre l'annexe 1, restent aléatoires, principe d'unicité de caisse oblige. Un rappel a été fait aux communes à cet effet par décision n°05-232/MINEFI/CAB du 16 mai 2005. Cette décision intime l'ordre aux communes de clôturer tous leurs comptes domiciliés dans les banques commerciales et de verser le fruit au Trésor public. Une telle mesure est centralisatrice des ressources communales car elle assujettit la mobilisation des ressources communales à la liquidité des caisses publiques malgré les lois de 2004 sur la décentralisation.

Selon les lois de la décentralisation, le développement local est la mission principale transférée aux collectivités locales. Ainsi, les compétences transférées aux communes sont du développement économique, sanitaire et social, éducatif, sportif et culturel<sup>14</sup>. La réalisation des obligations qu'impliquent ces compétences n'est pas possible sans un changement de la manière dont les communes sont approvisionnées en ressources financières. Le changement souhaité n'est possible qu'avec une bonne organisation des communes et des villes du Cameroun, suivie de la mobilisation des autres acteurs autour du problème de l'autonomie financière effective des communes et les compétences qui lui seraient transférées à l'instar des activités des comités de santé dans les années 1990.

## **CONCLUSION**

---

Il ressort de cette expérience que dans un système centralisé, il faut une bonne organisation des acteurs afin que les agendas de réforme soient suivis par une mise en œuvre effective. Les acteurs doivent s'entendre, se mobiliser et faire pression sur les autorités politiques afin que la théorie de la loi soit suivie d'actes concrets. Pour obtenir les moyens nécessaires à la gestion et à l'entretien des centres de santé

---

<sup>14</sup> Loi fixant les règles applicables aux communes *op. cit* ; chapitres I, II, III.

d'intérêts communaux, il faut une action concertée des populations communales à travers leurs comités de santé, l'appui de l'association Communes et villes unies du Cameroun et d'autres acteurs pour l'aboutissement de ce que prévoit la loi. L'exemple de la santé nous montre effectivement les opportunités que porte la décentralisation sectorielle. Sur la base de la loi, il y a eu décentralisation directe à une structure spécifique à la base qui est chargée du réapprovisionnement en médicaments pour les populations. Notons que cette approche ne permet pas « à l'exécutif municipal de centraliser de la décentralisation »<sup>15</sup> par la commune. Elle est effective mais les ressources provenant de recettes de la vente des médicaments restent au niveau de la commune !

L'expérience démontre finalement que la mise en oeuvre effective de la décentralisation bute souvent sur des résistances du niveau central. Le financement de la décentralisation doit aller au delà des subventions de l'Etat pour prendre en compte la coopération décentralisée, la mobilisation des acteurs et des ressources locales.

---

<sup>15</sup> Mots empruntés des témoignages de Raogo Antoine Sawadogo, auteur de l'ouvrage *L'Etat Africain face à la décentralisation : La chaussure sur la tête*, Karthala, 2001.

## **Annexe : les ressources communales : produits d'une nature aléatoire**

Les revenus des communes proviennent principalement de deux sources<sup>16</sup> : les recettes fiscales (taxes directes ou indirectes) et les centimes additionnels communaux (CAC). Les CAC sont une majoration de certains impôts perçus par l'Etat directement reversés aux communes dans lesquels ils sont prélevés.

Les communes ont compétence pour percevoir certaines taxes communales indirectes comme la taxe d'abattage, les droits de fourrière, le droit de place sur les marchés, les droits sur le permis de bâtir etc.<sup>17</sup>. Néanmoins, dans la pratique, le produit de ces taxes indirectes ne représente pas grand chose pour la plupart des communes..

Pour des communes à faible revenu et fortement peuplées, le produit des impôts et taxes devrait constituer une source importante de revenu. Mais Néanmoins, dans la pratique, le produit de ces taxes indirectes ne représente pas grand chose pour la plupart des communes. Il s'avère en effet difficile de prévoir de façon précise les montants qui reviendront à la commune. Ceci est dû à de multiples causes : faiblesse morale de certains agents de recouvrement, manque de personnel technique qualifié, le fait que bon nombre des mairies n'intègre pas le revenu provenant des CAC dans leurs budgets.

Les conséquences majeures de ces insuffisances sont qu'il y a toujours un écart entre les prévisions et les réalisations tant au niveau du produit des impôts et taxes retenus au niveau communal que celui de la répartition par le Fonds d'équipement intercommunal (FEICOM) du centime additionnel communal.

### **Une procédure complexe de centralisation de la fiscalité**

L'assiette, les types des impôts et taxes, la classe des contribuables ainsi que les taux d'imposition sont définis par le Code général des impôts ou par décret<sup>18</sup>. La perception est effectuée par un agent d'impôts ou par un receveur municipal dans les communes dotées de recettes municipales suffisantes. Une commune qui ne peut employer du personnel technique pour recouvrir les impôts communaux dépend des techniciens du Trésor public pour la perception et le reversement de son dû en termes de taxes communales.

---

<sup>16</sup> Décret n°2002/2175/PM du 20 décembre 2002 fixant les taux maximum d'imposition et les modalités de recouvrement de certaines taxes communales indirectes ; décret n°98/263/PM du 12 août 1998 ; décret n°95/690/PM du 26 décembre 1995 fixant les modalités de répartition du produit des centimes additionnels communaux tel que modifié par le décret n° 98/263/PM.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Décret n°98/263/PM du 12 août 1998.

Conformément aux dispositions de la clé de répartition fixées par la réglementation<sup>19</sup>, le récépissé de versement comporte au moins trois bulletins<sup>20</sup> : un portant la part du FEICOM, un pour l'Etat et le troisième pour la commune. Le CAC est perçu sur les impôts et taxes comme les impôts sur le revenu des personnes et des biens (IRPP), les impôts sur les sociétés (IS), la taxe sur les jeux de hasard (TJH), la taxe foncière (TF), et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). C'est l'Etat qui recouvre et encaisse cette majoration et le reverse ensuite au FEICOM. Le produit du CAC est ensuite utilisé comme un fonds de péréquation dont la répartition bénéficie à toutes les communes. C'est le FEICOM qui prépare un projet d'arrêté de répartition conformément à la clé de répartition fixée par arrêté du Premier ministre<sup>21</sup>. Cette clé de répartition prend comme base le nombre d'habitants dans chaque commune, selon le recensement de la population en 1987. Pour des raisons de solidarité nationale, la part du CAC provenant du FEICOM et destinée aux communes des villes de Yaoundé et Douala respecte d'autres critères fixés par décret<sup>22</sup>. La répartition définitive est ensuite faite à la signature de l'arrêté.

#### Répartition des centimes additionnels communaux

Sur la totalité des revenus des CAC, l'Etat en retient 10 % et le FEICOM 20 %. En plus, un pourcentage dépendant de la nature de la commune (communautés urbaines de Douala, Yaoundé ou autres communes) est reversé par la suite au FEICOM. C'est le reliquat des 70 % minorés du prélèvement FEICOM qui est ensuite réparti aux communes.

Cette procédure de répartition fait qu'une grande partie des revenus qui devraient être reversés aux communes est en réalité centralisée au FEICOM d'abord.

Communauté urbaine de Douala		Communauté urbaine de Yaoundé		Autres communes	
Part de l'Etat	10 %	Part de l'Etat	10 %	Part de l'Etat	10 %
Part du FEICOM	20 %	Part du FEICOM	20 %	Part du FEICOM	20 %
Retenue à la base	14 %	Retenue à la base	28 %	Retenue à la base	25,2 %
Reliquat centralisé	56 %	Reliquat centralisé	42 %	Reliquat centralisé	44,8 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	100 %

<sup>19</sup> Décret n°95/690/PM du 26 décembre 1995 fixant les modalités de répartition du produit des centimes additionnels communaux, modifié par le décret n°98/263/PM du 12 août 1998.

<sup>20</sup> Instruction n°2489/L/MINFI/DI/CCE du 27 mai 2003.

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> Ceci varie selon la nature de la commune : Communauté urbaine de Douala, Yaoundé ou une simple commune en application de l'article 3 al. 3 du décret n°98/263/PM du 12 août 1998, et de l'arrêté conjoint n°00264/MINEFI/MINAT du 23 octobre 1998 portant modalités d'assiette, de recouvrement et de reversement d'impôts et taxes destinés aux communes et au FEICOM.

### **Des procédures qui interrogent**

Le tableau qui précède montre que, dans chaque cas, plus de la 60 % des centimes additionnels communaux sont centralisés au FEICOM. Cette application du principe d'unicité de caisse porte avec elle une opacité concernant le montant total de CAC à répartir. De plus, des priorités (justifiables certes) telles que l'allocation pour le financement des opérations spéciales d'aménagement des communes frontalières diminuent d'autant le montant à répartir.

C'est sur une base démographique que la répartition des centimes additionnels est effectuée, à l'exception des communes des communautés urbaines de Yaoundé et Douala). Mais ces communes de Douala et Yaoundé, où est générée une forte partie des CAC dont bénéficient tous les communes camerounaises par le biais du FEICOM, s'interrogent sur ces modalités de péréquation qui les privent de la juste valeur de leurs efforts et compétences de recouvrement. Face à ces questions, on peut se demander si la décentralisation de la fiscalité ne servirait pas à alléger le processus et, par ricochet, à apporter un meilleur appui au développement local. Elle permettrait d'abord de renforcer les compétences locales en matière de recouvrement d'impôts et de mieux s'assurer de la moralité de ceux qui en sont chargés.



## Quelques références et documents consultés

### **Conventions internationales**

Convention on the Rights and Duties of States, Montevideo, 1933

Vienna Convention on the law of treaties, Vienna, 1969

**Recherche par Internet en anglais et français** des documents sur les finances publiques, mobilisation des ressources communales

### **Revues**

« Finances communales et décentralisation », *Revue française de finances publiques*, n° 13, 1986

*Canadian Journal of Regional Science*, Vol XXIII

### **Documentation générale**

« Mobilisation des ressources financières », *Bonnes Politiques*, Dakar

Décentralisation et mobilisation des ressources locales au Sahel, Vol 1

MARTINEZ Jean Claude, *La Réforme fiscale contre le chômage*, éditions Lettres du Monde, 1995

WUNSCH James S. and OLOWU Dele eds, *The Failure of the Centralized State – Institutions and self-governance in Africa*, Westview Press, 1990

### **Documents et textes spécifiques sur le Cameroun**

Arrêté conjoint n°00264/MINEFI/MINAT du 23 octobre 1998 portant modalités d'assiette, de recouvrement et de reversement d'impôts et taxes destinés aux communes et au FEICOM

Code général des Impôts du Cameroun (2005)

Décret n°85-1126 du 8 août 1985 portant création et fixant les règles de fonctionnement de l'Office national pharmaceutique du Cameroun

Décret n°95/690/PM du 26 décembre 1995 fixant les modalités de répartition du produit des centimes additionnels communaux.

Décret n°98/263/PM du 12 août 1998 portant modification du décret n°95/690/PM du 26 décembre 1995 fixant les modalités de répartition du produit des centimes additionnels communaux

Décret n°2002/2175/PM du 20 décembre 2002 fixant les taux maximum d'imposition et les modalités de recouvrement de certaines taxes communales indirectes ; décret n°98/263/PM du 12 août 1998

Décision n°05-232/MINEFI/CAB du 16 mai 2005 relative aux comptes des collectivités territoriales décentralisées domiciliés en banques commerciales.

Instruction n°2489/L/MINFI/DI/CCE du 27 mai 2003, MINEFI

Loi de Finances 1962

Loi n° 017 du 22 juillet 2004 portant orientation de la décentralisation

Loi n° 018 du 22 juillet 2004 fixant règles applicables aux communes

Loi n° 019 fixant règles applicables aux régions

Loi n° 90-056 portant liberté d'associations

Loi n° 90-062 accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière

---

**Traverses n° 1.** Création, appui, renforcement d'opérateurs intermédiaires. Synthèse du séminaire interne du Gret sur les opérateurs intermédiaires. Par Philippe Lavigne Delville, Gret (décembre 1997).

**Traverses n° 2.** Dispositifs d'appui aux petites entreprises en Afrique. Évolution historique et défis actuels. Par Michel Botzung, Gret (avril 1998).

**Traverses n° 3.** Institutionnalisation des réseaux d'épargne-crédit : une construction sociale à concevoir. Études de cas en Guinée et au Bénin. Par François Doligez, Iram (janvier 1999).

**Traverses n° 4.** Stratégies et instruments du développement à l'échelle locale. Examen comparatif à partir du cas burkinabè. Par Patrick Freudiger, Jean-Pierre Jacob et Jean-David Naudet (février 1999).

**Traverses n° 5.** Comment allier efficacité technico-économique et efficacité sociale ? Enseignements d'un projet en santé animale au Cambodge. Par Diane Intartaglia, VSF (juillet 1999).

**Traverses n° 6.** Renégocier les règles collectives en irrigation. Autour de l'intervention de Cicda à Urcuqui (Équateur). Par Frédéric Appolin et Xavier Peyrache [Cicda] et par Philippe Lavigne Delville [Gret] (juillet 1999).

**Traverses n° 7.** La coopération décentralisée, légitimer un espace public local au Sud et à l'Est. Par Bernard Husson, Ciedel (juillet 2000).

**Traverses n° 8.** Des instances paritaires pour gérer des ressources communes ? Deux expériences de gestion paritaire des ressources pastorales (Tchad oriental, Guinée maritime). Par Véronique Barraud, Sékou Béréty, Diane Intartaglia, VSF (octobre 2000).

**Traverses n° 9.** Concessionnaire de réseaux d'adduction d'eau potable, naissance d'un métier. Gestion de réseaux d'adduction d'eau potable en République islamique de Mauritanie. Par Rodolphe Carlier, Gret (avril 2001).

**Traverses n° 10.** Les associations villageoises de migrants dans le développement communal : un nécessaire repositionnement ? Élus, associations locales, associations de migrants en région de Kayes (Mali). Par Éric Force, GRDR (octobre 2001).

**Traverses n° 11.** Le développement local entre décentralisation et privatisation : réflexions à partir de cinq expériences (Afrique de l'Ouest, Bolivie). Par le Groupe Initiatives [synthèse réalisée par Diane Intartaglia et Annette Corrèze] (janvier 2002).

**Traverses n° 12.** Conquérir et consolider le marché du café de qualité, entre dynamiques communautaires et contraintes du marché international. Avancées et défis des coopératives caféières boliviennes. Par Christophe Chauveau, Cicda (décembre 2002).

**Traverses n° 13.** Cycle des projets, cadre logique et efficacité des interventions de développement. Par Christian Castellanet, Gret (octobre 2003).

**Traverses n° 14.** Renforcement de la société civile, politique d'alliances et partenariat. Texte de référence VSF et Cicda. Texte collectif sous la coordination de Carlos Cubillos [VSF] et Frédéric Apollin [Cicda] (juin 2004).

**Traverses n° 15.** Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisations. Comment passer de la volonté à l'action ? Par Philippe Villeval [Handicap International] et Philippe Lavigne Delville [Gret] (octobre 2004).

**Traverses n° 16.** Appui et conseil aux organisations paysannes en zone Office du Niger. Du projet centre de prestations de services aux « Faranfasi So ». Par Jean-Bernard Spinat [Iram], Bakary Traoré [PCPS] et Anne-Sophie Saywell [Groupe initiatives] (février 2006).

**Traverses n° 17.** Réforme agraire et agriculture paysanne : au-delà de l'accès à la terre, un accompagnement nécessaire. Expérience et enseignements du projet Bagé, Brésil. Par Pierre Clavier, Agronomes et Vétérinaires sans frontières (mars 2006).

**Traverses n° 18.** Construire une parole publique par l'espace radiophonique. Expérience pilote dans la commune de Ouahigouya, Burkina Faso. Par Boureima Ouedraogo, ACE-RECIT (mai 2006).

**Traverses n° 19.** État civil, fichier électoral et démocratisation en Afrique. Le cas du Togo. Par Tikpi Atchadam, Alliance pour refonder la gouvernance en Afrique (mai 2006).

**Traverses n° 20.** Le financement de la santé au niveau communal au Cameroun. Principe d'unicité de caisse et décentralisation. Par Cosmas Cheka, Espace Dschangshuss (mai 2006).

---

► Comment mettre en œuvre des services durables aux populations ? Comment construire et pérenniser des dispositifs d'appui qui sachent répondre à la demande ? Comment appuyer sans étouffer des organisations locales et des opérateurs techniques ? Quelles méthodes et quels savoir-faire pour que l'idéal d'un développement qui met les populations au cœur de l'intervention ne soit pas qu'un discours incantatoire ?

Longtemps négligées du fait de la polarisation sur les réalisations concrètes, les dimensions institutionnelles du développement apparaissent aujourd'hui comme un enjeu majeur. Loin de l'image idyllique d'un développement consensuel, les opérations de développement suscitent des jeux d'acteurs complexes qu'il faut être capable de comprendre et de prendre en compte. Au-delà des discours et des principes, il faut savoir discuter de la « cuisine » de l'intervention. Au service des intervenants de développement, la série Traverses veut contribuer au débat stratégique et méthodologique sur ces questions, avec une approche transversale aux différents champs d'intervention. Elle accueille des documents de travail, issus de littérature grise ou de capitalisation d'expérience, qui offrent un intérêt particulier en termes d'analyse et/ou de méthode à partir d'expériences de terrain.

► La série Traverses est éditée par le Groupe initiatives, qui rassemble six organisations françaises de coopération internationale, partageant une ambition commune pour un développement au service des acteurs locaux, dans une logique de recherche-action et de renforcement institutionnel. Les textes sont choisis et validés par un comité éditorial, composé de représentants des organismes membres du Groupe initiatives : Myriam Mackiewicz-Houngue (AVSF), Olivier Thomé (Ciedel-Rafod), Olivier Le Masson (GRDR), Marion Georges (HSF), Anne-Sophie Saywell (Groupe initiatives), et animé par Philippe Lavigne Delville (Gret) et François Doligez (Iram).

► Tous les numéros de Traverses sont téléchargeables gratuitement sur le site Web du Groupe initiatives ([www.groupe-initiatives.org](http://www.groupe-initiatives.org)). Certains sont accessibles via les sites d'Agronomes et Vétérinaires sans frontières ([www.avsf.org](http://www.avsf.org)), du Gret ([www.gret.org](http://www.gret.org)) ou de l'Iram ([www.iram-fr.org](http://www.iram-fr.org)).

► Ce numéro fait partie des textes issus de l'atelier d'accompagnement à l'écriture de praticiens africains du développement qui s'est tenu en octobre 2005 à Bamako.



s/c ONG Canadel - BP 3799  
Yaoundé, Cameroun  
Tél. 237 221 53 89 / 221 31 40  
Fax 237 220 55 20  
[espace.ds@dschangshuss.net](mailto:espace.ds@dschangshuss.net)  
[www.dschangshuss.net](http://www.dschangshuss.net)



Centre d'expertises politiques et  
institutionnelles en Afrique

BPE 867  
Immeuble DFA Hamdallaye  
Bamako, Mali  
Tél. 223 229 69 30  
Fax 223 229 69 28  
[cepiafrique@hotmail.com](mailto:cepiafrique@hotmail.com)



45 bis avenue de la Belle Gabrielle  
94736 Nogent-sur-Marne Cedex, France  
Tél. 33 (0)1 43 94 73 27  
Fax 33 (0)1 43 94 72 17  
[gr-initiatives@groupe-initiatives.org](mailto:gr-initiatives@groupe-initiatives.org)