

Université de Montréal

**Des principes de responsabilité et de solidarité pour un
accès financier équitable aux soins de santé :
Le cas des travailleurs de l’informel urbain du Cameroun en
situation de vulnérabilité**

par

Moubé Moubé

Sciences humaines appliquées

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l’obtention du grade de Doctorat Ph.D
en Sciences humaines appliquées
option Bioéthique

Septembre 2015

© Moubé, 2015

Résumé

La question de l'accès financier des personnes socialement défavorisées aux soins de santé est aujourd'hui un enjeu éthique de grande importance dans de nombreux pays à faible revenu ou en voie d'émergence. On peut se demander comment l'équité dans l'accès aux soins peut être rendue effective puisque l'égalité des chances pour tous et la santé sont des pré-requis aux choix de vie et à la réalisation de soi. Les soins de santé sont donc d'une importance éthique particulière du fait qu'ils contribuent à préserver notre statut comme citoyens pleinement fonctionnels.

Au Cameroun, bien que des efforts considérables soient consentis par les pouvoirs publics et leurs partenaires extérieurs pour favoriser l'accès aux soins des personnes défavorisées, le secteur de la santé reste encore très marqué par l'inégalité dans l'accès financier aux prestations sanitaires. Les médicaments les plus essentiels ne sont pas financièrement à la portée de tous et les coûts d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers dans les formations sanitaires sont manifestement prohibitifs pour une large frange de la population. Lors des épisodes de maladie, l'accès aux soins se fait par le paiement direct au point d'accès, et la pratique de l'automédication s'est répandue du fait de l'incapacité des personnes socialement défavorisées à payer leurs soins sans courir le risque de perdre l'essentiel de leur revenu. Les mesures de prise en charge sociale ou des systèmes de financement qui garantissent la réduction des inégalités entre les classes sociales sont fortement limitées par les faibles capacités d'une économie qui repose essentiellement sur l'informel.

Sur la base de cette réalité, cette thèse analyse à partir du cas des travailleurs vulnérables du secteur informel urbain, la pertinence du choix politique de la couverture universelle santé au Cameroun à travers les principes de responsabilité et de solidarité. La population d'étude choisie est donc celle des travailleurs vulnérables du secteur informel en considération des problématiques liées à leur accès aux soins de santé, de l'importance de leur apport dans l'économie du pays (90 % des travailleurs) et du rôle qu'elle pourrait jouer dans l'atteinte de l'objectif de la couverture universelle santé.

La thèse analyse en effet les conditions et les modalités de répartition des biens sociaux qui répondent à la nécessaire redistribution équitable des ressources, en l'occurrence l'accès aux soins de qualité. Après avoir montré les préoccupations d'ordre politique, social, économique et éthique liées au problème d'accès universel aux soins, la thèse propose des stratégies opérationnelles susceptibles de conduire à l'amélioration de la qualité des soins et à un assainissement de la gestion du secteur des services de soins (éthique du *care* et éthique de bonne gouvernance).

Aussi, dans la perspective de la recherche d'un financement local soutenable et durable de l'accès de tous aux soins, la thèse propose une approche participative. L'exploration de cette perspective aboutit au résultat qu'une approche inclusive et intégrée de promotion de l'économie informelle (dynamisation de ses activités et potentialisation de ses acteurs) pourrait faire de ce secteur un véritable levier de développement économique et social. Un développement social et solidaire durable et susceptible, sur le long terme, de réaliser l'objectif de la couverture universelle santé. En d'autres termes, elle propose des stratégies de capabilisation et de responsabilisation des travailleurs du secteur informel, en vue d'une société plus impliquée, plus responsable et plus solidaire. Une approche susceptible de matérialiser le droit à la santé, de construire l'autonomie des travailleurs en situation de vulnérabilité et de renforcer leurs capacités contributives à travers une opérationnalisation adaptée au contexte des principes de responsabilité et de solidarité.

Mots-clés : accès équitable aux soins, travailleurs de l'économie informelle, principe de responsabilité, principe de solidarité, vulnérabilité

Abstract

Financial access to health services for socially disadvantaged groups is an important ethical stake in many low-income countries or in process of emergence. Equity achievement in the healthcare system, equal opportunities and good health are prerequisite to wellbeing. Thus, access to healthcare represents a key ethical issue for people to keep their full functional citizens status.

In Cameroon, efforts have been made by public authorities and their foreign partners to favour access to healthcare for the disadvantaged groups. However the incentives fall short to guarantee a sufficient healthcare access level. Basics medicines still are not affordable. Furthermore, the high financial costs of ambulatory and hospitals care do not help. In case of sickness, access to health service occurs unless a cash payment before the service, leading to a situation of health care non-affordability. Hence, self-medication is a direct outcome. The economy is mostly informal in the country, so it is not have the capacity to finance welfare and social systems, which are tools usually used to reduce disparities.

This thesis analyzes the relevance of the political choice of universal health coverage in Cameroon through the principles of social responsibility and solidarity. The analysis was performed using the case of vulnerable urban workers of the informal sector, who represent 90% of all the workers in the country. The population of study is the vulnerable workers of the informal sector, who faced issues in accessing healthcare.

This thesis analyzes indeed the conditions and modalities of distribution of social goods (access to quality care) in order to establish equity in resources redistribution. Likewise, political, social, economic and ethical issues related to the universal problem of access to care have been assessed. The operational strategies that lead to improved quality of care and a better management of the healthcare services (good care and ethics of good governance in the system) come forward.

Furthermore, a participatory approach is advocated here under the form of the mobilisation of a sustainable local funding of universal access to care. The exploration of this perspective leads to the result that an inclusive and integrated approach to promoting the informal economy (boosting its activities and potentiating its actors) could make this sector a real social and economic development lever. A social and inclusive sustainable development over the long term, might lead to the goal of universal health coverage. The thesis recommends the accountability of the informal sector's workers for a more involved, responsible and caring society. Hence, this approach is likely to materialize the right to health, to build the autonomy of workers in vulnerable situations and strengthen their ability to contribute through an adapted operationalization to the principles of responsibility and solidarity.

Keywords: fair access to healthcare, informal workers, principles of accountability, principles of solidarity, vulnerability

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures	xiii
Liste des sigles	xiv
Liste des abréviations.....	xvii
Introduction.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	13
CHAPITRE I : Problématique, hypothèse et objectifs de recherche	14
1.1. Problème et questions de recherche	14
1.2. Hypothèses de recherche.....	17
1.2.1. Hypothèse générale.....	17
1.2.2. Hypothèses secondaires	19
1.3. Les objectifs de recherche.....	26
1.3.1. Objectif principal	26
1.3.2. Objectifs spécifiques.....	29
CHAPITRE 2 : Contexte socio-sanitaire camerounais et accès aux soins des travailleurs informels urbains en situation de vulnérabilité.....	31
2.1. Généralités sur le Cameroun.....	31
2.1.1. Situation géographique	31
2.2. Caractéristiques sociodémographiques	34
2.2.1. Situation socioéconomique	35
2.3. Le système de santé camerounais : profil sanitaire, politique de santé, structuration et mode de fonctionnement.....	39
2.3.1. Le profil épidémiologique du Cameroun.....	39

2.3.2. La politique de santé et ses insuffisances	40
2.3.3. Organisation du système de santé	43
2.4. Marché du travail et sécurité sociale au Cameroun	44
2.4.1. Le travail en question.....	44
2.4.2. Le marché du travail au Cameroun.....	46
2.4.2.1. Qu'est-ce que le secteur informel?	46
2.4.2.2. L'économie informelle au Cameroun	50
2.4.3. Importance, caractéristiques et contribution du secteur informel à l'économie et aux revenus des ménages.....	53
2.5. Les travailleurs du secteur informel urbain au Cameroun : les questions de pauvreté et de vulnérabilité	54
2.5.1. La notion de pauvreté en question	54
2.5.2. De la notion de vulnérabilité.....	57
2.5.3. Conditions d'emploi des travailleurs urbains vulnérables du secteur informel.....	61
2.5.3.1. Analyse de la vulnérabilité économique et sociale des travailleurs du secteur informel au Cameroun	63
2.5.3.2. Vulnérabilité des travailleurs du secteur informel et problème de sécurité sociale au Cameroun	66
2.5.4. Le système de mutualisation du risque maladie	68
2.6. Analyse de la vulnérabilité des travailleurs du secteur informel et accès équitable aux soins	71
2.6.1. L'accès équitable aux soins : un droit et une nécessité absolue selon l'OMS.....	71
2.6.2. Vulnérabilité et accessibilité financière des travailleurs de l'informel aux soins de santé	73
DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE	76
CHAPITRE 3 : Positionnement théorique de la recherche.....	77
3.1. De la justice comme équité de Rawls à l'égalité équitable des chances par l'accès aux soins de Norman Daniels	78
3.1.1. La notion de justice comme équité de Rawls.....	78
3.1.1.1. Le principe de différence	80

3.1.1.2. L'idée de réciprocité et de coopération équitables	81
3.2. Les fondements éthiques de l'accès universel aux soins chez Daniels.....	85
3.2.1. La santé pour tous, un devoir moral de la société.....	85
3.2.2. La santé comme pré-requis aux choix de vie et à la réalisation personnelle	86
3.3. L'approche théorique de l'accès universel aux soins par les capacités d'Amartya Sen	87
3.3.1. La liberté individuelle comme une responsabilité sociale : les vertus de la participation	90
3.3.2. Capacité et éthique du <i>care</i>	94
3.3.3. Approche des capacités et situation de vulnérabilité des travailleurs de l'informel au Cameroun	95
CHAPITRE 4 : Principes de responsabilité et de solidarité et accès financier équitable aux soins de santé.....	99
4.1. La responsabilité : concept, fondements et principe.....	100
4.1.1. Concept	100
4.1.1. 1. Conception juridique.....	101
4.1.1.2. Conception philosophique	103
4.1.1.2.1. Responsabilité et liberté.....	104
4.1.1.2.1. Responsabilité et conscience.....	105
4.1.1.2.3. Responsabilité et engagement.....	106
4.1.2. Éthique et responsabilité.....	107
4.1.2.1. Une forte demande d'éthique de la responsabilité.....	107
4.1.2.2. Le principe responsabilité de Hans Jonas	109
4.1.3. Le principe de responsabilisation sociale	111
4.1.4. De la notion de responsabilité sociale au principe de responsabilité sociale en santé	114
4.1.4.1. La responsabilité sociale des entreprises	115
4.1.4.2. Principe de responsabilité sociale et santé	117
4.2. La solidarité : concept, fondements et principe	120
4.2.1. Concept et fondements.....	120

4.2.2. Les formes de solidarité et leurs fondements.....	122
4.2.2.1. Perspective sociohistorique.....	122
4.2.2.2. Liens sociaux et formes de solidarité.....	128
4.2.3. Les caractéristiques des différentes formes de solidarités	131
4.2.3.1. La solidarité familiale	131
4.2.3.2. La solidarité de l’entre-soi électif	133
4.2.3.3. La solidarité organique professionnelle	136
4.2.3.4. La solidarité publique	136
4.2.3.5. La solidarité internationale	139
4.2.4. Principes de responsabilité et de solidarité et accès aux soins.....	142
4.2.4.1. Les principes de responsabilité et de solidarité dans la problématique de l’accès équitable aux soins au Cameroun : revue de la littérature	145
CHAPITRE 5 : Démarche méthodologique, analyse des données et interprétation des résultats	151
5.1. Démarche méthodologique	151
5.1.2. Une méthode d’analyse qualitative.....	153
5.1.2. Les techniques de collecte de données et leur pertinence.....	153
5.1.2.1. Les entretiens de groupe	153
5.1.2.2. Les entretiens individuels semi-dirigés.....	154
5.1.3. Stratégie d’enquête.....	155
5.1.3.1. Constitution de l’échantillon et critères de choix des participants et participantes	155
5.1.3.2. La vulnérabilité comme critère de ciblage des participants et des participantes	155
5.1.3.3. La question du genre et de la sexospécificité.....	159
5.1.3.4. Le recrutement des participants et des participantes.....	160
5.2. Différents thèmes d’entretiens	161
5.3. Analyse des données et résultats.....	164
5.3.1. L’analyse de contenu	164
5.3.1.1. L’analyse de contenu thématique des entretiens.....	165

5.3.1.2. Retranscription et codage des données	166
5.3.2. La grille d'analyse.....	167
5.3.3. Résultat de l'analyse	172
5.3.3.1. Catégories thématiques d'idées récurrentes et pertinentes	172
5.3.3.2. Cartographie des thèmes significatifs	175
5.4. Interprétation des résultats	177
5.5. Cadre éthique de la recherche	184
5.6. Les limites méthodologiques	184
TROISIÈME PARTIE : EXPLOITATION DES DONNÉES.....	186
CHAPITRE 6:Transition vers la couverture universelle santé : considérations éthiques et choix opérationnels stratégiques.....	187
6.1. Données factuelles	188
6.1.1. Accès financier aux soins prohibitif	188
6.1.2. La question de la prise en charge médicale et de la faible qualité des soins	191
6.1.3. Le problème de la « mal-gouvernance » et de la corruption.....	193
6.2. Stratégie gouvernementale de couverture universelle de santé et échec des mutuelles de santé	194
6.2.1. De la conception théorique à l'opérationnalisation de la couverture universelle santé : les défis à relever	197
6.2.1.1. Améliorer les aspects pratiques du projet de couverture universelle santé ...	198
6.2.1.2. Répondre aux exigences éthiques du projet de couverture universelle santé	200
6.3. Satisfaire l'exigence éthique de solidarité sociale et de responsabilité	204
6.3.1. Refonder la solidarité sociale au Cameroun	205
6.3.1.1. Refonder la solidarité sociale comme principe d'organisation sociale.....	206
6.3.1.2. Créer par la solidarité sociale de nouveaux liens sociaux autour de la citoyenneté	207
6.3.1.3. Définir une philosophie des liens sociaux dans le fonctionnement des services publics.....	209
6.3.1.4. Reconvertir les mentalités à travers la valeur de la solidarité publique pour une bonne dynamique de participation et d'intégration sociale	210

6.3.1.5. Faire de la solidarité sociale un habitus	211
6.3.2. Développer les capacités des individus pour une plus grande responsabilité et une participation plus efficace à la vie en société.....	213
6.4. Renforcer l'éthique de la bonne gouvernance et du <i>care</i>	215
6.4.1. Bonne Gouvernance et exigence d' <i>accountability</i>	216
6.4.2. Bonne gouvernance et promotion de l'éthique du <i>care</i>	222
6.4.2.1. Le <i>care</i> comme disposition morale et pratique sociale.....	223
6.4.2.2. Le <i>care</i> comme pratique dans les relations de soins.....	225
6.5. Mécanisme de couverture universelle santé : conditions d'équité et choix opérationnels stratégiques	228
6.5.1. Réforme et conditions d'équité dans l'accès financier aux soins au Cameroun...	229
6.5.2. Réformes et choix opérationnels stratégiques en vue de l'obtention des ressources suffisantes	231
6.5.2.1. Instituer un régime de prépaiement obligatoire et un mécanisme de financement de la santé incluant tous les travailleurs y compris ceux de l'informel	232
6.5.2.2. Créer un organe national d'assurance maladie décentralisé	233
6.5.2.3. Donner une priorité aux dépenses de santé dans le budget national pour répondre aux exigences financières de la transition vers la couverture universelle santé	233
6.5.2.4. Repenser la fiscalité et recourir à des financements innovants pour optimiser les fonds de financement de la couverture universelle santé.....	234
CHAPITRE 7 : Stratégies de capabilisation/responsabilisation : le cas des travailleurs de l'informel urbain en situation de vulnérabilité.....	237
7.1. Données factuelles	239
7.1.1. Vulnérabilité économique et conditions de soins défavorables.....	239
7.1.2. Un besoin de renforcement des capacités	240
7.2. La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle : les avancées timides du gouvernement camerounais	243
7.2.1. Formaliser l'économie informelle. Une stratégie de transition vers la couverture universelle santé.....	245
7.2.1.1. Limiter le coût social et économique de l'économie informelle.....	245

7.2.1.2. Formaliser pour optimiser les capacités contributives au processus de transition vers la couverture universelle santé	247
7.3. Pauvreté et vulnérabilité comme privation des capacités.....	249
7.4. Amélioration du potentiel productif et responsabilisation des travailleurs du secteur informel : vers une couverture universelle.....	253
7.4.1. Capabiliser par l'obligation d'adhésion aux mécanismes de la sécurité sociale ..	259
7.4.1.1. Le socle de protection sociale : un impératif social, politique et développemental	259
7.4.1.2. Responsabiliser par l'obligation d'adhésion et de contribution au socle de protection sociale	263
7.4.2 Améliorer le cadre institutionnel et réglementaire de l'économie informelle	266
7.4.2.1. Réformer pour optimiser la réalisation du potentiel productif et promouvoir un développement équitable	267
7.4.2.2. Réformer par le moyen d'un processus de dialogue social pour un cheminement participatif.....	268
7.4.3. Capabiliser par la mise en place des structures représentatives, de concertation et de dialogue.....	272
7.4.4. Capabiliser par une articulation entre micro-finance et mutuelle de santé.....	276
7.4.4.1. Les avantages du développement de la micro-finance	276
7.4.4.2. Les avantages du couplage micro-finance et mutuelles de santé.....	279
Conclusion	286
Bibliographie.....	i
Annexes 1 : Grilles des entretiens individuels.....	i
Annexes 2 : Grille des entretiens de groupe	iii
Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues individuelles.....	v
Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues de groupe	ix
Annexe 5 : Approbations éthiques.....	xiii

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les différents niveaux du système de santé.....	44
Tableau 2 : Répartition en pourcentage des travailleurs à bas revenus suivant le secteur institutionnel	64
Tableau 3 : Répartition en pourcentage des inactifs par moyen de prise en charge ou source de revenus selon le milieu de résidence et le sexe.....	65
Tableau 4 : Champs conceptuels de la notion de solidarité.....	130
Tableau 5 : Trois formes de coopération entre le Nord et le Sud	140
Tableau 6 : Récapitulatif des différentes valeurs, caractéristiques et applications des principes de responsabilité et de solidarité.....	149
Tableau 7 : Dimensions de la vulnérabilité et critère de ciblage	156
Tableau 8 : Participants et participantes aux entretiens individuels et aux entretiens de groupe	158
Tableau 9 : Catégories de participants aux entretiens individuels.....	158
Tableau 10 : Hypothèses et dimensions conceptuelles mises en études.....	162
Tableau 12 : Unité sémantique de base, dimensions thématiques, unités d'analyse et effets souhaités.....	168
Tableau 13 : Les thèmes les plus fréquents et les plus pertinents dans les discours des entretiens individuels et de groupe	172
Tableau 11 : Les avantages et inconvénients des solidarités traditionnelles	178
Tableau 14 : Thématiques significatives des exigences éthiques	201
Tableau 15 : Thématiques significatives des exigences de reconnaissance, de justice sociale et de capabilisation.....	254
Tableau 16 : Récapitulatif des dimensions de l'approche stratégique	291

Liste des figures

Figure 1 : Solidarité, capabilisation et responsabilisation pour l'accès équitable aux soins	19
Figure 2 : La transition en ascension vers la couverture universelle	29
Figure 3 : Carte du Cameroun.....	32
Figure 4 : Arborescence thématique	176
Figure 5 : le cercle vicieux de la pauvreté : vulnérabilité et pauvreté monétaire	180
Figure 6 : Régulation de la solidarité et de la responsabilité et dynamique de capabilisation/responsabilisation pour un accès universel aux soins de santé.....	183
Figure 7 : Cadre conceptuel d'accès financier équitable aux soins de qualité.....	200
Figure 8 : Conditions éthiques de la transition vers la couverture universelle de santé	203
Figure 9 : Cycle vertueux de la capabilisation/responsabilisation.....	253
Figure 10 : Initiatives à mener pour capabiliser et responsabiliser les travailleurs du secteur informel.....	258
Figure 11 : Figure récapitulative des dimensions de la stratégie de capabilisation/responsabilisation	284

Liste des sigles

- ANR : Agence nationale de recherche
- APD : Aide publique au développement
- BAD : Banque africaine de développement
- BIT : Bureau international du travail
- BUCREP : Bureau central des recensements et des études de population
- CIB : Comité international de bioéthique
- COGE : Comité de gestion
- COGEDI : Comité de gestion du district de santé
- COSA : Comité de santé de l'aire de santé
- COSADI : Comité de santé du district de santé
- CRISES : Centre de recherche sur les innovations sociales
- DSRP : Document stratégique de réduction de la pauvreté
- DSCE : Document stratégique pour la croissance et l'emploi
- ECAM : Enquête camerounaise auprès des ménages
- EESI : Enquête sur l'emploi et le secteur informel
- F CFA : Franc de la communauté financière d'Afrique
- GTZ : Coopération technique allemande (Gesellschaft für technische Zusammenarbeit)
- IB : Initiative de Bamako
- IBC : International Bioethics Committee of UNESCO
- INS : Institut national de la statistique
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- MASMUT : Plateforme belge micro-assurance santé/Mutuelles de santé qui regroupe des représentants d'ONG, de mutualités, d'institutions de recherche et de la coopération belge au développement
- MINAGRI : Ministère de l'agriculture
- MINAS : Ministère des affaires sociales
- MINATD : Ministère de l'administration territoire et de la décentralisation
- MINCOF : Ministère de la condition féminine
- MINCOM : Ministère de la communication

- MINCULT : Ministère de la culture
- MINDIC : Ministère du développement industriel et commercial
- MINFI : Ministère des finances et du budget
- MINEDUC : Ministère de l'éducation nationale
- MINEF : Ministère de l'environnement et des forêts
- MINEPAT : Ministère des affaires économiques, de la programmation et de l'aménagement du territoire
- MINEPIA : Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales
- MINESUP : Ministère de l'enseignement supérieur
- MINMEE : Ministère des mines, de l'eau et de l'énergie
- MINPOSTEL : Ministère des postes et télécommunications
- MINREST : Ministère de la recherche scientifique et technique
- MINSANTE : Ministère de la santé publique
- MINTSS : Ministère du travail et de la sécurité sociale
- MINEPAT : Ministère de l'économie, de la planification et de l'administration du territoire
- MINPROFF : Ministère de la promotion de la femme et de la famille
- MINSANTE : Ministère de la santé publique
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
- OIT : Organisation internationale du travail
- OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONG : Organisations non gouvernementales
- ONU : Organisation des nations unies
- OSC : Organisations de la société civile
- PASOC : Programme d'appui à la structuration de la société civile
- PAS : Programme d'ajustement structurel
- PIAASI : Programme intégré d'appui aux acteurs du secteur informel
- PIB : Produit intérieur brut
- PME : Petites et moyennes entreprises
- PMI : Petites et moyennes industries
- PNDP : Programme national de développement participatif

- PNE : Politique nationale de l'emploi
- PNG : Programme national de gouvernance
- PNUD : Programme des nations unies pour le développement
- PPMF : Programme d'appui au programme national de la microfinance
- PPTE : Pays pauvres très endettés
- PROMUSCAM : Plate-forme des promoteurs de mutuelles de santé du Cameroun
- SAILD-PROMUS : Service d'appui aux initiatives locales de développement–promotion des mutuelles de Santé
- SMIG : Salaire minimum interprofessionnel garanti
- SNU : Système des nations unies
- STEP : Programme stratégique et technique contre l'exclusion sociale et la pauvreté
- SYNAME : Système national d'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables médicaux
- UN : United Nations
- UNESCO : L'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture
- UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance
- WHO: World Health Organization

Liste des abréviations

Adj. : Adjectif

Art. : Article

Etc. : Et cætera

*À mes frères Denis Kamdoum et Pascal Ngunté
À mon père Albert Kamgang
À Mgr André Wouking
Tous de si regrettée mémoire*

Remerciements

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans l'appui et la contribution d'un certain nombre de personnes et d'institutions auxquelles j'adresse ici mes remerciements et témoigne toute ma reconnaissance.

Mes remerciements vont en premier lieu à Béatrice Godard ma directrice de thèse. Vous avez accepté de m'accompagner dès les débuts de ce travail alors que ma problématique était encore chancelante. Vos remarques, vos critiques et vos suggestions m'ont aidé à y voir plus clair. Merci pour l'intérêt que vous avez témoigné à mon projet et pour vos commentaires toujours très encourageants. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ce travail. Mes remerciements vont aussi à l'ensemble du corps professoral et à tout le personnel administratif du Programme des sciences humaines appliquées (SHA) pour la qualité de leur encadrement. J'ai reçu de vous pas seulement la connaissance mais aussi de la générosité et un soutien permanent. De tout cœur merci.

Un merci filial à Mgr Watio Dieudonné, Évêque de Bafoussam. Vous m'avez soutenu, encouragé et convaincu à aller jusqu'au bout de mon parcours académique. Merci pour votre attention paternelle. Merci à l'Abbé Normand Denis et aux fidèles des paroisses St Claude et Bon Pasteur de Laval. Vous m'avez toujours témoigné un grand intérêt pour ce travail en m'entourant de votre délicatesse et de votre fraternité.

Une reconnaissance particulière à Sylvie Nguedam Deumeni. Merci pour ton soutien et pour l'intérêt que tu témoignes à mes travaux. Merci pour les discussions riches et stimulantes que nous avons eues autour de cette thèse. Ces échanges m'ont beaucoup enrichi et ont considérablement élargi mon champ de connaissance et mes horizons scientifiques. Je remercie de tout cœur Yveline et Florent Lado pour leur soutien indéfectible pendant ces longues années de recherche et pour la relecture assidue du manuscrit de ce travail. Merci aussi à Gwladys et Jean-François Toungsi, à Odile et Valentin Mbekou, à Margueritte Simo, à Marlène Fayad et à Rolland H. Yemadje qui ont donné aussi généreusement de leur temps pour la relecture de ce travail. Merci à Clarisse et Blaise Yepmo, à Blanche et Charles Kitio, à Sylviane et Aimé

Tsafack pour leurs encouragements. Vous avez tous largement contribué à la réalisation de ce travail. Soyez-en remerciés.

Que les différents participants et participantes qui ont bien voulu partager avec moi leurs connaissances et leurs expériences quotidiennes sur le sujet de cette recherche trouvent ici ma profonde reconnaissance pour leur précieuse collaboration. Merci particulièrement à Jean-Paul Moubé, à Téné Lazare, à Annie Nzeukou, à Patricia Moga, à Mylène Diesse, à Adèle Flore Mafambou Feuhouo, à Marie Thérèse Kaptso Medjou et à Claudelle Tchakounté.

Ma reconnaissance va aussi à toute ma famille, à mes frères et sœurs, à tous mes amis pour le soutien qu'ils m'ont apporté pendant ces années de recherche. Une pensée particulière pour ma mère Madjo Odile qui s'impatientait de me voir finir ce travail. Vous avez tous su me donner la motivation et le courage nécessaire. Que cette thèse soit pour vous un réel motif de satisfaction.

Le projet de cette thèse s'est par ailleurs réalisé grâce aux différentes bourses suivantes : la bourse d'excellence d'admission au programme de PhD sciences humaines appliquées; la bourse de doctorat Sciences humaines appliquées soutien aux étudiants/étudiantes; la bourse de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal; la bourse de fin d'études doctorales de la Faculté des études supérieures et postdoctorales; la bourse du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) aux chercheurs candidats au doctorat qui a rendu possible la recherche sur le terrain au Cameroun¹. Que ces différentes institutions bienfaitrices trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

¹ Pour obtenir des informations sur le Centre de recherches pour le développement international, Ottawa Canada, consulter son site Web à <http://www.crdi.ca>.

Introduction

La question de l'accès financier² des personnes socialement défavorisées aux soins de santé est aujourd'hui un enjeu éthique de grande importance dans de nombreux pays à faible revenu ou en voie de développement. On peut se demander comment l'équité dans l'accès aux soins — comme exigence de justice sociale et non de charité³ — peut être rendue effective, puisque l'égalité des chances pour tous et la santé sont des pré-requis aux choix de vie et à la réalisation de soi (Daniels 1981; 2009). En outre, les soins de santé sont d'une importance éthique particulière, parce qu'ils contribuent à préserver notre statut comme citoyens pleinement fonctionnels.⁴

Cette thèse a été dès son début motivée par le souci d'apporter une contribution à l'amélioration de l'effectivité du droit à la santé des personnes défavorisées au Cameroun, notamment des travailleurs vulnérables de l'économie informelle, car le Cameroun ne dispose pas à ce jour d'un système de couverture universelle de santé pour tous. Il s'agissait plus précisément de mener une recherche qui contribue à la réalisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle et à la protection contre le risque financier des personnes vulnérables, tels que définis par l'OMS (2005a; 2005 b; 2010; 2013a). Dans son rapport sur la santé dans le monde portant sur la recherche pour la couverture sanitaire universelle, l'OMS (2013a) souligne l'importance qu'il y a à effectuer des recherches sur les réalités locales de chaque pays dans la poursuite de l'objectif de la couverture universelle pour la protection des couches vulnérables contre le risque financier.

² L'*accès aux soins* ou *accessibilité aux soins* dans ce travail signifie la possibilité financière de recourir à des services de soins de santé. Il s'agit exclusivement des soins de la médecine moderne par opposition aux autres méthodes alternatives de soins de santé.

³ Rawls le signifie bien quand il affirme que « Les plus défavorisés ne sont pas, si tout se passe bien, les infortunés et les malchanceux — objet de notre charité et de notre compassion —, mais ceux à qui la réciprocité est due en tant que dimension de la justice politique entre ceux qui sont des citoyens libres égaux comme les autres. » (Rawls, 2004 : 192-193)

⁴ La vocation d'un système de santé juste est d'assurer l'accès aux soins à tous ; c'est d'ailleurs ce que souligne l'OMS lorsqu'elle affirme que l'exigence d'équité découle de la reconnaissance du droit de chacun à la vie et donc à avoir accès aux soins de santé (OMS, 2000).

Après avoir affirmé que « nombre des questions portant sur la couverture sanitaire universelle nécessitent des réponses locales à travers la recherche empirique », ce rapport précise que

« L'objectif de la couverture sanitaire universelle est de veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin (prévention, promotion de la santé, traitement, rééducation et soins palliatifs), sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir aujourd'hui et à l'avenir. Les facteurs responsables de la mauvaise santé, ainsi que la capacité financière à protéger les personnes de la mauvaise santé, diffèrent d'un pays à l'autre. Par conséquent, chaque pays doit déterminer ses priorités sur le plan de l'amélioration de la santé, des services nécessaires et des mécanismes appropriés pour la protection contre le risque financier » (OMS, 2013a : 4).

Cette recherche a pour but donc de contribuer à l'atteinte de cet objectif au Cameroun à travers l'analyse des stratégies gouvernementales choisies à la lumière des principes éthiques de responsabilité et de solidarité. En effet, au Cameroun, comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, les politiques d'ajustement structurel, essentiellement basées sur la logique du marché et du libéralisme, ont eu pour effet de limiter le champ d'intervention de l'État dans le domaine des politiques sociales, considérées comme étant non productives (Cornia, Jolly et Stewart, 1987; Ridde, 2005; Sanni Yaya, 2009; Nguetse Tegoum, 2009). Cette situation a rendu difficile et parfois impossible, pour un segment important de la population, l'accès aux besoins de base tels que l'éducation, les services de santé, une nutrition adéquate, etc. Ce désinvestissement de l'État a entraîné une désarticulation du système de santé qui marginalise les populations vulnérables (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Mendo Me Mfou, 2013; Owoundi, 2013).

Les rapports des organismes nationaux et internationaux ⁵sur les problèmes de santé que rencontrent les couches vulnérables au Cameroun présentent aujourd'hui une situation sanitaire

⁵Voir : Banque mondiale (2013). « Vers une plus grande équité. Numéro spécial sur la santé ». Dans *Cahier économique du Cameroun*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; OMS (2009). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015*, Rapport du Bureau Régional de l'Afrique ; Health Research For Action, (2008). *Analyse des mécanismes de financement des districts sanitaires et propositions pour un mécanisme de financement commun* ; MINSANTE (2007). *Stratégie Sectorielle de Santé*

préoccupante en matière d'accessibilité financière aux soins de qualité malgré les efforts de réforme, plus théorique que pratique, entrepris depuis les années 2000 — après l'échec de l'Initiative de Bamako⁶ — pour réadapter et rendre plus accessibles financièrement les soins (MINSANTE, 2006 ; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Mendo Me Mfou, 2013).

Les problèmes de santé au Cameroun étant fortement concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population, il y'a comme le souligne Berthélemy, aussi bien au niveau microéconomique qu'au niveau macroéconomique,

« un piège de pauvreté associé à la santé : une famille frappée par la maladie de l'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de revenus associée à la maladie et du coût de l'accès aux soins. Afin d'améliorer les conditions de santé de la population dans son ensemble il faut donc porter une attention particulière aux pauvres, qui sont les premiers pour lesquels l'enclenchement d'un cercle vicieux entre détérioration des conditions de santé et approfondissement de la pauvreté peut se manifester » (2007 : 16).

Les difficultés d'accès aux soins des personnes vulnérables au Cameroun se posent en termes d'accès à la prévention, aux informations disponibles, à la consultation, ou aux soins de qualité. Par ailleurs, l'accessibilité aux soins peut être considérée sur le plan géographique, physique, culturel ou financier. Nous choisissons dans ce travail de nous intéresser à l'accessibilité financière aux soins de base de qualité⁷. Il s'agit essentiellement des soins dits

2001-2010 ; *Orientations du Gouvernement contenues dans les documents « Vision 2035 » et « DSCE »*. Yaoundé : Ministère de la santé publique.

⁶ Adoptée à Bamako en 1987 lors du 37e comité régional de l'OMS par les États africains, l'Initiative de Bamako traduit une volonté de décentralisation de la gestion des systèmes de santé publique et d'amélioration de la transparence. Elle a conduit de nombreux pays africains, dont le Cameroun, à introduire le paiement direct des soins de santé par la population compte tenu des limites des ressources publiques. Une contribution de la population destinée au financement des médicaments, à la motivation du personnel et le financement direct des frais de fonctionnement des hôpitaux et de la prise en charge des soins par les patients eux-mêmes. Le bilan de l'initiative de Bamako est resté très controversé, notamment autour des questions d'équité. Pour en savoir plus, voir : V. Ridde et J.-E. Girard (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». Dans *Santé publique*, n° 41, p. 37-51).

⁷ Nous entendons par vulnérabilité la probabilité pour un individu ou un ménage de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'aggraver face aux fluctuations et aléas de la vie auxquels il doit financièrement

formels ⁸ — prévention, consultation chez un médecin, soins ambulatoire et hospitalier, accès aux médicaments en pharmacie — qui constituent une dimension de la problématique de l'inégalité dans l'accès aux soins de santé.

Au Cameroun, l'absence d'une politique de partage des coûts et des risques suffisamment fonctionnelle est à la base du problème d'accessibilité financière aux soins pour les classes sociales défavorisées. Les mesures de prise en charge sociale ou des systèmes de financement qui garantissent la réduction des inégalités entre les classes sociales sont fortement limitées par les faiblesses d'une économie qui repose essentiellement sur l'informel (Richard, 2004; Dussault, 2006; Audibert et al., 2011). Par ailleurs, un consensus international est établi aujourd'hui sur le fait que le paiement direct par les usagers de leurs soins de santé est une forme injuste de financement et une entrave à l'accès aux soins pour les personnes socialement et financièrement défavorisées et par conséquent au développement.⁹ Un tel système constitue une cause d'appauvrissement et nécessite un changement (Bijlmakers, Dusseljee, Jurgens, 2006; Banque mondiale, 2007; OMS, 2010). En effet, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948) dans son article 25 stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté (UNESCO, 1949).

faire face pour survivre du fait du manque de filet social de sécurité. Le concept est plus amplement défini dans le chapitre 2.

⁸ Nous ne traitons pas dans ce travail d'accès aux soins informels (guérisseurs traditionnels et autres recours).

⁹Tous les États membres de l'OMS ont pris l'engagement en 2005 de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Une expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux soins de santé dont ils ont besoin sans courir le risque de l'appauvrissement ou d'une ruine financière dommageable pour leur vie. Aussi, les efforts déployés pour parvenir à la couverture sanitaire universelle constituent non seulement un puissant moteur dans le processus d'amélioration de la santé et du bien-être des individus, mais aussi de la promotion du développement humain et durable (OMS, 2005a ; 2013a).

Les organisations multilatérales (l'Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale) et certains pays qui fournissent au Cameroun une aide au développement (comme la France, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas) accordent une priorité — dans les conditionnalités de l'aide — au développement des micro-assurances-santé comme un mécanisme pour favoriser le prépaiement des soins de santé par la collecte et la redistribution équitable des ressources financières nécessaires. Ce mécanisme basé sur le principe de mutualisation des risques (*riskpooling*) est suggéré en lieu et place du « paiement à l'acte » pour pallier les risques sociaux (Carrin, James et Evans, 2005).¹⁰ Si des divergences de vues existent entre ceux qui pensent que les systèmes de santé devraient être financés par les revenus d'imposition et ceux qui postulent pour l'efficacité des différents mécanismes d'assurance pour atteindre l'objectif de l'assurance santé pour tous¹¹, il existe tout de même un consensus sur la nécessité de l'engagement de l'État en faveur de l'équité dans l'accès aux soins, compte tenu de la condition des plus démunis ou des personnes travaillant dans l'économie informelle¹². Les activités que mènent la plupart de

¹⁰ Voir : Résolution WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale. La Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en rappel à la résolution WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale, a invité les États à « veiller à ce que les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au point de prestation et comportent une méthode de prépaiement des cotisations financières pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques sur l'ensemble de la population pour éviter les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement des personnes ayant eu à se faire soigner ; à viser la couverture universelle d'un coût abordable et l'accès universel aux soins de santé pour tous sur une base d'équité et de solidarité, de façon à offrir un éventail suffisant de soins et de services de santé et une couverture (...) ; à planifier la transition de leur système de santé vers la couverture universelle tout en continuant à préserver la qualité des services et à répondre aux besoins de la population afin de réduire la pauvreté et d'atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement ; à promouvoir l'efficacité, la transparence et la responsabilité des systèmes de gestion du financement de la santé... » (OMS, 2011).

¹¹ L'OIT préconise, pour atteindre la couverture maladie universelle dans les pays en développement, une approche de la protection sanitaire sociale basée sur les droits, et accorde une grande attention aux segments de la population qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale (BIT, 2012; 2014).

¹² Les travailleurs informels ou travailleurs du secteur informel se caractérisent par des conditions précaires et indécentes de travail : droits fondamentaux menacés et difficiles à défendre; conditions de travail le plus souvent dangereuses; pas de protection sociale face aux problèmes de santé, etc. L'informalité est considérée comme une cause majeure de la pauvreté et les plus pauvres sont les plus exposés, car le travail est souvent leur seule source de revenus (Kanté, 2001; OIT, 2013).

ces travailleurs les prédisposent davantage à la morbidité. Leurs activités productives peuvent connaître un ralentissement ou un arrêt du fait de la maladie et de l'appauvrissement dus aux dépenses catastrophiques dans des épisodes de maladie dans leur ménage (INS, 2005; 2006; Audibert et al., 2011).

Comme solution à ce problème, le gouvernement camerounais depuis 2006 a posé comme principe directeur du système de soins de santé l'objectif de la *couverture universelle santé* que promeut l'OMS (2005a) dans sa résolution de 2005 (MINSANTE, 2006; 2011). Pour réaliser à moyen ou long terme l'objectif de *la couverture universelle santé*, il a choisi en 2006 de promouvoir un système d'assurance maladie basé sur les mutuelles de santé communautaires (MINSANTE, 2006)¹³. Cependant, le développement de l'assurance universelle au Cameroun soulève de nombreux défis en raison même de l'importance et de la mauvaise organisation de l'économie informelle qui affaiblit la capacité du gouvernement à collecter les impôts, à redistribuer les ressources et à gérer le risque. D'où un foisonnement d'initiatives portant sur les mutuelles de santé et les schémas de micro-assurance santé fondés sur une base communautaire avec l'appui de divers partenaires (ONG, ministères de la santé, de l'emploi, bailleurs institutionnels) (MINSANTE, 2006; 2011; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Owoundi, 2013). Malgré cette réforme, le problème reste presque entier puisque la problématique de l'efficacité et de la pérennité de ces mutuelles de santé et des micro-assurances ne trouve pas encore de solution. En effet, du fait d'un nombre de cotisants très limité et de la faiblesse des capacités financières des adhérents, les mutuelles créées par le gouvernement — avec pour objectif d'atteindre la couverture de l'assurance maladie pour tous — ne parviennent pas à assurer les coûts de santé, même pour ses membres, et ne peuvent pas survivre durablement au retrait de

¹³Les mutuelles de santé communautaires, appelées aussi micro-assurances santé, sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à leur besoin d'accès financier aux soins. Elles consistent en un mécanisme de prise en charge des dépenses de soins fondé sur la mutualisation des risques maladie (Carrin, 2003; Audibert, Mathonnat et De roodenbeke, 2004).

l'appui des aides extérieures (ONG, bailleurs de fonds multilatéraux...). Une évaluation faite en 2010 de cette stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé au Cameroun révèle qu'elle a réalisé une couverture de l'ordre de 1,5 % sur les 40 % escomptés pour 2015; et la performance du Cameroun en matière de couverture du risque maladie est parmi les plus faibles en Afrique subsaharienne (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Mendo Me Mfou, 2013; INS, 2013).

Cette thèse analyse, à partir du cas des travailleurs vulnérables du secteur informel urbain, la pertinence et l'efficacité des stratégies de ce choix politique à travers les principes de responsabilité et de solidarité considérés comme des matrices évaluatives et normatives, tout en envisageant l'opérationnalisation de ces principes comme stratégies supplémentaires nécessaires pour l'effectivité de l'assurance maladie. Dans le contexte camerounais où l'économie est essentiellement basée sur le secteur informel (90 % des travailleurs) (INS, 2011; 2013), l'apport potentiel de ce secteur est aujourd'hui incontournable pour la transition vers la couverture sanitaire universelle telle que la préconisent par l'OMS et le BIT (2005a; 2005 b; 2013; BIT, 2000; 2015). En établissant une relation de causalité entre la faiblesse de revenus des travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité et leur accès aux soins de santé, nous montrerons comment l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité en vue de la justice et de l'équité dans l'accès aux soins — comme le suggère la Déclaration de l'UNESCO sur la bioéthique et les droits de l'homme (UNESCO, 2005; Have, et S. Jean, 2009) — peut contribuer à réaliser cet objectif de *couverture universelle santé* pour tous au Cameroun. Il sera donc question d'explorer et d'analyser les fondements de l'élaboration d'une solidarité socialement construite dans la logique de l'éthique universelle de la solidarité et de la responsabilité en tant que principes.

La question de la solidarité pour l'accès aux soins de santé pour tous au Cameroun a fait l'objet de plusieurs recherches aussi bien par les institutions gouvernementales que par les chercheurs en sciences humaines (Médard, 2001; Abega et Ngo Yebga, 2001; Kotock, 2006; MINSANTE, 2006; Fouomene, 2013; MINTSS, 2015). Au-delà de la diversité des problématiques et des divergences d'opinions que cette question soulève, notamment sur le plan de l'action concrète à mener, la conviction partagée demeure d'une part qu'aujourd'hui au Cameroun la situation sanitaire est préoccupante en matière d'accessibilité financière aux soins de qualité pour tous.

D'autre part, presque tous les auteurs envisagent la solidarité comme une valeur fondamentale qui, dans le sens de la collectivité, est déterminante pour l'effectivité du droit à la santé. Cependant, les recherches qui envisagent la solidarité sociale et la responsabilité comme principes pour l'équité en santé sont quasi inexistantes.

Les principes de responsabilité et de solidarité sont aujourd'hui au centre de la problématique de la justice sociale; et la question de distribution des ressources, qui est au cœur de la problématique des inégalités d'accès aux soins, nous confronte à la complexité de la réalité sociale (Spitz, 2008; Rawls, 2009; Daniels, 2009; Léonard, 2012). C'est pourquoi pour apporter des réponses pertinentes à nos questions de recherche, nous intégrerons aussi bien les éléments de l'éthique sociale que ceux du système économique en vue de proposer un système social équitable et efficace pour l'accès aux soins. Dans une perspective éthique, le modèle d'égalité équitable des chances par l'accès aux soins développé par Norman Daniels et l'approche par les *capabilités*¹⁴ d'Amartya Sen (1999a; 1999 b; 2009) qui vise le renforcement des capacités et l'autonomisation des personnes (Jacquet et al., 2004) — deux approches dérivées de la théorie de justice de Rawls — constituent le cadre théorique de cette recherche.

Les travailleurs vulnérables de l'économie informelle ont été choisis du fait qu'ils constituent un segment des personnes défavorisées qui jouent un rôle important dans l'économie nationale. C'est en considérant les problématiques liées à leur accès aux soins, de leur apport dans l'économie du pays et du rôle qu'elle pourrait jouer dans l'atteinte de l'objectif de la couverture universelle santé — aussi en considérant l'« *interaction dynamique entre progrès de la santé et développement économique* » (Berthélemy, 2007 : 3) — qu'ils ont été choisis comme unité d'étude particulière dans cette recherche. En effet, les travailleurs vulnérables de l'économie informelle constituent une catégorie riche d'un potentiel d'innovation économique et social non exploité. Comme le souligne Kanté,

¹⁴Selon Grosjean (2000), le terme anglais « capability » dans les travaux de Sen prend une nouvelle dimension ; celle de « rendre capable de » qu'on pourrait rendre par le néologisme français « capabiliter ». Nous choisissons dans ce travail de parler de « capabiliser » au sens de donner à quelqu'un une *capabilité*.

« le secteur informel, antérieurement considéré à priori comme un “accident” transitoire du processus de construction d’une économie moderne dans les pays en voie de développement, a révélé par la suite une dynamique d’expansion et de renforcement de son rayon d’action qui fournit des raisons objectives de penser qu’il continuera durablement à occuper une part importante de la population active¹⁵ » (2001 : 1).

Les travailleurs du secteur informel devraient donc jouer un rôle déterminant dans la transition de la situation d’absence de protection sociale — y compris la non-prise en charge financière sociale et universelle des soins de santé — à une situation de protection sociale universelle. Une protection à travers un développement adapté des solidarités et une stratégie basée sur leur capabilisation/responsabilisation.

La notion de capabilisation/responsabilisation ici fait référence au renforcement des capacités contributives à la création de richesses et à la participation de façon responsable au développement social et économique dans la ligne de ce que suggèrent les institutions internationales (BIT, 1999; 2000; 2012; OMS, 2005a; 2013a; Nations unies, 2007). Une option sur laquelle l’État camerounais a déjà fait des déclarations d’intention et envisage traduire dans la réalité (BIT, 2011; Bakang Mbock, 2014; MINTSS/MINSANTE, 2015)¹⁶.

La thèse envisage les principes de responsabilité et de solidarité dans ce processus de transition comme deux rails nécessaires pour parvenir à la concrétisation de cette transition qui nécessite

¹⁵ Cette tendance se vérifie particulièrement en Afrique, où le secteur informel absorbe 61 % de la main-d’œuvre urbaine, et on estime qu’il est probablement à l’origine de plus de 93 % des nouveaux emplois créés au cours des années 90. » (Kanté, 2001 : 1).

¹⁶ Il est important de considérer « l’impact de la santé sur la vie des individus pris en tant que tels, mais aussi comme agents producteurs et agents du changement social et politique. La question de l’efficacité des systèmes de santé doit par conséquent être à l’ordre du jour des politiques de développement. » (Vimard, Aboussad et Cherkaoui, 2010 : 13). Catherine Bakang Mbock intervenant pour le Ministère des affaires sociales du Cameroun à la cinquante-deuxième session de la Commission du développement social des Nations unies tenue le 11 février 2014 à New York sur le thème *Promouvoir l’autonomisation dans les domaines de la pauvreté, de l’intégration sociale, du plein emploi et du travail décent pour tous*, évoque dans sa présentation l’importance de l’économie informelle au Cameroun et abonde sur la nécessité d’offrir par les moyens de la solidarité les capacités aux travailleurs en vulnérabilité et de les autonomiser en vue de leur participation durable au développement et à l’accès de tous aux biens sociaux (2014 : 10-11).

des stratégies multidimensionnelles¹⁷. Elle envisage par ailleurs une stratégie transversale qui définit les différentes responsabilités et intègre de façon harmonieuse et efficiente les différents secteurs et acteurs de l'action politique. Deux stratégies déterminantes pour l'accès universel aux soins (Lahmiti et Aboussad, 2010; Audiber et al., 2011)¹⁸.

Bien que les travailleurs du secteur informel urbain constituent l'unité d'étude de cette recherche portant sur l'analyse de la problématique de l'accès équitable et universel aux soins au Cameroun, la thèse dans son analyse prend en compte les autres catégories sociales concernées par cette problématique (personnes indigentes incapables de s'offrir une assurance maladie, personnes portant un handicap invalidant ou souffrant de maladie chronique, les enfants et les mères d'enfants sans soutien social, les personnes âgées, etc.). Ces personnes constituent en effet des bénéficiaires indirects de cette recherche.

La thèse apporte des éléments de réponses aux questions principales suivantes : sur la base du droit à la santé, comment les travailleurs de l'informel peuvent-ils être responsabilisés et engagés au-delà de la « solidarité traditionnelle » dans une dynamique de solidarité plus englobante et plus structurée qui permet un accès financier équitable aux soins? Comment les travailleurs du secteur informel — catégorie qui occupe une place importante dans la vie économique nationale au Cameroun et qui paradoxalement fait partie des populations les plus vulnérables — peuvent-ils être favorablement et efficacement impliqués dans la poursuite de l'objectif de la couverture universelle santé?

Les différents niveaux de réponses à ces questions s'organisent autour d'une hypothèse générale qui s'énonce comme suit : l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité

¹⁷En termes de choix de politique globale (politiques sociales, économiques, et de l'emploi) conséquent visant à modifier favorablement et durablement les conditions matérielles, organisationnelles et éthiques de travail, de productivité et de participation.

¹⁸Développer des solutions d'accès aux soins pour les pauvres et pour ceux qui vivent une situation de précarité est nécessaire, mais non suffisant ; des mesures sociales et économiques de lutte contre la pauvreté et pour le renforcement des capacités en vue de la participation des uns et des autres doivent être développées simultanément (Lahmiti et Aboussad, 2010 : 109).

peut garantir la transition vers la couverture universelle des soins. Ces deux principes éthiques qui organisent fondamentalement la vie sociale sur la base des droits, de l'égalité et de la justice sociale peuvent aider à transformer les vulnérabilités en potentialité de développement dans une approche d'accompagnement et d'autonomisation. En d'autres termes, une opérationnalisation contextualisée de ces principes peut permettre de « capabiliser »¹⁹ les travailleurs vulnérables du secteur informel, notamment ceux des milieux urbains, et de les responsabiliser en vue de leur autonomisation et de leur pleine contribution aux mécanismes sociaux de protection contre les risques financiers liés aux soins de santé. À partir de cette hypothèse générale, quatre dimensions ou sous-hypothèses ont été soumises à l'étude. Elles seront présentées et développées dans le premier chapitre de la thèse.

La thèse est structurée en sept chapitres répartis sur trois parties. Dans la première partie intitulée cadre théorique, le premier chapitre présente la problématique, les hypothèses et les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre traite de la structuration du système de santé au Cameroun, son mode de fonctionnement. Il présente le contexte socio-sanitaire en s'étendant sur les conditions de santé et de travail des travailleurs du secteur informel urbains en situation de vulnérabilité. Dans la deuxième partie intitulée cadre opératoire, le troisième chapitre définit le positionnement théorique de la recherche, structurée autour des travaux de Normand Daniels — qui défend à partir des principes de la justice comme équité de John Rawls l'intégration du droit à des soins de santé parmi les réquisits fondamentaux de la justice sociale — et de l'approche par les capacités de Amartya Sen — qui postule l'idée de potentialisation, d'autonomisation et de participation sociale des individus comme étant centrale dans l'éthique sociale et les politiques qui organisent et définissent une société juste. Le quatrième chapitre définit les deux concepts clés de la recherche (principes de responsabilité et de solidarité), les liens qu'ils entretiennent entre eux et leur pertinence éthique, politique et sociale dans la problématique de capabilisation et de participation des travailleurs du secteur informel urbain — considérés

¹⁹Néologisme qui fait référence à l'approche par les capacités de Sen. Il consiste à améliorer les capacités et l'autonomie des individus en situation de vulnérabilité (Sen, 2000 ; 2009).

comme acteurs et bénéficiaires — à l'objectif d'accès équitable et universel aux soins de santé. Le cinquième chapitre présente la démarche méthodologique de la recherche (préparation, collecte et l'analyse des données de terrain); une démarche axée sur la méthode qualitative. Dans la troisième partie intitulée interprétation et exploitation des données, le sixième chapitre analyse l'accès financier universel aux soins comme un droit et une obligation sociale qui exige une solidarité sociale en tant que principe. Il analyse par ailleurs les considérations éthiques liées à l'accès équitable aux soins dans la société camerounaise et les choix opérationnels stratégiques de la transition vers la couverture universelle santé. Le septième chapitre analyse pour sa part les exigences et les avantages socioéconomiques de la capabilisation/responsabilisation des travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité dans la poursuite de l'objectif de la couverture universelle sanitaire au Cameroun.

En analysant les considérations éthiques, politiques et économiques liées à l'accès financier équitable aux soins de santé dans la société camerounaise, la thèse aboutit à la conclusion qu'une approche inclusive et intégrée de promotion de l'économie informelle (dynamisation de ses activités et potentialisation de ses acteurs) pourrait faire de ce secteur un véritable levier de développement économique et social. Un développement social et solidaire durable susceptible, sur le long terme, de réaliser l'objectif de la couverture universelle santé. Alors l'opérationnalisation des principes de solidarité et de responsabilité sociale pour l'accès équitable aux soins de santé est appréciée comme un investissement dans le capital humain. Un investissement qui a un impact direct sur le développement du pays parce qu'il répond aux objectifs de la politique sociale, au souci d'égalité, et parce que l'état de santé d'une population influence la croissance et le recul de la pauvreté sous ses multiples aspects (Bijlmakers, Dusseljee et Jurgens, 2006; Banque mondiale, 2007).

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE I : Problématique, hypothèse et objectifs de recherche

1.1. Problème et questions de recherche

Aujourd'hui au Cameroun²⁰, les médicaments essentiels sont loin d'être financièrement à la portée de tous (Nkoa et Ongolo-zogo, 2012; Owoundi, 2013; Fouomene, 2013; Mendo Me Mfou, 2013; INS, 2013). Les coûts d'accès aux soins dans les formations sanitaires sont manifestement prohibitifs pour plus de la moitié de la population qui vit en situation de pauvreté financière, si bien que « la pratique de l'automédication est devenue un trait marquant des comportements des malades exclus de l'accès aux services de santé de qualité à des prix abordables et des services offerts aux personnes les mieux nanties » (Sanni Yaya, 2010 : 25-26). Pour faire face au paiement préalable du coût des soins de santé et face au dysfonctionnement des mutuelles lorsqu'elles existent, les individus ont recours à un type de solidarité que l'on pourrait qualifier de familiale ou « traditionnelle », sorte de réseaux d'obligations coutumières et de réciprocité qui se nouent au sein des familles ou entre ressortissants du même village, de la même ethnie, en vue d'un certain échange interne entre les personnes impliquées. La pratique de cette réciprocité renvoie à une variété de formes d'organisations et de compensations symboliques ou réelles propres à promouvoir et à entretenir un système d'échange réciproque (Bekolo Ebe, 2005). Cette solidarité dite « traditionnelle », qui jadis était plus présente dans les villages, comme le souligne Bekolo Ebe, « est passée du village à la ville, et permet tant bien que mal aux personnes défavorisées de faire face aux aléas et aux incertitudes de leur état de santé, et aux nouvelles exigences qui accompagnent l'apparition de nouveaux besoins en matière de consommation, d'éducation, de santé » (2005:102). Elle joue à faible efficacité le rôle d'amortisseur de la pauvreté économique dans l'accès aux soins de santé pour les personnes vulnérables. De nombreuses entreprises qui fonctionnent dans le secteur informel et qui

²⁰Le Cameroun ne dispose pas encore d'un système assurantiel universel de soins.

aujourd'hui permettent à plusieurs familles camerounaises de vivre ont pu être créés parce que cette « solidarité traditionnelle », par le développement des structures de financement à l'échelle du village ou de l'ethnie, ou dans de nouveaux regroupements sociaux urbains, a permis l'accumulation du capital nécessaire à l'investissement de départ (Eloundou, 1992; Ndbembou, 2006). Parmi ces formes de solidarités traditionnelles qui fonctionnent pour les personnes vulnérables comme une assurance maladie à très faible efficacité, les plus importantes sont les tontines traditionnelles (Owoundi, 2013; Fouomene, 2013; Mendo Me Mfou, 2013). Une sorte de caisse commune réunissant un certain nombre d'adhérents originaires d'un même village, d'une même ethnie, d'une même parenté, etc. qui fixent raisonnablement une somme d'argent à verser dans un délai précis par des cotisations hebdomadaires ou mensuelles dont bénéficieront les membres chacun à son tour. Bien qu'elles ne soient pas nouvelles, car elles existaient par le passé, sous l'effet de la crise économique et de l'apparition de nouveaux besoins en matière de santé, les « tontines » reviennent de manière exceptionnelle au Cameroun sous une formule améliorée et plus ou moins efficace avec la création des caisses de solidarité qui offrent un secours financier, sous certaines conditions, à ses membres en cas de maladie (Bekolo Ebe, 2003; Ndbembou, 2006; Fouomene, 2013). Mais cette « solidarité traditionnelle » a de nombreuses limites; elle est notamment remise en cause par l'apparition de nouveaux rapports sociaux dont la logique ne favorise pas son maintien.²¹ Elle ne constitue donc pas un véritable filet de sécurité sociale pour les personnes vulnérables,²² car les structures de « solidarité traditionnelle », tout comme les mutuelles de santé mises sur pied par le gouvernement, ne

²¹ Il s'agit ici essentiellement des mutations sociales et de la modernité qui entraînent l'individualisation et la transformation des liens familiaux et communautaires et qui mettent de plus en plus à mal la solidarité traditionnelle. Et cette individualisation se fait sans que deviennent réellement accessibles de nouvelles formes de solidarité telles que les mutuelles de santé plus englobantes, régulées par des instances centrales, indépendantes et neutres qui garantissent aux individus, notamment aux personnes vulnérables, un filet de sécurité. Pour en savoir plus, voire A. Marie (1997). *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine* (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey). Paris : Karthala; S. Nguedam Deumeni, (2015). *De la théorie à la pratique des droits de la personne en Afrique subsaharienne : pour une analyse sociologique de l'individualisme. Le cas du Cameroun*, Thèse de Doctorat soutenue à la faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.

²² Cette incapacité se mesure par exemple dans le nombre croissant d'enfants de la rue à qui il n'est reconnu aucun droit aux soins de santé, dans le nombre croissant de personnes âgées abandonnées à elles-mêmes sans soins de santé, dans le nombre d'orphelins sans secours qui a augmenté avec la pandémie du SIDA (Bureau Unicef au Cameroun, 2009; MINSANTE, 2011).

prennent en charge que ceux dont les revenus permettent de contribuer à son financement, et ce dans la limite de leur contribution (Medar, 2001; Bekoko Ebe, 2005; Mendo Me Mfou, 2013).

L'atteinte de l'objectif de la couverture universelle santé pour tous que projette la politique gouvernementale du Cameroun depuis une décennie (MINSANTE, 2006; 2011) soulève de nombreuses interrogations et présente de nombreux défis : l'importance de l'économie informelle, la faible capacité financière des travailleurs de ce secteur qui constituent 90 pour cent des travailleurs du pays, l'incapacité du gouvernement à couvrir les risques sociaux (Walther, 2006 ; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Bakang Mbock, 2014). Malgré le foisonnement d'initiatives portant sur les mutuelles de santé, le problème de l'accès financier aux soins pour les travailleurs vulnérables du secteur informel au Cameroun reste donc entièrement posé, car les mutuelles créées ne parviennent pas à assurer les coûts de santé pour tous et ne réussissent pas à survivre durablement au retrait des appuis essentiellement extérieurs dont la plupart bénéficient actuellement (MINSANTE, 2006; 2011; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Mendo Me Mfou, 2013).

Dans un tel contexte social où le nombre de personnes vulnérables augmente sans cesse, comment les principes de responsabilité sociale et de solidarité peuvent-ils contribuer à rendre plus effectif le droit à la santé pour les personnes vulnérables au Cameroun? De quelle base consensuelle éthique dispose-t-on au Cameroun, par-delà les bonnes volontés personnelles et le contexte social, les mutuelles de santé et les formes de solidarité traditionnelle, pour établir une véritable solidarité sociale responsable entre tous les citoyens pour un accès financier universel aux soins de santé ou pour un accès équitable aux soins des personnes vulnérables? Y'a-t-il, au-delà de la « solidarité traditionnelle » un moyen de promouvoir une solidarité sociale et une responsabilité qui soient comprises comme des principes partagés par tous pour l'accès financier équitable de tous aux soins de santé, notamment les personnes les plus vulnérables? Peut-il exister une continuité de sens et de fonction entre les formes de solidarités traditionnelles qui expriment soutien et cohésion familiale et communautaire, et le principe de solidarité comme contrat social porté par des politiques publiques en faveur de la redistribution des richesses pour

un accès financier juste et équitable aux soins de santé?²³ Comment les travailleurs du secteur informel — cette catégorie sociale affectée par différents types de vulnérabilités et qui paradoxalement occupe une place importante dans la vie économique nationale — peuvent-ils être favorablement et efficacement impliqués dans la poursuite de l’objectif de la couverture universelle santé? Puisque derrière la solidarité se loge la responsabilité sociale, comment les opérateurs du secteur informel peuvent-ils être responsabilisés et engagés au-delà de la « solidarité traditionnelle » dans une dynamique de solidarité plus englobante et plus structurée pouvant leur offrir — sur la base du droit à la santé — un accès financier équitable aux soins?

1.2. Hypothèses de recherche

1.2.1. Hypothèse générale

L’hypothèse générale de cette thèse s’énonce comme suit : il est nécessaire d’organiser une solidarité sociale basée sur le droit, la justice, l’équité et la responsabilité sociale pour rendre financièrement accessibles les soins de santé aux personnes vulnérables²⁴. Sur la base de ces fondements, la responsabilité et la solidarité ne peuvent plus être conçues simplement comme des valeurs socioculturelles, mais comme un devoir à institutionnaliser par régulation des coresponsabilités citoyennes. Si la solidarité comme valeur socioculturelle est au fondement du lien communautaire, le lien de responsabilité mécanique qu’elle nourrit et entretient ne comporte aucune obligation juridique. Les liens qui en résultent n’ont pas de caractère contractuel; ils sont

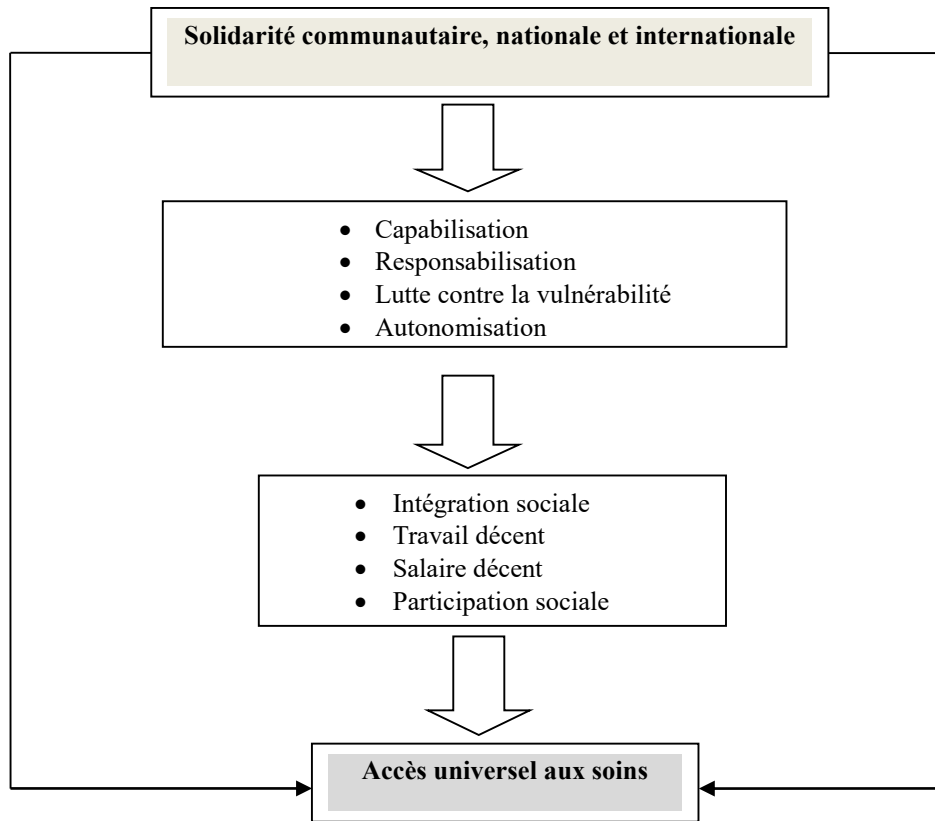
²³« Le mode de financement des soins de santé affecte sous tous ses aspects le fonctionnement des systèmes de santé. L’achat direct de services de santé à la demande (service payant) est un facteur d’inégalité dans la mesure où il dépend des moyens financiers de l’intéressé. Cet effet peut cependant être atténué par des mécanismes de paiement anticipé comme une assurance-santé, qui répartit les risques au sein d’un groupe de cotisants. Par ailleurs, des dépenses publiques couvertes par l’impôt et un soutien extérieur pourraient financer la prestation des services de santé et faciliter une subvention croisée des riches en faveur des pauvres » (Banque Mondiale, 2013 : 19).

²⁴« Un système de santé efficace et efficient devrait permettre à chacun d’avoir accès à des soins de santé préventifs et curatifs efficaces. Une bonne stratégie de financement des soins de santé viserait ainsi à réduire les inégalités en ce qui concerne l’accès aux services en empêchant les individus de tomber dans la pauvreté du fait de frais médicaux imprévus catastrophiques, et en protégeant et améliorant l’état de santé de la population en lui assurant un accès à ces services essentiels » (Banque Mondiale, 2013 : 19).

imprévisibles et révocables. Confrontées à la régulation sociale et civique pour répondre à un droit fondamental ou à un besoin essentiel, la solidarité et la responsabilité comme principes éthiques nécessitent un ajustement afin d’instaurer des mécanismes stables de protection sociale. Une protection contre les risques susceptibles de garantir dans la durée un soutien mutuel au-delà des relations de fraternité, d’amitié ou d’ethnicité, dans la logique d’une prévoyance collective. La solidarité et la responsabilité en tant que principes se situent à la jonction du lien social, de l’obligation, de la réciprocité et de l’assurance. Et le lien ainsi établi est de caractère réciproque, institutionnel et contractuel, car tous les citoyens sont censés bénéficier, le moment venu, d’une garantie d’assistance (Paugam, 2007a; 2012). Il s’agit d’une solidarité qui s’exerce indépendamment des capacités ou des mérites propres de chacun des membres qu’elle relie, et dans laquelle les contributions de tous servent à soutenir si nécessaire chacun, dans une logique où le bien-être de chacun est un enjeu pour tous. Mais, l’opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité pour garantir la couverture universelle des soins passe fondamentalement par une approche d’accompagnement et d’autonomisation. Il s’agit en d’autres termes de transformer les vulnérabilités en potentialité de développement; de « capabiliser » les personnes vulnérables (cas des travailleurs urbains de l’informel) et de les responsabiliser en vue de leur propre prise en charge et de leur pleine contribution durable au bien-être collectif; d’instaurer un nouveau type de droit social qui vise à faire de chacun non pas un assisté à secourir, mais un citoyen actif engagé dans un processus d’insertion et dont l’aide qui lui est apportée par la collectivité n’a d’autre finalité que de renforcer son lien de participation aux échanges de la vie en société (Paugam, 2007a; 2007 b; Léonard. 2009; Brodiez-Dolino, 2013).

La figure ci-dessous illustre le lien entre la solidarité pour les personnes vulnérables et le renforcement de leur participation aux échanges de la vie en société, notamment la participation à la réalisation de l’objectif de la couverture universelle santé.

Figure 1 : Solidarité, capabilisation et responsabilisation pour l'accès équitable aux soins



1.2.2. Hypothèses secondaires

Quatre dimensions ont été mises à l'étude :

- Le contrat de protection sociale constitue dans la société un filet de sécurité pour les personnes vulnérables, car elle fait de l'accès aux soins un droit pour ceux qui sont exposés à un certain nombre d'aléas sociaux²⁵. Dans ce contrat, la solidarité joue un rôle moteur de rapprochement social. L'accès financier aux soins est un droit fondamental et une obligation sociale qui exige un engagement politique. Par le biais de la solidarité, il

²⁵ La Déclaration universelle des droits de l'homme stipule dans son article 22 que « toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale » (UNESCO, 1949).

renforce le lien social et le sentiment d'appartenance; éléments sur lesquels se construit et se consolide la responsabilité sociale.

En effet, le constat du nombre sans cesse croissant des pauvres et des indigents qui sont exclus du système de santé ne doit pas conduire au catastrophisme ou à un alarmisme paralysant qui transforme la situation en fatalité. Au contraire, ce constat doit être source d'un renouvellement philosophique, éthique et politique qui donne un but moral et politique à l'activité sociale et renforce la cohésion sociale et le sentiment d'appartenance qui en retour vitalisent les liens de solidarité et la conscience de responsabilité. Cependant, si les avantages de la solidarité sont théoriquement évidents pour la stabilité politique et économique nécessaire à la cohésion sociale, deux conditions d'existence et de pérennité d'un système de solidarité fonctionnel et efficient sont à définir et à créer. Selon Léonard (2012), il faut créer les conditions qui favorisent « l'ascription » et « l'assomption » chez les individus qui composent cette société. En d'autres termes, des stratégies doivent être impérativement définies et mises sur pied pour que tous les citoyens ou les individus qui composent cette société s'identifient nécessairement au contrat de protection sociale et acceptent de l'assumer (Léonard, 2010; 2012). La solidarité normative ainsi instituée est une obligation fondée sur la responsabilité sociale. L'efficacité dans l'opérationnalisation de cette responsabilité varie alors selon la manière dont la société la définit, comment les individus l'accueillent dans leur système de valeurs et dont ils se représentent leur devoir social et les liens qui les unissent aux autres citoyens.²⁶ Il revient alors aux pouvoirs

²⁶Selon Serge Paugam, c'est chaque société nationale qui définit son « système d'entrecroisement normatif » de liens sociaux fondés sur la solidarité et privilégie l'un ou l'autre des différents liens (liens de filiation, liens de participation élective, liens de participation organique, lien de citoyenneté). « Les quatre types de liens sociaux existent dans toutes les sociétés et chaque individu est appelé à les construire au cours du processus de socialisation quel que soit son pays d'appartenance (...) Le lien de participation élective peut prendre également des formes différentes selon que les individus sont encouragés à accorder de l'importance à des formes d'organisation associative ou communautaire et à s'y engager formellement ou, au contraire, à privilégier un mode plus informel de participation à la vie sociale. Le lien de participation organique est en grande partie dépendant de la force des institutions qui président à l'organisation de la vie professionnelle et des corps intermédiaires, laquelle force reste également variable d'une société à l'autre. Enfin, le lien de citoyenneté qui puise ses fondements dans l'histoire nationale n'a pas la même résonance dans chaque pays et se traduit lui aussi par des engagements réciproques de nature différente entre l'État et les citoyens. » (2012)

politiques de définir la valeur éthique, politique et économique de la solidarité de façon à en faire une exigence, une contrainte, une forme d'« obligation sociale »²⁷.

Le contrat de protection sociale joue donc un rôle stabilisateur au plan social, économique et politique. Il humanise les rapports sociaux, construit et protège le lien social. Cependant, il y a nécessité de créer des conditions d'*ascription* et d'*assomption* de ce contrat dans la société à partir de l'idée selon laquelle pour assumer la responsabilité, il faut « penser ce que l'on fait » et que le contrat de protection sociale a bien été « pensé » par les individus qui, sur la base de la conscience des « vulnérabilités partagées », ont pris leur responsabilité politique; une responsabilité consciente, active et collective au sens de Arendt (Léonard, 2012 : 48). La responsabilité sociale exige une action politique d'organisation et de conscientisation (Paugam, 2007b; 2012). Et dans un contexte aux ressources économiques et financières limitées comme dans le cas du Cameroun, pour satisfaire les exigences d'égalité, de droit et de justice sociale dans l'accès aux soins de santé, une combinaison opérationnelle et stratégique du principe de solidarité et celui de responsabilité individuelle est plus que nécessaire. L'aléa moral et la déresponsabilisation ne peuvent être évités qu'en « élaborant des systèmes de justice distributive au sein desquels la solidarité et la responsabilité sont combinées » (Léonard, 2012 : 48).

- L'accès financier aux soins de santé pour les personnes vulnérables est un problème moral à traiter moralement.

L'analyse des problèmes d'accès aux soins de santé du point de vue systémique doit être complétée par une analyse du point de vue moral. Car pour que le constat de la difficulté d'accès aux soins de santé pour les pauvres et les personnes vulnérables devienne une injonction d'agir pour réguler et renégocier les processus qui sont à la base de cette exclusion, il est nécessaire d'identifier les dimensions morales du problème. Il s'agit précisément d'accorder dans l'analyse

²⁷Plaidant pour un renforcement de la conscience de la solidarité, Paugam affirme que « l'expression de la solidarité désigne désormais de façon consensuelle le champ propre de la régulation étatique » (Paugam, 2007b : XIII).

du problème une attention particulière aux considérations éthiques et morales de justice, de droit et d'équité sans quoi le problème de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables se résumerait à un simple constat ponctuel de dysfonctionnement de la société. Ce simple constat conduirait uniquement à des solutions techniques et d'ajustement structurel et économique. L'analyse de la situation du point de vue moral permet d'identifier les leviers éthiques sur lesquels agir pour stimuler les dispositions favorables à la solidarité sociale, socle indispensable de toute vie sociale, et renforcer le sens de la responsabilité chez différents acteurs sociaux impliqués dans la problématique de l'accès équitable aux soins.

À la question de capacité financière d'accès aux soins des personnes financièrement et socialement défavorisées sont corrélées celles de la bonne gouvernance, de l'intégrité et de la qualité des soins qui engagent la responsabilité sociale de ceux qui organisent ou gèrent le système de soin et celle des professionnels de la santé en termes de qualité de leurs prestations (Onana, 2011; Garga et Ongolo-Zogo, 2013, ANR, 2013; Mendo Me Mfou, 2013). La sensibilisation sur le principe d'égal traitement social en dignité et en droit peut favoriser dans un contexte de corruption et de clientélisme l'accès des personnes ayant un statut socioéconomique et financier défavorable aux soins de qualité et suivant une éthique du *care* (Slote, 1998; 2007). La solidarité acquiert par une action politique d'éducation citoyenne une plus-value humaine; car elle se transforme en obligation morale et s'exprime en termes de responsabilité et de *care*. En outre, l'intériorisation et l'éducation au sens de la responsabilité sociale peuvent réduire la discrimination basée sur la situation socio-économique des individus (Molinier, 2005; Laugier et Paperman, 2005).

- La lutte contre les inégalités dans l'accès financier aux soins de santé par l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité constitue un investissement dans le capital humain favorable au développement²⁸.

²⁸ Il est acquis que « La véritable richesse d'une nation, ce sont ses hommes et ses femmes. De fait, l'objectif premier du développement est de favoriser les libertés humaines. Par le développement, on peut accroître les capacités

La santé de la population joue dans le développement d'un pays un rôle essentiel (Deaton, 2003; Berthélemy, 2008). L'état de santé des personnes est fondamental dans le fonctionnement normal d'un pays, car il occupe une place de choix parmi les indicateurs de bien-être et dans le processus de développement humain, social et économique. En effet, comme le souligne Berthélemy, plusieurs analyses permettent d'expliquer pourquoi la santé peut influencer les performances économiques, et pourquoi en retour le progrès économique entraîne celui de la santé; de sorte que la santé peut être appréciée non seulement en tant qu'indicateur de développement économique, mais aussi comme forme de capital humain (2007 : 4).

Il est aujourd'hui établi qu'il y a des liens étroits entre l'état de santé de la population d'un pays et son niveau de développement socio-économique. La santé fait elle-même partie intégrante du développement puisque les individus en sont à la fois les acteurs et les bénéficiaires (Berthélemy, 2007; 2008; Yaakoubd, 2010; OMS, 2013a; Banque mondiale, 2013). D'un côté, tout progrès sur les plans économique et social a des retombées positives sur l'état de santé de la population; et de l'autre, toute potentialité humaine générée par des améliorations en santé contribue à terme au développement économique et social. Selon la Banque Mondiale,

« L'insuffisance de progrès en matière de santé dans les pays sous-développés doit être préoccupante. Le rôle du capital humain a été reconnu comme indispensable à la croissance économique. Une bonne santé valorise le capital humain et améliore par conséquent la productivité économique des individus et ainsi le taux de croissance économique de l'ensemble du pays. Une meilleure santé accroît la productivité de la main-d'œuvre, aussi bien qualifiée que non qualifiée, en améliorant ses capacités physiques et mentales générales comme la vigueur, le fonctionnement cognitif et l'aptitude au raisonnement, et en réduisant les cas de maladie et d'incapacité. » (Banque mondiale, 2013 : 15)

Dans la logique de ce qui précède, on peut affirmer que l'informalité, l'absence de reconnaissance sociale et la précarité des travailleurs de l'économie informelle affectent en

humaines en accroissant les choix des hommes, afin qu'ils puissent mener une vie pleine et créative. Et grâce à ce développement, les hommes bénéficient à la fois des facteurs du progrès et des changements que ce progrès entraîne. Ce processus doit se faire au bénéfice de tous, équitablement, et doit se construire avec la participation de chacun. » (PNUD, 2004)

même temps leurs capacités à s’offrir des soins dans le contexte actuel et leur contribution dans le processus de développement social et humain; ce qui par conséquent limite le potentiel de croissance économique du pays. L’un des défis majeurs est donc de permettre à cette catégorie sociale, affectée par différents types de vulnérabilités, de s’intégrer et de mieux contribuer au processus de développement (Vimard, Aboussad et Cherkaoui, 2010 : 13).

En mettant sur pied un mécanisme de solidarité fiable pour l’accès financier aux soins de santé profitable aux travailleurs de l’économie informelle et à toutes les personnes vulnérables, les pouvoirs publics et les partenaires sociaux ne font donc pas seulement preuve d’humanité à l’égard de ceux qui vivent une situation de vulnérabilité. Ils investissent dans le capital humain nécessaire pour la santé économique. Investir dans l’accès universel aux soins ne représente donc pas seulement un coût pour la société; mais aussi un investissement dont la collectivité ne peut se permettre de se dispenser.²⁹Il a un impact direct sur le développement du pays parce qu’il répond aux objectifs de la politique sociale et au souci d’égalité, et parce que l’état de santé d’une population influence durablement la croissance et le recul de la pauvreté sous ses multiples aspects. En suivant cette voie, le défi de l’accès équitable aux soins devient un défi de transformation des vulnérabilités en capital humain disponible, engagé dans la dynamique du développement (Bakang Mbock, 2014 :11).

- L’alliance entre les principes de responsabilité (individuelle et sociale) et de solidarité dans l’accès aux soins est un moyen de renforcer la justice sociale par la capabilisation et l’autonomisation des travailleurs en situation de vulnérabilité.

²⁹Suite au bilan mitigé du projet de promotion du développement durable lancé dans les années 1990, les Objectifs du millénaire pour le développement ont été décidés par les Nations Unies à New York en septembre 2000. Les participants au sommet duquel sont nées les OMD ont adopté huit objectifs clés qui plaident en faveur d’un recul massif de la pauvreté et de l’amélioration considérable de la situation sanitaire des populations démunies. L’atteinte de ces objectifs fixés pour 2015 visait certainement une volonté politique de transfert ciblé de ressources monétaires non seulement vers les populations pauvres, mais surtout vers les travailleurs en situation de vulnérabilité pour renforcer leurs capacités productives et induire la croissance. Voir : Nations unies (2008), *Objectifs du Millénaire pour le développement ; rapport 2008*. New York : Nations unies. Voir aussi : OMS (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Le bon état de santé fait partie de l'ensemble des conditions qui permettent aux personnes et aux groupes de faire des choix, d'avoir du pouvoir sur leur situation et sur l'organisation de la société, de redevenir des contributeurs à la vie de la société (Daniels, 2005; 2009). Alors, l'état de santé influence l'exercice de l'autonomie définie ici comme la capacité des individus à se déterminer eux-mêmes. La vulnérabilité économique, en effet, conditionne les aptitudes des individus dans leurs actions de socialisation comme dans leurs activités économiques (Boetsch, 2010). Il est important de considérer l'impact de la santé sur la vie des individus pris en tant que tels, mais aussi comme agents producteurs et agents du changement social et politique (Vimard, Aboussad et Cherkaoui, 2010).

La notion de capabilisation qui fait référence à celle de capacité se situe aux antipodes de la vulnérabilité. Elle évoque ici le renforcement des capacités des travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité dans la perspective de construction de leur autonomie pour qu'ils puissent progressivement se prendre en charge et sortir de leur situation de vulnérabilité de façon durable. La capabilisation vise à promouvoir chez ces travailleurs leurs capacités productives. En effet, la notion de vulnérabilité est consubstantielle à celle du risque, et d'insécurité; la lutte contre la vulnérabilité passe donc par le devoir social et moral de protection contre les risques, et par le renforcement des capacités (Castel, 1995; Paugam, 2012). La promotion pour un travail décent et l'autonomisation des travailleurs urbains de l'informel revêt non seulement une importance en termes de respect de la dignité, mais aussi de pertinence dans la lutte contre la vulnérabilité et l'épanouissement social sur la base d'égalité de chance (BIT, 2000; 2012; Motaze, 2008; Bakang Mbock, 2014).

Par ailleurs, l'option stratégique de création d'un cercle vertueux de Capabilisation/responsabilisation des travailleurs vulnérables de l'informel est susceptible de renforcer leur contribution sociale et d'optimiser leur accès aux soins de façon durable pour permettre à plus ou moins long terme d'atteindre l'objectif de la couverture universelle vers laquelle s'oriente la politique nationale d'accès aux soins. Une option qui réconcilie l'autonomie des individus avec leurs droits sociaux et leurs obligations de coopération sociale, en même temps qu'elle aide à pallier les défaillances de la collectivité dans ses capacités à satisfaire les attentes sociales.

1.3. Les objectifs de recherche

1.3.1. Objectif principal

Cette thèse a pour objectif principal d'analyser les modalités d'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité de manière à engendrer au Cameroun une configuration sociale dans laquelle les plus démunis pourraient bénéficier d'un accès financier juste et équitable aux soins de santé. En envisageant la santé comme un droit fondamental de l'être humain, comme aptitude fonctionnelle et comme capital humain, elle explore les voies de l'articulation de ces deux principes dans le contexte spécifique de ce pays où 90 % de la population active travaillent dans le secteur informel et où le système de sécurité sociale, dont l'assurance maladie, couvre à peine 10 % de privilégiés de la population active (INS, 2011; 2013; Fouomene, 2013).

Elle vise une relecture des droits sociaux, de ses tensions et de ses évolutions au Cameroun à partir du principe de responsabilité sociale et de solidarité. Autrement dit, ce travail fait une évaluation de la situation de l'accès financier aux soins de santé des travailleurs en situation de vulnérabilité, et une interprétation des transformations des politiques nécessaires, en vue d'une ré-irruption du vocabulaire de la responsabilité sociale et de la solidarité au sein des pratiques sociales et du discours politique, en l'occurrence celui de l'État social face à l'exclusion d'un nombre toujours plus croissant d'individus vulnérables des services de santé et à l'incapacité du système social en place à trouver à ce problème une solution efficace et durable (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Fouomene, 2013; Owoundi, 2013, Banque mondiale, 2013).

Les principes de solidarité et de responsabilité sont donc envisagés dans une logique pratique et éthique comme de nouveaux piliers d'une philosophie morale qui peut guider l'action politique et sociale au Cameroun, à l'heure où les multiples crises que connaît ce pays minent les bases d'une véritable coopération sociale responsable et d'une solidarité sociale nécessaire pour une prise en charge des inégalités sociales (Eloundou-Enyegue 1992; Bekoko Ebe, 2003; Fouomene,

2013; SNU/MINEPAT, 2013; Banque mondiale, 2013).³⁰Ces deux principes qui seront amplement définis au chapitre 4 nous permettront donc d'évaluer les politiques en matière d'accès aux soins de santé mises sur pied par le gouvernement camerounais pour les populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées. Ils permettront aussi d'évaluer les capacités et possibilités de responsabilisation des citoyens, notamment les travailleurs de l'économie informelle ³¹qui ont un rôle économique et social capital à jouer, dans la transition vers l'accès financier aux soins des moins favorisés, pour l'atteinte à moyen ou à long terme de l'objectif de couverture universelle des soins dans le pays. Les principes de responsabilité et de solidarité sont donc considérés dans ce processus de transition comme deux rails nécessaires pour parvenir à la concrétisation de cette transition à partir des stratégies multidimensionnelles que cette thèse se propose d'explorer. C'est-à-dire un choix politique conséquent qui vise à modifier favorablement et durablement les conditions matérielles, organisationnelles et éthiques de travail, de productivité et de participation ; une politique globale — politiques sociales, économiques, et d'emploi — et une stratégie transversale qui définissent les différentes responsabilités et qui intègrent de façon harmonieuse et efficiente les différents secteurs et acteurs de l'action politique déterminant l'accès universel aux soins.³²

³⁰La praxis de la responsabilité et de la solidarité apportent les matrices référentielles communes aptes à construire une identité anthropologique des acteurs impliqués et des principes directeurs d'action (justice sociale, réciprocité, relation d'égalité, autonomie et coopération équitable). Voir : R. Chappuis (1999). *La solidarité : l'éthique des relations humaines*. Paris : Presses universitaires de France ; R. Fleurbaey (2007). « Solidarité, égalité, libéralisme », dans, *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris : Presses Universitaires de France : 71-85 ; H. Nicolopoulou (2009). « La gouvernance de médiété pour un développement responsable en liberté, en santé et en équité durable », dans, *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le tiers-monde. Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, p.305-327. Québec/Paris : Presse de l'Université Laval/L'Harmattan.

³¹Abdoulie Janneh, Secrétaire exécutif de la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique, introduisant une étude portant sur la mesure du secteur informel et l'emploi informel en Afrique affirme : « Le secteur informel prend une part de plus en plus grande dans l'économie des pays en développement et plus particulièrement en Afrique, en termes de production, de distribution de revenu ainsi que de création d'emplois. De plus, les stratégies de réduction de la pauvreté placent au centre des politiques de développement les questions d'emploi ou de micro finance, intimement liées au secteur informel. Par ailleurs, vu l'impact de la crise économique et financière mondiale et des autres crises, il est indéniable que l'économie informelle, qui, dans les pays africains, est à l'origine de la création de plus de 80 % des emplois, a un rôle clé à jouer pour la survie des populations les plus pauvres » (Commission économique des Nations unies pour l'Afrique, 2009 : 7).

³²Développer des solutions d'accès aux soins pour les pauvres et ceux qui vivent une situation de précarité est nécessaire, mais non suffisant. Simultanément, des mesures sociales et économiques de lutte contre la pauvreté et

Ce travail est donc une contribution à la réflexion sur les conditions favorables à la transition susmentionnée.³³Nous l'envisageons au sens que suggèrent Carrin, James et Evans (2005) (voir ci-dessous figure 2), c'est-à-dire de créer des conditions nécessaires pour passer de la non-prise en charge financière des soins de santé à la couverture universelle posée comme objectif depuis une décennie par le gouvernement camerounais (MINSANTE, 2006). Un choix politique conforme à la résolution de l'OMS (2005a) adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 portant sur la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens des États membres. À ce sujet, l'OMS affirme que :

« L'idée selon laquelle toutes les personnes doivent avoir accès aux services de santé dont elles ont besoin sous-tend une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé 2005, qui invitait instamment les États membres à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international. Le Rapport sur la santé dans le monde 2008, consacré au rôle central des soins de santé primaires au sein des systèmes de santé, a repris cette thématique (...) Le double objectif, qui consiste à assurer l'accès aux services de santé tout en protégeant les personnes contre le risque financier, a été réaffirmé en 2012 dans une résolution de l'Assemblée générale des Nations unies qui promeut la couverture sanitaire universelle, y compris la protection sociale et la durabilité du financement. Cette résolution de 2012 va encore plus loin; elle souligne l'importance de la couverture sanitaire universelle pour la réalisation des OMD, le recul de la pauvreté et le développement durable » (2013a : 6).

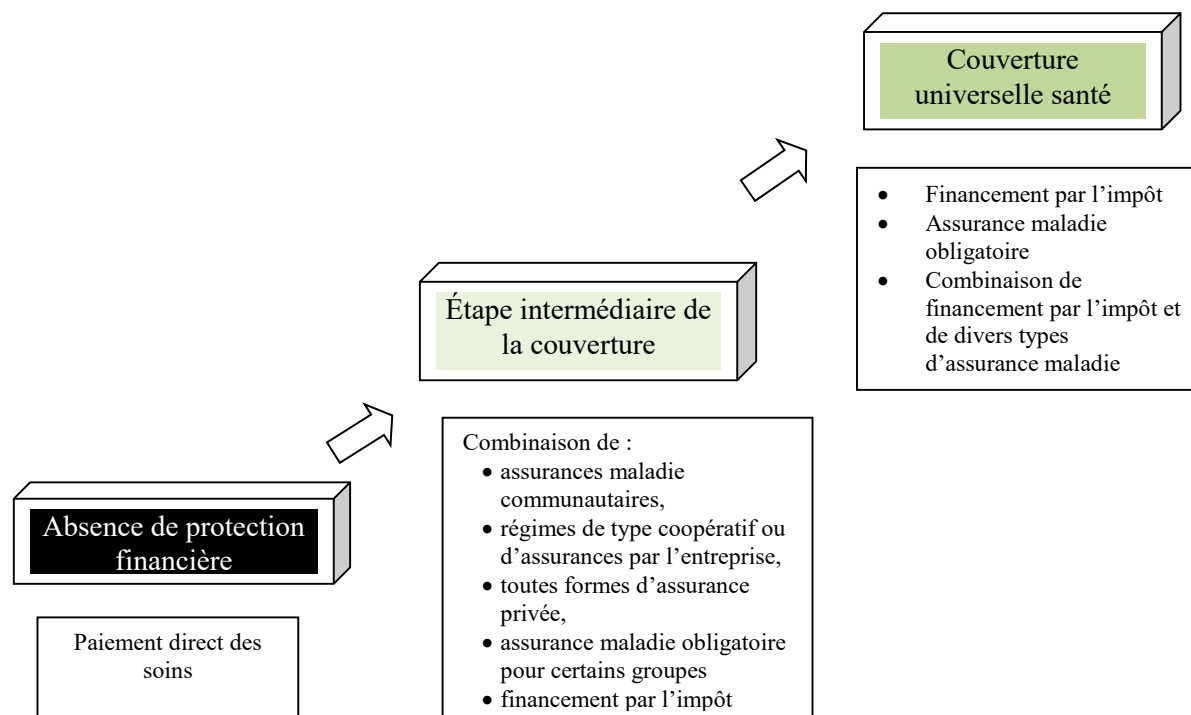
Assurer l'accès aux services de santé et protéger les personnes contre le risque financier
— tel que l'a affirmé la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies dans son

pour le renforcement des capacités en vue de la participation doivent être prises en compte (Lahmiti et Aboussad, 2010 : 109).

³³Carrin, James et Evans stipulent que « La rapidité du passage à la couverture universelle dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux qui ont tendance à accélérer la transition figure une forte croissance économique, la population ayant alors les moyens de cotiser davantage au système de financement de la santé ; l'essor du secteur structuré, qui facilite l'estimation des revenus et le prélèvement des cotisations ; et un personnel qualifié capable d'administrer un système national. Les autres éléments qui facilitent la transition sont l'adhésion de la société au principe de solidarité, la bonne gestion des affaires publiques et la confiance que la population fait au gouvernement » (Carrin, James et Evan, 2006 : 3-4).

souci de promouvoir la couverture universelle en santé — passe nécessairement par une transition en ascension comme l’ont schématisé Carrin, James et Evans (2005) dans la figure suivante.

Figure 2 : La transition en ascension vers la couverture universelle



Source : *Résumés techniques pour décideurs*, Organisation mondiale de la santé (Carrin, James et Evan, 2005)

L’objectif principal ainsi présenté se décline en un certain nombre d’objectifs spécifiques qui orientent la recherche.

1.3.2. Objectifs spécifiques

À partir des entrevues de groupe et des entrevues individuelles que nous avons menées sur le terrain, il est donc question :

- D’identifier de manière pratique les contraintes liées à l’accès financier aux services de santé des personnes en situation de vulnérabilité; d’identifier leurs référentiels communs, leurs opinions, idées, valeurs et potentialités susceptibles d’aider à la recherche de solutions plus

adaptées ou à accroître l'efficacité des solutions déjà proposées.

- D'approfondir le cadre d'analyse du système de santé au Cameroun en mettant l'accent sur l'iniquité et sur la vulnérabilité dans l'accès financier aux services de santé pour la population en situation de vulnérabilité ou d'exclusion.

- D'envisager la solidarité, la responsabilité et la justice en santé comme une réalité sociopolitique, socioéconomique, multifactorielle dépassant le simple cadre médico-sanitaire; comme un projet social pour le développement durable.

- De faire une analyse critique de l'accès financier aux soins de santé au Cameroun pour une contribution à un modèle d'accès aux soins plus favorable à l'exercice du droit à la santé des pauvres et des personnes vulnérables.

- D'évaluer l'apport des travailleurs de l'économie informelle dans la transition nécessaire vers l'assurance universelle santé, compte tenu de leur importance dans l'économie nationale et du potentiel d'innovation économique et sociale non exploité que représente ce secteur.

L'atteinte de ces objectifs passe par une connaissance du contexte d'étude que le chapitre suivant se chargera de décrire. En effet, une meilleure connaissance du profil sanitaire, de la structuration et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des conditions de travail et de soins des travailleurs du secteur informel permettront une meilleure compréhension du problème et d'apprécier la pertinence des solutions qui seront envisagées.

CHAPITRE 2 : Contexte socio-sanitaire camerounais et accès aux soins des travailleurs informels urbains en situation de vulnérabilité

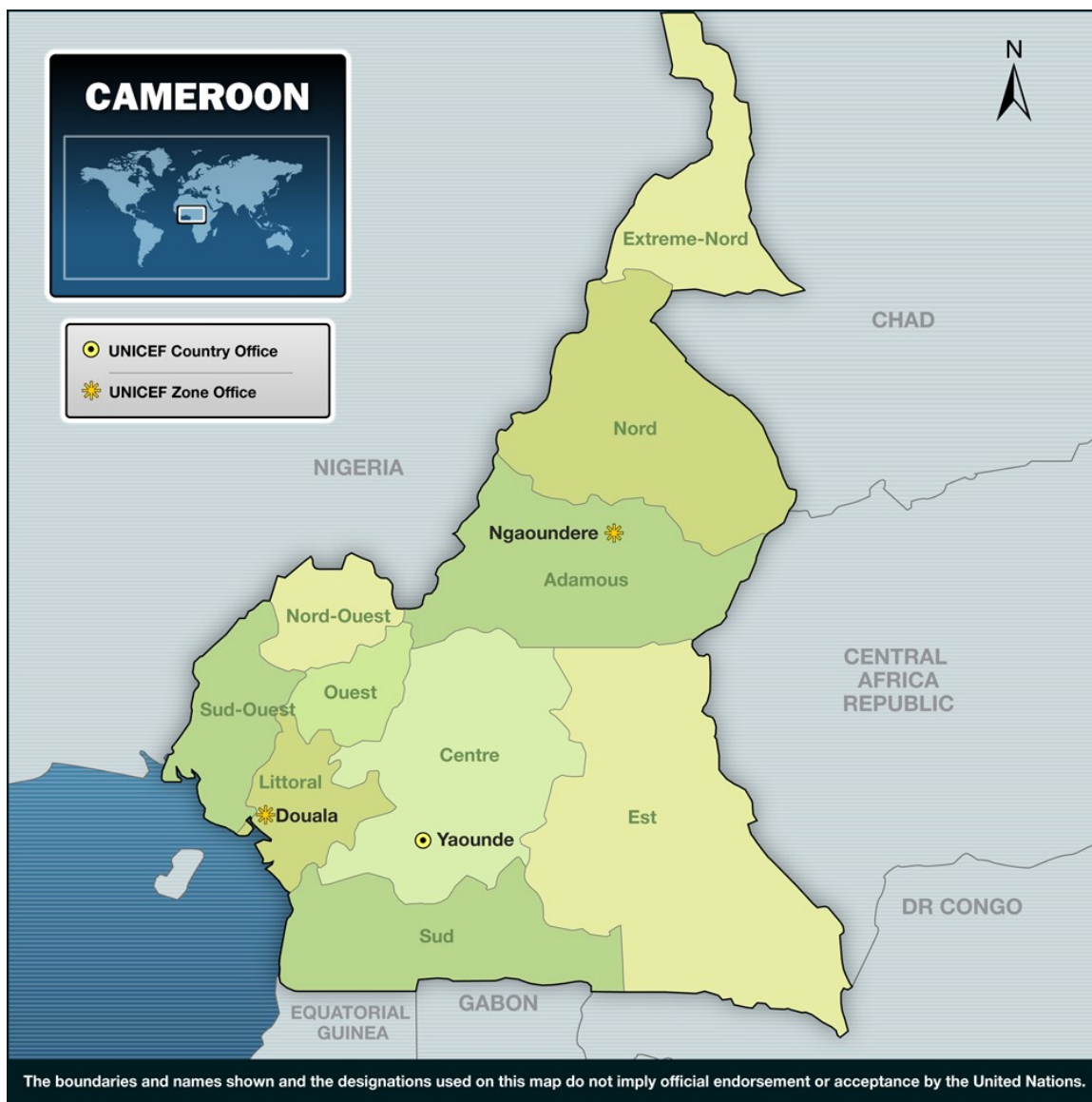
Ce chapitre présente le Cameroun et son contexte socio-sanitaire dans la perspective de la problématique d'accès aux soins. Il définit le profil sanitaire camerounais et la structuration du système de soins ainsi que les conditions de travail et de santé des travailleurs urbains en situation de vulnérabilité; c'est-à-dire les différentes dimensions de vulnérabilité auxquelles ces travailleurs sont confrontés. En d'autres termes, ce chapitre présente les valeurs et les principes qui organisent et structurent le système de santé et définit l'environnement politique, institutionnel, économique et social dans lequel fonctionnent les usagers de soins, en l'occurrence les travailleurs du secteur informel. Par ailleurs, il définit aussi : le travail, le secteur informel, la pauvreté, la vulnérabilité et l'accès équitable aux soins; des concepts qui renseignent sur les conditions financières et qui déterminent les difficultés d'accès financier aux soins des travailleurs du secteur de l'informel.

2.1. Généralités sur le Cameroun

2.1.1. Situation géographique

Le Cameroun est un pays du golfe de Guinée, situé sur la façade occidentale de l'Afrique entre les 2^{èmes} et 13^{èmes} degrés de latitude Nord et les 9^{èmes} et 16^{èmes} degrés de longitudes Est. Il se présente sous forme triangulaire et s'étend du sud au nord sur près de 1.200 km et sur sa base d'ouest en est sur 800 km. Il s'étend sur une superficie totale de 475 442 km² et est limité à l'ouest par le Nigeria, au nord-est par le Tchad, à l'est par la République centrafricaine et au sud par le Congo-Brazzaville, le Gabon et la Guinée Équatoriale. Au Sud-ouest, il s'ouvre sur l'océan Atlantique (voir ci-dessous la carte géographique du Cameroun : figure 3). Ces délimitations, telles que présentées, résultent de la colonisation européenne qui débute avec l'établissement du protectorat allemand le 05 juillet 1884. Le Cameroun était habité jusque-là par des groupes hétérogènes (royaumes établis et ethnies nomades) présentant des organisations sociales très diversifiées (Dubresson, Marchal et Raison, 1994; Owona, 1996; Ben Yahmen, 2006; MINSANTE, 2011; INS, 2012; 2013).

Figure 3 : Carte du Cameroun



Source : Site officiel de l'UNICEF³⁴

³⁴ Repéré à http://www.unicef.org/french/hac2011/images/har11_map_cameroon.jpg

Le décret présidentiel N° 2008/376 du 12 novembre 2008 a réorganisé le territoire national en circonscriptions administratives constituées de régions, de départements et d'arrondissements. En application de ce texte, le Cameroun compte désormais 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements et 374 communes. Cette réorganisation territoriale répond au processus de décentralisation entamé avant les indépendances et qui a connu un approfondissement substantiel avec la révision de la Constitution en 1996 et la promulgation des lois fondamentales de la décentralisation en 2004. Avec ces lois, de nombreuses compétences de l'État ont été transférées aux collectivités territoriales décentralisées en matière économique, sociale, sanitaire et éducative (MINEPAT, 2009a; MINSANTE 2011, INS, 2011; 2013).

Le Cameroun se distingue en Afrique centrale par son extraordinaire diversité qui lui a valu souvent l'appellation « Afrique en miniature » (Baillart, 1964; Ngoh, 1990; Owona, 1996). En effet, il présente plusieurs zones agro-écologiques qui contribuent à sa diversité géographique :

- **Le sud forestier** — composé des régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-ouest situé dans les zones maritime et équatoriale — se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Cette zone est particulièrement propice à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa, du tabac, etc.

-**Les hauts plateaux de l'ouest** — englobent les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest, avec une altitude moyenne supérieure à 1100 m — sont des terres volcaniques très favorables à l'agriculture (café, maraîcher, etc.). Sa végétation est moins dense que celle du sud forestier avec un climat frais favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités.

-**Le nord soudano-sahélien** — qui couvre les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) qui est une zone de savanes et de steppes — est caractérisé par un climat tropical chaud et sec avec des précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad (excepté le plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré). Cette région est particulièrement propice à l'élevage du bovin et à la culture du mil, de la pomme de terre, de

l'igname blanche, du coton, de l'oignon, et des arachides (Owona, 1996; Ben Yahmen, 2006; INS, 2012a).³⁵

2.2. Caractéristiques sociodémographiques

Le Cameroun est une véritable mosaïque humaine de près de 250 ethnies avec presque autant de langues nationales. Les langues officielles de communication sont cependant l'anglais et le français (Mveng, 1969; Gonidec, 1976; Gaillard, 1989; INS, 2011).

La configuration démographique du Cameroun est semblable à celle de la plupart des pays en développement à savoir une population en croissance constante malgré des taux de mortalité élevés. Ces dernières années, la population n'a cessé de s'accroître; ce qui fait du Cameroun l'un des 20 pays les plus peuplés sur les 53 pays que compte l'Afrique subsaharienne. Estimée à 5,3 millions d'habitants en 1960, sa population est passée à 10,5 millions d'habitants en 1987 avec un taux de croissance de 2,3 %. Ce taux est passé à 2,8 % durant les dernières décennies portant la population à 18,08 millions d'habitants en 2007 (INS, 2007; 2011). Avec un taux moyen d'accroissement actuel de 2,5 %, la population du Cameroun est estimée aujourd'hui à un peu plus de 23 300 000 habitants. Caractérisée par son extrême jeunesse, la population camerounaise était répartie en 2010 (BUCREP, 2011) comme suit :

- Moins de 5 ans : 16,9 %
- De 5-14 ans : 26,7 %
- De 15-24 ans : 20,6 %
- Plus de 65 ans : 3,3 %
- Âge moyen : 22,1 ans.

³⁵ Pour plus de détails sur le Cameroun, voir : E. Mveng (1969). *Histoire du Cameroun*, Tome I. Yaoundé : CEPER ; P. Gaillard (1989). *Le Cameroun*, Tome I. Paris : L'Harmattan ; V. J. Ngoh (1990). *Cameroun 1884-1985 : cent ans d'Histoire*. Yaoundé : CEPER.

La frange potentiellement active de la population représente 47,0 %. Soit ceux de 15 – 49 ans. La deuxième Enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI 2) réalisée en 2010 (INS, 2011) a révélé que la taille moyenne des ménages au Cameroun est de 4,4 personnes. Elle était de 4,5 personnes en 2005 suivant la première Enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI1) et de 4,4 en 2007 suivant l'Enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 3) (INS, 2007). Elle est donc restée quasi stable depuis 2005. Les ménages en milieu rural sont de taille plus grande qu'en milieu urbain. Soit 4,7 contre 4,0 (INS, 2013). Le phénomène d'urbanisation par contre gagne en importance. La population urbaine en 2005 représentait 48,8 % contre 52 % en 2010, avec une forte concentration de la population dans les villes de Douala et de Yaoundé (respectivement 1,9 million et 1,8 million). Les villes de Bafoussam, Garoua, Maroua, Bamenda, Kumbo, Nkongsamba et N'Gaoundéré ont elles aussi une population qui se chiffre en plusieurs centaines de milliers d'habitants (INS, 2011; 2013).

2.2.1. Situation socioéconomique

Le Cameroun a connu une croissance économique remarquable entre les années 60 et 80 avant d'entrer dans une profonde récession en 1985.³⁶ Une situation qui a duré jusqu'à l'exercice budgétaire 1995-1996, année au cours de laquelle il a renoué avec la croissance (MINEPAT, 2009a; INS, 2013). Pour sortir de la crise économique, le Cameroun a dû se soumettre aux exigences des Plans d'ajustement structurel du FMI et de la Banque mondiale.

Ces programmes d'ajustement structurel ont engendré des coûts sociaux considérables : de grandes vagues de licenciement, la privatisation des entreprises publiques, le coût élevé de la vie du fait de la réduction des subventions, le désengagement financier de l'État des secteurs sociaux de base comme l'éducation et la santé, la baisse des salaires de 60 % dans la fonction

³⁶ « De l'indépendance à la première moitié des années 70, le Cameroun a connu une croissance régulière et harmonieuse : le PIB réel a augmenté en moyenne de 4 % par an. La fin des années 70 a connu un phénomène nouveau : sous l'effet d'une économie dopée par la production pétrolière, la croissance s'est accélérée brutalement : 13 % par an de 1977 à 1981 puis 8 % de 1982 à 1985. Au milieu des années 80, le Cameroun a subi des chocs importants dus à l'effondrement des cours des matières premières, chocs qui ont engendré le ralentissement de sa croissance économique, suivi d'une sévère récession » (Bureau Unicef au Cameroun, 2009 : 31)

publique, la dévaluation de 50 % du franc CFA, etc. (Tchagneno-Teno, 2011; PNUD, 2014). La crise économique des années 1980 et 1990 s'est donc traduite sur le plan social au Cameroun par une dégradation aiguë de la qualité de vie et du bien-être, l'augmentation du chômage et l'intensification de l'insécurité sociale : « En effet, l'introduction en 1988 de mesures d'ajustement structurel n'a pas pris en compte les conséquences sur l'évolution de la sécurité sociale : fermeture d'entreprises et d'institutions financières, baisse générale des salaires entraînant une baisse drastique des cotisations et des réserves de sécurité sociale, une augmentation des demandes anticipées de pension de la part des travailleurs ayant perdu leurs emplois. » (Fouomene, 2013 : 246) Les conditions de vie se sont donc considérablement dégradées et il s'est développé au sein des populations comme des formes de stratégies de survie telle que la corruption notamment dans les services publics.³⁷Néanmoins, cette cure drastique a engendré l'autonomisation de la population dans la quête des ressources financières pour la survie (débrouillardise) et la dynamisation du secteur informel.

Le plan d'ajustement structurel a permis au Cameroun d'enregistrer de meilleures performances macroéconomiques vers la fin des années 1990. Il a été admis en 1999 à l'Initiative PPTE (Initiative en faveur des pays pauvres très endettés)³⁸ et a franchi le Point de Décision dans le cadre de cette initiative en octobre 2000 après avoir répondu aux exigences de cette initiative en

³⁷ « Avec la récession économique de la décennie 80, les taux négatifs de croissance enregistrés ont pour effet une diminution drastique de l'investissement dans le social et l'emploi. La décélération du rythme de croissance de l'Indice de Développement Humain qui est passé de 0,523 en 1985 à 0,513 en 1995 a eu pour conséquence l'émergence d'une situation de pauvreté généralisée. Au niveau micro, celle-ci est essentiellement monétaire et touche une proportion importante de la population. Les faibles niveaux de revenus des populations ne leur permettent pas de subvenir convenablement à leurs besoins de nutrition et de santé, d'éducation et de participation à la vie sociale. » (Bureau Unicef au Cameroun, 2009 : 33) Cette situation a eu comme conséquence sur le plan sanitaire un dysfonctionnement du système de santé caractérisé par une dégradation des infrastructures sanitaires, un manque de ravitaillement régulier en médicaments essentiels dans les hôpitaux et dispensaires publics, un manque de motivation du personnel et par conséquent un recours systématique aux pratiques de corruption dans la gestion administrative et financière et dans l'attribution des soins et des médicaments aux patients (MINSANTE, 2007 ; CONAC, 2011).

³⁸L'initiative pays pauvres très endettés (PPTE, HIPC (Heavily Indebted Poor Countries) en anglais), est une initiative qui vise à assister les pays les plus pauvres du monde en rendant leurs dettes internationales « soutenables ». Ce programme fut lancé par l'action conjointe du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale en 1996. La réduction de la dette est normalement fonction des efforts effectués dans la lutte contre la pauvreté par les dirigeants des pays concernés.

produisant le Document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP1), adopté un Programme national de gouvernance (PNG) et finalisé des stratégies sectorielles de l'éducation et de la santé. Cette étape lui a permis de bénéficier d'une réduction de sa dette extérieure. Avec l'atteinte du Point d'Achèvement de l'Initiative en avril 2006, ses principaux créanciers multilatéraux et bilatéraux ont procédé à une remise importante de sa dette; ce qui a donné un souffle nouveau à son économie (INS, 2011; 2013; Nana Djomo et al., 2014).

En effet, les ressources substantielles obtenues de l'annulation d'une partie importante de la dette extérieure ont permis de relancer l'économie et de définir de nouveaux programmes de développement contenus dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi adopté en 2009 (MINEPAT, 2009). Ce document constitue, pour la période 2010-2020, le cadre de référence de la stratégie de développement du pays intégrant des orientations d'une vision à long terme dénommée *Vision 2035*³⁹. Elle vise l'accélération de la croissance, la création d'emplois formels et la réduction de la pauvreté; avec pour objectifs majeurs de porter la croissance à 5,5 % de moyenne annuelle dans la période 2010-2020; de ramener le sous-emploi de 76 % à moins de 50 % en 2020; de ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9 % à 28,7 % en 2020; et de réaliser à l'horizon 2020, l'ensemble des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (INS, 2011; 2013).

Aujourd'hui, les changements escomptés au niveau social et sanitaire en termes d'accessibilité aux biens sociaux notamment aux soins de santé sont très loin des objectifs escomptés.⁴⁰ C'est

³⁹ « Les distorsions ou manquements relevés lors de l'évaluation de la mise en œuvre du DSRP ont amené le Gouvernement à élaborer une Vision de développement du Cameroun avec comme objectif de devenir un pays émergent à l'horizon 2035, et à réviser à cet effet sa stratégie de réduction de la pauvreté en plaçant désormais les défis de création des richesses et des emplois au centre de ses actions en faveur de la réduction de la pauvreté. C'est ainsi que le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) a été adopté en 2009. » (INS, 2011 : xvii)

⁴⁰ « Sur le plan sanitaire, la situation n'est pas encore satisfaisante au regard de l'évolution de certains indicateurs figurant au tableau 1, à l'instar du taux de mortalité infantile qui est resté élevé (77 ‰ en 1998 et 74 ‰ en 2004) et l'espérance de vie à la naissance estimée à moins de 55 ans aussi bien en 1987 qu'en 2005. Par ailleurs, avec respectivement un médecin pour 9 164 habitants en 1998, un pour 10 083 en 2000 et un médecin pour 13 468 habitants en 2007 d'après le ministère de la Santé publique, le ratio d'encadrement sanitaire de la population reste de loin en deçà de la norme d'un médecin pour 1000 habitants fixée par l'OMS. » (INS, 2012b : 3-4)

pourquoi les institutions internationales comme la Banque Mondiale mettent l'accent aujourd'hui au Cameroun sur la notion de croissance favorable aux pauvres comme un objectif important dans les politiques de développement (INS, 2012a; Bem et al., 2013; PNUD, 2014).⁴¹ En effet, la situation économique du pays, bien que meilleure ces dernières années, n'a pas encore permis d'améliorer significativement le niveau de vie de la population. Environ 40 % des citoyens vivent encore sous le seuil de pauvreté (INS, 2013). Selon le Bureau de la représentation de l'OMS au Cameroun, le profil de pauvreté constitue encore « un facteur qui contribue à aggraver la morbidité et la mortalité liées aux maladies. Il est aussi un facteur limitatif pour l'accès équitable aux soins de santé. » (Bureau de la représentation de l'OMS au Cameroun, 2012) Une situation qui fait de la médecine traditionnelle et l'automédication des stratégies de survie dans l'accès aux soins pour les plus défavorisés.

La longue période de crise économique reste une des causes majeures de cette situation. La crise a en effet réduit considérablement les capacités d'accès à la consommation des ménages, notamment leur accès aux soins. Mais il faut aussi reconnaître les faiblesses de la structure de l'économie nationale. Le tissu économique du pays est encore fortement dominé par l'agriculture et l'élevage.⁴² L'exportation concerne principalement les matières premières, et les ressources tirées de l'exportation servent simplement à importer l'essentiel des produits manufacturés consommés dans le pays.⁴³ Le niveau d'industrialisation n'est pas à mesure de résorber le problème de chômage. Et l'économie repose essentiellement sur le secteur informel qui emploie 90 % des actifs et offre un niveau de rémunération qui ne permet pas toujours à ceux qui y exercent de satisfaire leurs besoins de santé sans courir le risque de plonger sous le

⁴¹ Les pouvoirs publics camerounais entendent s'appuyer sur la création d'emplois décentement rémunérés pour assurer une bonne redistribution des fruits de la croissance (INS, 2012b : 1).

⁴² « Le développement économique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en voie de développement, repose principalement sur le secteur primaire. Les productions agricoles vivrières (maïs, manioc, banane plantain, macabo, riz, mil, sorgho, arachide, etc.) et de rente (cacao, café, coton, caoutchouc, banane, ananas, etc.) font de l'agriculture camerounaise la plus riche de l'Afrique Centrale (INS, 2012b : 2).

⁴³ L'Économie camerounaise est typique des pays africains en voie de développement. Elle est à dominance agricole et très diversifiée, et tire ses ressources principalement de l'exportation agricole et des matières premières notamment le pétrole. Les produits manufacturés sont pour l'essentiel importés (Walther, 2006 : 6).

seuil de pauvreté avec un revenu moyen d'environ 48 400 F CFA/mois (soit 100 \$ CA/mois) (Bureau de la représentation de l'OMS au Cameroun, 2012; INS, 2013).

La situation économique du pays ainsi décrite a une influence considérable sur le profil sanitaire des uns et des autres. En 2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans son rapport sur sa stratégie de coopération avec les pays d'Afrique subsaharienne prévoyait déjà que le Cameroun n'atteindrait pas les OMD prévus pour l'année 2015. Il précisait que pour les atteindre, il aurait fallu que le Cameroun soutienne un taux de croissance de 7 % pendant plusieurs années contre les 4 % qu'elle réalise depuis quelques années. La crise économique encore ressentie à l'échelle mondiale présente des risques évidents et nécessite la mise sur pied de nouvelles stratégies pour améliorer et stabiliser l'économie nationale (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2009 : 4). Cette amélioration des performances de l'économie nationale passe par une optimisation des performances socio-économiques du secteur informel dans la perspective du développement participatif; une option encore faiblement envisagée (Backiny-Yetna, 2009; Briod, 2011; Banque mondiale, 2013; Nana Djomo et al., 2014).

2.3. Le système de santé camerounais : profil sanitaire, politique de santé, structuration et mode de fonctionnement

2.3.1. Le profil épidémiologique du Cameroun

Le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies transmissibles du fait de la précarité de l'éducation sanitaire, de l'accès à l'eau potable, d'assainissement et de nutrition (Djeutchouang Sayang, 2010; INS, 2012b; Banque mondiale, 2013; Mendo Me Mfou, 2013). Dans l'ensemble, les maladies les plus connues sont : le paludisme,⁴⁴la fièvre jaune, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la dysenterie bacillaire, la filariose lymphatique, la schistosomiase,

⁴⁴La déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme au Cameroun indique que cette maladie infectieuse est la première cause de morbidité dans le pays. Deux millions de cas sont notifiés par an par les formations sanitaires ; chaque habitant a un minimum d'une crise de paludisme par an ; c'est la première cause de morbidité infanto-juvénile.

le VIH/SIDA, le tétanos. Parmi ces maladies, le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité notamment parmi les enfants de moins de cinq ans. La prévalence du VIH est évaluée à 4,3 % avec de nombreuses disparités entre les régions et selon l'âge et le sexe (MINSANTE, 2007; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2009; INS, 2012b). Les maladies transmissibles ont encore un impact important, et les maladies à potentiel épidémique (choléra, méningite cérébrospinale à méningocoque, fièvre jaune, rougeole) surviennent de temps à autre et alourdissent le taux de morbidité et de mortalité des populations (Banque mondiale, 2013; Mendo Me Mfou, 2013; OMS, 2014).

La prévalence des autres maladies a tendance à augmenter du fait de la précarité des conditions socio-économiques et environnementales. Les mauvaises conditions de vie et des habitudes alimentaires nocives à la santé entraînent une recrudescence des maladies non transmissibles et traumatismes de tous genres surtout en milieu urbain. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, des cancers, des maladies bucco-dentaires, de la cécité, des maladies mentales et des accidents. En matière d'urgences et de catastrophes, les risques majeurs que courent les populations sont : les épidémies, les inondations, les émissions de gaz naturels, la sécheresse, les risques industriels, les risques traumatiques par accident de la voie publique et les risques environnementaux auxquels s'ajoute l'exposition à de nouvelles maladies dont sont parfois porteurs les réfugiés périodiques en provenance des pays voisins. On note aussi un taux de malnutrition de 31,7 % au niveau national chez les enfants de moins de 5 ans (OMS, 2014). Face à cette situation, le ministère de la Santé publique répond par une politique de santé plus ou moins adaptée et suivant les moyens que met à sa disposition le budget de l'État.

2.3.2. La politique de santé et ses insuffisances

La politique nationale de santé au Cameroun a pour objectif global l'amélioration de l'état de santé des populations, par un effort d'accroissement de l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population; ceci avec la participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. Cette politique, suivant les textes officiels, a pour objectifs spécifiques entre autres : l'accessibilité universelle aux soins essentiels et de qualité; la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés; la promotion de

l'utilisation des médicaments essentiels accessibles et de qualité dans toutes les formations sanitaires à travers le développement d'un système national d'approvisionnement; la conduite d'un programme de santé prioritaire de lutte contre les grandes endémies, notamment le syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA), la tuberculose et le paludisme; la mise en œuvre d'une politique de médecine préventive par la promotion de l'hygiène, l'assainissement de l'environnement, l'éducation sanitaire et la vaccination (Beyeme Ondoua, 2002; Médard, 2006; MINSANTE, 2007; INS, 2012b; Mendo Me Mfou, 2013). Ces objectifs constituent un horizon à atteindre pour la santé publique. Et compte tenu des difficultés qui font obstacle à la réalisation de ces objectifs, le gouvernement, avec l'appui de ses partenaires en matière de santé notamment l'OMS, le FMI et la Banque Mondiale, a fixé des objectifs stratégiques sur une période déterminée pour se rapprocher de la finalité de la santé publique qui est d'offrir une meilleure santé à tous (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2009; OMS, 2014)⁴⁵. Ces objectifs stratégiques se situent en continuum d'une évolution qu'on peut historiquement situer.

Au lendemain de son accession à l'indépendance en 1960, le Cameroun a adopté la politique de la gratuité des soins considérant la faiblesse des capacités des populations à payer leurs soins.

⁴⁵Plusieurs partenaires travaillent pour la réalisation des objectifs de la Stratégie sectorielle de santé (SSS) 2001-2015, du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 qui intègre les OMD, et ceux du Document de stratégie pour la croissance et l'emploi (DSCE). Il s'agit entre autres de la Banque Mondiale, du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Organisation mondiale de la santé. De manière générale, des appuis multiformes ont été mobilisés par les partenaires multilatéraux et bilatéraux (les Coopérations allemande, française, belge, américaine, etc.) pour la réalisation des objectifs sectoriels de la santé (MINSANTE, 2007 ; Banque Mondiale, 2013 ; OMS, 2014). L'INS dans l'*Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011* que : « Le passage en 2010 de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010 à celle de 2001-2015 a permis de l'arrimer à l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et de l'aligner sur les axes du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi qui résulte de la révision du DSRP. La stratégie sectorielle de santé 2001-2015 matérialise à ce titre l'un des engagements majeurs pris par le Gouvernement et ses Partenaires, à Kribi le 05 mai 2005, à savoir évoluer vers la mise en place d'un nouveau mécanisme de gestion du secteur de la santé : l'Approche sectorielle connue sous l'acronyme anglais SWAP (Sector-Wide Approach). L'amélioration de l'état de santé des populations demeure plus que jamais un objectif de développement social et de croissance économique. C'est pourquoi la SSS actualisée 2001-2015 reflète clairement la volonté des autorités camerounaises, de garantir de manière pérenne, l'accès universel aux services et aux soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et du financement de leur demande (...) Cette orientation est soutenue par les réflexions en cours au sein de la Communauté sanitaire internationale, sur la nécessité de développer autant que possible, les synergies potentielles entre les systèmes de santé et les « Initiatives Mondiales pour la Santé », en vue d'améliorer les résultats sanitaires et la rationalité économique. » (INS, 2012b : 8-9)

La santé est alors perçue comme un bien public nécessaire pour le développement et donc à la charge de l'État. Le premier choc pétrolier de 1973 va créer des déséquilibres macroéconomiques avec la détérioration des termes de l'échange; les ressources financières vont se raréfier et entraîner un recours massif aux emprunts qui progressivement constituent le fardeau de la dette. Par ailleurs, sous l'inspiration de l'OMS et plus récemment sous l'impulsion de la Banque mondiale, le Cameroun s'engage dans un processus progressif de réforme de son système de santé. Suite à la conférence d'Alma Ata en 1978, le Cameroun ratifie la Charte de développement sanitaire de l'Afrique qui fait de la gratuité des soins de santé primaires la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous en l'An 2000 »; ce qui s'est révélé être un échec. Le Cameroun s'associe par la suite à un certain nombre d'initiatives prises en Afrique à travers les conférences de Lusaka (1985), d'Hararé (1987) et surtout celle de Bamako (1987) qui vont jeter les bases d'une nouvelle politique d'accès aux soins de santé basée sur le recouvrement direct des coûts des soins par les malades, signant ainsi la fin de la gratuité des soins (McPake, Kara, et Mills, 1994; Ridde, 2005). Les années 90 font apparaître les conséquences négatives de cette stratégie : les principaux indicateurs sanitaires se dégradent; faute de moyen financier pour payer leurs soins, les malades préfèrent recourir à l'automédication avec des médicaments en vente libre et non contrôlés, ou alors font recours aux guérisseurs traditionnels (Médard, 2006 ; Djeutchouang Sayang, 2010 ; Mendo Me Mfou, 2013)

Suivant les évaluations du Ministère de la Santé et de la Banque mondiale, malgré les efforts de réadaptation et de mise en œuvre des différents volets de la politique de santé actuelle, le système de santé camerounais connaît les insuffisances suivantes : la prise en charge n'est pas satisfaisante surtout pour les plus grands problèmes de santé (paludisme, HIV/SIDA) du fait de la faiblesse de l'offre des soins de santé de base; le rôle de régulation, de contrôle et de suivi du Gouvernement dans le secteur reste faible et entraîne une faible accessibilité aux soins et une faible disponibilité des médicaments essentiels; le secteur public de santé est géré de manière administrative et reste fortement centralisé, ce qui entraîne une faible évaluation de la qualité des soins; les ménages financent directement l'essentiel des activités de santé, sans en obtenir les soins indispensables et adéquats, ni en quantité suffisante ni en qualité acceptable en termes de coût-efficacité (MINSANTE, 2007; MINSANTE, 2011; Banque mondiale, 2013).

2.3.3. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé camerounais s'articule autour de trois grands secteurs : le secteur public, le secteur privé et le secteur informel tenu par des pseudo-pharmaciens et des infirmiers diplômés des écoles de formation médico-sanitaires qui, n'ayant pas pu se faire recruter dans le secteur public ou le secteur privé à la fin de leur formation, travaillent clandestinement à leur propre compte⁴⁶.

L'organisation structurelle et le fonctionnement systémique des formations hospitalières suivent une hiérarchisation de forme pyramidale et s'articulent les unes aux autres de manière complémentaire (MINSANTE, 2007; Djeutchouang Sayang, 2010; Fouomene, 2013). En effet, le système est structuré en trois niveaux : central, intermédiaire, et périphérique. **Le niveau central** (ou national) est constitué des structures de conception, de coordination et d'encadrement des politiques sanitaires ainsi que des actions de santé d'envergure nationale. **Le niveau intermédiaire** (régional) est constitué de 10 délégations régionales, des structures d'appui technique et de coordination pour les districts de santé, des hôpitaux régionaux et des structures de formations paramédicales. **Le niveau périphérique** (district de santé) comprend les districts et les aires de santé. L'aire de santé constitue une zone bien définie en termes de limites géographiques et de population, comprenant un ou plusieurs villages ou quartiers desservis par une ou plusieurs formations sanitaires de base (publiques et/ou privées) ou Centres de santé intégrés (CSI). La gestion de l'aire de santé repose sur des structures de dialogue entre prestataires et bénéficiaires de soins et de participation communautaire en matière de santé (MINSANTE, 2007 : 13-16). Le tableau suivant présente l'organisation structurelle et les différents niveaux du système de soin camerounais.

⁴⁶« La baisse du pouvoir d'achat des populations du fait des baisses des salaires des agents de l'État et de la dévaluation du franc CFA, a également contribué à empêcher l'accessibilité des populations aux prestations offertes par les services de santé. En conséquence, ces dernières se sont détournées des pharmacies classiques au profit des vendeurs à la sauvette des médicaments à prix réduit, mais d'origine et de qualité douteuse. » (Fouomene, 2013 : 218)

Tableau 1 : Les différents niveaux du système de santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services du Ministère de la Santé publique	Direction politique, Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies	-Hôpitaux généraux de référence -Centre hospitalier et universitaire -Hôpitaux centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts et aux programmes	-Hôpitaux régionaux et assimilés	Fonds spéciaux régionaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Districts de santé et Aires de santé	Mise en œuvre des programmes	-Hôpitaux de district, -Centres médicaux d'arrondissement, -Centres de santé intégrée -Centre de santé ambulatoire	COSADI COGEDI COGE COSA

Sources : MINSANTE, 2007

N.B. COGE : Comité de gestion; COGEDI : Comité de gestion du district de santé; COSA : Comité de santé de l'aire de santé; COSADI : Comité de santé du district de santé

2.4. Marché du travail et sécurité sociale au Cameroun

2.4.1. Le travail en question

Si du point de vue économique et social, le travail est considéré comme une activité rémunérée productrice de biens ou de services, à la base il est considéré comme une activité par laquelle l'être humain transforme la nature en vue de satisfaire ses besoins⁴⁷; idéologiquement, le travail n'a pas toujours eu la place qu'il occupe aujourd'hui.

Les sociétés industrielles ont contribué à développer la conception du travail comme étant le propre de l'être humain et comme une réalité permettant la réalisation de notre humanité. Le

⁴⁷Marx définissait le travail comme une activité spécifiquement humaine, consciente et volontaire par laquelle l'être humain agit sur la nature pour satisfaire ses besoins, mais aussi grâce à laquelle il « modifie sa propre nature » et se réalise en tant qu'homme (Postone, 2009).

travail est reconnu par certains sociologues comme étant au fondement même du lien social (Durkheim, 2007; Paugam, 2008). Mais une lecture historique relativise cette vision. Hannah Arendt montre que le travail chez les Grecs n'est pas une activité qui humanise, mais bien plutôt ce qui rattache à l'animalité dont on doit chercher à se libérer. Il est réservé à une certaine catégorie de personnes privées de liberté qui l'assure pour d'autres. Cette vision explique l'institution de l'esclavage. Travailler était considéré comme un asservissement à la nécessité, un asservissement pourtant inhérent aux conditions de la vie humaine. Alors, les êtres humains étant soumis aux nécessités de la vie ne pouvaient s'en libérer qu'en dominant ceux qu'ils soumettaient de force à cette nécessité. Ceux qui étaient ainsi soumis à l'esclavage connaissaient un sort proche de celui des animaux domestiques (Arendt, 1983). Suivant la lecture de Arendt, le travail a connu une ascension soudaine et spectaculaire passant de sa situation de méprisée à une place d'honneur parmi les activités humaines lorsque John Locke découvrit dans le travail la source de toute propriété. Et sa situation s'est davantage améliorée avec les travaux d'Adam Smith qui soutient que le travail est la source de toute richesse. Le point culminant de la considération du travail adviendra dans *le système de travail* de Karl Marx qui considère le travail comme la source de toute productivité et l'expression de l'humanité même de l'homme (Arendt, 1983; Young-Brueh, 1999). Le travail constitue aujourd'hui le lieu social par excellence où l'individu construit son identité et son autonomie, et s'attire la reconnaissance d'autrui.

L'intégration au monde du travail permet à l'individu d'avoir la reconnaissance sociale, de se créer non seulement un statut social, mais aussi de prouver son utilité sociale. Le travail joue par ailleurs un rôle de socialisation. Il a la faculté d'inculquer chez l'individu certaines normes et valeurs telles que la collaboration, la coopération, la solidarité, etc. Le travail est aussi une source de revenus et permet d'accéder à la consommation. Exercer un travail est le principal moyen de se procurer le revenu qui permet de subvenir à ses besoins (Lachaud, 1994; Charmes, 2003). De même, le travail procure protection et sécurité. Par l'insertion dans le système social, le travailleur est relié aux autres et accède à une protection sociale (assurances maladie, protection contre le chômage, accident, famille, retraite).

2.4.2. Le marché du travail au Cameroun

Les données de la dernière enquête sociodémographique de l'Institut national des statistiques révèlent qu'environ 7 personnes sur 10 au sens du BIT sont actives au Cameroun, soit 69 % de la population. Les provinces de l'Ouest, du Littoral et du Centre présentent les taux les plus élevés, soient respectivement 83,6 %, 83,2 %, et 82 %.⁴⁸ Comme la plupart des économies africaines et subsahariennes, l'économie camerounaise est foncièrement informelle (INS, 2011; 2013). Mais avant de présenter et analyser le marché du travail au Cameroun, il est important de définir ce qu'est le Secteur informel, car il occupe une place très importante dans le marché du travail et dans l'économie camerounaise.

2.4.2.1. Qu'est-ce que le secteur informel?

De manière générale, le concept « secteur informel », appelé aussi « économie informelle » ou « économie populaire » ou encore « économie traditionnelle » par certains experts, voit le jour en 1970 (Charmes, 2003; Keith Hart, 1972; Djadé, 2011)⁴⁹. Le secteur de l'emploi informel se caractérise alors par l'émergence hors du cadre formel de l'économie d'activités hétérogènes de production de biens et services par une frange de la population qui, du fait de la dégradation de l'économie et du marché de l'emploi, développe des activités informelles pour satisfaire leurs besoins fondamentaux (santé, logement, nourriture, etc.) (Kanté, 2001, Chen et al., 2005; BIT, 2013)⁵⁰. Les gouvernements et les économistes ont pensé pendant très longtemps qu'une

⁴⁸ C'est dans les villes principales de ces 3 régions que nous avons mené notre enquête de terrain soit Yaoundé (Centre), Douala (Littoral) et Bafoussam (Ouest).

⁴⁹ « Dans les années soixante-dix, la question de savoir comment vivaient les millions de personnes qui n'entraient pas dans les statistiques du secteur privé (formel) ou des institutions publiques a attiré l'attention de nombreux chercheurs. Pour dénommer cette économie qui échappe aux outils de mesure de l'économie traditionnelle, on a utilisé le mot « informel ». Un terme vaste et un flou qui a englobé quantité d'études, donnant naissances à un foisonnement d'autres termes : économie souterraine, économie familiale, économie conviviale, économie clandestine, illégale, etc. » (Briod, 2011 : 3)

⁵⁰ Il faut préciser que « Pour beaucoup de pauvres, les activités habituelles du secteur informel (le travail non rémunéré dans une entreprise familiale, le travail occasionnel, le travail à domicile, la vente ambulante) sont la seule possibilité de pourvoir aux besoins essentiels à leur survie. Dans les pays qui n'ont pas d'assurance chômage, ni d'autres types de filet social, la seule alternative au chômage est de travailler dans le secteur informel. D'autres emplois du secteur informel (en tant qu'employeur dans des usines informelles, ou travailleur indépendant qualifié

meilleure combinaison des politiques économiques et des ressources transformerait les économies informelles pauvres en économies modernes dynamiques. Le secteur informel était ainsi censé disparaître au cours de ce processus, avec l'extension d'un secteur formel moderne qui absorberait de plus en plus de main-d'œuvre (Thomas, 1993; BIT, 2000; 2013). Contrairement à ces attentes, le secteur informel et l'emploi informel demeurent très importants aujourd'hui dans les pays en développement.

« Beaucoup de pays n'ont pas été en mesure de développer une économie moderne capable de fournir des possibilités d'emploi appropriées à leur population, qui croît rapidement. Le secteur informel demeure une source majeure, voire la source principale d'emplois dans de nombreux pays, où ce secteur se compose de travailleurs indépendants ou de petites entreprises, sans structure formelle ni organisation du capital, et d'emplois occasionnels. » (BIT, 2013 : 3)

En Afrique subsaharienne, le phénomène s'est amplifié entre 1975 et 1993 du fait de la dégradation des termes de l'échange, du décalage entre la croissance démographique et la croissance économique, de l'ajustement structurel, de la dévaluation et des privatisations (Djadé, 2011; De Vreyer et Roubaud, 2012). Ces facteurs qui ont cumulativement contribué à la montée du chômage ont fait du secteur informel le lieu d'absorption de la main-d'œuvre excédentaire sur le marché du travail, surtout dans les zones urbaines (Charmes, 2003; Cornia, Jolly et Stewart, 1987; Herrera, Razafindrakoto et Roubaud, 2007). Comme le souligne Kanté, « l'économie populaire occupe souvent, plus ou moins bien, les deux tiers des citoyens qui travaillent. Elle constitue le seul débouché immédiat pour la grande majorité des jeunes non scolarisés ou déscolarisés. Sans l'économie populaire, les difficultés des pauvres seraient beaucoup plus angoissantes. » (2001 : 7)

dans de petites entreprises) peuvent fournir une meilleure rémunération. Ces travailleurs peuvent même arriver à gagner plus que les salariés réguliers pourvus d'un emploi formel. Mais même ces travailleurs qui s'en sortent mieux n'ont souvent pas d'autre choix que de travailler dans le secteur informel au lieu du secteur formel. » (BIT, 2013 : 4)

Le concept d'économie informelle revêt cependant un contenu différent selon les régions du monde. Comme l'affirme De Soto (1989), en Amérique latine il désigne des entreprises qui fonctionnent à la limite de la légalité dans le but d'échapper aux impôts et à la réglementation. En Afrique par contre, le « secteur informel » désigne de micro-unités de production, des entreprises individuelles ayant un faible niveau d'organisation et de revenu par rapport à la moyenne nationale (Charmes, 2003; Backiny-Yetna, 2009; Nana Djomo et al., 2014). Alors, quand bien même en Afrique les acteurs du secteur informel ont peu de relation avec l'administration, il ne s'agit pas d'une attitude délibérée de fonctionner en marge de la réglementation.⁵¹ Il s'agit d'un secteur du marché du travail qui absorbe un nombre important de demandeurs d'emploi et de chômeurs, pour la plupart engagés dans des activités indépendantes ou de très petites unités de production. Toutes ces activités partagent un certain nombre de caractéristiques : capital modeste, main-d'œuvre peu qualifiée (pour une large majorité), faible accès aux marchés organisés et à la technologie, revenus faibles et irréguliers, conditions de travail médiocres, en marge des systèmes officiels et collectifs de protection sociale des travailleurs (BIT, 2000; Kanté, 2001; Charmes, 2003; BIT, 2013; Bem et al., 2013)⁵². Pour ce qui est des facteurs de l'expansion et du maintien de ce secteur d'activité économique, Kanté affirme que

« la crise économique et (la) croissance urbaine constituent, assurément, les deux mamelles nourricières de l'expansion du secteur informel qui offre un cadre d'insertion socio-économique à des migrants saisonniers et autres agents

⁵¹ C'est ce qu'affirment les experts de la 15ème Conférence internationale des Statisticiens du Travail sur la *Résolution concernant les statistiques de l'emploi dans le secteur informel* tenue à Genève en 1993 : « Les activités exercées par les unités de production du secteur informel ne sont pas nécessairement réalisées avec l'intention délibérée de se soustraire au paiement des impôts ou des cotisations de sécurité sociale ou d'enfreindre la législation du travail, d'autres législations ou d'autres dispositions administratives. Par conséquent, le concept des activités du secteur informel devrait être différencié de celui des activités de l'économie dissimulée ou souterraine. » (BIT, 1993 cité par Kanté, 2001 : 9)

⁵² « On observe souvent que le secteur informel se compose principalement d'unités de production et d'activités de subsistance qui répondent à un besoin de survie, rapportent peu, ne sont guère intégrées au reste de l'économie et souffrent d'un manque de productivité, de qualifications, de technologies et de capital. Toutefois, on constate aussi que certaines parties de ce secteur sont modernes et dynamiques, capables de se développer et de créer des revenus et des emplois. Les exemples abondent de petites entreprises viables qui n'étaient à l'origine que de petites boutiques ou activités informelles. » (BIT, 2000 : 4).

économiques exclus du secteur moderne, qui y exploitent des unités de production de biens et services en vue de créer principalement des emplois et des revenus. » (Kanté, 2001 : 5)

Le secteur informel présente une diversité de modalités d'organisation de la production et de l'emploi correspondant à différents groupes d'acteurs et de travailleurs. La Commission de l'emploi et de la politique sociale du Bureau international du travail, citant les travaux d'un colloque international consacré aux syndicats, donne cette description assez complète des travailleurs de ce secteur qu'on peut classer en 3 grands groupes :

« 1) les propriétaires ou exploitants de micro-entreprises qui occupent quelques salariés, avec ou sans apprentis; 2) les personnes travaillant à leur compte qui possèdent et exploitent leur propre entreprise individuelle, seules ou avec l'aide de travailleurs non rémunérés, généralement des membres de la famille et des apprentis; 3) les travailleurs dépendants, rémunérés ou non, y compris les salariés des micro-entreprises, les travailleurs familiaux non rémunérés, les travailleurs sous contrat, les travailleurs à domicile et les travailleurs domestiques rémunérés. À l'intérieur de chacun de ces trois groupes, il existe d'importantes différences. La situation des personnes qui travaillent à leur compte est fonction de leur relation avec le marché et de leurs moyens de production, qu'il s'agisse de propriétaires de petites boutiques, d'exploitants d'un emplacement sur le marché, ou de marchands ambulants, ou encore de conducteurs de tricycle ou de pousse-pousse qui possèdent leur propre véhicule ou qui le louent à la journée. Parmi les travailleurs dépendants, certains groupes – travailleurs familiaux non rémunérés, travailleurs occasionnels, sous-contrat, domestiques – n'apparaissent pratiquement pas dans les statistiques officielles et échappent généralement à la législation du travail et aux systèmes officiels de protection sociale. » (BIT, 2000 : 4)

Le secteur informel se présente à la fois comme une importante source d'emploi et une source importante de production de biens et de services. Le BIT (2013 : 4) note que dans de nombreux pays, la contribution des entreprises informelles à la valeur ajoutée brute dans l'économie est importante. La part moyenne du secteur informel dans la valeur ajoutée brute non agricole est estimée à environ 14 % dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale et jusqu'à 50 % dans les pays d'Afrique subsaharienne. Les biens et services produits dans le secteur informel contribuent aussi de façon substantielle aux consommations des ménages pauvres et même des plus aisés. Comme nous l'avons vu plus haut, l'emploi dans le secteur informel joue un rôle essentiel dans la réduction de la pauvreté en tant que principale source de revenus pour les plus pauvres. Cependant, beaucoup de ceux qui travaillent dans ce secteur ne sont pas en mesure de sortir de la pauvreté grâce à leur travail; pour beaucoup d'entre eux, leurs conditions de travail

servent à perpétuer leur position défavorisée et la pauvreté dans laquelle ils vivent (BIT, 2013 : 4).

L'économie informelle offre donc pour une large majorité de la population dans les pays en développement des activités de subsistance. Mais ces activités, bien que constituant le lieu d'une « économie de croissance informelle » — avec une faible portion d'activités dynamiques et modernes avantageuses à l'économie nationale (Portes, Castells et Benton, 1989; Charmes, 2003; Bem et al., 2013) —, n'offrent pas à une grande majorité de travailleurs une porte de sortie de leurs vulnérabilités.⁵³

2.4.2.2. L'économie informelle au Cameroun

L'économie informelle au Cameroun couvre des domaines d'activités très différents et très variés, si bien qu'il est pratiquement difficile de dresser le portrait type d'un entrepreneur de l'économie informelle (Backiny-Yetna, 2009; Briod, 2011; Bem et al., 2013)⁵⁴. Cependant, l'ensemble de ses unités de production (UPI) est dépourvu de numéro de contribuable et/ou ne tient pas une comptabilité écrite formelle au sens du plan comptable (INS, 2006; 2011; Nana Djomo et al., 2014).

⁵³ « L'emploi informel représente de nos jours une part importante de l'emploi. Il comprend les personnes dans l'emploi qui, selon la loi ou dans la pratique, ne sont pas assujetties à la législation du travail ni à l'impôt sur le revenu, et qui ne bénéficient pas de protection sociale ni de prestations liées à l'emploi. L'emploi informel se trouve à la fois dans le secteur informel et dans le secteur formel de l'économie. Dans la plupart des pays en développement, les travailleurs qui ont un emploi informel sont plus nombreux que ceux qui ont un emploi formel. Les estimations montrent que l'emploi informel représente plus de la moitié des emplois non agricoles dans la plupart des pays en développement : il représente 82 pour cent en Asie du Sud, 66 pour cent en Afrique subsaharienne, 65 pour cent en Asie de l'Est et du Sud-est (à l'exclusion de la Chine), et 51 pour cent en Amérique latine. » (BIT, 2013 : 4)

⁵⁴ On distingue cependant trois catégories d'activités dans l'informel urbain au Cameroun : l'informel de production qui concerne l'agriculture périurbaine, la menuiserie bois, la menuiserie du métal, etc.; l'informel d'art qui s'exprime dans la broderie, la bijouterie, la sculpture, la peinture, la maroquinerie, la cordonnerie, etc. ; l'informel de services qu'on trouve notamment dans le domaine du transport urbain, du commerce, de la distribution, de réparation mécanique ou électrique, de la restauration populaire, de la coiffure, dans la couture etc. (Tchagneno-Teno, 2011 ; Nana Djomo et al., 2014)

Briod dans son étude sur le secteur informel au Cameroun nous donne une idée concrète et plus complète du fonctionnement de l'économie informelle et des conditions de travail du travailleur vulnérable de l'informel urbain au Cameroun :

« Dans le marché de *Deïdo*, à Douala, Charlie vend des racines de manioc sur un stand composé d'une sommaire et bancale planche de bois. Comme celle de toutes les femmes autour d'elle, l'activité qu'exerce Charlie échappe presque intégralement à l'État camerounais, on dit alors qu'elle fait partie de l'économie informelle. Informelle non pas parce que la vente sur le marché n'est pas structurée ou n'obéit à aucune règle, mais parce que cette structure et ces règles n'émanent pas pour la plupart du pouvoir étatique, mais d'une organisation informelle. Charlie ne paie pas d'impôts ni de taxes à l'État, elle ne bénéficie d'aucune protection sociale ou juridique, qui lui garantirait son emplacement ou des allocations si elle venait à ne plus pouvoir exercer son métier. La situation de Charlie est celle de près de 90 % des personnes actives au Cameroun. » (Briod, 2011 : 3)

Les statistiques révèlent que 90 % des travailleurs camerounais sont dans l'économie informelle. L'informalité s'est développée au Cameroun avec la crise économique des années 1980 et 1990 qui a été suivie des Programmes d'ajustement structurel.⁵⁵ Cette situation a engendré un développement remarquable des activités informelles et suscité de nouveaux comportements économiques des agents (Schneider et Enste, 2000; Nana Djomo et al., 2014). La prolifération des activités informelles au Cameroun est donc attribuée à la croissance insuffisante, à la difficulté d'accès au marché officiel du travail, à l'appauvrissement, mais aussi à la forte croissance démographique et à la multiplication des stratégies de survie des ménages (Charmes,

⁵⁵ Pour sortir de la crise économique, « le pays s'est tourné vers les bailleurs de fonds internationaux, qui lui ont imposé une politique d'ajustement structurel (PAS). Ces politiques, en visant une réduction importante des dépenses budgétaires publiques, ont entraîné l'arrêt progressif des projets d'investissement en cours, une forte rationalisation du personnel de la fonction publique et ont impulsé un mouvement de privatisation. Elles ont profondément affecté l'emploi, forçant le pays à passer d'une organisation où l'État était le principal pourvoyeur d'emplois, à une organisation où le secteur privé devait en assurer la relève. Selon un rapport du département de la Stratégie sur l'emploi de l'OIT à Genève, les coupes réalisées dans les emplois de la fonction publique se seraient traduites par le licenciement de 60 000 fonctionnaires entre 1989 et 1997 et une chute drastique du taux de salarisation, qui est passé de 63,9 % à 22,1 % entre 1983 et 1993 dans le secteur de l'industrie et de 20,6 % à 12,6 % dans le secteur du commerce. Le secteur privé étant trop peu développé pour prendre en charge l'afflux de main-d'œuvre arrivant sur le marché du travail, l'on assiste au développement du secteur informel et à une plus grande précarisation de l'emploi. » (Walther, 2006 : 8) Les programmes d'ajustement structurel mis en œuvre dans la plupart des pays en développement ont provoqué une réduction massive de l'emploi dans le secteur public et une contraction très marquée du secteur formel (BIT, 2000 ; Backiny Yetna, 2009 ; Briod, 2011 ; Djadé, 2011).

2003; Briod, 2011; Djadé, 2011).⁵⁶ Tout cela s'est traduit ces dernières années par une augmentation du nombre d'Unités de production informelles (UPI) non-agricoles estimé à 2,5 millions en 2010 d'après l'Enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI 2) réalisée en 2010 (INS, 2012 a).

Le redressement de ses finances publiques auquel le Cameroun a été soumis a contraint l'État à réduire considérablement l'offre d'emplois publics. Il revenait au secteur privé encore très embryonnaire d'occuper une population active de plus en plus croissante. Alors faute de mieux, de nouvelles formes d'activités dites de « survie » génératrices d'un revenu de subsistance se sont multipliées, surtout dans les zones urbaines (Lachaud, 1994 ; Schneider et Enste, 2000 ; Zerbo, 2001 ; Nguetse Tegoum, 2009). En effet, dans les pays en développement, « l'économie informelle est le plus souvent le seul moyen pour la plus grande partie de la population de s'inclure dans le système économique et dans le fonctionnement de la société. » (Briod, 2011 : 3)

Walther a qualifié le Cameroun de « pays type de l'économie informelle » pour sa situation particulière parmi les pays de l'Afrique subsaharienne. Il est « selon toute vraisemblance, le pays d'Afrique subsaharienne qui a un des taux les plus élevés d'emplois en secteur informel. » Et le caractère très informel de son économie contraste avec un taux moyen de scolarité des travailleurs très élevé par rapport aux autres pays de la région. « Il existe donc un paradoxe camerounais qui écarte de prime abord toute interaction directe entre types d'emploi occupés et niveaux de formation » (Walther, 2006 : 4). Selon plusieurs experts de la réalité africaine, affirme Walther, le Cameroun représente « une combinaison intéressante entre un foisonnement d'initiatives de terrain, notamment dans le domaine de la formation professionnelle, et une absence visible de formalisation ou de structuration de ces initiatives. » Il constitue « un terrain

⁵⁶Les occupations variées du secteur informel (porteurs, colporteurs, vendeurs de pâtisserie, vendeurs de friperies, vendeurs de médicaments, vendeuses de nourritures, beignets et pains, vendeurs de journaux, cordonniers, etc.) constituent des stratégies de lutte pour la survie dans un contexte de pauvreté, de conjoncture économique et de chômage rampant.

d'observation de la manière dont les dynamismes individuels peuvent s'inscrire dans une action et une histoire collectives » (Walther, 2006 : 4).

2.4.3. Importance, caractéristiques et contribution du secteur informel à l'économie et aux revenus des ménages

Au Cameroun, le secteur informel absorbe une grande partie du surplus de main d'œuvre libéré par le taux de croissance élevé de la population. Les personnes en chômage n'étant pas indemnisées, les emplois du secteur informel constituent le moyen par lequel un équilibre peut être atteint sur les marchés du travail. Un marché donc caractérisé par une prépondérance du secteur informel (90 %), dont 92,0 % sont des jeunes de 15-34 ans. Ce taux est resté assez stable puisqu'il était de 90,4 % en 2005 et de 90,5 % en 2010. La répartition de la population active révèle qu'environ 4 % exercent dans le privé formel et 6 % environ dans le secteur public. Le secteur informel est donc le plus grand pourvoyeur d'emploi au Cameroun avec 9 travailleurs sur 10 en 2010 suivant EESI 2 (INS, 2011).

Le taux de chômage au sens du BIT est passé au Cameroun de 4,4 % en 2005 à 3,8 % en 2010. Un tel niveau de chômage pourrait être qualifié de marginal et incompressible par certains économistes. Une conclusion qui peut prêter à confusion si l'on ne prend pas en considération le niveau du sous-emploi global dont le taux reste très élevé bien qu'il soit passé de 75,8 % en 2005 à 70,6 % en 2010. Le sous-emploi visible et le sous-emploi invisible concentrent à eux seuls plus de 95 % de l'ensemble des personnes en situation de sous-emploi global en 2010 (INS, 2013)⁵⁷. Ce fort pourcentage de sous-emploi répond aux caractéristiques du secteur

⁵⁷Selon l'OIT, « on parle de sous-emploi lorsque la durée ou la productivité de l'emploi d'une personne sont inadéquates par rapport à un autre emploi possible que cette personne est disposée à occuper et capable de faire » (OIT, 1998 : 56). L'EESI reprend cette définition de sous-emploi de l'OIT, mais la redéfinit en tenant compte du contexte du marché local. En effet, il décline le sous-emploi en trois catégories : le *sous-emploi visible* lié à la durée du travail (les personnes sont sous-employées du point de vue du temps de travail) ; le *sous-emploi invisible* lié à la situation d'emploi inadéquat (les personnes sont sous-employées du point de vue de l'utilisation de leurs compétences) ; et le *sous-emploi global* totalise l'ensemble des personnes en situation de chômage, de sous-emploi visible et de sous-emploi invisible (INS, 2012a).

informel. Au lieu de rester involontairement sans emploi, la plupart des personnes notamment les jeunes en âge de travailler préfèrent s'insérer dans le secteur informel de l'économie plus facile d'accès (Lachaud, 1994; Charmes, 2003).

L'économie informelle constitue une ressource urbaine et nationale importante au Cameroun. En effet, pour les besoins fondamentaux tels que se nourrir, se vêtir, avoir un logis, se soigner ou accéder à un minimum de confort auquel les ménages ont droit, l'économie informelle aide à y répondre. Bien qu'elle offre un pouvoir d'achat très limité pour la majorité des travailleurs, l'économie informelle « induit des effets appréciables en termes d'intégration économique, de cohésion et de régularisation sociale, fonctions pour lesquelles l'État s'est précisément révélé défaillant, voire impuissant (Kanté, 2001 : 7). Mais, en fin de compte, il ne peut constituer un secteur dynamique et attractif que choisirait volontairement un individu à la recherche d'un bon revenu ou d'une bonne réalisation de soi. Il reste un secteur refuge, de « débrouillardise » qui accueille essentiellement les individus exclus du marché du travail dans le secteur formel (Roubaud and Torelli, 2013; Bem et al., 2013).

2.5. Les travailleurs du secteur informel urbain au Cameroun : les questions de pauvreté et de vulnérabilité

2.5.1. La notion de pauvreté en question

Le mot pauvreté dérive du mot latin *pauper*, qui signifie *qui possède peu*. Le terme paupérisme qui est un anglicisme est aussi utilisé pour caractériser la notion de pauvreté. Il décrit cependant moins un état de pauvreté et traduit le caractère processuel. La notion de pauvreté souffre selon certains chercheurs d'une grande imprécision. Selon Paugam, ce qui est nommé *pauvreté* relève plus du sens commun que d'un véritable concept scientifique⁵⁸. Il devrait être de ce fait manipulé

⁵⁸Avant la Révolution industrielle, la réflexion sur la pauvreté était d'une part théologique et renvoyait à la recherche d'imitation du Christ se référant à la pauvreté matérielle et spirituelle, et d'autres parts sur les mesures de police concernant l'hygiène publique, la sécurité urbaine et la lutte contre le vagabondage et la mendicité. C'est

avec précaution puisqu'il renvoie à une diversité de situations individuelles ou collectives qui peuvent être qualifiées par les notions d'indigence, de privation, de dépendance, de précarité, d'exclusion, etc. (Paugam, 1991)

Amartya Sen critique lui aussi une approche de la notion de pauvreté qui fait perdre de vue son caractère pluriel. Pour lui, le manque que qualifie la pauvreté ne doit pas être apprécié seulement par rapport à la privation de biens qu'on juge indispensables, mais également du point de vue de la privation d'opportunités d'existence. Il élabore alors une définition de la pauvreté qui prend en compte l'expérience individuelle de la privation. Il propose une approche novatrice de la pauvreté à partir d'un ensemble de concepts et distingue les *produits de base*⁵⁹ (*commodities*), leur utilité, leur fonction potentielle, des *capacités* (*capabilities*) des individus, c'est-à-dire les libertés de l'individu de faire quelque chose (Sen, 1985). Il refuse l'idée de mesurer le niveau de satisfaction des individus à partir de l'utilité que les biens procurent. La pauvreté doit donc être appréciée aussi comme privation absolue de capacités de faire, comme limitation de la liberté individuelle, et non pas simplement comme privation relative de biens de consommation ou de finance. Par ailleurs, Sen soutient que la définition de la pauvreté dépend du degré de responsabilité que l'ensemble de la société assume envers ses pauvres. Et les normes de

seulement au XIXème siècle que va se développer une approche scientifique de la pauvreté en tant que phénomène social en réaction au phénomène du *paupérisme* qui se développe avec la Révolution industrielle et de l'urbanisation. La pauvreté ne concerne plus seulement les indigents mendiants et vagabonds, mais également de nombreux hommes et femmes travailleurs (prolétaires) contraints de vendre leur force de travail juste pour avoir de quoi survivre. La pauvreté devient alors un objet d'étude de prédilection de l'économie politique et de la sociologie naissante qui cherchent à la saisir dans ses rapports à la production et à la distribution de biens dans la société (Pigenet et Tartakowsky, 2014). Aussi, une approche multidimensionnelle de la pauvreté a vu le jour avec le temps. À la compréhension économique classique se sont ajoutés les aspects tels que l'éducation, la santé, les relations sociales et la participation à la vie politique. « La notion de Développement Humain a fondamentalement changé le concept de la pauvreté. Le concept du développement humain est un concept holistique qui place la personne au centre de tous les aspects du processus de développement. À côté des indicateurs économiques, des dimensions comme la santé, l'éducation, l'emploi et le revenu monétaire, une vie décente, les droits à la participation politique et les rôles entre hommes et femmes y ont été introduits. Ces dimensions sont exprimées par plusieurs indices comme l'Indice du Développement Humain, l'Indice des Inégalités de Genre, l'Indice de Participation des Femmes ou l'Indice de Développement humain ajusté aux Inégalités (Coefficient de Gini). Depuis 2010 le PNUD a adopté une nouvelle approche et a introduit l'Indice de Pauvreté Multidimensionnelle. Cet indice évalue la pauvreté avec dix indicateurs dans les catégories santé, éducation et niveau de vie et ceci surtout au niveau des ménages » (Schürings, 2011 : 7).

⁵⁹Ce que John Rawls qualifie de « *biens premiers* » (*primary goods*) (Rawls, 2009).

consommation étant socialement déterminées, certains biens peuvent apparaître superflus dans une société et indispensables dans une autre (Sen, 1983).

Pour qualifier la situation socio-économique et socio-sanitaire des travailleurs du secteur informel, la notion de pauvreté est très présente dans les rapports de recherche des organisations internationales et dans les documents officiels du gouvernement camerounais. Elle est très utilisée par des organisations internationales, notamment le PNUD et l'UNICEF, pour qualifier la situation socioéconomique de certaines couches sociales dans les pays en développement (Bureau Unicef Cameroun, 2009; PNUD, 2011). Le gouvernement camerounais l'utilise aussi pour qualifier la situation sociale, économique et sanitaire des couches socialement défavorisées dans les documents politiques de promotion sociale et de développement économique (Document stratégique de réduction de la pauvreté, Document de stratégie pour la croissance et l'emploi, Vision 2035, etc.)⁶⁰.

Le concept de pauvreté, au sens que lui donnent le PNUD et la DSRP, qualifie un état d'insuffisance de ressources et une privation des possibilités de choix et d'opportunités qui offrirait aux individus des conditions de vie décentes (PNUD, 2009; République du Cameroun, 2003; INS, 2008). La pauvreté s'exprime au sens du PNUD par les mauvaises conditions de santé ou d'éducation, l'impossibilité d'exercer des droits civiques et l'absence de dignité personnelle. Au Cameroun, le Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) définit la pauvreté comme « le manque de ressources matérielles ou financières pour satisfaire les besoins essentiels des individus. Au nombre de ces besoins figurent l'alimentation, le logement, les soins de santé, l'éducation, l'approvisionnement en eau potable, etc. » (MINEPAT, 2003 : 11). Selon le DSRP « Le pauvre, c'est aussi une personne en mauvaise santé

⁶⁰ Voir : PNUD (2009). *Lever les barrières : Mobilité et développement humains. Rapport mondial sur le développement humain*. New York : PNUD ; MINEPAT (2003). *Document stratégique de réduction de la pauvreté*. Yaoundé : Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire; MINEPAT (2009b). *Cameroun. Vision 2035*. Yaoundé : Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire ; INS (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. Yaoundé/Calverton : Institut national de la statistique et ICF International.

et qui a des difficultés d'accès aux soins médicaux » (MINEPAT, 2003 : 14). Alors, la pauvreté au Cameroun se caractérise par le manque de ressources, la précarité et l'exclusion. Le PNUD définit la pauvreté à partir de trois dimensions : la pauvreté des revenus ou pauvreté monétaire, la pauvreté des précarités, et la pauvreté d'exclusion ou subjective (PNUD, 2011).

Dans ce travail, nous préférons utiliser la notion de vulnérabilité du fait de sa précision scientifique, des largesses de ses significations et de sa richesse sémantique. En effet, aujourd'hui en science sociale, le concept de vulnérabilité est de plus en plus utilisé pour analyser la pauvreté dans sa dynamique (Lachaud, 1997).

2.5.2. De la notion de vulnérabilité

La vulnérabilité est un concept essentiellement polysémique. L'acception que nous retenons dans ce travail est celle normative et fonctionnelle contrairement à celle philosophique ou anthropologique qui traite de la vulnérabilité ontologique de la condition humaine (Thomas, 2008). L'approche de la vulnérabilité normative et fonctionnelle traduit par contre l'incapacité d'un individu, d'un ménage ou d'un segment bien identifié de la population à faire face à un risque. On le préfère au terme de pauvreté pour sa valeur heuristique. En effet,

« Si le mot « pauvreté » a sans doute l'avantage d'être le plus clair dans les représentations communes, il n'en pose pas moins un problème majeur, celui de la définition des seuils. Si la pauvreté a d'abord été envisagée dans sa dimension absolue et quantitative, avec la recherche de seuils au-dessous desquels une personne ne peut plus assurer son entretien et sa subsistance, on lui a ensuite préféré une acception relative et plus qualitative, pour pallier la considérable variation des seuils d'une période et d'un pays à l'autre. » (Brodiez-Dolino, 2013 : 3)

La notion de vulnérabilité est largement analysée aujourd'hui et possède plusieurs avantages. Comme celle d'exclusion, elle va au-delà de la seule dimension économique de la « pauvreté-précarité » au profit d'une acception « pluri-causale » et « pluri-dimensionnelle ». D'autre part, elle est susceptible de désigner aussi bien un état qu'un processus, un individu qu'un groupe social, une situation conjoncturelle que structurelle, et permet, tant par ses origines disciplinaires que par ses acceptions induites, pour y répondre de lier très adéquatement dimensions sociales et sanitaires dans une dynamique de mobilisation politique et sociale (Brodiez-Dolino, 2013).

D'apparition récente, ce concept a connu une extension rapide à des domaines variés comme le droit, l'action politique, l'analyse socioéconomique, l'économie de la santé et du développement.

Les types de risques ainsi que les capacités des personnes concernées traduisent la nature et le degré de vulnérabilité. Elle peut être liée à la situation géographique (non-proximité des services, risques climatiques, etc.); elle peut être liée aux étapes du cycle de vie, à la maladie, au genre, à l'infirmité, ou à un handicap physique (enfants sans protection, femmes célibataires, personnes âgées, malades chroniques, personnes atteintes de maladies graves ou potentiellement incapacitantes, personnes handicapées, etc.); elle peut aussi être liée au statut économique et à l'absence de sécurité sociale (niveau de revenus, personne non active, faiblesse de l'épargne, etc.). Les individus vulnérables sont ceux qui dans une société donnée sont menacés dans leur autonomie, dans leur dignité ou dans leur intégrité physique ou psychique (Chambers, 1989; Poché, 2004; Schröder-Butterfill et Marianti, 2006). Aussi, « suivant les régions géographiques, les contextes politiques, les niveaux socio-économiques, les catégories de personnes présentées comme vulnérables peuvent varier » (Boetsch, 2010 : 9). Les politiques de santé dans les pays en développement sont très souvent prises au dépourvu pour satisfaire les nécessités les plus urgentes en santé d'une large majorité de la population. Et les populations urbaines de ces pays augmentent à un tel rythme qu'une majorité peut à peine subvenir à ses besoins élémentaires en termes d'alimentation. La grande majorité est donc exclue des services de base. Cette frange de la population constitue une population à haut risque (Obrist, 2006; Boetsch, 2010).

La vulnérabilité est un concept qui permet donc de saisir la relation d'un sujet avec le risque⁶¹ d'être exposé à une menace et le risque de manquer des protections nécessaires pour faire face à la menace, à la fragilité et à l'incertitude du lendemain. Le concept de vulnérabilité est corrélé à ceux d'iniquité, de désaffiliation, de solidarité, d'assistance et de protection (Poché, 2004;

⁶¹Le risque est défini généralement comme une probabilité plus ou moins élevée pour que survienne un événement dommageable ou nuisible au bien-être. Il peut concerner un individu, un ménage, une collectivité ou une catégorie sociale d'individus.

ANR, 2013). L'étude de la vulnérabilité des personnes porte à prêter attention à la fois au risque en soi, mais aussi aux capacités des individus à mobiliser les ressources nécessaires pour se protéger (Lachaud, 2006; Brodriez-Dolino, 2013). Saunders utilise le concept de vulnérabilité dans le domaine du marché du travail pour décrire les mauvaises conditions de travail et de vie des travailleurs. Pour lui, les *vulnérables* sont des personnes définies comme proches du niveau de pauvreté, et dont les ressources économiques sont insuffisantes. Ces personnes sont d'autant plus vulnérables qu'elles sont à la fois mal rémunérées et n'accèdent pas à différentes sources de protection et des droits sociaux (Saunders, 2003; Lachaud, 2006)⁶². L'approche de Saunders est essentiellement socioéconomique et vise à appréhender les insuffisances de ressources, leurs impacts et effets sur les trajectoires des individus des groupes concernés. Thomas fait remarquer par ailleurs que les termes de *vulnerability* (vulnérabilité), *frailty and fragility* (fragilité) et *precariousness* ou *precarity* (précarité) – qui sont des concepts très proches – ont été massivement employés depuis 1970 par les experts anglo-saxons pour analyser les risques liés aux catastrophes naturelles et la question du développement durable⁶³. Ils sont devenus par la force des choses aujourd'hui des concepts théoriques centraux des sciences sociales du monde francophone et sont de plus en plus utilisés par les experts pour analyser et expliquer des processus sociaux de vulnérabilisation, de fragilisation et de précarisation (Thomas, 2008)⁶⁴. La notion de vulnérabilité fait donc référence à celle d'incapacité, de risque, d'insécurité, et sous-

⁶² À ce sujet, il affirme: « The new labour market is, to some extent, characterized by highly educated 'knowledge workers' whose skills are in demand. But not all workers are in a position to capture the benefits of a strong economy. A large part of the labour force works for low pay, without representation, and with poor prospects of improving their conditions of work. These workers are vulnerable, in that their participation in the labour market leaves their wellbeing at risk. More specifically, vulnerable workers find it difficult to access work that provides a decent income and working conditions that meet societal norms. » (Saunders, 2003 : 7)

⁶³ « Dans le vocabulaire anglo-saxon, la vulnérabilité humaine, sociale et urbaine est aujourd'hui un concept-clé des analystes du développement durable (sustainable) et de l'économie du Welfare » (Thomas, 2008). Repéré à <http://www.reseau-terra.eu/article697.html>.

⁶⁴ En effet, « C'est à partir des années 1980 que les notions de vulnérabilité (*vulnerability*, *precariousness*), d'insécurité (*insecurity*, *uncertainty*) et de fragilité (*fragility*, *weakness*, *frailty*) émergent avec celle de risques au niveau international dans le champ des sciences humaines et sociales. Elles sont pour certaines importées en France comme catégories de classement, et leurs indicateurs sont réinventés. Dans le vocabulaire anglo-saxon, la vulnérabilité humaine, sociale et urbaine est aujourd'hui un concept-clé des analystes du développement durable (sustainable) et de l'économie du Welfare » (Thomas, 2008).

tend l'urgence de renforcement des capacités et de protection sociale (Castel, 1995; Chen, Vanek et Carr, 2002; Soulet et Châtel, 2003).

L'amélioration de l'accès aux soins de santé d'une population passe inéluctablement par une action sur les déterminants de la vulnérabilité. Et les déterminants de l'accès aux soins sont à la fois déterminants de la santé elle-même qui à son tour détermine la vulnérabilité. Le chômage, le stress professionnel, les conditions de travail, le niveau d'éducation bas, le manque de formation, l'environnement socioéconomique défavorable, le revenu insuffisant, etc. constituent autant de facteurs qui engendrent et maintiennent la vulnérabilité des individus ou d'une catégorie sociale comme celle des travailleurs de l'économie informelle au Cameroun (Lahmiti et Aboussad, 2010; Bem et al., 2013; Nana Djomo et al., 2014).

Il y a donc une forte tendance aujourd'hui en sciences humaines et sociales à utiliser la notion de vulnérabilité pour qualifier la condition des personnes en incapacité de faire face aux exigences et aux épreuves de la vie sociale et donc en dépendance de l'intervention sociale ou médico-sociale. Être nommée comme personne vulnérable signifie être dans une situation de manque, de faiblesse qui nous différencie des autres personnes capables de faire face. Dans cette logique, Castel (1995; 2003) l'utilise d'ailleurs pour qualifier non pas un état, mais les conditions sociales qui la produisent : « La notion de vulnérabilité permet [donc] d'offrir un cadre pour analyser, à la fois, les évolutions des déterminants sociaux et économiques de la santé, les transformations des questions sociales et les interrelations entre dimensions sociales et sanitaires. » (ANR, 2013 : 5)

Le caractère pluridimensionnel et la valeur heuristique du concept de vulnérabilité est dans ce travail une clé de lecture et un outil de description et d'interprétation de la situation de la fragilité sociale et économique des travailleurs urbains de l'informel. Tout compte fait, la notion de vulnérabilité offre une perspective nouvelle d'analyse des liens entre pauvreté et santé. Ce concept permet dans ce travail une approche dynamique des facteurs qui conditionnent l'accès aux soins des individus. Elle ne détermine pas seulement le niveau de pauvreté financière des individus, mais aussi les risques d'être vulnérables qu'ils courent à court, à moyen ou à long terme après une dépense pour l'accès aux soins qui peut se révéler catastrophique.

2.5.3. Conditions d'emploi des travailleurs urbains vulnérables du secteur informel

Les travailleurs du secteur informel au Cameroun sont pour la plupart privés des sécurités essentielles suivantes : la sécurité du marché du travail en termes de possibilités d'emploi suffisantes; la sécurité de l'emploi qui confère la protection contre le licenciement arbitraire; la sécurité professionnelle par l'amélioration de ses compétences, la multiplication des possibilités d'acquérir et de maintenir ses qualifications; la sécurité de la protection contre les accidents de travail et les maladies professionnelles grâce à des réglementations sur la santé et la sécurité, sur la limitation du temps de travail, etc. ; la sécurité du revenu suffisant; la sécurité de représentation et de la protection collective sur le marché du travail grâce à des syndicats indépendants, et des institutions de dialogue social (Backiny-Yetna, 2009; Tchagneno-Teno, 2011, Fouomene, 2013; Roubaud and Torelli, 2013; Nana Djomo et al., 2014).

Les travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité sont ceux de ce secteur qui sont victimes de la pauvreté des revenus, de la pauvreté des précarités, et de la pauvreté d'exclusion⁶⁵. Plusieurs facteurs justifient leur vulnérabilité :

- **Les mauvaises conditions d'activités**

Moins d'une UPI (Unité de production informelle) sur quatre exerce dans un local. En fait, une partie importante des activités dans ce secteur se fait en bordure des rues ou à travers les rues (cas des vendeurs ambulants). Pour ces activités, les conditions climatiques adverses peuvent facilement les empêcher de fonctionner, ce qui rend les revenus aléatoires. On estime que seulement 17,2 % environ des unités de production informelles disposent d'un local spécifique d'activité (ateliers, boutiques, bureaux, magasins, comptoirs fixes sur les places de marchés), et près de 40 % exercent à domicile. Par conséquent, plus de la moitié des unités de production et

⁶⁵ « Les emplois informels sont de manière générale plus précaires que les emplois du secteur formel. En 2005, le salaire moyen dans le secteur informel (non agricole) était de 27.300 francs CFA par mois contre 103.600 CFA dans le secteur formel et jusqu'à 223.000 CFA pour les cadres du secteur formel ». (Briod, 2011 : 8)

de commercialisation informelles sont abritées par des installations de fortune (ambulants, postes fixes ou improvisés sur la voie publique, etc.). Les unités de production du secteur informel disposent rarement d'une installation particulière propre à l'activité ou ne disposent pas des principaux services publics (Walther, 2006; Backiny-Yetna, 2009; INS, 2011; Nana Djomo et al., 2014). À cette première précarité s'ajoute un faible taux de salarisation.

- **Un faible taux de « salarisation » des employés du secteur**

L'Enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI 2) réalisée en 2010 relevait que près de la moitié des employés du secteur informel travaillent plus de 40 heures par semaine pour un revenu moyen horaire de 279,9 FCFA (environ 0.5 \$ CA). Plus de 50 % de ces travailleurs gagnent moins du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) (INS, 2012a). Par ailleurs, certains patrons d'unités de production informelles (UPI) gagnent jusqu'à quatre fois le salaire de leurs employés. On peut donc affirmer qu'avec ces données, le statut dans l'emploi informel est un facteur important de discrimination. Une fracture considérable existe donc entre une faible portion des employés du secteur formel et la grande majorité des auto-employés qui réalisent des activités génératrices d'un revenu à peine suffisant pour leur subsistance (Walter, 2006; INS, 2012 a). L'emploi informel au Cameroun est de façon générale reconnu comme un domaine d'activité où les revenus sont extrêmement faibles et irréguliers. Le pourcentage de pauvres est beaucoup plus élevé dans l'économie informelle justement parce que les activités se caractérisent non pas par un choix éclairé et réfléchi, mais plutôt par des circonstances hasardeuses et des opportunités (Bureau international du Travail, 2002; Tchagneno-Teno, 2011; Roubaud and Torelli, 2013).

- **Une quasi-absence de relations contractuelles et administratives**

En 2006, Walther estimait que seuls 2,5 % des employés du secteur informel bénéficient d'un contrat écrit avec leur employeur, 29,2 % ne bénéficient que d'un contrat oral et 68 % sont sans contrat. Seule la moitié des employés sont permanents et l'ensemble de la main d'œuvre ne bénéficie pratiquement d'aucune prestation sociale (Walther, 2006). Le secteur informel se caractérise aussi par un faible niveau d'organisation, une faible relation avec les systèmes bancaire et financier, administratif et judiciaire; ce qui les prédispose à la vulnérabilité (INS,

2006; Tchagneno-Teno, 2011, Fouomene, 2013). En effet, comme le souligne Briod, « en l'absence de protection sociale et juridique étatique, un petit entrepreneur de l'économie informelle ne pourra pas défendre un certain nombre de droits — comme son droit à un emplacement dans le cas de Charlie — devant des tribunaux officiels. De plus, l'économie informelle n'offre pas d'autre protection sociale, les petits entrepreneurs qui y sont actifs ne bénéficient donc pas d'assurance chômage ou vieillesse. » (2011 : 10)

Cette exclusion rend plus difficile l'exercice des activités dans ce secteur. Sans statut légal ces travailleurs ne peuvent faire valoir leurs droits socio-économiques, ni leurs droits juridiques qui sont pourtant des droits fondamentaux. Quant à leur représentation, on note qu'ils sont rarement organisés en syndicats du fait de leur isolement et de la disparité de leurs activités. Ce manque de représentation empêche qu'ils fassent entendre leur voix ou influencent la prise de décision politique. Faute de garanties, les établissements bancaires refusent de leur accorder les prêts nécessaires pour développer une activité commerciale. Cette situation les pousse à solliciter des usuriers qui leur imposeront un taux d'intérêt exorbitant. Et en cas de maladie ou d'accident de travail, ils n'ont pas accès à un système de protection sociale (Backiny-Yetna, 2009; Briod, 2011; Fouomene, 2013).

2.5.3.1. Analyse de la vulnérabilité économique et sociale des travailleurs du secteur informel au Cameroun

Le dysfonctionnement que connaît le marché du travail au Cameroun a pour conséquence une faible rémunération du travail et une augmentation de la population des travailleurs à bas revenus (INS, 2012a; 2012 b; Banque mondiale, 2013)⁶⁶. Au Cameroun, selon les données de ESSI 2, la proportion des travailleurs à bas revenus est de 43,7 % de la population active soit

⁶⁶ Des études rapprochent les travailleurs à bas revenus et les travailleurs pauvres. Certaines assimilent les travailleurs pauvres aux travailleurs de très bas salaires. Les travailleurs à bas revenus sont à proprement parler ceux qui occupent le bas de l'échelle de la distribution des salaires, et les travailleurs pauvres sont ceux dont l'emploi ne permet pas de soustraire leur ménage de la pauvreté. Un seuil de rémunération est alors défini en dessous duquel les revenus sont considérés comme bas (Brown, 1999, Burkhauser et Sabia, 2007).

environ 3,9 millions d'individus. Et le seuil de bas revenu est de 55,6 FCFA (environ 0,12 \$ CA) par heure; le SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) est fixé à un montant mensuel de 28 216 FCFA (soit environ 60,24 \$ CA) (INS, 2011).

Tableau 2 : Répartition en pourcentage des travailleurs à bas revenus suivant le secteur institutionnel

Secteur Institutionnel	Urbain			Rural			Cameroun		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Public	4,4	0,8	2,3	0,6	0,3	0,4	1,2	0,4	0,7
Privé formel	1,4	1,9	1,7	0,6	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7
Informel non agricole	65,1	65,5	65,4	10,0	10,9	10,5	18,3	19,6	19,0
Informel agricole	29,1	31,8	30,7	88,8	88,4	88,6	79,8	79,3	79,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : EESI 2 (INS, 2012a)

En considérant les travailleurs à bas revenus suivant le secteur institutionnel, on remarque que le secteur informel concentre la majorité des travailleurs à bas revenus avec 98,6 % contre 1,4 % dans le secteur formel. En milieu rural, la grande majorité des travailleurs à bas revenus provient du secteur informel agricole avec 79,6 % contre 19,0 % dans l'informel non agricole. Par contre, en milieu urbain, c'est plutôt dans l'informel non agricole qu'on retrouve la plupart de travailleurs à bas revenus avec 65,4 % contre 30,7 % dans le secteur agricole (INS, 2011; 2013).

Beaucoup de travailleurs par ailleurs cessent d'exercer leur activité pour des raisons de départ à la retraite, de licenciement, de faillite, d'accidents de travail ou autres invalidités. La large majorité de cette population est prise en charge par leur famille. Suivant les résultats d'une enquête menée par l'EESI 2, 44 % des chômeurs au Cameroun ont quitté leur emploi antérieur du fait de la précarité des conditions d'activité, de la mauvaise rémunération ou pour des raisons familiales. Parmi les raisons évoquées pour quitter un emploi dans le secteur informel en milieu rural, l'invalidité est la plus fréquente, ce qui peut être une conséquence de la nature des activités

qui y sont exercées. En effet, les activités informelles en milieu rural exigent l'utilisation des outils tranchants qui exposent au risque d'accident (INS, 2012a; 2013).

Tableau 3 : Répartition en pourcentage des inactifs par moyen de prise en charge ou source de revenus selon le milieu de résidence et le sexe

	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble
	Urbain	Rural	Sexe		
			Masculin	Féminin	
Perçoit une pension de son travail	2,2	1,3	3,5	0,5	1,8
Autre pension ou une aide (famille, ami, veuvage, divorce, orphelinat)	1,3	1,0	0,8	1,5	1,2
Perçoit des revenus de sa (ses) propriété(s), vit de ses rentes	1,0	0,7	0,9	0,8	0,8
Vit de son épargne	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2
Mendie	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Perçoit une bourse	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Prise en charge par sa famille ou une autre personne	95,0	96,6	94,0	97,0	95,7
Autre	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : EESI 2 (INS, 2012a)

La cessation d'activité pose le problème de la prise en charge. Il ressort de ce tableau que 95,7 % des chômeurs ayant eu un emploi ou non sont pris en charge par leur famille. Et environ 3 % ayant eu un emploi antérieur perçoivent une pension. Quelques 0,8 % perçoivent une rente des actifs constitués dans le passé ou alors vivent d'une épargne constituée. Sauf quelques

privilégiés bénéficient donc d'une couverture sociale. On peut en outre noter une baisse de 30 % à 45 % dans l'utilisation des services de santé par les plus pauvres entre les années 90 et 2007 à cause du coût des soins (INS, 2007). Et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 affirme qu'en 2011 près de 60 % des Camerounais éprouvent encore des difficultés à faire face aux dépenses de santé (MINSANTE, 2011; INS, 2010; 2013).

2.5.3.2. Vulnérabilité des travailleurs du secteur informel et problème de sécurité sociale au Cameroun

L'avènement de la sécurité sociale au Cameroun commence avec l'adoption du premier code de prestations familiales en 1959, pour répondre aux exigences de l'article 237 du Code du travail des territoires d'outre-mer de 1952 (CNPS, 1979). C'est en 1967 qu'est créée la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) pour mettre en place un système de protection sociale qui devrait couvrir six risques sociaux (allocations familiales, prestation d'accidents de travail et maladies professionnelles, pension d'invalidité, pension de vieillesse et pension de décès ou de réversion) regroupés en trois domaines de prestation : les prestations familiales, l'assurance pension, et les risques professionnels (CNPS 1979; Motaze, 2008; Fouomene, 2013). Dans ces prestations, la couverture des soins de santé n'a pas été envisagée par le législateur. Toutefois, il est prévu dans le Code du travail, le maintien du salaire en cas d'incapacité provisoire de travail pour cause de maladie.

Le système de protection sociale camerounais est donc conçu sur une base de relation de travail salarié. Les tentatives d'étendre ce système de protection aux non-salariés sur la base d'une participation volontaire ont pratiquement échoué, du fait qu'au départ il a été pensé uniquement pour les salariés. Les travailleurs indépendants sont aussi exclus du champ de la protection sociale au Cameroun⁶⁷. Le système national de protection sociale comprend en plus des

⁶⁷ En effet, le « système camerounais de protection sociale est un régime d'assurance sociale qui couvre 10 % de la population et repose sur deux régimes principaux : le régime de la prévoyance sociale géré par la Caisse nationale de prévoyance sociale CNPS au profit des travailleurs du secteur privé et des personnels de l'État relevant du Code

institutions publiques, le régime de la prévoyance sociale géré par la Caisse nationale de prévoyance sociale CNPS et le régime de pension de retraite des fonctionnaires géré par le Ministère de l'économie et des finances, et un système d'assurance privée. Ce volet privé de la protection sociale est géré par des compagnies d'assurance et certaines banques, ou encore par des mutuelles créées dans l'administration publique et au sein des sociétés privées. Leurs prestations concernent essentiellement la couverture maladie et des formes d'épargne assimilable à une cotisation retraite (CNPS, 1998; Motaze, 2008; Fouomene, 2013).

Le régime de protection sociale au Cameroun n'a pas un caractère universel. En effet, environ 90 % des travailleurs ne disposent pas de protection sociale. Et on estime qu'environ 5 % seulement de la population dispose actuellement d'une forme de protection contre le risque maladie. 15 % environ dispose d'une couverture très partielle du risque maladie grâce aux caisses de secours mises en place dans le cadre des associations ou tontines traditionnelles. Et la couverture des salariés du secteur formel reste elle aussi très marginale par rapport aux besoins. Les études relèvent que l'exclusion des ménages urbains de l'assurance maladie formelle au Cameroun est presque totale. 48 % des chefs de ménage comptent essentiellement sur eux-mêmes et 38 % sur leur conjoint. Et la contribution des associations à la prise en charge du risque maladie est seulement de 14 %. Par ailleurs, les dépenses de santé représentent 4 % du budget national comparativement au 15 % décidé par les États africains dans la convention d'Abuja en 2001 (Djeutchouang Sayang, 2010; Fouomene, 2013; INS, 2013; Nana Djomo et al, 2014).

Comme le souligne Fouomene, « on ne saurait pourtant nier l'importance du rôle de la sécurité sociale en tant qu'instrument de développement économique, social et humain. Non seulement elle fournit un revenu de remplacement, mais encore, elle donne accès aux soins médicaux. Son objectif fondamental est de protéger le niveau des revenus et la qualité de vie des populations. » (2013 : 243) Le choc d'une maladie coûteuse ou de la perte d'emploi du chef de famille peut

du travail et, d'autre part, sur le régime de pension de retraite des fonctionnaires, géré par le Ministère de l'économie et des finances » (Fouomene, 2013 : 157).

avoir un fort impact défavorable sur le niveau de pauvreté et la qualité de vie de la famille. La protection sociale des plus pauvres et des plus vulnérables peut faciliter la réalisation des objectifs de croissance économique et de développement et jouer un rôle essentiel dans la promotion de l'équité et la réduction des inégalités. Ceci explique la politique actuelle de promotion d'un système de mutualisation des risques maladie au Cameroun⁶⁸ pour l'assurance maladie qui est considérée comme l'une des prestations fondamentales qui protège contre la précarité et la vulnérabilité auxquelles la quasi-totalité de la population est exposée (Motaze, 2008; Fouomene, 2013).

2.5.4. Le système de mutualisation du risque maladie

La question du financement des soins de santé constitue aujourd'hui une priorité pour le gouvernement camerounais et ses partenaires de développement. Du fait de la non-existence d'un système universel de protection sociale, et de la politique de recouvrement des coûts des soins par les malades eux-mêmes qui a montré ses limites en matière de mise à disposition des médicaments essentiels et d'accès aux soins hospitaliers, le gouvernement explore actuellement la piste des mutuelles de santé comme solution au problème (Letourmy, 2003; MINSANTE, 2006; Fouomene, 2013). Les organisations internationales dans leur contribution à la lutte contre la pauvreté prêtent aujourd'hui une attention particulière au processus de création des mutuelles de santé en vue de l'assurance maladie pour tous⁶⁹. Même le BIT au Cameroun fait la promotion

⁶⁸ Les pouvoirs publics ont initié aussi un projet de modernisation de la sécurité sociale actuellement en cours d'étude ; ce projet envisage une prise en compte des travailleurs de l'économie informelle. Dans ce projet, le gouvernement exprime sa volonté de mettre en place une couverture maladie pour toutes les catégories de la population (MINSANTE, 2006; Motaze, 2008). Il n'existe pas au Cameroun actuellement de régime généralisé de protection contre le risque maladie. On trouve certes des formes de mutualisation du risque maladie dans des associations, des compagnies d'assurance et des entreprises ; mais celles-ci restent résiduelles. Un régime de protection contre le risque maladie existe aussi pour les fonctionnaires, mais assez théorique dans son principe et très limité dans son effectivité. Il y a donc lieu de penser à mettre sur pieds un véritable régime de protection contre le risque maladie pour toutes les catégories de la population au Cameroun (CNPS, 1998; Motaze, 2008; Fouomene, 2013).

⁶⁹ « Plusieurs études ont confirmé le potentiel des mutuelles de santé en matière d'accès aux soins de santé en Afrique. Ce potentiel a suscité un intérêt grandissant pour les mutuelles. Le soutien au mouvement mutualiste s'est organisé et développé à un rythme soutenu. Une Plate-forme sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé a été définie à Abidjan, au cours d'un atelier réunissant une dizaine d'États et plus d'une cinquantaine de structures :

de la micro-assurance santé, notamment dans le secteur de l'économie informelle, dont les modalités d'organisation tranchent avec celles des régimes de Sécurité sociale qu'on retrouve dans le secteur formel de l'économie (Letourmy, 2003; BIT, 1999, 2003; Fouomene, 2013).

Depuis 2001, le Cameroun a fait l'option de la couverture universelle santé à plus ou moins long terme. Cette option est supposée passer par la création des mutuelles de santé dans les districts de santé (MINSANTE, 2005, 2006; Banque Mondiale, 2006). Pour se faire, le Gouvernement a choisi de promouvoir les mutuelles de santé sur la base de la solidarité communautaire au niveau des districts de santé, avec pour finalité plus d'équité et une amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour les personnes défavorisées. La Stratégie sectorielle de la santé (SSS) élaborée dans le cadre de la politique nationale de réduction de la pauvreté en 2001 s'était fixée pour objectif d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé en 2010. À cet effet, la CAMS (Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé) avait été créée par le Ministère de la Santé publique pour encadrer ce projet (élaboration d'un code de la mutualité, définition de la stratégie d'appui aux mutuelles de santé, formation et appui des promoteurs, etc.) (MINSANTE, 2005).⁷⁰ Si cette option gouvernementale peut s'avérer pertinente, de nombreux chercheurs notent déjà des signes d'un essoufflement et l'horizon de sa pérennisation très incertain⁷¹. En effet, moins de 2 % de la population est couverte en 2011

fédérations mutualistes d'Afrique, et d'autres régions du monde, organisations internationales, universités, centres de recherche et confédérations syndicales. Une Concertation des mutuelles de santé en Afrique francophone a été créée afin d'accroître les échanges d'expériences et d'informations dans ce domaine » (Fouomene, 2013 : 501).

⁷⁰En vue d'atteindre les objectifs du Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) mis en œuvre en 2001, le gouvernement camerounais a adopté en 2006 un plan stratégique pour l'atteinte des objectifs spécifiques touchant l'accès universel et équitable aux soins de santé dénommé *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005-2015*. Cette stratégie visait à mettre en place au moins une mutuelle de santé par district de santé, et couvrir au moins 40 % de la population en dix ans (entre 2005 et 2015). En 2010, 158 mutuelles ont été recensées au Cameroun représentant 251.062 adhérents sur une population de 19.406.100 habitants. Soit moins de 2 % de la population (PROMUSCAM, 2011; BUCREP, 2011).

⁷¹ « Un plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé a été adopté en 2006, en vue d'opérationnaliser cette ambition. Les objectifs suivants ont été définis dans la stratégie sectorielle : (i) couvrir au moins 40 % de la population par des mutuelles de santé en 2015 ; (ii) mettre en place au moins une mutuelle de santé par district de santé d'ici 2015. Malheureusement à ce jour, moins de 2 % de la population bénéficie d'une couverture du risque maladie, et les mutuelles de santé se déploient difficilement sur l'étendue du pays. Situation qui est aussi potentiellement tributaire de l'absence d'un cadre juridique et institutionnel susceptible de sécuriser et de rassurer les communautés cibles, mais aussi d'offrir aux mutuelles un cadre favorable pour l'exercice de leurs missions. Ce qui, non seulement entretient encore la suspicion et le doute au sein des populations (d'où la faible

sur une prévision de 40 % en fin 2015, et les mutuelles de santé qui existent fonctionnent de manière assez approximative, avec très peu de garanties de viabilité et de pérennité (PROMUSCAM, 2011). Cette initiative est pourtant soutenue par plusieurs ONG internationales (Le Service d'appuis aux initiatives locales de développement (SAILD); L'Action solidaire de soutien aux organisations et d'appui aux libertés (ASSOAL); la Mutuelle de santé sans frontière (MSSF); L'Appropriate Development for Africa Foundation (ADAF); etc.) et par des organismes de coopération allemande (la Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ), la Coopération française, la coopération Belge, etc.) ainsi que la Banque africaine de développement. Toutes ces organisations travaillent à la réussite de cette politique gouvernementale qui vise l'accès aux soins des couches défavorisées. Des organismes œuvrent sur le terrain pour la mise en place des mutuelles et pour le renforcement des capacités des acteurs locaux et plaident pour une mise en place d'un dispositif institutionnel favorable. Quatre concepts guident leurs actions : le développement des mutuelles basées sur les associations et tontines traditionnelles; la création d'une pépinière d'entreprises de gestion des mutuelles; le partenariat avec des compagnies d'assurances; la collaboration avec les structures de microcrédit (Fouomene, 2013 : 522-528).

La décision des pouvoirs publics de créer des mutuelles en vue de la couverture universelle de santé constitue indubitablement une avancée notable dans la recherche de l'équité en santé. Mais la question de la fiabilité et de l'efficacité de cette initiative, malgré les appuis reçus et les efforts effectués par les promoteurs de mutuelles de santé et les différents partenaires, reste problématique. Et la question du financement de l'accès aux soins de qualité de manière durable pour les Camerounais vulnérables reste presque entièrement posée.

appropriation des mutuelles de santé par les communautés), mais en plus, ralentit la mise en place de mécanismes efficaces d'encadrement des mutuelles de santé dans le pays. » (PROMUSCAM, 2011 : 2)

2.6. Analyse de la vulnérabilité des travailleurs du secteur informel et accès équitable aux soins

2.6.1. L'accès équitable aux soins : un droit et une nécessité absolue selon l'OMS

Les recherches successives sur la notion de justice sociale ont permis d'analyser le concept d'équité et d'y fonder le contrat de protection sociale, en l'occurrence la protection contre le risque maladie (Maguain, 2002; Ridde, 2005). L'accessibilité égalitaire aux ressources est une thématique qu'on retrouve aujourd'hui au cœur des préoccupations de toute société construite sur les principes fondamentaux de droit, de justice et d'équité. Une société basée sur ces valeurs organise son fonctionnement et son développement sur le postulat selon lequel favoriser une pleine participation sociale de l'ensemble de ses concitoyens est à la fois un droit et un devoir. Ce postulat fonde les principes de responsabilité et de solidarité et constitue un levier de développement humain et social (Maguain, 2002). Les politiques d'accès égalitaire et d'accès équitable aux ressources visent la création d'un environnement social dépourvu de tout obstacle d'accès aux biens sociaux en considération des capacités des uns et des incapacités des autres.

Dans le domaine de la santé, le concept d'« accès » interroge la présence d'obstacles culturels, géographiques, matériels ou économiques auxquels des individus en incapacité peuvent se heurter dans un besoin de soin⁷². En d'autres termes, l'accessibilité se définit en santé comme la capacité d'un individu, d'un ménage ou d'un segment de la population d'obtenir des soins disponibles. Cette capacité peut être déterminée par un certain nombre de facteurs (organisationnels, informationnels, économiques, etc.) qui peuvent constituer des barrières ou des facilitateurs à l'accès aux services de soins sollicités.

⁷²Il s'agit d'accès à la prévention, aux informations disponibles, à la consultation, aux médicaments et soins de qualité.

L'objectif d'accès équitable aux soins se matérialise aujourd'hui par la couverture santé universelle que l'OMS (2005a) a adoptée dans sa résolution WHA58/33 de 2005; une résolution qui invite les États membres à en faire une priorité dans leur politique de santé. Après avoir précisé que cette couverture universelle est possible même dans les pays en développement, elle définit dans un résumé technique pour décideurs la portée et les contours de cette nouvelle politique d'accès équitable aux soins comme suit :

« La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle suppose donc un *accès équitable* et une *protection contre le risque financier*. Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on tombe malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun plutôt que de frais et d'honoraires facturés au malade quand il consulte les services. » (OMS, 2005b : 1)

Les pays qui sont parvenus à atteindre la couverture universelle ont procédé par des systèmes de prépaiement obligatoire qui reposent soit sur un régime d'assurance maladie ou sur la fiscalité. Alors, le régime d'assurance maladie obligatoire fonctionne grâce aux contributions des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises et de l'État. Dans le système fondé sur la fiscalité, l'impôt et autres recettes fiscales constituent les sources de financement que l'État utilise pour fournir les services de santé. Dans les deux systèmes, les cotisations sont mises en commun au bénéfice de ceux qui en ont besoin (OMS, 2005b).

Les inégalités en santé sont nourries par les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. Et les conditions défavorables ou favorables à l'accès aux soins dans lesquelles vivent les personnes dépendent des forces politiques, sociales et économiques. Il en découle que pour réaliser les objectifs d'accès universel aux soins de qualité, il faut agir impérativement à la fois sur les facteurs politiques, sociaux et économiques (OMS, 2005a; 2010).

2.6.2. Vulnérabilité et accessibilité financière des travailleurs de l’informel aux soins de santé

Plusieurs études ont été menées pour identifier les champs d’expression de la pauvreté au Cameroun (République du Cameroun, 2003; MINEPAT, 2009; INS, 2005; 2011; Schurings et al., 2011). Dans ces études, le secteur informel se révèle être identifié comme un des plus touchés; un secteur où les occupations variées (porteurs, colporteurs, vendeurs de pâtisserie, vendeurs de friperies, vendeurs de médicaments, vendeuses de beignets, vendeurs de journaux, cordonniers, etc.) constituent des formes de stratégies de lutte pour la survie dans un contexte de pauvreté économique, de précarité et d’insécurité.⁷³

Les travailleurs du secteur informel courent beaucoup plus de risques que ceux du secteur formel. Ils sont très souvent exposés à des milieux de travail à risque en matière de sécurité et de santé. Leur santé et leur productivité peuvent ainsi être compromises, ainsi que le bien-être de leurs familles. Ils ignorent pour la plupart les risques auxquels ils sont exposés. Le domicile étant très souvent le lieu de travail, les risques qu’entraîne le travail est lié à celui d’un milieu de vie déjà inapproprié. Par conséquent, même leurs familles et leurs voisins sont exposés aux divers dangers et sont eux aussi vulnérables aux maladies et à la mauvaise santé. Certains parmi les travailleurs de ce secteur exercent leur activité dans des espaces qui manifestement présentent un problème de sécurité et de santé lié à l’absence d’accès à des installations sanitaires, à l’électricité ou à l’évacuation des déchets (Atim, 1998; Roubaud and Torelli, 2013; Fouomene, 2013; Nana Djomo et al., 2014).

⁷³Ces activités sont reconnues éprouvantes pour la santé et peuvent de toute évidence provoquer ou aggraver des fragilités physiques liées aux conditions dans lesquelles ces travailleurs exercent. Pour une large majorité des travailleurs de l’informel au Cameroun, la consommation alimentaire est pauvre et limitée par les moyens de s’en offrir de bonne qualité. Ce qui peut les rendre moins productifs ou les pénaliser sur le marché du travail. La vulnérabilité décrit ainsi le caractère fragilisé de ces travailleurs qui travaillent et vivent dans une insécurité permanente.

Les travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité ont donc une forte probabilité de voir leur situation se dégrader ou de tomber dans une pauvreté plus grande du fait de la fragilité et de la vulnérabilité auxquelles les exposent leurs conditions de travail et le coût élevé d'accès aux soins auquel ils doivent faire face pour eux-mêmes et pour leur ménage. Avec des revenus dérisoires tels que présentés plus haut, ils doivent impérativement faire face non seulement à leurs besoins de santé, mais aussi au renchérissement d'autres services sociaux ou du coût de la vie (Tchagneno-Teno, 2011; Banque mondiale, 2013; Bem et al, 2013).

La vulnérabilité des travailleurs de l'informel recouvre donc tout un ensemble de facteurs tels que le niveau de revenu et la source même du revenu, les risques de maladie, l'état de santé, la productibilité potentielle, l'accessibilité aux facteurs de production, la possibilité d'entreprendre des activités rémunératrices. La fragilité de leurs capacités économiques et financières, dans un contexte d'absence de protection sociale, les rend incapables de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face aux épisodes de maladie. Dans une telle configuration, leurs dépenses de soins se révèlent catastrophiques et les exposent à une plus grande pauvreté financière. De toute évidence, pauvreté et mauvaise santé forment un cercle vicieux : le travailleur du secteur informel vit et travaille généralement dans un environnement propice aux risques de maladies et d'accidents; et pour compléter le cercle vicieux, il possède une accessibilité aux services de santé beaucoup plus limitée. Leur vulnérabilité n'est pas seulement économique, elle est aussi sociale (Tchagneno-Teno, 2011; Roubaud and Torelli, 2013; Banque mondiale, 2013).

Dans ce chapitre, qui traite du système socio-sanitaire camerounais et de l'accès aux soins des travailleurs informels en situation de vulnérabilité, nous avons présenté le Cameroun et son système de santé dans la perspective de la problématique d'accès universel aux soins avec une attention particulière à la situation des travailleurs vulnérables du secteur informel. Nous avons ensuite présenté les conditions du marché du travail au Cameroun de manière à ressortir la place centrale qu'occupe le secteur informel ainsi que les conditions de travail très souvent inappropriées qui exposent les travailleurs de ce secteur aux diverses formes de vulnérabilité qui ne sont pas sans conséquence sur leur état de santé.

En plus de présenter l'environnement politique, institutionnel, économique et social dans lequel fonctionnent l'organisation du système de soin et comment cet environnement

conditionne l'accès aux soins des plus défavorisés, ce chapitre a permis de montrer comment la notion de vulnérabilité des travailleurs de l'informel intègre les facettes multidimensionnelles de la pauvreté auxquelles ces travailleurs sont confrontés et comment cette notion exprime le caractère dynamique du concept de pauvreté. La vulnérabilité des travailleurs de l'informel ne signifie donc pas seulement un manque, une privation ou simplement un état de pauvreté financière, mais un état d'exposition aux risques d'incapacité à se défendre et à réaliser leur potentiel (Obrist, 2006; Tchagneno-Teno, 2011; Roubaud and Torelli, 2013). Dans cet état d'insécurité où ils sont exposés à différents risques, ils sont en manque de moyens pour surmonter ces risques ou pour les surmonter sans tomber dans une autre situation dommageable.

La question qui se pose ici est celle de savoir comment les personnes vivant une situation de pauvreté financière et de vulnérabilité, et qui ne disposent pas de ressources financières pour se soigner peuvent-elles exercer leur droit à la santé? Dans le prochain chapitre, John Rawls, Norman Daniels et Amartya Sen nous proposent des approches théoriques qui apportent une réponse à cette question.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE

CHAPITRE 3 : Positionnement théorique de la recherche

La question du financement équitable des soins de santé se pose aujourd’hui dans toutes les sociétés avec une acuité nouvelle eu égard à son importance particulière sur le plan moral, aux difficultés économiques et financières, aux moyens nécessaires pour rendre disponible ce financement pour tous. Très souvent, les questions qui conduisent la réflexion sur l’accès équitable aux soins — et qui sont aussi celles que soulève cette thèse — sont les suivantes : la collectivité a-t-elle des obligations de prise en charge du financement des soins de santé pour garantir à tous un accès équitable? Et si elle ne dispose pas suffisamment de ressources, quelle doit être la limite de cette prise en charge collective pour ceux qui travaillent et bénéficient d’un revenu très limité? Comment doit-elle agir dans le cas des individus vivant une situation de pauvreté et de vulnérabilité extrêmes telle que les personnes vivant avec un handicap, les malades chroniques ou présentant des risques élevés de maladie et ne disposant d’aucun moyen de se soigner ou d’obtenir une assurance sur un marché libre, les personnes âgées sans ressources financières, etc. ? Norman Daniels et Sen nous proposent des approches théoriques qui répondent à ces questions en s’inspirant de façon critique de la théorie de justice comme équité de John Rawls.

Ce chapitre montre en quoi les analyses de Daniels et de Sen peuvent constituer un référentiel et une base théorique adéquate et favorable aux actions politiques, économiques et sociales nécessaires pour effectuer une opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité en faveur de l’accès financier aux soins des travailleurs vulnérables de l’économie informelle au Cameroun, et permettre une transition réussie vers la couverture universelle sanitaire.

3.1. De la justice comme équité de Rawls à l'égalité équitable des chances par l'accès aux soins de Norman Daniels

3.1.1. La notion de justice comme équité de Rawls

La notion d'équité a fait l'objet des réflexions depuis l'antiquité dans les domaines de la philosophie et du droit. Elle se voyait attribuer une fonction de correction dans les applications du principe d'égalité devant la loi notamment par souci d'impartialité. Après la Deuxième Guerre mondiale, elle va réapparaître comme fonction de correction du principe d'égalité dans le domaine de la distribution des droits économiques et sociaux dans les politiques sociales de l'État social (ou État-providence). On attribue à Aristote les premières réflexions philosophiques de l'idée d'équité⁷⁴. La société athénienne connaissait dès le 4^{ème} siècle le régime de l'égalité entre tous les citoyens devant la loi⁷⁵. La loi par sa généralité ne pouvant intégrer les multiples cas particuliers auxquels le juge devait faire face, Aristote introduit donc la notion d'équité comme une vertu destinée à corriger ou à suppléer les insuffisances de la loi dans le souci de conserver l'esprit d'impartialité du législateur (Raynaud, 1999 : 6). Avec la parution de l'ouvrage de John Rawls *Théorie de la justice*⁷⁶, les réflexions sur le concept d'équité prennent une importance particulière. Rawls réinterroge la notion d'équité qui passe d'un simple correctif pour la réalisation d'un idéal d'égalité à un préalable obligatoire et de référence pour la définition de justice qui régit le fonctionnement d'une société bien organisée.

L'équité n'est pas à proprement parler un principe affirmé comme tel parmi les principes de la *Théorie de justice* de Rawls, car pour rendre opérationnelle sa conception de la justice qui

⁷⁴ Cette réflexion est faite dans l'*Éthique à Nicomaque*, Livre V, Chap. X.

⁷⁵ Il faut dire que cette égalité est discutable puisque les femmes, les esclaves et les étrangers ne sont pas considérés comme citoyens à Athènes.

⁷⁶ En 1971, John Rawls écrit un ouvrage intitulé *Théorie de la justice*. Trente années plus tard, il décide de publier *La justice comme équité, une reformulation de la Théorie de la justice* dans le but de répondre aux nombreuses objections soulevées par sa théorie. Il choisit alors de mettre la notion d'équité au cœur de sa reformulation (Rawls, 2004).

détermine la distribution des avantages de la vie sociale, Rawls énonce deux principes nécessaires : le *principe d'égalité de liberté* qui garantit à tous un ensemble égal de libertés civiles et politiques, et le *principe de différence* qui régit la distribution des biens premiers (liberté, richesses, pouvoir, bases sociales nécessaires au respect de soi...) (Rawls, 2009; 2004). Cependant, l'« équité » reste le référentiel fondamental de toute la *Théorie de justice* de Rawls. Plus tard, dans le nouvel ouvrage qui présente la reformulation de sa théorie il parlera de la *Justice comme équité*. Un titre qui en montre toute la pertinence (Rawls, 2009).

En effet, nous dit Rawls⁷⁷, le *principe d'utilité* au sens des utilitaristes est incompatible avec l'idée de la *justice comme équité*. Si les personnes se considèrent comme égales, elles ne sauraient ne pas consentir à une diminution des perspectives de vie de certains au profit de l'amélioration de celles des autres, car il n'y aurait aucun avantage à voir sa propre satisfaction diminuer afin que la satisfaction totale augmente. Cette conception basée sur la notion d'équité amène Rawls à postuler que les inégalités socio-économiques sont justes et équitables si et seulement si elles produisent, en compensation, des avantages pour chacun et en particulier, pour les membres les plus désavantagés de la société (Rawls, 2009; 2004).

Rawls en s'inspirant du postulat de l'éthique de Kant, a donc défendu le principe selon lequel chaque personne humaine possède une valeur et une dignité fondamentales qui commandent un respect absolu qu'il appelle *droit au respect de soi* (Rawls, 2004 : 192-193). De ce postulat, il a dégagé un principe de justice général selon lequel chaque personne dans l'organisation de la vie sociale a droit à une égale considération, c'est-à-dire à être traitée de manière équitable. La théorie de justice comme équité de Rawls a en son fondement le souci de défendre pour tous

⁷⁷Rawls au sujet de l'utilitarisme fait cette affirmation : « Mon but est d'élaborer une théorie de la justice qui représente une solution de rechange à la pensée utilitariste (...) [dont] l'idée principale est qu'une société est bien ordonnée, et par là même juste, quand ses institutions majeures sont organisées de manière à réaliser la plus grande somme totale de satisfaction pour l'ensemble des individus qui en font partie. » (Rawls, 2009 : 49). Pour les utilitaristes, le but de l'État est de rechercher le bien-être collectif en obtenant le maximum de satisfaction pour le plus grand nombre quitte à sacrifier en cas de nécessité les « moins utiles » de la société. Toute personne étant évaluée selon la quantité de bien-être qu'elle procure à la société. Cette conception utilitariste de la justice qui ne recherche que l'efficacité sans égard pour l'égalité, viole selon Rawls les intérêts légitimes des citoyens et piétine les exigences de la réciprocité.

l'égalité en droit, le respect des libertés individuelles, l'égalité équitable de chances et la réalisation de soi. Dans « *une société bien ordonnée* », toutes ces valeurs doivent opérer en interaction avec le principe de différence qui intègre la considération de la condition des plus défavorisés, la réciprocité et la coopération équitable pour ne discriminer personne (Rawls, 1993; 2004; 2009). Dans sa théorie de justice, il s'est proposé de corriger les déséquilibres et les inégalités sociales par une meilleure redistribution des revenus et des richesses de la société dans la conviction qu'une conception politique de la justice doit prendre en compte les exigences de l'organisation sociale et l'efficacité économique.

3.1.1.1. Le principe de différence

Dans sa théorie de justice, Rawls apporte une alternative à la logique économique de l'utilitarisme. Dans l'exposé de sa théorie, il part du postulat que « chaque personne possède une inviolabilité fondée sur la justice qui, même au nom du bien-être de l'ensemble de la société, ne peut être transgressée » (Rawls, 2009 : 29-30). La justice telle que définie dans ce postulat n'admet pas que les sacrifices imposés à un petit nombre puissent être compensés par l'augmentation des avantages dont jouit le plus grand nombre. L'égalité des droits civiques et des libertés pour tous étant considérée comme définitive, les droits garantis par la justice ne peuvent être soumis à un marchandage politique ou au calcul des intérêts sociaux. Alors pour Rawls, les « institutions sont justes quand on ne fait aucune distinction arbitraire entre personnes dans la fixation des droits et des devoirs de base, et quand les règles déterminent un équilibre adéquat entre revendications concurrentes à l'égard des avantages de la vie sociale » (Rawls, 2009 : 30-31). La justice ainsi définie est selon Rawls la qualité première des institutions sociales et doit occuper une place centrale dans tout idéal politique.

Le principe de différence détermine donc sur la base d'une égalité de chances une manière juste et équitable de répartir les biens premiers entre les membres de la société. Il repose sur l'idée selon laquelle on peut admettre des inégalités dans la distribution des biens premiers, mais à condition que ces inégalités profitent à tous et surtout aux plus désavantagés. Cette théorie part de l'idée selon laquelle tout homme a droit idéalement à un même ensemble de ressources matérielles et humaines (Rawls 2001 : 90-93; 2009 : 479-480). Cet idéal étant difficilement

atteignable, du fait des différences, des aléas divers et inéluctables en société, le principe de différence apporte un arrangement acceptable et bénéfique pour tous.

Selon la logique de ce principe, si dans une société, il est admis que la santé est un privilège à cause de son coût qui engage les revenus et les pouvoirs, ce privilège devrait, en principe, être également accessible à tous. Il ne doit pas être réservé à des individus appartenant à une classe sociale donnée ou être accaparé par des groupes particuliers. Cela signifie que tous les citoyens doivent pouvoir y avoir accès s'ils en éprouvent la nécessité ou le besoin. Normand Daniels nous aidera dans la suite de cette analyse à développer la logique de cette application du principe de différence de Rawls à l'accès équitable aux biens et services de santé.

Mais avant, il est important de comprendre comment la théorie de justice comme équité de Rawls qui, fondamentalement, défend l'égalité en droit et la dignité de tous, le respect des libertés individuelles de tous, l'égalité démocratique et l'égalité équitable de chances de réalisation de soi, intègre dans le principe de différence la réciprocité et la coopération équitable qui caractérisent l'interaction dans *une société bien ordonnée*.

3.1.1.2. L'idée de réciprocité et de coopération équitables

Implicitement présentes dans le principe de différence, la réciprocité et la coopération équitable sont des réponses à l'utilitarisme qui minimise les individualités au profit du groupe. En effet, « le fait que le principe de différence comprenne une idée de réciprocité le distingue du principe d'utilité restreinte » (Rawls, 2009 : 171). Rawls considère la réciprocité comme un idéal social. Dans la perspective idéale de la société démocratique qui constitue la trame essentielle de sa théorie, tant qu'ils sont concepteurs de la société, les citoyens doivent avoir la réciprocité comme idéal social de base, d'autant plus que les principes de la justice ne doivent pas être considérés comme des normes imposées de l'extérieur, ou venant d'une autorité quelconque. Les principes de la justice doivent être le fruit de la coopération sociale entre les individus. Alors, pour autant qu'elle soit importante dans l'organisation de la structure de base de la société, l'idéal de coopération doit être complété par la réciprocité en tant qu'elle envisage chaque citoyen dans une dimension de symétrie et de mutualité. C'est pourquoi dans le principe de différence, l'idée de réciprocité aboutit nécessairement à la justice comme équité. Borde (2003) affirme à ce

propos que l'idée de réciprocité se situe entre celle d'impartialité et celle de l'avantage mutuel. Et que la réciprocité, dans le cadre de la théorie de la justice comme équité, est une relation entre citoyens, commandée par les principes de la justice qui gouvernent le social.

L'idéal pour une société est donc selon Rawls de partir de la réciprocité qui à la base favorise l'équité. On pourrait même dire que l'équité repose fondamentalement sur l'idée de réciprocité. Et il y a équité entre citoyens lorsque tous prennent conscience qu'ils partagent les mêmes droits et les mêmes libertés. Il va sans dire que ces droits et libertés vont de pair avec les devoirs à accomplir. L'idée de réciprocité, nécessaire pour le choix des principes de gouvernance et de redistribution, est une des idées essentielles du principe de différence de la théorie de la justice. Rawls, en effet, met l'accent sur l'égalité démocratique parce que, selon lui, la participation de chaque citoyen est essentielle, car il doit jouir d'une égale représentativité dans chaque chapitre de la vie sociale dans la logique de la justice procédurale qui nécessite consultation et délibération (Rawls, 2009 : 117-118; 1995 : 1221-142).

Le principe de différence de Rawls préconise donc une maximisation des attentes des plus défavorisées, quel que soit le niveau de richesses. En cela, il est essentiellement un principe de réciprocité. Cependant, Norman Daniels (2009; 1985) ajoute un élément essentiel à ce principe lorsqu'il présente les valeurs politiques d'équité comme nécessaires à la défense de l'équité dans l'accès aux soins de santé; ce faisant, il ouvre la boîte des égalités de droits et de la coopération équitable dans les politiques de santé.

En effet, Rawls, n'envisageant pas explicitement la distribution des soins de santé comme une question de justice prioritaire, c'est à Norman Daniels que revient le privilège d'avoir mis en lumière les fondements éthiques d'une définition et d'une politique de la santé comme biens premiers à partir de la théorie de Rawls. Il a repensé l'équité dans la justice de Rawls en incluant

dans sa liste des biens sociaux premiers la santé et les besoins de santé⁷⁸. Ses recherches nous permettent donc d'appliquer au domaine de la santé le principe d'équité de Rawls.

À l'analyse de la justice comme équité de Rawls, Daniels lui reproche d'avoir au départ envisagé le monde comme s'il était dépourvu de maladie, de handicap, de mort prématurée. Il postule donc la nécessité de repenser la justice comme équité de Rawls en intégrant les questions de la santé. Alors, il intègre dans l'indice rawlsien des biens sociaux premiers, la santé et les besoins de santé (Daniels, 2003).⁷⁹ Cependant, il faut préciser que bien que les premiers travaux de Rawls faisaient abstraction du problème de la maladie, du handicap et de la mort prématurée, ses travaux par la suite, certainement sous l'influence des critiques et des travaux de Daniels, sont très proches de la perspective que Daniels propose (Daniels, 2009). Rawls dans *la justice comme équité* affirme que distribuer des soins médicaux, ou offrir une assistance médicale comme une forme d'assurance sociale, ne devrait pas être considérée comme un simple

« complément aux revenus des plus défavorisés lorsqu'ils ne peuvent pas payer le coût des soins médicaux qu'ils préfèrent. Mais c'est le contraire : la distribution des

⁷⁸ Selon Daniels, « De même que nous devons utiliser des ressources pour contrer les avantages que les plus chanceux obtiennent grâce à la loterie sociale, nous devons aussi utiliser des ressources pour contrer les désavantages induits par une pathologie. Nous devons répondre aux besoins de santé, y compris aux besoins de soins de santé. Les conditions sociales, comme la classe sociale, le sexe, la race, ainsi que les inégalités ethniques concernant les différents biens contribuent de manière importante à la façon dont la maladie et le handicap sont repartis (...) Le principe rawlsien de l'égalité équitable des chances ne vise pas à corriger toutes les différences de talents et d'aptitudes entre les individus – il accepte leur distribution naturelle comme base et en appelle au principe de différence pour atténuer les effets sur la malchance d'être né avec des talents et des aptitudes moins recherchés sur le marché. De façon analogue, le principe de l'égalité équitable des chances appliqué aux besoins de santé ne vise pas à rectifier ou à niveler toutes les inégalités entre les fonctionnements des gens. Il vise seulement à leur permettre de fonctionner normalement et à leur assurer ainsi une gamme d'opportunités qu'ils auraient sans maladie et handicap. » (2009 : 19).

⁷⁹ « Comment intégrer l'importance que j'accorde à la santé et aux besoins de santé à l'indice de Rawls ? Une manière simple et plausible de relier mon idée sur les besoins de santé à l'indice rawlsien des biens sociaux premiers est d'élargir sa notion d'opportunité, en incluant les institutions et les pratiques de soins parmi les institutions de base engagées dans le pourvoi de l'égalité équitable des chances. Parce que le fait de répondre aux besoins de santé possède un effet important sur la distribution des opportunités, les institutions de soins de santé devraient être régulées par un principe d'égalité équitable de chances. Une fois que nous faisons le constat du lien entre le fonctionnement normal d'un individu et sa part équitable de la gamme d'opportunités, cette stratégie apparaît comme une façon naturelle d'étendre la conception de Rawls. Cette proposition ne change pas la liste des biens premiers sociaux qui restent des propriétés abstraites et générales des arrangements sociaux : les libertés fondamentales, les opportunités, ainsi que certains moyens échangeables, utiles quels que soient nos buts (les revenus et la richesse)... » (Daniels, 2009 : 18).

soins médicaux, comme celle des biens premiers en général, doit satisfaire les besoins et les exigences des citoyens comme libres et égaux. Ces soins font partie des moyens généraux nécessaires pour garantir l'égalité équitable des chances et notre capacité à tirer avantage de nos droits et libertés de base, et ainsi d'être des membres normaux pleinement coopérants de la société pendant toute notre vie. Cette conception des citoyens nous permet d'accomplir deux choses : d'abord, estimer l'urgence des différentes sortes de soins médicaux et, ensuite, définir la priorité relative des revendications relatives aux soins médicaux et à la santé publique en général, par rapport aux autres besoins et nécessités sociales. En ce qui concerne le premier objectif, le traitement qui restaure la santé des personnes, qui les autorise à reprendre leur vie normale comme membres coopérants de la société, a une urgence considérable. » (2004 : 237)

Cette affirmation de Rawls enrichie par les réflexions de Daniels nous permettra d'envisager l'accès équitable des pauvres aux soins de santé dans une perspective de développement équitable et durable⁸⁰. Car c'est à Daniels que revient le mérite d'avoir repensé la théorie de Rawls en faveur de l'accès équitable aux soins. Il défend la nécessité de développer un système de solidarité en matière de santé vu sa grande importance, dans le but d'accorder à chacun les mêmes chances et les mêmes opportunités pour la réalisation de soi. C'est dans cette logique que Chung affirme que :

« Parmi les conceptions libérales de la justice domestique, les travaux de Norman Daniels apportent, à mes yeux, la défense la plus robuste d'une intégration du droit à des soins de santé parmi les réquisits fondamentaux de la justice et des institutions sociales que ceux-ci requièrent. L'interprétation exhaustive du paradigme rawlsien de la justice distributive que nous propose Daniels nous permet de mieux comprendre pourquoi l'accès universel aux soins de santé dérive, non pas du premier principe des libertés égales, mais des exigences du principe de différence, qui comprend la condition initiale de l'égalité des chances. Cette condition *sine qua non* se porte garante du caractère légitime des inégalités pouvant être tolérées au sein d'une société juste. » (2007 : 139)

⁸⁰ C'est sur cette affirmation que nous fondons notre choix de sa théorie de justice comme cadre de référence de notre réflexion et de notre recherche doctorale bien qu'il y ait un besoin évident de son adaptation à notre contexte d'étude.

3.2. Les fondements éthiques de l'accès universel aux soins chez Daniels

3.2.1. La santé pour tous, un devoir moral de la société

Selon Daniels, la priorité fondamentale à accorder à une politique garantissant à tous l'accès aux soins de santé comme une aptitude fonctionnelle individuelle, induit à l'égard de la société un devoir moral. Les biens premiers relatifs à la santé font partie à la fois des besoins humains, et de l'aptitude fonctionnelle des individus. La santé est un besoin humain c'est-à-dire que les personnes en ont besoin simplement parce qu'elles sont des êtres humains, quels que soient leurs objectifs ou leurs fins (Daniels, 2003; 1981). Le caractère déterminant de la santé à la fois comme bien premier et comme aptitude fonctionnelle impose une obligation de la société à l'égard de ses membres, en l'occurrence en termes de devoirs de la société et qui pourraient également être considérés comme ceux du gouvernement.

À partir de la notion de personne comme individualité, Daniels soutient l'interprétation de la problématique de la santé en termes de droits fondamentaux, car la santé confère un fondement éthique au droit à une qualité de vie saine, c'est-à-dire le droit à la santé comme un bien premier. La notion de personne en tant qu'individualité est aussi le terme de référence des droits civils, comprenant entre autres le droit à la vie et le droit à l'intégrité corporelle. Les travaux de Daniels font donc du droit à la santé une liberté positive, car il établit à la fois ce qui est nécessaire au statut d'humain et ce qui donne sens à ce qui est nécessaire à son épanouissement. Ce qui rappelle la définition de la santé de l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946). L'exigence de la santé pour tous, ou la garantie de la santé comme biens premiers revient en effet à assurer une qualité de vie minimale à chacun.

3.2.2. La santé comme pré-requis aux choix de vie et à la réalisation personnelle

La définition de la santé comme bien premier en terme de pré-requis aux choix de vie et à la réalisation de soi permet à Daniels d'aller plus loin et d'enrichir la référence aux besoins fondamentaux. Cette approche est une façon adéquate d'appréhender le bien-être, d'un point de vue à la fois subjectif et objectif. La référence à la capacité ou à la capabilité comme pré-requis aux choix de vie et à la réalisation de soi, dans l'analyse des besoins fondamentaux, met l'accent dans le domaine de la santé sur l'évaluation des états de la société fondée sur l'aptitude des individus. Cette approche, complémentaire de celle des besoins fondamentaux de Rawls, permet d'appréhender la dimension objective de la qualité de vie (Daniels, 2009). La justice au sein d'une société implique que tous ses membres disposent d'un certain nombre d'aptitudes fondamentales qui peuvent varier d'un contexte socioculturel à un autre. Daniels ajoute ainsi aux biens premiers et fondamentaux rawlsiens une approche intégrée et complexe du bien-être et de la qualité de vie (Daniels, 1985). Dans cette logique, priver un individu de l'accès financier aux soins de santé, ce n'est pas seulement le laisser en proie à la maladie, c'est également le priver de liberté et dans le cas de cette thèse, c'est aussi le priver de son capital économique. En effet, dès lors que les besoins fondamentaux sont conçus en termes de possibilités fonctionnelles et individuelles, un individu qui n'a pas les moyens financiers pour se soigner quand il est malade n'est pas seulement fragilisé immunitairement, mais aussi il se voit empêché de travailler dans tel ou tel milieu et voit se réduire le champ de ses possibilités. Ainsi la problématique de la satisfaction de la santé comme besoins premiers ne peut être dissociée de la question de la liberté positive (ou liberté réelle) des personnes⁸¹. L'interprétation de Daniels des besoins fondamentaux en termes de possibilités fonctionnelles permet alors de proposer une redéfinition des politiques de santé, à tous les niveaux du système, et intégrer de façon prioritaire l'objectif de la justice équitable dans les politiques de santé (Daniels, 1981).

⁸¹ Il s'agit ici de liberté en terme de *capacité à*.

Partant de la conception de l'équité comme principe dans la conception de la justice de Rawls, Daniels suggère donc que les politiques de santé pour tous gagneraient à concevoir la santé non plus uniquement à partir d'une interprétation des besoins fondamentaux, mais surtout comme un pré-requis aux choix de vie et à la réalisation personnelle. Pour lui, les soins de santé sont d'une importance morale particulière, parce qu'ils contribuent à préserver le statut de l'individu comme citoyen pleinement fonctionnel (Daniels, 2009). C'est pourquoi elle ne doit pas être conçue seulement en termes de besoin ou de bien, inspirés de la philosophie rawlsienne, mais dans le sillage de Sen (1992; 1999c), en termes d'aptitude fonctionnelle ou de capacité.

Dans la pensée de Daniels comme dans celle de Sen, la santé a un statut particulier et constitue un pré-requis incontournable aux aptitudes fonctionnelles individuelles et sociales. Et puisqu'elle est l'un des premiers besoins individuels et sociaux de base, l'accès financier aux soins de santé pour tous devrait constituer une dotation prioritaire des politiques sociales en termes de *capabilités* (capabilities) et de *fonctionnements* (functionings)⁸².

3.3. L'approche théorique de l'accès universel aux soins par les capacités d'Amartya Sen

La publication de la *Théorie de justice* de Rawls en 1971 a suscité le retour de la question de justice sociale longtemps éclipsée par les approches parétiennes en économie politique. Un dialogue fructueux sur la question entre philosophes et économistes a été initié dès lors. L'économiste et philosophe Amartya Kumar Sen va apporter une contribution inédite à cette réflexion à travers ses recherches et ses analyses sur le concept de *capabilités*. Déjà économiste de renom travaillant sur la *théorie du choix social* avant la publication de la *Théorie de justice* de Rawls, il propose en 1979, la reconstruction de l'économie du bien-être à partir d'une nouvelle philosophie morale fondée sur l'idée de « capacités de base ». Cette approche aura

⁸²Dans la pensée de Sen, un fonctionnement est une réalisation tandis qu'une capacité est une aptitude à la réalisation (Sen, 1999a ; 2000). Il va sans dire que la santé est un moyen pour l'individu d'être et d'agir de façon réalisée dans le monde dans lequel il évolue (Le Clainche, 2008 : 95).

une grande influence sur les travaux des chercheurs s'intéressant aux questions de pauvreté, de vulnérabilité, d'équité et de qualité de vie, notamment dans les domaines de recherches tels que l'économie et l'éthique du développement (Alkire, 2005; Gilardone, 2007)⁸³. Les analyses de Sen se situent à la jonction de l'économie normative et de la philosophie morale. Cette interdisciplinarité lui a donné de faire une contribution des plus significatives dans le champ de l'économie politique et de l'éthique sociale en partant des évaluations sociales et des fondements de l'exigence de l'équité dans la prise en charge des situations réelles d'inégalité (Gilardone, 2007 : 12-14).

Dans ses analyses sur la question de la justice sociale, Sen se demande si elle doit se mesurer à l'aune de la distribution des biens comme l'analyse Rawls ou du degré de satisfaction des individus. Il pense que l'alternative rawlsienne est biaisée ou du moins insuffisante et propose dans son approche par les *capabilités* de fonder la justice comme égalité des capacités fondamentales de chacun à pouvoir bénéficier des biens sociaux. Parmi ces biens sociaux, il donne comme Daniels une place importante aux soins de santé. Il dénonce le « fétichisme » des politiques de justice distributive et propose la conversion des ressources en fonctionnement ou en liberté effective (Clément, Le Clainche et Serra, 2008; Alkire, 2005; Zwarthoed, 2009). Selon Sen, il faut prendre en compte la diversité des conditions des personnes dans la conversion des biens premiers en libertés — qu'il nomme les *capabilités* de chaque personne — en ce centrant sur des vies réelles. Selon lui, une organisation sociale doit être choisie en fonction de ses capacités à promouvoir les *capabilités* des individus (Sen, 1999c).

Si la *Théorie de la Justice* de John Rawls postulait pour la prise en compte des plus défavorisés à travers le principe de différence qui répartit les biens à l'avantage de ces derniers, —

⁸³Des Gasper (1999) donne cette appréciation de la pensée économique et philosophique de Sen : « une économie du bien-être enrichie, éthiquement plus consciente (...) une philosophie morale qui est à la fois plus rigoureuse et plus pertinente en termes de politique, ainsi que moins étroitement euro-américaine dans ses hypothèses et ses préoccupations » (Cité par Gilardone, 2007 : 10). Il est fait prix Nobel d'économie en 1998 pour ses travaux sur le développement humain, la pauvreté et l'économie de la justice distributive. Étant originaire d'un pays en développement, il a adopté une approche des questions de développement et de justice distributive plus adaptée aux contextes qui connaissent une grande limite de ressources.

l'objectivité morale étant garantie par la position originelle comme outil méthodologique,⁸⁴ — cet outil méthodologique ne permet pas selon Sen de caractériser la variété empirique des situations de pauvreté. Il fait une critique virulente de l'indice des biens premiers de Rawls dont la privation constitue le critère de définition des plus défavorisés. En effet, pour Sen, les différences de capacités ne peuvent apparaître derrière le voile d'ignorance; c'est pourquoi il se demande comment une théorie de la justice peut se passer d'une analyse des obstacles réels posés aux libertés positives des individus, tels que l'état de santé,⁸⁵ le niveau d'éducation, etc.

Cependant, la réflexion de Sen prolonge et renouvelle celle de John Rawls. Dans son livre intitulé *Repenser l'inégalité* (2000), il fait son entrée sur le terrain de la philosophie politique et dialogue avec Rawls en alliant fructueusement philosophie, éthique et économie pour aborder quelques-uns des problèmes les plus critiques du développement. Il se déclare entièrement redevable de la pensée de Rawls, tout en envisageant autrement la notion d'équité telle que formulée par Rawls (Peralva, 2007; Dubois et al., 2008).

Pour Sen, l'économie et l'éthique sont indissociables; l'éthique doit être replacée au cœur de l'économie et de la politique. En défendant cette thèse, il commence par redéfinir la pauvreté. La pauvreté n'est pas une simple privation de revenus, mais de capacités qu'il assimile à la liberté (positive et négative) ou aux droit-liberté (liberté négative) et droit-créance (liberté positive). Il revendique une augmentation de la liberté réelle (capacités) qui passe par une action extensive de réduction des inégalités. Ensuite, il définit le sous-développement comme un manque de *capacités* (Sen, 1999c : 65; 2009 : 310-314).

⁸⁴ Une position matérialisée par le voile d'ignorance et sensé permettre d'éviter le biais des intérêts particuliers.

⁸⁵ Au sujet de l'importance de l'état de santé, Christine Le Clainche affirme que «Chacun s'accorde sur le fait qu'une vie humaine épanouie nécessite un bon état de santé tout au long du cycle de vie, lequel doit être suffisamment long pour permettre de voir s'enchaîner sans trop de difficultés les quatre stades de la vie qu'un être humain naissant au XXe ou au XXIe peut légitimement espérer connaître (enfance, adolescence, vie d'adulte et vieillesse). La santé est en effet un moyen pour l'individu d'être et d'agir dans le monde dans lequel il évolue» (2008 : 95).

Si la théorie de justice de Rawls permet de faire la distinction entre les catégories de la justice (principe de solidarité sociale) et de la charité, les thèses de Sen nous permettent de mieux comprendre pourquoi la reconnaissance des besoins de santé doit faire partie intégrante des réquisits d'une théorie de la justice. Aussi, contrairement à la théorie de justice Rawlsienne qui relève plus de l'abstraction et suit une démarche plus rationnelle, l'approche par les *capabilités* de Sen présente l'avantage d'une pertinence empirique et permet d'évaluer, dans le cas précis des besoins de santé, l'utilisation effective des services de santé par les pauvres et la qualité des services auxquels ils ont accès. L'approche par les *capabilités* a l'avantage d'offrir un cadre d'analyse pour évaluer concrètement la qualité de vie des individus. Elle « permet de surcroît d'identifier les contraintes sociales qui influencent et restreignent le bien-être d'une personne, mais aussi l'exercice d'évaluation de son bien-être » (Reboud, 2008 : 44).

L'approche par les *capabilités* de Sen nous permet donc dans ce travail de passer de la seule considération de la pauvreté monétaire des travailleurs de l'économie informelle qui induit une sous-consommation des services et soins de santé à la considération de la réalité multidimensionnelle de leur situation de vulnérabilité (Alkire, 2005). Elle nous permet donc de considérer la pauvreté des conditions de vie et des vulnérabilités des travailleurs de l'économie informelle marquée par leur exclusion de la consommation de certaines commodités de base, parmi lesquelles les soins de santé de qualité, du fait de leur indisponibilité et de leur faible accessibilité financière.

En outre, comme le suggère Sen, une politique publique basée sur l'approche par les *capabilités* peut permettre d'agir sur l'autonomie des individus en vue d'accroître leur potentiel productif, leur champ des possibles et leur pouvoir d'action (Reboud, 2008 : 48).

3.3.1. La liberté individuelle comme une responsabilité sociale : les vertus de la participation

Pour Sen, la pauvreté est plus une privation de certaines libertés fondamentales que le fait de se trouver en deçà d'un seuil déterminé de revenu. Et les *capabilités* sont l'ensemble des

fonctionnements⁸⁶ réalisables synonymes de liberté positive. Dans « *development as freedom* » (Sen, 1999 b), Sen affirme que le développement peut être considéré comme le processus par lequel les libertés réelles des personnes s'accroissent, leur permettant ainsi de poursuivre leur bonheur multidimensionnel. Dans *L'économie est une science morale* (1999c), Sen défend la place centrale de la liberté individuelle comme dans tout processus de choix social et introduit les *capabilités* comme critère d'évaluation de toute société. Il démontre en quoi il est pertinent de considérer la liberté individuelle comme une responsabilité sociale. Son analyse sur les fondements de l'économie le conduit à affirmer qu'elle doit être au service du bien-être de tous.

C'est à l'aune de la liberté que le développement peut se mesurer. La liberté fonctionne comme le critère permettant d'évaluer le bien-fondé de toute action. Il est en même temps l'état social le plus efficace qui permet à chacun de contribuer à la poursuite de son épanouissement et d'évaluer son action sociale. Les libertés à poursuivre peuvent et doivent se décliner dans de nombreux domaines : la liberté de disposer d'un revenu comme moyen d'accéder à un certain nombre de biens, à la santé notamment, la liberté de participation à la vie sociale, la liberté de contribuer au bien-être des autres par les mécanismes sociaux de solidarité, etc. (Alkire, 2005; 2009). Dans les pays en développement, le développement véritable devrait selon Sen commencer par une lutte contre les non-libertés évidentes dans les domaines politique, social et économique notamment la non-liberté que provoquent la pauvreté, l'inégalité des chances, le manque de protection et de sécurité (Grosjean; 2000; Ballet, Dubois et Mahieu, 2009). Sen fait donc de la liberté l'étalon du véritable développement; il en fait un référentiel pour toute action politique, économique ou sociale.

Les analyses de Sen se distinguent par la considération prioritaire de la *liberté positive* : « *La liberté, considérée en termes "positifs", représente ce qu'une personne, toutes choses prises en compte, est capable ou incapable d'accomplir.* » (Sen, 1999c : 48). Cette forme de liberté se distingue de la liberté définie comme absence de contrainte. Nous avons vu plus haut que Sen

⁸⁶ Les fonctionnements chez Sen constituent des choix réalisés. Par exemple, avoir un travail et un revenu décents, être respecté des autres, être en bonne santé, être en sécurité, etc.

dans son ouvrage *Development as Freedom* défend une conception du développement comme « un processus d'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus » (Sen, 1999 b : 13). Parmi les libertés que définit Sen, il en dénombre cinq dans une perspective instrumentale : les libertés politiques, les facilités économiques, les opportunités sociales, les garanties de transparence et la sécurité protectrice.

Les *libertés politiques* regroupent l'ensemble des possibilités données aux individus pour déterminer la bonne marche du gouvernement. Elles incluent tous les droits politiques associés à la démocratie, tels que le libre dialogue politique. La responsabilité des gouvernements envers des citoyens auxquels ils ont l'obligation de rendre des comptes est induite par la valeur instrumentale du débat public. En outre, la démocratie permet la compréhension des besoins, des droits et des devoirs de chacun. Elle favorise l'adoption des comportements induits par la compréhension du bien fondé de chaque chose et non par la contrainte.

Les *facilités économiques* concernent la liberté donnée aux individus de faire usage des ressources économiques à des fins de consommation, de production ou d'échange. Un libre usage qui dépend des ressources à la disposition des individus notamment l'accès au financement.

Les *opportunités sociales* décrivent les dispositions prises par la société pour accroître la liberté substantielle de vivre mieux comme les mesures en faveur de la santé, qui améliorent la qualité de la vie de l'individu et favorisent aussi la participation aux activités économiques et politiques.

Les *garanties de transparence* répondent aux exigences sociales de confiance, d'intégrité. Elles permettent de se prémunir contre la corruption, l'irresponsabilité financière et les ententes illicites qui desservent les intérêts communs.

La *sécurité protectrice* correspond aux dispositions de justice sociale définies par l'État. Elles offrent un filet de protection sociale aux personnes les plus défavorisées pour leur éviter les risques financiers pouvant les faire sombrer dans la pauvreté. Cependant, comme le précise Sen, ces libertés instrumentales pour produire leurs effets doivent cependant fonctionner en interaction (Sen, 1999 b; 1999c).

Le concept de capabilité vient donc d'une réflexion sur les droits de la personne (Sen, 2000 : 10-11). Sen évalue les droits individuels dans les situations concrètes de vie et propose de passer des *droits comme finalité* aux *droits comme capacités de*. Par ailleurs, il reconnaît l'importance des obligations sociales réciproques. De même que les membres de la société tirent des bénéfices de leurs interactions, ils doivent accepter la nécessité profonde de leurs obligations mutuelles. Il est question dans l'approche par les *capabilités* de Sen des droits liés à la capacité d'action et des obligations de réciprocité sociale. Le concept de droit occupe une place importante dans l'œuvre de Sen et se traduit dans celui de liberté qu'il allie à la responsabilité sociale (Sen, 1999a; 1999 b; 2000).

L'approche par les capabilités offre à travers ces concepts un cadre d'analyse nouveau pour évaluer le bien-être individuel et la problématique de la pauvreté en accordant une place centrale à la promotion des libertés individuelles en vue du développement (Alkire, 2005). L'approche de Sen va donc au-delà du cadre usuel du développement essentiellement trop souvent centré sur le revenu pour proposer l'intégration de la considération d'opportunités alternatives qui permettent à l'individu de faire librement des choix de vie et d'assumer ses responsabilités sociales (Alkir 2009). Mais pour que la responsabilité sociale de l'individu s'exerce, il faut bien que celle collective opère convenablement; car pour Sen, la responsabilité collective est un préalable et une condition de la responsabilité individuelle (Reboud, 2008 : 58-60).

Sen par ses travaux a fait reconnaître que la pauvreté est un état global dont les composantes sont bien plus complexes que l'insuffisance de revenu. Et la lutte contre la pauvreté doit être dirigée contre toutes ses composantes (reconnaissance de la personne, de sa dignité et de ses droits, reconnaissance de ses capacités, accès à la formation, à l'éducation, à la santé, accès à un revenu décent, etc.). Dans sa logique, les pauvres et les exclus doivent être « les agents et non les patients » du développement (Grosjean, 2000). Développer, c'est donc donner à ces agents potentiels la capacité de prendre leur destin en main à partir de ce qu'ils sont. Développer reviendrait donc à rendre les personnes libres et capables d'agir pour soi-même et pour la société (Bonvin et Farvaque, 2008; Alkir 2009).

3.3.2. Capabilité et éthique du *care*

Le concept du *care* a été introduit dans le domaine de la psychologie morale par Carol Gilligan en 1982 dans son ouvrage intitulé *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*⁸⁷. Il est aujourd'hui de plus en plus utilisé dans de nombreux champs disciplinaires (éthique, sociologie, philosophie politique, etc.) et particulièrement dans le domaine de la santé. Ce concept polysémique est traduit en français par *soin, souci, sollicitude, dévouement*. Ces mots renvoient à une attitude, une disposition éthique à l'égard de l'autre, d'autrui en situation de vulnérabilité et en besoin d'attention et d'appui (Audard, 2005).

Le *care* est alors non seulement la « capacité morale à percevoir la vulnérabilité », mais aussi la « capacité à prendre soin d'autrui »; il a apporté une lumière neuve à l'anthropologie morale et à l'éthique contemporaine. Il peut être mis ensemble avec le concept des capacités à la fois pour le bénéficiaire du *care* et pour celui qui l'offre en tant qu'il permet de saisir la vulnérabilité, les besoins ou les préoccupations d'autrui pour y apporter une réponse adaptée; il renforce en même temps la capacité à offrir l'attention et les soins aux personnes dans le besoin (Zielinski, 2010). Tronto dans une analyse de l'éthique du *care* suggère la reconnaissance de cette éthique et son institutionnalisation dans la société pour une attention de tous aux besoins les uns des autres. Cette institution selon lui pourrait créer un cercle vertueux et jouer un rôle d'éducation sociale à la responsabilité sociale et politique (Tronto, 1987). Le *care* contribue à la construction et au maintien de la personnalité morale des individus; et la perspective des capacités relie le *care* à la justice (Nussbaum, 2006).

⁸⁷Gilligan a mis en évidence dans une enquête de psychologie morale la différence de critères de décision morale chez les hommes et chez les femmes. Là où les hommes privilégieraient une logique de calcul et la référence aux droits, les femmes préféreraient valoriser les relations interpersonnelles et le développement des interactions sociales. Gilligan se base alors sur cette observation pour établir le paradigme du *care* comme « capacité à prendre soin d'autrui », « souci prioritaire des rapports avec autrui ». Les critiques de ce concept qui exprime l'approche éthique féminine vont permettre de le sortir de l'approche genrée de Gilligan pour le présenter comme une vertu, comme capacité de répondre aux besoins de l'autre de manière appropriée ou de façon individualisée et contextualisée (Tronto, 1987; Audard, 2005; Zielinski, 2010).

Le *care* permet donc de donner une visibilité à la vulnérabilité dans le lien social, de prendre conscience de notre commune vulnérabilité et de l'interdépendance sociale. Contrairement aux critiques qui ont été faites à l'éthique du *care*, loin d'entretenir la passivité, la dépendance et la minorité chez les personnes bénéficiaires, le *care* vise l'émancipation des personnes et cherche à offrir davantage d'autonomie aux personnes vulnérables. Partant du principe que les êtres humains sont à la fois *vulnérables et capables* (Nussbaum, 2006), le *care* est capabilisation au sens de Sen. Il est un des moyens de redonner de l'autonomie réelle (*capabilités*) à une personne ou à un groupe de personnes en situation de vulnérabilité (Zielinski, 2010).

3.3.3. Approche des capacités et situation de vulnérabilité des travailleurs de l'informel au Cameroun

Le concept de *capabilité* de Sen a l'avantage de permettre une analyse multidimensionnelle de la vulnérabilité des travailleurs de l'informel (Alkir 2005). Il permet d'identifier non seulement la menace que représente leur exclusion des soins, leurs conditions de travail et leur insécurité sociale, mais aussi d'identifier leur capacité ou potentialité d'action, c'est-à-dire l'ensemble des capacités qui pourraient leur permettre de tirer profit des possibilités offertes pour améliorer leur condition⁸⁸. Il permet aussi d'évaluer la pertinence et l'efficacité des choix politiques et des stratégies pour l'accès des personnes défavorisées aux soins, comme le suggère cette affirmation de Le Clainche :

« On constate que, dans l'analyse de Sen, la santé intervient de deux manières, en tant qu'état de santé final (« être en bonne santé ») et, indirectement, en tant qu'élément lié à l'accès aux soins et à la qualité du système de soins (« éviter les maladies évitables et une mort prématurée »). Ces deux façons renvoient à la nature

⁸⁸Chung en donne cette précision : « L'approche des capacités développée par Amartya Sen souhaite se démarquer du cadre rawlsien en affirmant que l'accès équitable aux ressources et aux biens premiers (à quoi d'une certaine façon, la théorie rawlsienne de la justice se limite) ne suffit pas à garantir que les individus possèdent, dans les faits, et non seulement à titre de droits purement formels, les capacités fondamentales pour convertir ces ressources en réalisations effectives (*functionings*). De ce point de vue, une société juste doit certainement satisfaire les besoins de santé fondamentaux des individus afin qu'ils puissent développer leurs capacités au mieux de leur potentiel. L'approche de Sen constitue ainsi une approche plus multidimensionnelle, contextualiste et différenciée de l'égalité des moyens. » (2007 : 139).

plus prégnante des inégalités naturelles ou sociales de santé selon les différents stades de développement des pays. L'approche par les capacités insiste ainsi à la fois sur la promotion des potentialités individuelles et sur les opportunités d'accès aux soins pour lutter contre ces inégalités. Dans les pays développés toutefois, du fait d'une moindre contrainte budgétaire, il est possible de rendre largement accessibles les soins, ce qui n'est pas le cas dans les pays en développement. Dans ces derniers, la promotion des potentialités individuelles est sans doute une condition nécessaire à la mise en œuvre effective des opportunités d'accès aux soins. » (2008 : 96-97)

La notion de vulnérabilité telle que nous l'entendons est donc étroitement liée à celle de *capabilité*. L'augmentation des *capabilités* développe et renforce l'autonomie⁸⁹ des personnes et les rend moins vulnérables face aux risques qu'ils encourent. L'approche des *capabilités* de Sen apparaît en effet comme une référence de base pour accroître le champ des possibles de ces individus, leurs potentialités et leur autonomie, ainsi que l'accessibilité à certains fonctionnements qu'ils jugent importants (Reboud, 2008 : 54-68).

Cette capabilisation pourrait induire aux niveaux micro et macroéconomique une augmentation ou une amélioration du capital humain et un renforcement de l'autonomie des personnes. Sen en effet envisage la liberté, telle que nous l'avons vu plus haut, comme étalon du véritable développement et en fait un référentiel pour toute action politique, économique ou sociale; puisque pour lui la notion de liberté inclut « *la liberté d'évaluer sa propre situation et la possibilité de la changer* » (Sen, 1999c : 60). L'approche des *capabilités* de Sen conduit à « légitimer des politiques nouvelles de redistribution, qui ne sont plus axées sur le seul transfert de revenu, par des moyens fiscaux, mais sur l'acquisition par les pauvres de ressources nouvelles qui vont les aider dans la durée à obtenir un meilleur revenu » (Jacquet et al., 2004 : 77). L'approche des capacités peut permettre une amélioration durable de la situation socioéconomique des travailleurs de l'informel et permettre de lutter efficacement contre

⁸⁹Sen rejoint dans son approche la compréhension de Beauchamp et Childress du principe d'autonomie vu comme reconnaissance de la capacité de toutes les personnes *d'avoir un point de vue, de faire des choix et d'agir suivant ses valeurs*, mais surtout comme la *création effective de conditions qui rendent une personne capable d'agir de manière autonome* (Beauchamp et Childress, 2001 : 63).

l'exclusion sociale dans l'optique d'un développement socialement durable (Ballet, Dubois, Mahieu, 2005; Dubois et al., 2008).

Les analyses de Daniels et de Sen constituent dans ce travail des référentiels épistémologiques et théoriques dans la reconnaissance d'un besoin différentiel d'accès financier aux soins, et la nécessité d'une organisation sociale visant une amélioration de l'accès aux soins des plus défavorisés. Leurs approches sont considérées dans ce travail comme un levier de changement social et de développement.⁹⁰ Par leur force éthique, elles permettent de maximiser le potentiel des actions politiques, économiques et sociales nécessaires dans l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité pour une transition réussie vers la couverture universelle santé au Cameroun.⁹¹ Une transition dans laquelle doivent prendre part les travailleurs du secteur informel de l'économie capabilisés et responsabilisés. À ce sujet, Sen pense d'ailleurs que la couverture santé universelle n'est en rien une illusion utopiste, même pour des économies très pauvres (Mach, 1999). Le bien-vivre-ensemble (politique), et la recherche du bien-être individuel relèvent de la capacité des individus d'être à la fois citoyens et acteurs. Il faut de ce fait les potentialiser ou leur donner les capacités nécessaires pour répondre à leurs responsabilités sociales et pour satisfaire les exigences de leur réalisation individuelle (Sen, 1992; 1999a; 1999c). Une dynamique qui repose, suivant l'approche de cette thèse, sur les principes de responsabilité et de solidarité.⁹² Deux concepts piliers de ce travail. Des concepts qu'on trouve aujourd'hui au centre de toute problématique de distribution équitable des ressources que le chapitre suivant se charge de définir.

⁹⁰ L'approche par les capacités notamment, intègre à la fois les notions de droit, de libertés individuelles, de responsabilité sociale, de participation, d'obligation de réciprocité sociale et conduit à mieux articuler l'individuel et le collectif, l'économique et le social (Alkir 2005, 2009; Reboud 2008).

⁹¹ Plusieurs auteurs qu'on pourrait qualifier à juste titre d'exégètes de Sen soutiennent que l'approche par les capacités peut être appliquée à la fois sur le plan théorique (abstrait et philosophique) et sur le plan pratique et empirique. Ils défendent que cette approche qui intègre l'économie et l'éthique du développement humain et social peut aussi concerner à la fois les dimensions sociale, politique, économique et légale, et peut être appliquée à un contexte global ou à un contexte local (Robyens, 2005; Alkire, 2005; Gilardone, 2007).

⁹² Deux principes qui occupent une place centrale dans les politiques et les mécanismes qui visent un accès équitable aux soins de santé (Châtel, 2004; Ten Have et S. Jean, 2009; UNESCO, 2010).

Le chapitre suivant est en effet consacré à la définition et à l'articulation de ces deux concepts qui constituent les concepts clés de cette recherche. Il sera par ailleurs question dans ce chapitre de montrer le lien qui les unit, leur pertinence éthique, politique et sociale dans l'organisation d'une société juste et équitable. Le chapitre montrera aussi la place qu'occupent ces concepts dans l'objectif de potentialisation et d'autonomisation des plus défavorisés, mais aussi la satisfaction de leur besoin de participation sociale. Des notions importantes, dans la pensée de Rawls, de Daniels et de Sen bien qu'ils les abordent différemment (Sen, 1999a; 1999 b; Rawls, 2004; Daniels, 2009).

CHAPITRE 4 : Principes de responsabilité et de solidarité et accès financier équitable aux soins de santé

La responsabilité et la solidarité constituent aujourd’hui des principes éthiques et politiques largement reconnus et très convoqués dans les problématiques de coopération sociale, d’intégration sociale, de cohésion sociale et de l’action publique en faveur des conditions de vie des individus en société (Bec et Procacci, 2003; Châtel, 2004; Ten Have et S. Jean, 2009; Audard, 2009; Bec, 2014; Supiot, 2015)⁹³. Ces deux principes occupent aussi une place centrale dans les politiques et les mécanismes qui visent un accès équitable aux soins de santé, notamment pour les personnes socialement défavorisées (Ten Have et S. Jean, 2009; UNESCO, 2010). Voilà pourquoi ils constituent la matrice évaluative, analytique et normative dans ce travail de recherche; d’où la nécessité de les analyser et de définir les acceptions dans lesquelles ils sont utilisés dans ce travail.

De ce fait, le chapitre analyse en premier les champs de la responsabilité et de la solidarité en définissant les contours, les teneurs et les enjeux des deux notions afin de mieux analyser par la suite leurs dimensions descriptives et normatives au niveau social et leur application comme principe bioéthique dans le domaine de la santé publique⁹⁴. En nous appuyant sur la littérature

⁹³Bec le signifie de façon plus explicite en ces termes : « Le retour récurrent et l’usage extensif et non maîtrisé dans le débat public de notions porteuses d’un fort capital historique semble être une constante de l’histoire. Elles deviennent rapidement des signes de ralliement professionnel, des vecteurs de représentations de progrès, de rupture... Leur seule évocation est censée assurer de bienveillantes dispositions et des bénéfices symboliques. Leur médiatisation diffuse largement leur charge émotionnelle et idéologique. Il en est ainsi des notions de solidarité et de responsabilité qui connaissent, depuis trois décennies, un renouveau qui ne peut que nous interpeller. » (2009 : 57)

⁹⁴ Cet exercice est d’autant plus important qu’« on assiste à une invocation permanente de ces deux notions sans toujours beaucoup de préoccupation pour un minimum de rigueur pourtant nécessaire à l’intelligibilité des situations ou des problèmes qu’elles étaient ou sont censées désigner. Elles sont ainsi victimes d’un appauvrissement sémantique dû à un usage extensif non contrôlé dont la charge idéologique est d’autant plus prégnante que ces deux notions sont un opérateur central du débat politique. Elles permettent en effet de penser les rapports entre l’individu et la collectivité, entre les droits et les devoirs, de concevoir en fait l’articulation problématique de l’individuel et du social. » (Bec, 2009 : 58)

savante et sur les énoncés de l'UNESCO dans sa *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* de 2005⁹⁵, nous relèverons des éléments qui rendent les notions de responsabilité et de solidarité pertinentes dans l'éthique contemporaine en bioéthique et en santé publique notamment dans la problématique de l'impératif de la couverture sanitaire universelle que promeut l'OMS aujourd'hui dans les pays en développement ou en voie d'émergence (La Rosa et al., 2007; OMS, 2013).

4.1. La responsabilité : concept, fondements et principe

4.1.1. Concept

Le mot *responsabilité* fait partie aujourd'hui des outils conceptuels qui aident à penser l'être humain comme être social. Si vivre en société est une responsabilité, avoir une responsabilité sociale en est une autre encore plus exigeante. La notion de *responsabilité* nous renvoie donc à nous-mêmes, à notre vie comme être essentiellement social, à l'altérité, à notre rapport à la communauté et à l'environnement (Jonas, 1990; Lenoir, 1991; Vacquin, 1995; Henriot, 1995).

Généralement, les acceptions du terme « responsabilité » relèvent du domaine du droit et de la morale; et les significations qu'il véhicule sont loin d'être univoques. Cette polysémie de la notion de responsabilité loin d'être un handicap à l'usage du mot est une richesse. En plus de sa signification juridique liée à l'idée d'*imputabilité*, l'idée d'*être* responsable recouvre une multitude de sens en philosophie morale ou en éthique (Levinas, 1982; Lenoir, 1991; Henriot, 1995; Ricœur, 1995b). En effet, le sens premier du mot responsabilité vient de l'imputabilité. Paul Ricœur dans ses analyses montre bien leur filiation sémantique. La responsabilité passe par le fait de pouvoir imputer une action à une personne ou de la lui attribuer en tant qu'elle en

⁹⁵ Voir le texte original de la Déclaration sur le site de l'UNESCO. Repéré à <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>

est l'auteur. On impute une action et ses conséquences à qui est en cause; ce qui induit une conséquence punitive ou réparatrice (Ricœur, 1995b; Jaeger, 2009).

La philosophie par contre a une conception plus large du mot responsabilité; bien que la réflexion philosophique et l'usage de la notion de responsabilité en dehors du domaine juridique soient assez récents. Elle l'éclaire et étaye davantage les connexions de ce concept avec les autres concepts qui lui sont consubstantiels ou du moins qui lui sont concomitants (Ricœur, 1995; Henriot, 1995; Vacquin, 1995). Différents philosophes ont traité du lien constitutif et interdépendant entre la notion de responsabilité et celle de liberté, de conscience et d'engagement (Jonas, 1990; Lenoir, 1991; Ricœur, 1995a; Henriot, 1995).

Analyser le principe de responsabilité dans son rapport avec la problématique de l'accès universel aux soins de santé nécessite au préalable de présenter l'évolution du concept aussi bien au plan juridique que philosophique⁹⁶.

4.1.1. 1. Conception juridique

Dans le concept de responsabilité, il faut certes distinguer la responsabilité morale — celle qui suppose la connaissance du bien et du mal — et la responsabilité juridique qui se définit par rapport à la norme dans les interactions sociales, mais, le sens premier de la responsabilité est avant tout juridique et est lié à la notion d'imputation. D'ailleurs, les origines latines du mot responsabilité renseignent davantage sur le sens juridique de la responsabilité (*respondere* signifie répondre. On répond de ses choix et de ses actes). Le même mot latin qui a donné naissance au mot responsabilité signifie aussi *se porter garant*. Le mot a donc gardé jusqu'aujourd'hui en droit la notion d'engagement et de décision personnelle (Lenoir, 1991; Henriot, 1995; Jobin, 2004; Bouquet et Jaeger, 2009).

⁹⁶Selon Paul Ricœur, la notion de responsabilité morale ou éthique souffre encore d'un flou sémantique. De ce fait, il en a donné un grand éclairage dans *Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique* (1995 : 41-70).

La notion de responsabilité dans le domaine juridique se distingue selon qu'on est dans un régime de responsabilité civile ou de responsabilité pénale (Baudoin, 1985). La responsabilité pénale mise en œuvre par le ministère public devant les instances répressives sanctionne une atteinte portée à la société (fonction répressive, d'intimidation et de réadaptation), elle entraîne pour son auteur déviant des dommages punitifs avec pour effet la dissuasion. Alors que la responsabilité civile à la demande de la victime devant les instances civiles s'occupe de la réparation du dommage subi par la victime (fonction de réparation). On distingue par ailleurs *la responsabilité subjective* fondée sur la faute prouvée, *la responsabilité contractuelle* qui relève des obligations auxquelles on s'est engagé et *la responsabilité extra-contractuelle* qui consiste à assumer et à réparer un dommage causé par autrui dont on a la responsabilité. La responsabilité est donc en droit la source de l'obligation juridique de réparer (Henriot, 1995; Vacquin, 1995; Le Tourneau, 2003).

La notion de responsabilité, qu'elle soit civile, pénale, individuelle, collective, partielle, totale ou atténuée, suivant les circonstances, implique celle de liberté, de libre choix au moment de l'action. On ne peut concevoir la responsabilité sans liberté. La notion de liberté est donc fonction de la responsabilité au sens juridique. Il faut être libre dans une certaine mesure et conscient pour être considéré comme *sujet responsable*. Être libre c'est être capable d'un choix conscient, et être responsable c'est l'assumer. C'est pourquoi en droit pénal un sujet irresponsable ne peut être jugé.

La responsabilité est l'un des concepts juridiques de base de la société individualiste qui s'est dessinée à la fin du XVIII^{ème} siècle; une conception de la société qui pose comme premier principe celui de l'indépendance des individus qui la composent. Elle consacre le pouvoir de créer entre les individus des liens juridiques libres sous la forme du contrat. L'individu ainsi crédité d'une responsabilité de plein gouvernement de lui-même, est défini libre et responsable de sa conduite et de sa condition objective. Cette notion repose sur une représentation du sujet de droit libre et sans autre limite ou contrainte que l'obligation de ne pas empiéter sur la liberté d'autrui. Des analyses philosophiques et sociologiques viendront par la suite s'opposer à l'abstraction de cette notion juridique qui masque certaines réalités du sujet social et ne prend pas en compte ce qui est hérité, imposé ou donné socialement à l'individu indépendamment de

sa volonté. Et sur cette nouvelle conception sociologique de l'individu va se construire la notion de solidarité (Ricœur, 1990; Gauchet, 2003; Bec, 2009).

Deux catégories de responsabilité se distinguent désormais : une responsabilité purement juridique et une responsabilité éthique. Si la première est liée à celle de liberté et de propriété, la seconde est plus philosophique et morale et traite des notions de bien et de mal. Cependant, la notion philosophico-éthique de la responsabilité est fortement tributaire de la liberté et de la conscience, mais aussi de celle de l'engagement. On pourrait dire que liberté, conscience, engagement et responsabilité sont inséparables du point de vue de l'Éthique (Ricœur, 1995). Selon Ricœur, contrairement au « rétrécissement du champ juridique de la responsabilité » pour fautes, ces quatre notions interdépendantes s'étendent aux relations interpersonnelles et sociales comme compensation par « extension du champ moral de la responsabilité ». De ce fait, on est responsable non seulement du dommage qu'on peut causer à autrui, mais on est aussi moralement responsable de l'autrui vulnérable (Levinas, 1982; Jonas, 1990; Ricœur, 1995 : 41-70). Le concept de responsabilité a donc évolué de sa conception comme imputation causale des actes qui ont été commis à la responsabilité pour ce qui est à faire, ou à une conception de la responsabilité comme obligation de pouvoir faire.

4.1.1.2. Conception philosophique

L'acception philosophique du mot responsabilité est beaucoup plus large que celle juridique. Elle est corrélée avec les notions de liberté, de conscience et d'engagement. Différents philosophes ont traité du lien constitutif et interdépendant que ces notions entretiennent avec la notion de responsabilité.

Dire de l'être humain qu'il est une personne responsable et libre signifie dans la pensée philosophique moderne qu'il est un sujet autonome⁹⁷. Autrement dit, qu'il est *sujet*

⁹⁷ Autonomie ici se comprend au sens kantien du terme. Paul Ricœur fait remarquer qu' « au carrefour du soi qui se pose et de la règle qui s'impose [se trouve], l'autonomie thématifiée par la philosophie pratique de Kant ». L'autonomie au sens de Kant, qui le premier applique à l'individu ce principe qui jusque-là concernait la capacité

anthropologique c'est-à-dire qu'il peut mettre en route des processus le conduisant à assumer sa vie par des choix personnels parmi d'autres alternatives et choix possibles. Qu'il est un *sujet éthique*, c'est-à-dire un être qui se confronte au bien et au mal dans son individuation et dans ses dynamiques relationnelles avec ses semblables et avec son environnement. Qu'il est un *sujet juridique* sensible à la justice et à l'injustice. Qu'il est un *sujet politique* (citoyen) qui contribue à construire l'espace social avec les autres dans un esprit de démocratie. Qu'il est un *sujet épistémologique* doué de facultés qui l'habilitent à la recherche et à la connaissance sur lui-même, sur la nature et sur son environnement susceptibles d'améliorer son cadre de vie par de nouveaux choix. Qu'il est aussi un *sujet esthétique* capable de poser sur la vie et les choses un regard autre que celui de l'utile dans l'action et la connaissance; un regard susceptible de reconnaître le bon, le beau, le vrai, l'authentiquement humain (Ricoeur, 1990; Hausemer, 2006; Gagnon et saillant, 2006). La notion de responsabilité ne peut être suffisamment cernée qu'à travers ces différentes dimensions d'expression de l'être humain à savoir comme sujet libre, conscient et engagé.

4.1.1.2.1. Responsabilité et liberté

La responsabilité suppose la liberté. Nos actes ne peuvent véritablement être reconnus comme les nôtres et nous engager si à la base il n'y a pas de liberté. Si notre liberté est aliénée par une influence quelconque (contrainte sociale, pression idéologique, etc.) ou par une ignorance, un manque de connaissance suffisante ou de conscience, notre responsabilité ne peut être engagée; ou du moins totalement. Pour engager notre responsabilité, il y a ici la nécessité d'une clarification critique de toutes les contraintes et les influences sociales qui ont modelé nos perceptions, nos représentations, notre manière d'élaborer les choses, de penser et d'agir (Becker et Becker, 1992 : Henriot, 1995).

de s'autogérer d'une collectivité territoriale, veut montrer la capacité de l'individu, pensé comme sujet, à intégrer les normes qui lui sont extérieures et de s'autodéterminer dans ces normes par ses choix personnels. (Ricoeur, 2001 : 9)

Reconnaître la liberté comme une condition fondamentale de la responsabilité c'est reconnaître aussi l'importance de la formation, de l'information, du savoir. La responsabilité du pouvoir et de l'agir implique le savoir comme une obligation prioritaire; c'est pourquoi Jonas (1990) place la raison du savoir au même niveau d'importance que la causalité de l'agir. D'où l'importance de la quête du savoir, de l'approche critique des informations disponibles pour une bonne évaluation des solutions possibles avant le choix et la décision. La liberté ici est donc autonomie au sens kantien comme nous l'avons mentionné plus haut. Elle n'est pas autarcie, autosuffisance, indépendance. Le caractère foncièrement relationnel de la personne humaine fonde le caractère de sa responsabilité et de sa liberté comme une liberté réglée et régulée. Notre liberté doit en effet être comprise comme permanente libération, autonomisation, humanisation, conscientisation et responsabilisation (Saint-Exupéry, 1939; Ricœur, 1990; Lenoir, 1991; Henriot, 1995; Hausemer, 2006; Gagnon et saillant, 2006).

4.1.1.2.1. Responsabilité et conscience

Tout comme la liberté, la conscience est une composante de la notion de responsabilité. La responsabilité suppose la conscience comme conscience de soi qui agit, conscience de l'autre et conscience de l'objet. En effet, la conscience met en interaction le sujet qui agit, le tiers qui subit l'action et l'environnement sur lequel impacte l'action. Tout comme la liberté, la conscience qui fonde la responsabilité exige le savoir et s'oppose à l'imprudence et à l'ignorance des impacts possibles de l'agir ou du non-agir (Jasper, 1986; Ricœur, 1990; Jonas, 1990).

La conscience implique aussi la réflexivité comme cohérence entre l'être et l'agir. Jasper dans ce sens a développé la notion de responsabilité métaphysique et ontologique basée sur ce qu'on est (sujet agissant) et pas uniquement sur ce qu'on fait. Nous sommes responsables autant de ce que nous choisissons librement d'être que de ce que nous choisissons de faire. La conscience de ce que l'on est devrait précéder la compréhension, puis la décision de ce que l'on fait ou de ce que l'on choisit de ne pas faire. La responsabilité métaphysique rejoint ici l'éthique de l'authenticité qui nécessite la connaissance lucide de soi-même et de la situation dans laquelle on choisit d'agir ou de ne pas agir. Et selon Jasper, ne pas agir, ne pas exprimer son indignation, se taire peut aussi correspondre à une faute d'inauthenticité et donc à une irresponsabilité (May,

1991; Sauvé, 2000). La notion de conscience étroitement associée à celle de responsabilité comme nous venons de le voir est aussi conscience de la nécessité de s'engager.

4.1.1.2.3. Responsabilité et engagement

Contrairement aux végétaux et aux animaux qui se laissent vivre, l'être humain doit s'engager. En effet, si la nature pourvoit à la survie des autres êtres vivants non humains, l'être humain par contre doit lui-même pourvoir à sa survie en s'engageant. En plus de la simple survie, il doit se poser la question du genre de vie qu'il voudrait mener. Il doit se poser la question du sens. Au-delà de la survie purement biologique, l'être humain doit pouvoir assurer d'une part sa survie psychologique et mentale (identité et intégrité personnelle, acceptation de soi, qualité de vie, réalisation de soi et bonheur, etc.), mais aussi sociale et politique (rapports aux autres en communauté, statut et reconnaissance sociale, intégration et citoyenneté, etc.) (Vacquin, 1995; Sauvé, 2000; Gagnon et saillant, 2006).

Comme nous l'avons vu plus haut, la notion de responsabilité implique forcément celles de liberté et de conscience; elle suppose une capacité de prendre des décisions. Et prendre des décisions c'est essentiellement s'engager. Être responsable, c'est entre autres répondre de ses actes, comme des actes de ceux qui dépendent de nous. C'est aussi, comme l'affirme Callicott (1994), répondre de la vie d'autrui pour qui je me sens une compétence et donc je suis responsable par l'exigence d'une *éthique du proche* et de la solidarité — une solidarité qui commence au sein de la communauté de vie et s'élargit par la suite à d'autres communautés d'appartenance — (Larrière, 1997).

Avec cet énoncé de Callicott, on passe de la notion de responsabilité individuelle (qui peut aussi être collective au sens de l'imputation ou de la conscience d'un devoir collectif) à celle de la *responsabilité sociale*. Même si la responsabilité individuelle est fortement liée à la responsabilité sociale du fait de la réciprocité qu'impose le lien social, la responsabilité sociale

implique la solidarité qui nourrit la responsabilité elle-même. Levinas dans ce sens, va au-delà de la logique de la réciprocité et de l'intérêt :

« La relation intersubjective est une relation non symétrique. En ce sens, je suis responsable d'autrui sans attendre la réciproque, dût-il m'en coûter la vie. La réciproque, c'est *son* affaire. C'est précisément dans la mesure où entre autrui et moi la relation n'est pas réciproque, que je suis sujétion à autrui; et je suis "sujet" essentiellement en ce sens. Vous connaissez cette phrase de Dostoïevski : "*Nous sommes tous coupables de tout et de tous devant tous, et moi plus que les autres.*" (*Les Frères Karamazov*, 1952 : 310). Non pas à cause de telle ou telle culpabilité effectivement mienne, à cause des fautes que j'aurais commises; mais parce que je suis responsable d'une responsabilité totale, qui répond de toutes les autres et de tout chez les autres, même de leur responsabilité. Le moi a toujours une responsabilité *de plus* que tous les autres. » (Levinas, 1982 : 104).

Comme le montre si bien Levinas, la responsabilité est certes subjective, mais elle est tout aussi « responsabilité pour autrui (...), responsabilité de ce qui n'est pas mon fait, ou même ne me regarde pas; ou qui précisément me regarde. » (Levinas, 1982 : 104). Ces propos de Levinas introduisent la notion de responsabilité sociale.

4.1.2. Éthique et responsabilité

Pour traiter du lien entre éthique et responsabilité, il importe de définir dans quelle acception est utilisé le mot éthique. André Lalande définit l'éthique comme « science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal » (Lalande, 1988 : 305-306). Pour distinguer l'éthique de la morale, on pourrait dire de l'éthique qu'elle est la détermination des valeurs morales qui peuvent constituer une source normative à l'agir humain individuel ou social. Si la morale distingue le bien du mal, l'éthique tire de la morale une philosophie appliquée. La critique des conditions sociales exige une éthique de la responsabilité (Jonas, 1990; Vacquin, 1995; Ten Have et S. Jean, 2009).

4.1.2.1. Une forte demande d'éthique de la responsabilité

On note aujourd'hui une forte demande d'éthique et un grand engouement pour la notion de responsabilité dans presque tous les domaines de la vie sociale (économique, financier, politique, industriel, sanitaire, médical, etc.) comme l'affirme Jobin :

« On a dit de la responsabilité qu'elle est un nouveau paradigme éthique et même une nouvelle éthique. La responsabilité est devenue un maître mot dans les discours contemporains dès que l'on parle de l'agir individuel ou collectif. Elle devient, en fait, la dimension éthique fondamentale dans les mondes politiques, économiques, en gestion privée et publique. Cette importance de la responsabilité dans les discours publics et les conversations quotidiennes a son équivalent dans la théorie éthique. On n'a jamais autant parlé de responsabilité qu'en cette période charnière de la fin du XX^e et du début du XXI^e siècle. Plusieurs contributions en éthique appliquée, en éthique de l'environnement ou en éthique des affaires mobilisent la responsabilité comme principale assise conceptuelle. » (2004 : 129).⁹⁸

Un exemple assez illustratif est ce moment de l'histoire où sévit la crise économique, et où des voix se lèvent pour réclamer une éthique économique capable de contrer les excès du capitalisme (mouvements sociaux, ONG, etc.). Les problèmes sociaux dans tous les domaines se posent de plus en plus en termes d'éthique de la responsabilité ou de responsabilité sociale. Lenoir, philosophe et journaliste, dans son ouvrage intitulé *Le temps de la responsabilité* (1991) a interrogé des acteurs et des témoins de la vie sociale représentant différents domaines (sciences de la vie, l'environnement, l'économie, l'entreprise, les médias, la politique) sur la résurgence des préoccupations éthiques et sur la question du fondement de l'éthique. Dans l'avant-propos de cet ouvrage, Lenoir affirme que : les bouleversements issus de l'application technologique des sciences et ses retombées néfastes sur la nature et sur la vie des espèces vivantes appellent une révolution globale de la conscience humaine; à des maîtrises nouvelles correspondant à des « responsabilités » nouvelles (Lenoir, 1991). Les États, la communauté internationale, les institutions internationales sont eux aussi demandeurs d'éthique et de responsabilité surtout dans le domaine juridique, économique et politique, mais aussi dans le domaine culturel, social et sanitaire.

Dans la même logique, comme le soulignait aussi Paul Ricœur, le monde est en situation de demande d'éthique ou de nouvelles éthiques à cause des mutations qui l'affectent dans sa nature

⁹⁸Voir aussi : G. Bourgeault (1992). « La responsabilité comme paradigme éthique ou l'émergence d'une éthique nouvelle », in R. Bélanger et S. Plourde (dir), *Actualiser la morale. Mélanges offerts à René Simon*, Paris, Cerf, pp.69-96 ; F. Lenoir, L. (1991). *Le temps de la responsabilité*, Paris, Fayard.

profonde, dans la qualité de l'agir humain à l'âge présent des sciences, des techniques et de la complexité de la vie politique (Ricœur, 1991a; 1991 b). En ceci il rejoint les analyses et les propositions de Hans Jonas dans *Le principe responsabilité* (1990).

4.1.2.2. Le principe responsabilité de Hans Jonas

Dans *Le principe responsabilité*, Hans Jonas (1990) analyse la notion de responsabilité comme antidote aux conséquences des mutations, des progrès scientifiques et techniques, de la complexité de la vie politique qui affectent le monde dans sa nature profonde, et plus précisément pour ce qui est de la destruction de l'environnement et de la menace de la survie des êtres humains et des autres espèces. La responsabilité telle que la présente Jonas devrait interdire à l'être humain de mettre en péril la vie et l'existence sur terre aujourd'hui et demain pour les générations futures. Jonas part de l'idée que la puissance technologique moderne crée des problèmes éthiques inconnus jusqu'à ce jour qu'il appelle la « transformation de l'essence de l'agir humain » (1990 : 79-84). Avant, l'être humain considérait comme superficielles et sans grand danger ses interventions techniques sur la nature et estimait la nature elle-même capable de rétablir ses équilibres (après les interventions de l'être humain) de manière à pourvoir naturellement les mêmes qualités et quantités de ressources aux générations qui se succèdent. Aujourd'hui, il est évident que la technologie, qui a connu dans la seconde moitié du XXème siècle, et ce jusqu'à ce jour, un progrès fulgurant et sensationnel, peut avoir des effets irréversibles sur la nature (les déchets nucléaires qui sont susceptibles de nuire à la vie pendant des millénaires par exemple) (Jonas, 1990 : 311-314).

Par ailleurs, la logique cumulative de la technique moderne qui impose à l'humanité les conditions de son maintien et de son renforcement par une véritable contrainte et l'auto-accroissement sans fin de sa puissance qui crée de nouveaux problèmes invite à réfléchir sérieusement sur ce que sera la vie demain (Jonas, 1990:176). Nous ne savons pas ce que notre intervention sur la nature fera de la nature demain du fait que notre technologie, sur ce point, n'assure pas de service après-vente. Nous ne maîtrisons même pas tous les effets actuels de cette technologie et ce qui nécessite déjà une protection (Jonas, 2000). Alors, à défaut d'un savoir sur les maux réels de la menace de la technologie sur le futur, nous nous devons selon Jonas de reconnaître notre ignorance comme un devoir moral. Nous devons imaginer ces maux pour

anticiper sur la catastrophe dans la logique d'une éthique de responsabilité (Jonas, 1990:50 -51). Ce constat conduit Jonas à théoriser *l'heuristique de la peur*⁹⁹.

L'heuristique de la peur part du constat de non-savoir. Si nous ne savons rien de ce que la violence de la technologie sur la nature produira à long terme, il est intelligent et raisonnable d'en avoir peur. Il est sage de développer un savoir prudent qui pourra sauver la vie. La peur chez Jonas constitue un vrai sentiment moral qui joue le même rôle que le respect chez Kant. Cette nouvelle responsabilité qu'énonce Jonas a comme objet propre la possibilité d'une perpétuation de l'humanité à l'avenir. Voilà une grande nouveauté qu'apporte Jonas à la notion de responsabilité (Sève, 1990; Müller et Simon, 1993).

Le concept de responsabilité chez Jonas est un impératif catégorique qu'il décline à la manière de Kant : « Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre »; « Agis de façon que les effets de ton action ne soient pas destructeurs pour la possibilité future d'une telle vie. » (Jonas, 1990 : 30-31). Kant à la fin du XVIIIème siècle proposait déjà dans *Fondement de la métaphysique des mœurs* le fameux impératif catégorique : « Agis de telle sorte que tu puisses également vouloir que ta maxime devienne une loi universelle » (Kant, 1985 : 261). Jonas, sans remettre en doute les fondements et la validité de cet impératif qui a servi de référence à la philosophie morale jusque-là, dénonce ses limites et ses insuffisances dans le contexte actuel. L'impératif kantien ne considérait que la sphère immédiate de l'agir humain, ses répercussions à court terme, et ignorait les risques de l'action de l'Homme sur la nature dans l'ampleur présentée par Jonas. Alors avec Jonas, une action sera désormais dite rationnelle si elle prend en compte ses implications à long terme et tient compte des générations futures. La responsabilité intergénérationnelle comme critère de validité morale de l'agir humain. Si la loi morale de Kant s'impose à l'individu (tu dois donc tu peux), le principe de responsabilité de Jonas n'est pas une imposition à l'individu,

⁹⁹ Heuristique ici se comprend comme *ce qui sert à découvrir, à comprendre, à connaître*. L'heuristique de la peur veut dire au sens de Jonas que la peur sert à la découverte, comme un principe cognitif pour une éthique de l'urgence en temps de crise. Il s'agit d'une peur positive qui aiguille la responsabilité et qui est fondamentalement une sollicitude de l'altérité.

mais l'appel à une conscience de responsabilité sur la vie et sur l'autre en situation de fragilité (tu peux donc tu dois) (Müller et Simon, 1993; Apel, 1996). La responsabilité ici est comprise comme une mission confiée au bénéfice d'une valeur en péril (la vie, l'être, la nature) dont chacun rendra compte au sens même de l'imputabilité comme décrite plus haut dans la responsabilité juridique.

Jonas par son énoncé du principe de responsabilité, devenu un nouvel impératif catégorique de l'agir social, élargit les pistes de réflexion sur des thèmes qui occupent une place centrale dans les débats publics aujourd'hui, tels que le fondement de l'éthique, le rapport entre technologie et éthique, la maîtrise par l'humanité de la puissance que lui confèrent la science et la technologie, la fragilité des équilibres naturels. La responsabilité constitue pour lui la pierre angulaire de l'éthique indispensable au développement d'une société juste et responsable (Apel, 1998, Jonas, 2000).

L'Homme est responsable de l'être et de la vie. Il est responsable des autres hommes, de l'humanité future, de l'ensemble de la biosphère et de la nature. Ce postulat de Jonas sur le principe de responsabilité a inspiré fortement le *principe de précaution* inscrit dans les directives européennes et dans le droit de certains pays comme la France (Vacquin, 1995; Godard, 1997). Le champ de l'éthique coïncide donc avec celui de la responsabilité qui, entre autres principes qui l'expriment, se décline en principe de responsabilisation sociale.

4.1.3. Le principe de responsabilisation sociale

La notion de responsabilisation sociale se conçoit souvent en corrélation avec celle de gouvernance démocratique et de développement social et humain. Elle fait référence à la responsabilité des acteurs gouvernementaux à l'égard des citoyens (PNUD, 2010). Une responsabilité qui découle du contrat social qui lie les citoyens et les acteurs publics qui constituent des représentants qu'ils ont délégués aux affaires publiques. Ils ont la responsabilité de respecter la loi et les droits, de ne pas abuser de leur pouvoir et de servir l'intérêt général de manière efficiente, efficace et équitable (Ackerman, 2005). La responsabilisation sociale peut donc être définie comme :

« une démarche orientée vers un renforcement de la responsabilité reposant sur un engagement civique, à savoir un schéma dans lequel les citoyens de base et/ou les organisations de la société civile participent directement ou indirectement à faire respecter l'obligation de rendre des comptes. Les mécanismes de responsabilisation sociale peuvent être initiés et appuyés par l'état, par les citoyens ou les deux à la fois, mais ils sont très souvent actionnés par la demande et fonctionnent de la base vers le sommet. » (Malena, Forster et Singh, 2004: 9)

La responsabilisation sociale peut se définir aussi comme une façon concrète d'appliquer un certain nombre de *principes* clés qui sont au cœur de la gouvernance démocratique et du développement et fondés sur les droits de la personne (PNUD, 2010).¹⁰⁰ Les États ont l'obligation légale de respecter les engagements qu'ils prennent dans des traités internationaux relatifs aux droits de la personne et dans leur propre législation nationale. Les citoyens, détenteurs de droits, sont en droit de les tenir responsables du respect de ces obligations et recourir à des moyens efficaces pour les y contraindre (Ackerman, 2005). La responsabilisation sociale s'inscrit dans la dynamique du développement social et humain. En effet, « Trois arguments principaux sous-tendent l'importance de la responsabilisation sociale : une meilleure gouvernance, une efficacité accrue du développement et l'habilitation des citoyens » (Malena, Forster et Singh, 2004 : 6). Elle renforce les liens entre l'État et les citoyens et facilite la création de liens efficaces entre citoyens et collectivités locales dans le contexte de la Décentralisation. Elle permet d'améliorer l'orientation et l'offre des services publics, de favoriser une gouvernance inclusive et réceptive et une meilleure évaluation des performances gouvernementales. Elle offre un moyen d'insister sur la prise en compte des besoins des groupes vulnérables dans la formulation et la mise en œuvre des politiques d'orientation et d'autonomisation des groupes marginalisés qui sont traditionnellement exclus des processus politiques. Elle offre en outre des facilités d'exiger la transparence et de dénoncer la corruption des pouvoirs publics (PNUD, 2004; 2010).

¹⁰⁰ Le concept de responsabilisation sociale porte sur la conscience des responsabilités de l'État envers ses citoyens d'une part, et le rôle des citoyens dans les processus décisionnels et administratifs d'autre part, pour une gouvernance plus attentive aux besoins des administrés. Le principe de responsabilisation vise la participation inclusive et la mise en place d'institutions étatiques sensibles aux besoins de la population (PNUD, 2010).

Le concept de responsabilisation sociale est un concept cher à certaines institutions internationales comme le PNUD et la Banque mondiale (Malena, Forster et Singh, 2004; Ackerman, 2005; PNUD 2010). La façon dont ils envisagent le renforcement des capacités, qu'ils considèrent comme leur contribution primordiale au développement humain, montre l'importance de ce concept. La responsabilisation sociale constitue en effet l'un des quatre domaines clés visés par les interventions relatives au renforcement des capacités (les trois autres étant : les accords institutionnels, le leadership et le savoir) (Ackerman, 2005; PNUD, 2010). Dans son plan stratégique 2008-2013 intitulé *Progresser plus rapidement sur la voie du développement humain*, le PNUD insiste sur la gouvernance démocratique pour atteindre les OMD et le renforcement des institutions gouvernementales responsables et réceptives. Une démarche qui montre l'attachement de cette institution au principe de responsabilisation sociale. Il a en outre élaboré une méthode en cinq étapes susceptibles d'aider à repérer les points d'entrée stratégiques pour aborder les questions de responsabilité et combler les lacunes en termes de capacités (PNUD, 2010 : 16).¹⁰¹

Le principe de responsabilisation sociale n'est pas à confondre cependant avec celui de responsabilité sociale qui fait référence à la responsabilité sociale des entreprises et à la *responsabilité sociale et santé* énoncé par l'UNESCO¹⁰² comme un des principes bioéthiques dans sa Déclaration sur la bioéthique et les droits de l'Homme.

¹⁰¹ À ce sujet, le PNUD « forge des partenariats avec un large éventail d'OSC locale, régionale ou mondiale pour mettre en œuvre des programmes et des activités de plaidoyer dans ses six domaines thématiques. Il s'attache aussi à renforcer l'environnement juridique, réglementaire et normatif dans lequel fonctionne la société civile lorsqu'elle s'efforce de demander des comptes aux pouvoirs publics (...) En ce qui concerne la réduction de la pauvreté et la réalisation des OMD, il insiste pour que les acteurs du développement local qui sont sur place fassent entendre leur voix en participant à l'évaluation, la planification et le suivi des plans et programmes. » (2010 : 17)

¹⁰²Le concept de responsabilité a été décliné en *responsabilité sociale et santé* et défini comme principe bioéthique dans la *Déclaration de l'UNESCO sur la bioéthique et les droits de l'homme* en 2005 (UNESCO, 2010).

4.1.4. De la notion de responsabilité sociale au principe de responsabilité sociale en santé

La notion de responsabilité sociale est liée à celle de développement durable qui lui a donné naissance à la suite de la *théorie des trois piliers* (économique, environnemental et social) dans la nouvelle conception de la croissance qui stipule que pour que le développement soit durable, il faut faire progresser ensemble ces trois composantes principales, de telle manière qu'elles se potentialisent réciproquement (Stephany, 2003 ; Igalens, 2012). L'économie est entendue ici comme la satisfaction des besoins et la création des richesses favorables à tous et l'environnement comme rationalisation des modes de vie pour préserver les grands équilibres de la planète et une maîtrise de l'intendance de ses richesses. Le social ou le « sociétal » c'est le respect des libertés et des droits de la personne, l'investissement dans l'éducation, la santé et la culture publiques. Cette théorie est énoncée pour servir de guide à la gouvernance du monde, aux États et aux entreprises (multinationales) (L'Huillier, 2003).

La notion de responsabilité fait aussi référence à la capacité de se représenter autrui comme un autre soi-même. Cette représentation offre les moyens de partager avec autrui des idéaux d'une bonne vie; elle se traduit par la sympathie, la compassion, la sollicitude, la solidarité avec et pour les autres. La notion de responsabilité sociale est fortement liée à la faculté humaine de reconnaître l'autre comme soi-même et de se considérer *soi-même comme un autre* au sens de Paul Ricœur (1990). Dans la même logique, Saint-Exupéry affirme dans *Terre des hommes* que : « être Homme, c'est précisément être responsable. C'est connaître la honte en face d'une misère qui ne semblait pas dépendre de soi (...) C'est sentir, en posant sa pierre, que l'on contribue à bâtir le monde. » (1939 : 59). Cette conception de la responsabilité sociale va au-delà de son sens premier et juridique par la prise en compte des notions de sensibilité et de conscience de ce qui peut faire souffrir, de la commune humanité et de la nécessité de contribuer au progrès de l'humanité ou au progrès social.

Au-delà de sa dimension purement conceptuelle, la responsabilité en tant que pratique est par la force des choses devenue une matrice autour de laquelle la vie sociale aujourd'hui se pense et s'évalue. Elle est devenue un principe autour duquel toutes les dimensions de la vie sociale sont

centrées (Bouquet et Jaeger, 2009). C'est dans cette optique que la responsabilité sociale a été définie et appliquée aux entreprises (surtout les multinationales du fait de leur caractère d'entreprises mondialisées) considérées comme des acteurs privilégiés du développement social, pour leur relation avec les pouvoirs, pour les impacts sociaux de leurs activités et pour leur influence sur les droits sociaux. Alors, on a parlé de *responsabilité sociale des entreprises* telle qu'exprimée dans le Pacte mondial proposé par Koffi Annan ancien Secrétaire de l'ONU¹⁰³.

4.1.4.1. La responsabilité sociale des entreprises

Le principe de responsabilité de Hans Jonas, comme nous l'avons vu plus haut, interdit à l'être humain d'entreprendre des actions susceptibles de mettre en péril la vie sur terre ou de mettre en danger les générations futures. Les fondements du développement durable y trouvent leurs sources. Les entreprises elles aussi sont soumises à cette exigence. Ces dernières décennies ont fait murir la conscience que nous vivons dans une société du risque. La perception de la menace de périls majeurs (dégradation de la biodiversité, changements climatiques), des atteintes à la santé publique, de l'accentuation des inégalités et de l'exclusion sociale ont conduit à une baisse de l'acceptabilité des risques que génèrent les entreprises surtout multinationales. Alors, une pression de l'opinion publique sur les firmes accusées d'être responsables de cette situation a conduit à la revendication de plus en plus de l'application du principe de la responsabilité sociale des entreprises (Beck, 2001 ; Stephany, 2003 ; Crane et al., 2008; Capron, 2009).

La responsabilité sociale des entreprises (en abrégé RSE) est un concept qui exprime les préoccupations sociales, environnementales et économiques qui découlent des activités des

¹⁰³ Un pacte comportant une dizaine de principes appelés « Pacte mondial » a été proposé par Kofi Annan en 1999 et lancé en Juillet 2000. Il était destiné aux grandes entreprises pour les inviter à se joindre à la société civile et aux organismes de l'ONU dans l'effort du respect des droits de l'homme, de l'environnement, et l'amélioration des conditions de travail. Tous ces principes appelés *Responsabilité sociale des entreprises* sont basés sur la Déclaration universelle des droits de l'homme, la déclaration de Rio sur l'environnement et la déclaration relative aux principes et droits fondamentaux du travail de l'OIT. Repéré à <http://www.un.org/fr/globalcompact/index.shtml>.

entreprises. Cette préoccupation résulte de la demande d'une prise en compte des impacts environnementaux et sociaux des activités des entreprises. Il s'agit pour les entreprises de contribuer à l'amélioration de la société et à la protection de l'environnement. Selon Bowen (1953), père fondateur de la notion de responsabilité sociale des entreprises, la RSE représente l'obligation pour les dirigeants de poursuivre les politiques et de prendre les décisions qui sont en cohérence avec les valeurs de la société (Bowen, 1953). Le concept RSE est souvent rattaché à celui de ISR entendu Investissement socialement responsable. Il a pour origine la locution anglo-américaine *corporate social responsibility*, apparue dans les années 1950 aux États-Unis, à partir de considérations éthiques et religieuses. Progressivement, il a assumé la volonté d'une conciliation entre les activités économiques et les attentes et préoccupations de la société (Bowen, 1953; Goyder, 1961; Capron, 2009). Le concept ne prendra sa consistance dans les réflexions qu'à partir des années 1970 avec la conscience planétaire des problèmes de l'environnement. La responsabilité sociale des entreprises est donc une déclinaison dans le secteur des entreprises du développement durable. Il a été à l'ordre du jour au sommet de la Terre en 2002 à Johannesburg.

Au-delà de la multiplicité d'acceptions et des controverses autour du concept, des faiblesses politiques dans son application, la RSE constitue une volonté et un effort de redéfinir les relations de l'entreprise avec ses partenaires que sont la société civile et le pouvoir politique. Il est chargé d'un potentiel de changement et porteur d'une chance de négociation d'un nouveau contrat social respectueux de l'environnement et favorable au bien-être et à la santé (Mercié, 2004).

La *corporate social responsibility* pose donc pour principe que la responsabilité de l'entreprise va au-delà de la stricte activité économique et engage le contexte social dans lequel il s'inscrit. Depuis une décennie il s'est développé le souci d'évaluer le comportement responsable ou éthique des entreprises. L'UNESCO en 2005 étendra ce principe au domaine bioéthique en énonçant le *principe de responsabilité sociale et santé* comme un des principes fondamentaux de la bioéthique (UNESCO, 2010).

4.1.4.2. Principe de responsabilité sociale et santé

Le principe de *responsabilité sociale et santé* tel qu'énoncé par l'UNESCO (dans sa *Déclaration sur la bioéthique et droits de l'homme*) et rendu publique en 2005 est une nouvelle approche des questions sociales de santé qui vise une nouvelle orientation des progrès scientifiques et technologiques dans le sens de la justice, de l'équité et de l'intérêt de l'humanité compte tenu de la situation préoccupante de la santé dans plusieurs régions du monde. Elle vise à faire de la responsabilité sociale un principe fondateur en bioéthique en donnant une place importante aux déterminants sociaux de la santé et au droit à la santé dans l'analyse des problèmes de santé et de distribution des ressources¹⁰⁴. Quel contenu et quelle pertinence peut avoir ce nouveau concept?

- **Principe de responsabilité sociale et les déterminants sociaux de la santé**

La Déclaration stipule dans son article 14 intitulé *Responsabilité sociale et santé* que :

« Compte tenu du fait que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale, le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser : (a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain; (b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates; (c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement; (d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit; (e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme. »
(UNESCO, 2010 : 76)

¹⁰⁴ Byk l'affirme en ces termes: « The introduction of the notion of social responsibility as a basic principle of bioethics constitutes one of the major contributions of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights adopted in October 2005 by UNESCO. As a message of political scope about the role that bioethics should play in the health and social sector, this reference finds its full value in a text in which "all principles should be understood as complementary and interdependent" (art. 26 UDBHR). Any thinking with a view to deepening the reality should therefore, in our opinion, be based on a double question: What influence can the notion of social responsibility have on bioethics? But also: what does bioethics contribute to the understanding of social responsibility? » (Byk, 2007 : 15)

En effet, dans la logique de cette Déclaration, la santé est une réalité culturelle, plurivoque et multifactorielle. Pour déterminer l'état de santé d'une population aujourd'hui, contrairement aux siècles passés, on se réfère aux facteurs biologiques, démographiques, culturels, socio-économiques, écologiques. La notion de santé, l'état de santé publique ou individuelle dépassent désormais le cadre strict du médico-sanitaire pour recouvrir celui d'un projet social, d'un projet de vie en évolution constante, qui tient compte non seulement des aspects liés au système de soins, mais aussi, et surtout aux conditions d'existence (United Nations, 2006; San Martin, 1983; La Rosa et *al.*, 2007). Selon l'OMS, les déterminants de la santé sont sociaux, physiques, économiques, et comportementaux. Le contexte où vivent les personnes détermine leur santé autant que leur patrimoine génétique et leur mode de vie. On ne peut raisonnablement et de manière responsable blâmer les personnes d'être en mauvaise santé sans tenir compte de tous ces déterminants (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Cette logique est fondamentale pour une société soumise par la force des choses à la contrainte de la responsabilité de tous pour le bien de tous (Jonas, 1990; Ten Have et S. Jean, 2009).

Nombre de déterminants de la santé échappent dans bien des cas au contrôle individuel direct. Ces déterminants sont essentiellement : le revenu et la situation sociale; l'éducation; l'environnement physique; l'emploi et les conditions de travail; les réseaux de soutien social; la culture; les caractéristiques génétiques, le comportement personnel et les capacités d'adaptation; les services de santé; le genre (United Nations, 2006; Ten Have et S. Jean, 2009; UNESCO, 2010). Il est donc avéré qu'aujourd'hui l'état de santé de l'individu est aussi bien dépendant de son état biologique que de son état social (niveau d'intégration dans la société, position sociale, conditions de travail et de vie, solutions données par la société à ses besoins, etc.).

L'interrelation entre l'homme et son environnement (social, culturel, physique) détermine donc la santé individuelle et collective autant que les facteurs biologiques. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008) a demandé aux États et aux différents acteurs sociaux intervenant dans le domaine de la santé de travailler à améliorer les conditions de vie quotidienne des citoyens en considérant les circonstances dans lesquelles ils naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent; de former les travailleurs aux déterminants sociaux de la santé et de sensibiliser le public à ces déterminants.

- **Principe de responsabilité sociale et droit à la santé**

La Déclaration invite toutes les communautés à fixer des normes éthiques conformément au respect des droits fondamentaux de la personne, notamment au respect du droit à la santé et au droit à une vie digne :

« L'absence de soins de santé, et d'une volonté de promouvoir la santé, est une atteinte directe à un droit qui est ni plus ni moins la pierre angulaire de tous les autres : le droit à la vie. (...) La communauté internationale a donc précisé le sens et la portée de la notion de droit à la santé. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) inclut dans le droit international des droits de l'homme, comme disposition centrale, le droit à la santé, spécifiant de manière décisive : « Les États partis au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (art. 12) ». (UNESCO, 2010 : 22)

Quatre éléments caractérisent le droit à la santé, et impliquent les pouvoirs publics et les acteurs sociaux : *La disponibilité* des structures, des biens et des services; *L'accessibilité* physique, économique et informationnelle; *L'acceptabilité* éthique et culturelle; *La qualité* scientifique et médicale¹⁰⁵. Le droit à la santé que l'on peut revendiquer n'est pas celui de rechercher le meilleur état de santé, mais le meilleur qui puisse être atteint. Ce qui exige de combattre les inégalités et de faire la promotion de l'équité (OMS, 2000; Ten Have et S. Jean, 2009).

- **Principe de responsabilité sociale et équité en santé**

L'article 10 de la Déclaration (Égalité, justice et équité) affirme que « L'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce qu'ils soient

¹⁰⁵ OMS. *Le droit à la santé*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/index.html>

traités de façon juste et équitable. » (UNESCO, 1949) Cet article de la Déclaration rappelle les exigences d'équité et de solidarité dans les communautés nationales et au niveau international sans lesquelles le droit à la santé et le droit à une vie digne ne peuvent être effectifs.

En mai 2009, la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, après examen du rapport de la Commission de l'OMS, a invité les États membres à s'attaquer aux inégalités en matière de santé à l'intérieur des pays et entre pays (OMS, 2009a). Les États membres étaient notamment invités à s'engager politiquement à intégrer l'équité en santé dans toutes les politiques; à définir des objectifs et à mettre en œuvre ainsi des stratégies pour améliorer la santé publique en luttant contre les inégalités en matière de santé; à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales qui visent les déterminants sociaux de la santé et la protection sociale. Aussi se devaient-ils de promouvoir la disponibilité et l'accessibilité de tous aux soins (United Nations, 2006; Ten Have et S. Jean, 2009; UNESCO, 2010). Alors, comme le dit Byk, « Social responsibility therefore will lead to questions about the reality and the efficiency of healthcare systems depending on concrete objectives and the search for equity. » (2007 : 15-16) Et le corollaire du principe de responsabilité ainsi promu pour atteindre ces objectifs est naturellement le principe de solidarité.

4.2. La solidarité : concept, fondements et principe

4.2.1. Concept et fondements

Comment s'est forgé au cours du temps le concept de solidarité? Pourquoi les êtres humains sont-ils solidaires? Voilà deux questions auxquelles nous apportons dans cette section des éléments de réponse. Deux siècles environ ont été nécessaires pour forger ce concept dont la notion s'accorde avec celle de *responsabilité*. Le mot solidarité vient en effet du latin *Solidus* qui signifie « entier » et qui a donné naissance aux mots « souder », « solidaire » en termes de dette et de responsabilité. Il dérive aussi de l'expression latine *in solidum* qui signifie « pour le tout » et qui traduit un lien unissant les membres d'un corps et leur responsabilité mutuelle; une unicité, un corps tout entier soudé et solidaire dont chacun des membres bénéficie de la même sollicitude (Lenoir, 2007 ; Théry, 2007 ; Viévard, 2013; Supiot, 2015). Le terme désigne donc un devoir de réciprocité, mais avec une dimension contraignante (Soulet, 2004). À la base, « le

concept de solidarité est d'abord un concept juridique de droit social » calqué sur le droit des obligations (Théry, 2007 : 153). Mais avec le temps, le sens qui lui sera donné et la façon de le comprendre et de le traduire dans des réalités sociales vont différer fortement suivant les contextes historiques, sociaux, philosophiques et politiques.

Le Petit Robert, en plus de la mention portant sur le caractère solidaire d'une obligation et des débiteurs qui sont solidairement responsables, définit la solidarité comme la relation d'entraide entre des personnes conscientes de leur appartenance à une communauté d'intérêts; relation qui entraîne l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance¹⁰⁶. Le mot solidarité qualifie dans ce cas une dépendance réciproque au sein d'un groupe constitué de personnes moralement obligées de se soutenir les unes les autres. Dans ce groupe, les destins sont considérés comme liés et l'action qu'on mène en faveur de l'autre est comprise comme une action en la faveur de l'acteur lui-même (Paugam, 2007a). La compromission de l'avenir du groupe étant considérée comme une compromission de l'avenir de chaque individu du groupe. En ce sens, la solidarité fait donc référence au lien social d'engagement mutuel, de dépendance réciproque, de coopération et d'entraide dans une communauté de destin (famille, communauté ethnique, profession, nation, etc.). Autrement dit, « elle exprime les dépendances réciproques et donne lieu à des sentiments de compassion et à des gestes de soutien ou de réciprocité. Constituant ainsi le lien qui unit l'individu à son groupe, elle est structurée et actualisée en fonction de la triple obligation mise en évidence par Marcel Mauss et ses épigones : donner, recevoir et rendre » (Dimé, 2007 : 151).

Dans une autre logique, la notion de solidarité fait référence aux mouvements d'entraide qui poussent les humains les uns vers les autres dans la reconnaissance comme des semblables (appartenance à la même humanité); elle est fondée sur la responsabilité morale. Selon, Théry, « le mot solidarité a d'abord été utilisé pour décrire un sentiment spontané de projection de soi-même dans autrui, vu comme un alter ego dessinant ainsi une communauté de sort et de vécu,

¹⁰⁶Voir : J. Rey-Debove et A. Rey (dir), (2007). *Nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris : millésimée.

parfois dans le succès, mais le plus souvent dans le besoin ou la difficulté » (Théry, 2007 : 152). Alors la solidarité devient dans ce cas l'expression d'un choix personnel de valeur et non la réponse à l'obligation de cohésion d'un groupe social dont les membres vivent en interdépendance.

Cependant, le terme « solidarité » à l'origine est fortement corrélé au droit et se traduit comme un lien d'obligation juridique. Il est donc aussi un concept juridique de droit social et relève de la contractualisation d'un devoir réciproque comportant une dimension contraignante fondée sur la responsabilité sociale (Blais 2007 : 13). Cette acception est encore en vigueur dans certaines formes de solidarité institutionnalisées comme la solidarité nationale qui par le paiement de l'impôt organise l'effort de chacun au profit de tous. Elle évoque aussi l'idée d'une cohésion des parties nécessaires pour fonder l'harmonie du tout puisqu'« il ne peut exister de société humaine sans solidarité entre ses membres » (Paugam 2007b : 949). L'idée de solidarité est prise ici dans son sens factuel de cohésion au-delà de sa dimension morale. Alors, la solidarité est une condition qui s'applique à l'ensemble des éléments d'un ensemble. Dans ce cas, la dépendance mutuelle est une condition de la solidarité et la solidarité à son tour fait la cohésion de l'ensemble.

En sciences humaines, la solidarité est un concept multidimensionnel et polysémique. De ce fait, ses niveaux de compréhension sont assez diversifiés suivant les disciplines. Les éclairages philosophiques, sociologiques, anthropologiques, historiques permettent de mieux comprendre les fondements. Dans ce travail, la solidarité est considérée comme valeur morale, comme norme et comme mécanisme social de redistribution. Ce choix nous permet de présenter les fonctions symboliques et sociales de ce concept qui connaît une revalorisation dans le discours contemporain et dans sa pertinence opérationnelle sur le plan éthique et social (Policar, 1997; Blais 2007; Bec, 2009; Wijffels, 2015).

4.2.2. Les formes de solidarité et leurs fondements

4.2.2.1. Perspective sociohistorique

La perspective sociohistorique permet d'appréhender les inflexions historiques de la notion de solidarité mobilisée sur plus d'un siècle dans les politiques sociales. En effet, la notion de

solidarité a évolué avec les différents contextes historiques, sociaux et politiques. Dans le monde occidental, on est passé de la solidarité chrétienne, comprise comme charité et compassion, aux solidarités institutionnalisées de l'État providence (Blais, 2007; Viévard, 2013; Supiot, 2015)¹⁰⁷. Une rupture fondamentale s'est alors opérée entre solidarité et charité, ce qui a fait de la solidarité un choix de valeur¹⁰⁸. Le christianisme avait fondé les valeurs d'entraide sur la dignité de tout être humain et la communion de tous les êtres humains en Dieu. Sur cette base, un système d'assistance s'est institutionnalisé au fil du temps sur la base de la charité à travers les associations caritatives et autres structures de charité et de soins (hôpitaux, hospices). Un tissu d'actions sociales relevant du devoir individuel s'est développé jusqu'aux temps modernes qui ont fait naître des révolutions et l'institution de l'État social dans lequel la solidarité a été refondée sur des principes tels que les droits, l'égalité, la réciprocité, etc., en vue du maintien du lien social (Soulet, 2004; Blais, 2007; Viévard, 2013; Wijffels, 2015)¹⁰⁹. La solidarité

¹⁰⁷ Il est évident que le concept de solidarité est né d'une laïcisation des systèmes de charité ou des formes de prise en charge des plus démunis dont l'Église est fondatrice. Les racines du concept sont en effet chrétiennes puisqu'en Occident, dès le premier siècle, la pensée chrétienne a développé la compréhension de la communauté chrétienne comme une unicité organique. À travers la métaphore de l'Église corps du Christ à l'image du corps humain, l'interdépendance et la complémentarité des uns et des autres a nourri le sens d'équité qui se distingue de l'égalité (Blais 2007, p. 58). La Première épître de Paul aux Corinthiens (12, 12-27) a été le texte fondateur de cette possibilité de traitement équitable qui tient compte des différences de chacun : « De même en effet, que le corps est un, tout en ayant plusieurs membres, et que tous les membres du corps, en dépit de leur pluralité, ne forment qu'un seul corps, ainsi en est-il du Christ. Aussi bien est-ce en un seul Esprit que nous avons été baptisés en un seul corps, Juifs ou Grecs, esclaves ou hommes libres, et tous nous avons été abreuvés d'un seul Esprit. Aussi bien le corps n'est-il pas un seul membre, mais plusieurs. Si le pied disait : " Parce que je ne suis pas la main, je ne suis pas du corps, " il n'en serait pas moins du corps pour cela. Et si l'oreille disait : " Parce que je ne suis pas l'œil, je ne suis pas du corps, " elle n'en serait pas moins du corps pour cela. Si tout le corps était œil, où serait l'ouïe ? Si tout était oreille, où serait l'odorat ? (...) Mais Dieu a disposé le corps de manière à donner davantage d'honneur à ce qui en manque, pour qu'il n'y ait point de division dans le corps, mais qu'au contraire les membres se témoignent une mutuelle sollicitude. Un membre souffre-t-il ? Tous les membres souffrent avec lui. Un membre est-il à l'honneur ? Tous les membres se réjouissent avec lui. Or vous êtes, vous, le corps du Christ, et membres chacun pour sa part » (Bible de Jérusalem, éditions du Cerf, 2007).

¹⁰⁸ La charité est comprise dans le contexte chrétien comme une forme d'expression de la solidarité qui relève du don et de la générosité. Lorsque la solidarité n'est pas normative et contraignante, on a affaire à la charité, à la générosité ou à l'altruisme qui caractérisent un acte d'engagement unilatéral qui n'exige pas la réciprocité.

¹⁰⁹ La solidarité est refondée dans un contexte où le libéralisme économique est responsable d'une exploitation féroce du monde ouvrier. Face à des inégalités résultant de logiques économiques et sociales qui produisent une inégale répartition des richesses économiques, intellectuelles et politiques, il est désormais difficile d'attribuer à l'individu la responsabilité de ce qu'il lui arrive. Au regard de cette situation, l'État, en tant qu'instance garante de l'intérêt général, se doit d'intervenir pour agir sur les obstacles qui empêchent à certains individus d'exercer socialement leur liberté (Bec, 2009 : 59-61).

implique désormais une entraide sur base d'égalité ou d'équité dans la réciprocité. Si elle n'est pas tout à fait effective au XIX^{ème} siècle, elle est du moins théoriquement reconnue et affirmée.

De cette distinction entre solidarité et charité, le concept de solidarité va prendre des distances avec le champ arbitraire de la générosité pour s'instituer politiquement et juridiquement (Paugam, 2007a; Viévard, 2013; Wijffels, 2015)¹¹⁰. L'opérationnalisation du concept de solidarité sera portée par les associations qui se développent notamment dans le monde du travail à une époque où le salariat connaît une crise et où l'État-providence n'est pas encore structuré. Alors, des mutuelles se créent et s'organisent pour regrouper des ouvriers qui reçoivent des secours en cas de maladie, de chômage ou dans leur vieillesse contre une cotisation mensuelle (Viévard, 2013; Polère, 2013a). À ce sujet, Chaniel et Laville affirment que :

« Dès le 19^e siècle, en Europe, la solidarité a été considérée comme un principe de protection susceptible de limiter les effets perturbateurs de l'extension de l'économie de marché. Au-delà d'une acception philanthropique, une autre approche de la solidarité renvoyait à des pratiques d'entraide mutuelle et d'auto-organisation au sein de la société civile. Dans celles-ci, le lien social volontaire, propre à la citoyenneté moderne, c'est-à-dire respectant les principes de liberté et d'égalité et réalisant dans l'action concrète le principe de fraternité, pouvait être mobilisé comme une ressource économique. » (2001 : 10)

Sur le plan philosophique et politique, le terme solidarité a été introduit en 1839 par le philosophe et homme politique français Pierre Leroux motivé par les conditions défavorables d'une multitude de citoyens malgré la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.¹¹¹ Autrement dit, ce sont les conditions d'inégalités socioéconomiques de certaines classes sociales du fait de la révolution industrielle qui le poussent à développer le concept de solidarité qu'il oppose au caractère aléatoire et arbitraire de la charité comme une obligation

¹¹⁰Les solidarités naturelles (familiales et humaines) ont été progressivement remplacées par des institutions sociales (médico-sociales, socio-éducatifs) au cours de la seconde moitié du 19^{ème} siècle. L'État-providence a substitué aux prestations de la solidarité familiale, associative et des regroupements volontaristes de la société civile un principe d'organisation sociale reposant sur la notion de solidarité nationale ou publique (Messu, 2006).

¹¹¹La Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen a prélué à la formulation postérieure de l'idée de solidarité, notamment par son article 21 qui mentionnait l'importance des *secours publics*. Il stipulait que l'État a l'obligation de porter assistance aux démunis sans travail ou hors d'état de travailler.

sociale (Soulet, 2007; Lenoir, 2007; Peignot 2014)¹¹². Plusieurs penseurs par la suite vont poursuivre la réflexion sur ce nouveau concept pour refonder le lien social face à son délitement. Personnalités politiques, juristes et sociologues se réclamant du solidarisme¹¹³ tels que Léon Bourgeois, Léon Duguit et Émile Durkheim vont donner au concept de solidarité un sens nouveau. Dépassant sa justification par l'argument de la commune participation à l'humanité comme l'a fait Pierre Leroux, les solidaristes vont mettre l'accent sur la dette sociale dont les hommes sont redevables à l'égard des générations passées et futures (Chanial et Laville, 2001 : 22). Léon Bourgeois en 1906 dans son œuvre *Solidarité* affirme à ce propos que « le devoir social n'est pas une pure obligation de conscience, c'est une obligation fondée en droit, à l'exécution de laquelle on ne peut se dérober sans une violation d'une règle précise de justice » (Bourgeois, 1992 : 22-23). Il fait de la solidarité une règle que l'État peut imposer au besoin par la force pour assurer à chacun sa part légitime dans le travail et dans le fruit de la coopération sociale. L'État social est ainsi théorisé et la solidarité sociale fondée.

C'est dans la logique de la pensée de Bourgeois que l'idée de service public est désormais arrimée à la notion de solidarité, et l'intervention de l'État s'impose dans cette logique comme une réponse pragmatique à la nécessité de la cohésion sociale dans le souci d'éviter la double dérive de « l'individualisme » et du « collectivisme » (Polère, 2013a)¹¹⁴. Après la Seconde

¹¹²Chanial et Laville précisent que « Pour échapper à un individualisme concurrentiel comme à un étatisme autoritaire, P. Leroux table sur des réseaux de solidarité passant par l'atelier, par des associations ou par la presse pour entretenir l'esprit public indispensable à la démocratie. C'est dans cette lignée que les projets de la constitution d'une économie « fraternelle » ou « solidaire » ont fleuri dans les années 1830 et 1840 à travers un véritable élan associationniste. La solidarité articule ainsi réciprocité et espace public moderne. Mettant l'accent sur la dimension intersubjective des rapports sociaux et sur la liberté positive qui consiste à coopérer et s'associer avec d'autres, la référence à un tel principe apparaît comme une résistance au projet libéral d'une société d'individus fondée uniquement sur la liberté négative et le paradigme de l'intérêt. » (Chanial et Laville, 2001 : 15-16)

¹¹³Le solidarisme est une doctrine qui a véritablement permis d'organiser la solidarité par le moyen de la loi et l'État qui l'a mise en œuvre. Elle va réussir à institutionnaliser l'interdépendance entre les individus afin que la solidarité devienne un devoir social, une obligation fondée en droit. Léon Bourgeois en est son principal théoricien. Il développe l'idée selon laquelle chacun est en situation de dette à l'égard de la collectivité dont il a reçu l'héritage et affirme que « l'homme naît débiteur de l'association humaine » et de ce fait l'obligation de tous envers chacun n'est pas facultative, car il s'agit de la contrepartie des avantages retirés de la société. Il énonce ainsi le principe d'une dette morale à l'égard de la collectivité dont le remboursement se fait au profit des plus faibles, via la loi et l'État (Viévard, 2013).

¹¹⁴La solidarité a été une préoccupation centrale des nouveaux libéraux et des solidaristes en France au XIXème et XXème siècle tous opposés au libéralisme économique du « laisser-faire » et aux socialistes dans leur idéologie

Guerre mondiale, l'État keynésien se donne pour tâche de favoriser le développement économique et parallèlement, l'État-providence se charge de prolonger les formes précédentes d'État social avec la sécurité sociale et la généralisation des systèmes de protection sociale. Par ces nouveaux rôles, l'État encadre et soutient le marché autant qu'il en corrige les inégalités (Chaniel et Laville, 2001 : 22-23).

Dans une approche purement sociologique, Durkheim (2007a) avait déjà en son temps soutenu dans son œuvre *De la division du travail social* parue en 1893 qu'il existerait à travers la division sociale du travail une fonction morale qui rend les individus solidaires entre eux dans toutes les sociétés humaines. Il distinguait alors deux formes de solidarité : la *solidarité mécanique* qui dépend de l'existence d'une conscience collective fonctionnant par similitude qui concerne les communautés humaines traditionnelles; et la *solidarité organique* qui est une solidarité par complémentarité qui se développe dans les sociétés dites industrielles. Les deux formes de solidarité étant toutes basées bien entendu sur les modes de division sociale du travail, mais aussi sur le degré d'individualisation de la société à un moment de son évolution.

- **La solidarité mécanique**

Durkheim définit cette forme de solidarité comme celle dans laquelle la cohésion sociale est caractéristique d'une très faible division du travail (les sociétés primitives ou traditionnelles). La division du travail étant faible et les activités productives peu différenciées, les individus occupent de ce fait des positions sociales proches et ont des caractéristiques semblables. Ils sont unis mécaniquement les uns aux autres par les activités qu'ils mènent et les valeurs qu'ils ont en partage. Ces valeurs s'imposent alors aux individus et leur attachement au groupe est fort. L'individualisme est par conséquent faible, réprimé et ressenti comme une déviance ou une menace pour la solidité de la société. Aujourd'hui, la communauté laisse la place à la société.

de la lutte des classes. L'idéal de solidarité a inspiré les politiques de l'après-guerre comme le New Deal avant elle (Audard, 2009 : 474-475).

Et c'est en cela que Durkheim voit le passage d'une solidarité mécanique à une solidarité organique, caractéristique des sociétés modernes.

- **La solidarité organique**

Durkheim présente la solidarité organique comme une solidarité liée aux interdépendances dans les sociétés industrielles ou modernes en raison de la complexification de la division sociale du travail. La division du travail s'accroît avec le développement industriel et les tâches productives se différencient, provoquant une segmentation de la société en groupes sociaux très distincts. Dans ces types de sociétés, la cohésion sociale est fonction de la complémentarité et suppose une multiplication des échanges entre les individus. Contrairement à la solidarité mécanique, le sentiment de solidarité ne s'impose pas de lui-même, mais par l'action de groupes spécialisés ¹¹⁵qui déterminent des règles sociales acceptables pour tous. Cependant, les consciences individuelles peuvent s'exprimer et un processus d'individualisation se produit; ce qui conduit à dégager chacune des contingences imposées par la conscience collective. En effet, la division du travail et la multiplicité des valeurs favorisent l'existence de divers processus d'individualisation. L'individualisme est alors possible et même soutenu par le système.

Tout compte fait, on peut affirmer qu'« il ne peut exister de société humaine sans solidarité entre ses membres. Cette dernière correspond à une morale partagée par tous qui constitue en quelque sorte un roc indestructible : le fondement de toute vie sociale » (Paugam, 2007b : 949)¹¹⁶. Ce constat de Paugam se situe en continuité de la thèse d'Émile Durkheim selon laquelle, la solidarité est le principe organisateur de toute vie collective; même si pour Durkheim, la forme de solidarité change dans le processus d'évolution des sociétés, passant, de la solidarité mécanique à la solidarité organique (Durkheim, 2007).

¹¹⁵Corporations, syndicat, associations, etc.

¹¹⁶Par les règles que se sont données les sociétés humaines, les fondements de la solidarité ont été certainement posés depuis les premières communautés humaines (clans, tribus) jusqu'aux sociétés complexes d'aujourd'hui. Les religions et le droit ont notablement contribué à en établir les règles et les modalités de fonctionnement au cours des âges.

4.2.2.2. Liens sociaux et formes de solidarité

Il existe plusieurs formes de solidarité qui renvoient toutes à la reconnaissance des individus qui partagent avec les autres le même destin, les mêmes risques à affronter, des individus interdépendants et engagés dans un jeu de réciprocité dans un cadre familial, associatif et national (Soulet, 2007; Van Pevenage et al., 2009; Viévard, 2013).

Pour définir les différentes formes de solidarité suivant la problématique de ce travail, nous avons choisi de nous référer aux travaux du sociologue Serge Paugam portant sur le lien social. Paugam définit les liens sociaux qui sous-tendent les formes de solidarité en mobilisant deux auteurs classiques. Il confronte Émile Durkheim qui, dans *De la division du travail social* analyse le changement social en partant des liens de solidarité mécaniques et organiques et Max Weber qui analyse la transformation du lien social en distinguant les rationalités traditionnelles et « affectuelles » des sociétés traditionnelles, des rationalités en valeur et en finalité des sociétés modernes (Ladouceur, 2008; Vidal, 2008)¹¹⁷. Il analyse alors les conséquences du passage « du lien social aux liens sociaux » ou encore des sociétés à solidarité mécanique où les individus sont inscrits dans un cercle étroit de socialisation, aux sociétés modernes complexifiées qui se caractérisent par la pluralité des liens qui s'entrecroisent et relient les individus. Il s'inspire également des travaux de Georg Simmel et de Norbert Elias qui ont mis en évidence la pluralité des appartenances et analysé le lien social dans les sociétés modernes¹¹⁸, ainsi que ceux d'Axel

¹¹⁷ Voir : M. Weber (1971). *Économie et société*, Tome I. Paris : Plon; M. Weber (1985). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Collection « Agora ». Paris : Plon ; É. Durkheim (2007). *De la division du travail social* (1re éd., 1893), Coll. « Quadrige ». Paris : Presse universitaire de France.

¹¹⁸ Les recherches de Georg Simmel sur la réciprocité (les moyens de vivre ensemble) font de lui le sociologue du cosmopolitisme (Truc, 2005). Selon Simmel, pour mieux comprendre le fonctionnement social, il faut analyser « les actions réciproques » (Simmel, 1999 : 43). Ce que la sociologie est appelée à observer ce sont les liens qui existent entre les individus, ce qu'il appelle la socialisation. Voir : G. Simmel (1999). *Sociologie, Études sur les formes de socialisation* (traduction du texte original de 1908 par L. Deroche-Gurcel et S. Muller). Paris : Presses Universitaires de France. Par ailleurs, Norbert Elias soutient que l'individu construit son identité dans un milieu social et de relations précis qui lui transmettent ses valeurs, un schéma de comportements et un habitus social. Son processus d'individualisation s'opère avec un contrôle étroit du milieu social auquel il appartient (tribu, village, nation). Pour Elias, l'éducation d'un enfant consiste à faire intégrer à ce dernier l'ensemble des valeurs (parmi lesquels la solidarité) et de mécanismes d'autocontrôle que la société a construit au long des siècles. Voir : N. Elias (1991). *La société des individus*. Paris : Fayard.

Honneth sur la reconnaissance¹¹⁹. À partir de ces travaux, Paugam distingue et définit quatre types de liens sociaux à savoir : le lien de filiation, le lien de participation élective, le lien de participation organique et le lien de citoyenneté (Paugam, 2008). Ces différents liens sociaux répondent tous à deux besoins fondamentaux de l'individu : la reconnaissance et la protection. La reconnaissance fait référence ici à l'interaction qui stimule socialement l'individu et le valorise; et la protection renvoie à l'ensemble des supports (ressources familiales, communautaires, professionnelles et sociales) que l'individu mobilise pour faire face aux aléas de la vie (Honneth, 2002; Paugam, 2008; Chauvière et Messu, 2003).

Le lien de filiation caractérise le lien de l'individu à sa famille. En principe, chaque individu naît dans une famille et fait partie désormais de cette famille (restreinte ou élargie) sans qu'il l'ait choisie. La famille, en plus de lui permettre de développer une socialisation primaire¹²⁰, contribue à son équilibre affectif en lui procurant à la fois stabilité et protection. **Le lien de participation élective** par contre relève de la socialisation extra-familiale. Il permet à l'individu d'entrer en contact avec d'autres individus qu'il apprend à connaître dans le cadre de groupes et d'institutions divers (groupes d'amis, communautés locales, institutions religieuses, associatives et culturelles, etc.). À travers ces groupes et institutions choisis par l'individu lui-même, il participe à la vie sociale en dehors de son cadre familial, il s'intègre en apprenant à respecter des normes et des règles à travers lesquelles fonctionnent des formes de solidarité. **Le lien de participation organique** relève lui aussi de la socialisation extra-familiale. Il se

¹¹⁹C'est à Honneth qu'il faut reconnaître la formulation d'une théorie sur la nature de la reconnaissance et sur ce qui la rend si vitale pour les êtres humains. Son apport déterminant a été de ne pas restreindre ce besoin à la seule dimension culturelle dans les démocraties modernes. À partir d'une analyse qui s'appuie sur une relecture de Hegel, il montre que la reconnaissance est constituée de facteurs intégrateurs qui dans toutes les sociétés ont pour les êtres humains une importance vitale. En effet, dans la dialectique du maître et de l'esclave, Hegel (1807) développait déjà le thème de la reconnaissance en mettant en scène le désir réciproque des individus d'être reconnus par d'autres comme des êtres humains. L'importance de l'héritage de Hegel dans la définition de la reconnaissance est qu'il situe le désir de reconnaissance dans l'origine de la conscience de soi. Voir : A. Honneth (2002). *La Lutte pour la reconnaissance* (Première édition en allemand, 1992). Paris : Cerf, 2002.

¹²⁰Dans la vie d'un individu, les différents moments de socialisation ne sont pas équivalents. La sociologie différencie les temps et les cadres de la socialisation en séparant notamment la période de socialisation dite « primaire », essentiellement familiale, de toutes celles qui suivent et que l'on nomme « secondaires » (école, groupe de pairs, univers professionnels, institutions politiques, religieuses, culturelles, sportives, etc.). Voir P. Berger et T. Luckmann (1986). *La Construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens-Klincksieck.

caractérisé par l'exercice d'une fonction déterminée dans l'organisation du travail. C'est le lieu de la solidarité organique définie par Durkheim. Cette solidarité, par la complémentarité des fonctions qu'elle confère aux individus, aussi différents soient-ils les uns des autres, remplit une fonction sociale susceptible d'apporter à chacun à la fois l'assurance de reconnaissance, le confort de la sécurité sociale et le sentiment d'être utile à la société. Enfin, le principe de l'appartenance à la même nation organise **le lien de citoyenneté**. La nation reconnaît à ses membres des droits et des devoirs et les invite à former ensemble un corps solidaire. Par ailleurs, les citoyens sont considérés égaux en dignité et en droit dans les sociétés démocratiques. Ils disposent aussi de droits économiques et sociaux; ce qui implique une lutte contre les inégalités économiques et sociales par les moyens de la solidarité publique (Paugam, 2008; 2013).

Tableau 4 : Champs conceptuels de la notion de solidarité

Lien social	Types de solidarité	Valeurs fondamentales	Principes et caractéristiques socio-éthiques
Lien de filiation	La solidarité familiale	-Reconnaissance -Affection -Entraide -Réciprocité	- Relations sociales fondées sur l'affectivité -Reconnaissance affective de la famille -Obligations solidaires -Injonction morale -Primat de l'intérêt collectif -Protection familiale
Lien de participation élective	La solidarité de l'entre-soi électif	-Reconnaissance -Confiance -Entraide -Réciprocité	-Relation sociale fondée sur l'esprit du groupe -Reconnaissance affective ou par similitude des pairs -Espace d'autonomie -Mutualisation de certains risques sociaux -Protection du groupe
Lien de participation organique	La solidarité organique professionnelle	-Reconnaissance -Complémentarité -Mutualité -Réciprocité	-Relation sociale fondée sur l'intérêt individuel -Reconnaissance par le travail -Rapports contractualisés -Participation à la vie sociale par le travail -Sécurité sociale
Lien de citoyenneté	La solidarité publique	-Reconnaissance -Droits -Justice sociale -Égalité -Réciprocité	-Relation sociale fondée sur la citoyenneté -Reconnaissance des droits institutionnalisés -Système de solidarité institutionnalisé (protection sociale)

			-Participation de tous à la solidarité sociale
--	--	--	--

Sources : Inspiré de la typologie des liens sociaux et des fondements de la solidarité élaborée par Serges Paugam (2007a; 2008).

Suivant cette approche de Paugam, nous distinguons donc quatre formes différentes de solidarités : familiale, entre-soi électif, organique et professionnelle puis publique ou nationale. Ces différentes formes de solidarité se distinguent essentiellement de par leur nature, choisie ou non choisie, naturelle ou institutionnelle, contractuelle ou non-contractuelle, contrainte ou non-contrainte, fondée sur la morale ou sur un argument de raison (Théré, 1994; Massé, 2007). Elles sont différentes l'une de l'autre, mais dans la vie concrète des individus, elles coexistent le plus souvent et sont complémentaires. Elles remplissent des fonctions différentes selon les contextes et selon la position sociale de l'individu. Elles sont néanmoins toutes socialement protectrices et intégratrices en tant qu'elles constituent le tissu social dans lequel l'individu se construit et se développe (Paugam, 2008; Van Pevenage et al., 2009)

4.2.3. Les caractéristiques des différentes formes de solidarités

4.2.3.1. La solidarité familiale

Il est difficile de donner d'emblée une définition précise de la solidarité familiale, car la notion de solidarité familiale fait référence à plusieurs notions connexes telles que l'aide, le soutien, l'entraide, etc. Néanmoins, on peut tout au moins présenter les caractéristiques qui la distinguent des autres formes de solidarité (Weber, 2002; Lenoir, 2007; Van Pevenage et al., 2009).

On peut définir de façon sommaire la solidarité familiale comme cette cohésion grâce à laquelle les membres d'une famille (la famille élargie ou le réseau familial) ont à cœur le bien-être des uns et des autres. Ils ont conscience d'être une communauté d'intérêts et traduisent leur sentiment d'appartenance concrètement dans différents comportements, d'entraides, de soutiens et d'échanges (Fortin;1987; Weber, 2002; Lenoir, 2003; Massé, 2007). Les caractéristiques suivantes ont été identifiées par des chercheurs comme étant propres aux pratiques de solidarité familiale : la gratuité, la réciprocité, la polyvalence, la plasticité, la souplesse et l'accessibilité (Dandurand et Ouellette, 1992; Bengtson, 2005; Van Pevenage et al., 2009).

La gratuité caractérise les pratiques de solidarité au sein du réseau familial. Il est plutôt rare que les services rendus à des membres de sa famille soient monnayés bien qu'il arrive que des services soient souvent payés pour régler un sentiment de dette. La **réciprocité** est inscrite au cœur des pratiques de la solidarité familiale. Elle fonctionne selon la logique du *don et contre-don*¹²¹. Quand le *don* est fait, le contre-don peut se réaliser immédiatement ou attendre de se réaliser plus tard et même dans les générations suivantes. Mauss a montré que cette solidarité repose sur un principe de réciprocité (la triple obligation de *donner-recevoir-rendre*) différent de l'échange marchand (Godelier, 1996; Van Pevenage et al., 2009; Dufoulon and Methni, 2011). La solidarité familiale dans ses modes d'expressions est **polyvalente**, car elle couvre un large spectre de soutiens : prestations affectives, soins, partage, etc. Ces différentes formes de soutien s'expriment avec une **souplesse** plus ou moins adaptée et sans engagement formel. Ils sont en effet proportionnés et personnalisés suivant les besoins et les ressources dont dispose chaque membre du réseau familial. La plasticité différencie la solidarité familiale des autres formes de solidarité, notamment celle publique qui se fait dans un contexte bureaucratique et sur une base contractuelle et institutionnelle. Enfin, l'**accessibilité** constitue elle aussi une caractéristique importante de la solidarité familiale. Le réseau familial est permanent, disponible; l'accès aux soutiens qu'il offre est inconditionnel (Dandurand et Ouellette, 1992; Bengtson, 2001; 2005; Weber, 2002; Van Pevenage et al., 2009).

Dans l'histoire des sociétés, la solidarité familiale a longtemps été une valeur basée sur l'obligation de redistribution. Elle a assuré dans le passé la fonction de la sécurité sociale des membres de la famille¹²². Elle était un principe fondamental que la socialisation s'occupait de

¹²¹On doit à l'ethnologue Marcel Mauss la conceptualisation des formes archaïques de l'échange et du don qui subsisteraient aujourd'hui dans la sphère familiale. La logique du *don et contre-don*, articulée autour de la triple obligation de « donner-recevoir-rendre », crée un état de dépendance qui permet de recréer le lien social. Voir : M., Mauss (1968). « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives ». Dans *Sociologie et anthropologie*. Paris: Les Presses universitaires de France.

¹²²Dimé à ce propos affirme que : « La redistribution sociale s'enracinait dans un ensemble de valeurs fondées sur l'importance affirmée de la solidarité dans l'espace familial, tant sur le plan symbolique que dans la vie de tous les jours. La solidarité a longtemps fonctionné comme un système de sécurité sociale, de prévention et de protection contre les incertitudes ou les aléas de la vie. Elle trouvait place dans un contexte de familles élargies où l'obligation

reproduire, de pérenniser et d'intérioriser comme habitus communautaire (Vuarin, 2000; Lenoir, 2003; Dimé, 2007). Avec l'avènement des sociétés modernes qui se caractérisent par la complexification des rapports entre les individus, cette forme de solidarité bien que toujours présente s'effrite progressivement à cause de la naissance des solidarités « plus englobantes, contractuelles, institutionnalisées, régulées par des instances centrales supra-communautaires, organisées selon une logique bureaucratique et marchande. C'est ainsi qu'ont été instaurées diverses modalités de solidarité publique comme l'assistance publique, l'assurance chômage, l'assurance maladie, l'assurance-décès, les prestations familiales et les allocations de retraite » (Dimé, 2007:154).

La solidarité familiale reste cependant, dans les sociétés en crise et celles qui se démarquent par un manque de protection sociale (cas du Cameroun et d'un bon nombre de pays en développement), la valeur refuge des défavorisés sociaux (Eloundou-Enyegue, 1992; Lenoir, 2007). Elle est suppléée dans le soutien qu'elle offre à ses membres par les formes de solidarité dite de l'entre-soi électif qui comblent les insuffisances des institutions sociales, inaccessibles ou défaillantes (État-social, travail, etc.) (Chauvière et Messu, 2003; Diop et Benoist, 2007; Dimé, 2007).

4.2.3.2. La solidarité de l'entre-soi électif

Cette forme de solidarité se distingue par son caractère électif; l'individu choisit librement d'appartenir à un groupe, contrairement à l'appartenance familiale qui lui est naturellement assignée. Au sein de ces groupes, outre la solidarité, la compassion, la convivialité, la concertation et la réciprocité caractérisent les rapports suivant l'éthique et les visées du groupe. Ces groupes peuvent être des associations à but économique, culturelle ou sportive, ou simplement un groupe de relations amicales (Diop et Benoist, 2007).

de redistribution sociale était fortement prônée. Elle était surtout légitimée et normée par des principes moraux, des préceptes religieux et des obligations sociales. » (2007 : 151)

Il peut s'agir aussi des lieux de coexistence et de partage, notamment pour ceux qui vivent une forme de vulnérabilité. Il s'agit ici de « ceux chez qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité courent le risque d'être menacés ou violés » (Kemp et Rendtorff, 2001 : 869). Ces individus trouvent dans le partage de leur vulnérabilité le lieu où ils peuvent tisser de nouveaux liens sociaux (Massé, 2007). Il s'agit notamment des associations d'entraide et des réseaux d'aide mutuelle qui améliorent la vie et le quotidien des individus, contribuent à créer des emplois face à l'absence de travail et mettent ensemble les individus qui vivent un isolement social. Dans ce contexte, « la voie associative paraît comme le chemin privilégié d'une appropriation de la parole et de l'action » (Benoist, 2007 : 9).

En Afrique subsaharienne, la rencontre entre la société moderne, et la société traditionnelle a favorisé une forme particulière de solidarité élective qui n'est structurée par aucune forme de principe social formel. Elle ne se fonde ni sur les liens de parenté ni sur les logiques rationnelles de la société moderne. Les seuls éléments qui sont au fondement sont la confiance et le capital social, qui se créent dans les échanges sociaux (Diop et Benoist, 2007). Elle concerne des personnes d'origines diverses dans les milieux urbains, et qui coopèrent et solidarisent pour affronter les situations difficiles; et pour se prémunir des aléas sociaux et même prospérer économiquement. Les systèmes de tontines en font partie et constituent une bonne illustration de la solidarité de l'entre-soi électif.¹²³

La tontine ¹²⁴n'est pas seulement une sorte d'épargne pour les pauvres. Elle établit un lien social fort qui se fonde sur la confiance et l'honnêteté entre les contractants, seules garantes du contrat.

¹²³ Voir : T. Pairault (1990). « Sociétés de tontines et Banques de petites et moyennes entreprises à Taiwan ». Dans M. Lelart (éd.) *La tontine : pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*. Paris : AUPELF-UREF, p.281-308.

¹²⁴Le terme tontine tient son appellation du nom du banquier napolitain Lorenzo Tonti qui en 1653 a inspiré une pratique qui consistait en une opération financière ayant pour objet de mettre en commun des fonds destinés à être partagés entre les sociétaires. Au sens africain, la tontine est un mécanisme de collecte et de redistribution de la force de travail, des services, des biens matériels et biens financiers au profit des membres du groupe social qui la compose. Cette forme d'organisation sociale est reconnue très ancienne en Afrique et se démarque nettement de la formule de Lorenzo Tonti. De façon générale, la tontine est considérée comme un système financier de mobilisation de l'épargne qui puise son énergie dans un élan de solidarité qui caractérise les peuples qui l'ont adoptée. On la retrouve sous des appellations variées chez différents peuples. En Corée elle fonctionne sous l'appellation

Des études portant sur le fonctionnement des tontines en Afrique montrent que les membres défaillissent rarement au respect de leurs engagements du fait des conséquences de la perte du lien social dont ils bénéficient et de ses avantages sociaux (Atim, 2000; Diop et Benoist, 2007). Des publications sur le système des tontines montrent qu'une multitude d'hommes et de femmes de faible condition se font une meilleure situation économique par la solidarité des tontines (Lelart, 1990). Le principe est celui d'un échange circulaire et égalitaire du bien ou du service à l'intérieur du groupe. « La tontine d'argent est pratiquée au sein de communautés où les banques refusent d'intervenir. C'est le cas en Afrique subsaharienne. Des groupes d'amis, de voisins ou de collègues peuvent alors se constituer afin de proposer, sur la base de la confiance, des contributions à chacun des membres » (Fouomene, 2013 : 44). Les cotisations des membres et les remboursements permettent de faire face aux aléas sociaux ou de financer des projets.

Dans le secteur socio-sanitaire, outre les tontines, cette forme de solidarité s'exprime dans les mutuelles de santé ou autres formes de micro-assurance maladie qui tentent de prendre le relais face aux défaillances de la solidarité publique pour amortir l'impact économique des aléas sanitaires sur la vie des ménages et des individus¹²⁵. Elles connaissent actuellement une grande expansion en Afrique et s'appuient pour la plupart sur le soutien d'organismes internationaux et de partenaires du Nord notamment la coopération internationale et les ONG (Criel et Dormael, 1999; Dussault, Fournier, et Letourmy, 2006; Diop et Benoist, 2007). Certaines associations visent simplement à donner voix aux usagés malades des systèmes de soin pour améliorer leurs conditions de soins.

« kesocieties », en Trinité et Tobago « susu union », en Inde « chitfund », au Nigéria « ésusu », en République Démocratique du Congo « likélimba », au Cameroun « Tchoua'a » chez les Bamilékés ou « djanguï » chez les anglophones. (Fouomene, 2013 : 43-45)

¹²⁵ En Afrique, faute d'un système de protection sociale universelle, de nombreux groupes de populations s'organisent pour développer des formes de protection sociale pouvant répondre à leurs besoins tels que les systèmes de micro-finance pour l'accès aux soins. Voir : L. P. Motaze (2008). *L'Afrique et le défi de l'extension de la sécurité sociale : l'exemple du Cameroun*. Paris : La Case africaine pour le social et l'économique; C. Atim (1998). *The contribution of Mutual Health Organizations to financing, delivery, and access to health care in west and central Africa: a synthesis of research in nine countries*. Technical Report 18, Partnerships for Health Reform Projects. Bethesda: Abt Associates Inc.

4.2.3.3. La solidarité organique professionnelle

Cette forme de solidarité fonctionne sur la base du mutualisme, d'un mécanisme d'assurance privée, d'un système de prépaiement, de coopération syndicale, de réseau de soutien et d'appuis mutuels, etc. Les facteurs qui motivent cette solidarité n'engagent aucun sentiment affectif ou altruiste. Elle fonctionne sous la logique du partage du risque par le plus grand nombre.

Le lien professionnel joue un rôle crucial dans l'intégration sociale de l'individu. Il est même défini par certains sociologues comme le plus important des liens qui rattachent l'individu à la société et régule tous les autres. Sa dégradation entraîne la fragilisation de tous les autres liens (Paugam, 2008; Castel, 2009). Le travail en effet comme activité socialement reconnue définit le statut et l'identité sociale de l'individu. Il met en symbiose l'individu et la société, procure un revenu, donne accès à la consommation et assure une autonomie financière. D'où l'importance de sa préservation et de son entretien. La solidarité organique professionnelle et le type de lien social qui l'alimente est la forme sous laquelle les premières mutuelles se sont développées en Europe dans la première moitié du XIX^{ème} siècle à l'initiative de groupes d'ouvriers ou de patrons pour répondre aux préoccupations sociales. On peut citer entre autres les *sociétés de secours mutuel* en Belgique et en France et la *friendly societies* au Royaume-Uni (Criel et Dormael, 1999).

Par ailleurs, la sphère du travail favorise le tissage d'une multitude de liens sociaux et de solidarité : relations professionnelles, actions collectives d'échanges et de solidarités, associations sportives et culturelles, relations amicales et festives entre collègues, etc. Toutes sont vectrices de solidarité et de sociabilité. Cependant, le travail procure un droit à la protection sociale qui, parce qu'institutionnelle, s'inscrit plus dans la sphère de la solidarité publique.

4.2.3.4. La solidarité publique

La solidarité publique consiste en une mise en commun, suivant une norme bien définie, des ressources destinées à la redistribution conformément au principe de la justice sociale et selon

les besoins (Fleischacker, 2004)¹²⁶. La solidarité publique nécessite le dépassement des différences dans une communauté de destin, dans une nation qui par définition est une communauté historique et politique. Elle comporte un élément hiérarchique, celui du devoir des plus fortunés à l'égard des plus désavantagés, et un élément égalitaire, celui de la réciprocité. La protection réciproque qu'on se doit les uns les autres (Audard, 2009 : 478).

Les penseurs de *la politique de la reconnaissance* comme Axel Honneth, Nancy Fraser et Emmanuel Renault¹²⁷ ont montré que le respect des droits et les politiques de redistribution ne suffisent pas pour permettre une vie digne. La qualité morale des rapports sociaux exige de prendre en compte les conditions substantielles d'une vie digne pour combattre la domination, l'humiliation et l'exclusion des plus vulnérables de la société. Ce qui va bien au-delà des « conditions sociales du respect de soi » définies par Rawls (Audard, 2009 : 475-479)¹²⁸. Contrairement aux autres formes de solidarité, l'aide que reçoit l'individu dans le cadre de la solidarité publique est fondée sur le droit et par conséquent il n'a envers autrui aucune obligation directe de contre-don (Van Pevenage et al., 2009).

¹²⁶L'idéal de solidarité a été reformulé par Rawls dans la *justice comme équité*. Il définit « la société bien ordonnée comme un système équitable de coopération » et précise que « les plus défavorisés ne sont pas, si tout se passe bien, les infortunés et les malchanceux – objet de notre charité et de notre compassion –, mais à qui la réciprocité est due en tant que dimension de la justice politique entre les citoyens libres et égaux comme les autres ». Pour Rawls, la solidarité entre citoyens de toutes conditions se justifie par leur dignité de citoyen et leur droit à un égal respect; pas seulement par leur besoin et les risques de la vie sociale. (Audard, 2009 : 475) Aristote affirmait déjà en son temps que la justice renferme toutes les vertus; et que son contraire (l'injustice) n'est pas seulement une partie du vice ou un quelconque vice, mais le vice tout entier (Aristote, 2004 : 224-287). Contrairement à la charité qui est un devoir de bienfaisance moral et non obligatoire, la justice est un devoir rationnel, un droit exécutoire en loi « Une personne ayant une requête valide fondée sur la justice a un droit et par conséquent quelque chose lui est dû. » (Empaire, 2009 : 187).

¹²⁷Voir : A. Honneth (2002). *La Lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf ; E. Renault (2004). *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*. Bègles : Passant ; A. Caillé (dir) (2007). *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. Paris : La Découverte; N. Fraser (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale?*. Paris : La Découverte.

¹²⁸C'est dans cette perspective qu'Amartya Sen a développé, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, son approche des capacités comme possibilités pour chaque individu de poser des choix libres dans l'exercice d'une vie digne. Il postule qu'il est important d'offrir à chacun la liberté de choisir ses priorités. Et la justice sociale ne peut être effective que si l'État permet à chacun de jouir des capacités nécessaires pour son épanouissement (Sen, 1999c; 2009).

La notion de solidarité publique est donc liée à celle de *cohésion sociale*. Émile Durkheim utilise pour la première fois la notion de « cohésion sociale » en 1893 dans *De la division du travail social* pour rendre compte des mécanismes qui permettent au *tout social* de tenir ensemble. Comme nous l'avons vu plus haut, il décline la cohésion sociale en « solidarité mécanique » d'une part, caractéristique de l'ordre ancien dans lequel les individus ont les mêmes valeurs et les mêmes us et coutumes, et d'autre part en « solidarité organique » propre au nouvel ordre social, où la cohésion sociale est fondée sur l'interdépendance créée par la division du travail, avec un État qui protège les droits des individus. Durkheim assimile de fait la cohésion sociale dans les sociétés modernes à la solidarité organique (Polère, 2013b).

Dans le processus de modernisation en Europe, les systèmes de protection sociale se sont construits sur la base du principe de solidarité sociale. Léon Bourgeois en énonce les fondements dans son discours très avant-gardiste au moment de la fondation du Parti radical qui s'est illustré en France à la fois contre les ravages sociaux d'une économie politique libérale et contre les dérives d'un socialisme révolutionnaire :

« Au moment où vous voyez grandir de l'autre côté de l'Atlantique ce nuage noir formidable des trusts qui semble faire pâlir la lumière de la liberté humaine et qui projette déjà son ombre sur les rives de l'Ancien Monde, dans ce froid qui augmente et se fait sentir chaque jour davantage, laissez le travailleur faible, isolé, sans appui et sans aide sociale, savez-vous où il ira? Il ira à la révolte, à la violence, aux chimères. Dites-lui au contraire qu'il y a un devoir social de tous envers tous, dites-lui que la société doit être composée de membres libres, d'associés égaux en droit et fraternellement unis; dites-lui que lorsqu'un d'entre eux succombe, il doit être relevé par l'aide de tous; dites-lui que celui qui travaille doit être protégé contre les risques qui le menacent, et ainsi aidé, arriver à faire sortir de son travail sa petite propriété individuelle; qu'il faut, par suite, autour de chacun, un ensemble d'organisations de prévoyance et d'assurance par lesquelles tous les risques sociaux seront à l'avenir prévenus et réparés; dites-lui que dans la lutte qu'il soutient pour la vie, la société entend établir dans la mesure du possible les conditions de la justice. (...) Dites-lui que nous voulons la défense de sa liberté, de sa dignité, de son activité, c'est-à-dire les trois termes dont la propriété individuelle est l'expression résumée en un seul mot : dites-lui tout cela, et vous verrez qu'il n'ira pas courir vers l'hypothèse collectiviste, que, comme le paysan propriétaire, il restera fidèle à sa petite glèbe et n'aura qu'un souci, celui de défendre ce bien, légitimement acquis celui-là, par son travail » (Cité par Polère, 2013a : 29-30)

Le solidarisme de Bourgeois va ainsi être au fondement des mécanismes de l'assurance sociale obligatoire permettant ainsi de répartir les risques sociaux en les mutualisant et en rendant les citoyens prévoyants et solidaires. Mais il faudra attendre l'année 1946 pour voir l'institution du système de protection sociale comme une solidarité collective appliquée à tous.

La cohésion sociale constitue aujourd'hui un mot-clé des politiques publiques et est perçue par les chercheurs comme le signe d'une inquiétude nouvelle, à un moment où l'on prend conscience des risques que font peser la mondialisation et la montée de l'individualisme sur le maintien de l'ordre social. Elle reste un lieu et un motif de la redistribution et de la consolidation du lien social, mais aussi un moyen de faire tenir ensemble les différentes composantes de la société face à toute menace extérieure (Soulet, 2007; Paugam, 2008; Polère, 2013b). L'apparition des conséquences sociales de la mondialisation pose la question de la recherche d'une nouvelle manière d'appréhender les questions de solidarité non seulement à l'échelle locale et nationale, mais aussi à l'échelle internationale.

4.2.3.5. La solidarité internationale

La notion de solidarité internationale fait référence à la réciprocité des échanges dans une dynamique de coopération entre pays ou entre un pays et des entités d'un autre pays, ou encore entre entités de deux pays différents. Elle implique l'intérêt, le respect, le partage et la connaissance de l'autre (Aubry-Camus, 2008 : 14). Le mot *coopération* qui caractérise fondamentalement la solidarité internationale vient des mots latin *cum* et *operare* qui — mis ensemble donne *co-opérer* en français — et signifient agir ensemble. Le concept traduit donc le fait de mener des actions en commun. Il est défini pour la première fois en 1814 par un utopiste anglais issu du mouvement réformateur nommé Robert Owen. Pour promouvoir l'idéal communautaire, il oppose *coopération* à *concurrence*, dont le sens premier est conflit (Aubry-Camus, 2008 : 12).

La solidarité est une matrice du développement social et humain au niveau national comme au niveau international (Soulet, 2004; 2007). Dans l'axe Nord/Sud, la solidarité internationale œuvre généralement dans la lutte contre les inégalités ou les injustices qu'elle cherche à combattre ou à résoudre de manière solidaire. Elle vise le développement humain et

économique, l'épanouissement culturel et l'amélioration des capacités dans l'organisation sociale (Mundaya Baheta, 2005; Godard, Hunt et Moubé, 2014).

Il faut cependant marquer une différence entre *Aide internationale*, *coopération internationale* et *solidarité internationale* qui sont des concepts assez proches et souvent utilisés confusément (Aubry-Camus, 2008 : 12). Favreau et Fréchette ont établi une différence entre ces notions et délimité le champ d'intervention des différents acteurs publics ou privés qui opèrent dans chacun des trois domaines (Favreau et Fréchette, 2002 : 149). Voir tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Trois formes de coopération entre le Nord et le Sud

Dimensions/Critères	Aide internationale	Coopération internationale	Solidarité internationale
Finalité	Philanthropie	Justice sociale et développement	Justice sociale, développement, réciprocité et auto-organisation
Organisation	Logique d'urgence <i>Exemple</i> : aide aux réfugiés	Logique de support au Développement. <i>Exemple</i> : envoi de coopérants; stages des chantiers jeunesse...	Logique de développement fondée sur l'échange culturel, technique, professionnel et économique. <i>Exemple</i> : commerce équitable; jumelage de municipalités...
Institutionnalisation	Démarches de sensibilisation pour le financement d'activités humanitaires	Démarches d'information et d'éducation aux problèmes de développement du monde	Démarches partenariales autour d'activités de développement
Populations locales visées	Des bénéficiaires	Des collaborateurs	Des partenaires

Source : (Favreau et Fréchette, 2002 : 149)

Contrairement à l'Aide internationale et à la Coopération internationale,¹²⁹ la réciprocité constitue une constante et une caractéristique fondamentale de la solidarité internationale. Elle traduit un investissement des acteurs des deux parties dans un partenariat qui profite à chacun. Les apports sont différents selon les partenaires et selon les types de partenariats avec à la base l'équité comme valeur (Favreau et Fréchette, 2002; Aubry-Camus, 2008). Dans la dynamique de la solidarité internationale, la réciprocité crée une valeur éthique qui fait des partenaires tous à la fois des donateurs et des donataires, ce qui permet un enrichissement mutuel selon les besoins de chacun des partenaires (Mundaya Baheta, 2005; Godard, Hunt et Moubé, 2014).

L'Aide internationale et la Coopération internationale répondent à ce qui est communément appelé « solidarité humanitaire ». Comme il a été mentionné plus haut, elle « se présente comme une *agapé* civique en tant qu'amour du prochain du seul fait qu'il soit un être humain » (Soulet, 2007 : 10). Cette solidarité a pour limite qu'elle est tendanciellement aléatoire, arbitraire et sans garantie en terme de durabilité du fait de la flexibilité de sa composante morale. Même si elle se fonde sur l'obligation de conscience ou sur une vertu (don, sacrifice, etc.), elle reste faible et inégalement répartie¹³⁰. Elle n'est pourtant pas moins essentielle puisqu'elle pose à l'échelle mondiale la question du statut de l'autre et la question de l'éthique d'humanité et du *care* en faveur du plus fragile; et celle de la responsabilité sociale vis-à-vis des plus vulnérables au cœur des rapports humains (Soulet, 2004; 2007; Godard, Hunt et Moubé, 2014).

¹²⁹ Ces deux formes de coopération ont pour principe éthique et caractéristique socio-éthique la conscience d'une commune humanité. Une conscience qui reconnaît à toute personne une dignité et lui assigne une responsabilité face à l'ensemble des êtres humains. Ces formes de coopération trouvent leurs valeurs dans les religions universelles telles que le christianisme (Caritas international) ou dans l'humanisme (respect de la dignité humaine, partage, etc.). Voir : R. Tremblay (2009). *Le Code pour une éthique globale, vers une civilisation humaniste*. Montréal : Liber.

¹³⁰En effet, comme l'affirme Audard, « La solidarité suppose un cadre social et culturel suffisamment déterminé et identifiable par les individus pour qu'ils puissent accepter de porter assistance aux plus démunis selon le principe de réciprocité. Le fait que ce cadre international se manifeste uniquement à travers les images médiatisées de la souffrance et de la détresse du monde doit nous inciter à douter de sa réalité. Il n'existe pas de citoyenneté du monde, et en dehors du cadre national ou à la limite transnationale, comme dans le cas de l'Union européenne, la solidarité reste un vœu pieux, la source d'une mauvaise conscience libérale, mais certainement pas une réalité sociale et politique. » (2009 : 487)

4.2.4. Principes de responsabilité et de solidarité et accès aux soins

L'accès équitable aux soins de santé appelle à la responsabilité et à la solidarité dans une société *bien ordonnée* au sens Rawlsien; ils constituent des principes éthiques et politiques qui émergent aujourd'hui dans le domaine de la santé comme des paradigmes de l'éthique contemporaine (Audard, 2009 : 475-480; UNESCO, 2010). Dans la problématique des difficultés d'accès financier aux soins de santé pour ceux qui vivent une situation de vulnérabilité, ils sont considérés comme un moyen pratique d'impliquer les différents acteurs sociaux pour un accès financier juste et équitable aux soins (Chappuis, 1999; Léonard, 2012)¹³¹.

Donald Evans du Comité international de bioéthique de l'UNESCO, commentant l'article 14 de la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* et pour faire ressortir le lien entre le principe de responsabilité sociale et celui de solidarité dans le domaine de la santé, affirme : « La santé relève sans aucun doute de la responsabilité de chacun : des individus comme des groupes de personnes organisées au sein de la société, des établissements éducatifs, des secteurs public et privé, et bien évidemment des gouvernements. » (2010 : 5) En effet, les hommes et les femmes qui composent une collectivité, une communauté ou une nation sont inter-reliés et la notion d'appartenance d'un point de vue éthique « incite chacun à être responsable de lui-même et des autres » (Chappuis, 2010 :16). Comme l'affirme Châtel,

¹³¹L'idée de responsabilité sociale ici fait référence à un changement de paradigme social et politique qui s'impose dans un contexte de diffusion systématique d'attitudes contraires à l'éthique de la coopération sociale et de respect des droits. Les principes de responsabilité sociale font référence à la confiance, à la réciprocité, au sens de la justice, à l'élaboration et au respect des normes, au respect des engagements. Ces valeurs étant nécessaires à la construction du lien social. Voir : C. Offe (2012). « Responsabilité sociale partagée. Un sens politique et des applications qui restent à définir ». Dans *Responsabilité sociale partagée : de la théorie à la mise en œuvre*, Tendances de la cohésion sociale n° 24, p.29-50. Strasbourg : Conseil de l'Europe. Toutefois, il faut préciser que: « Toutefois, l'expression « responsabilité sociale » n'est entrée dans l'usage qu'à une date récente. Elle est apparue dans le contexte de l'éthique des entreprises et institutions privées, pour définir les devoirs moraux de ces entités à l'égard des sociétés dans lesquelles elles sont implantées, au-delà des restrictions et obligations imposées par la loi. Cette expression relativement nouvelle suppose que la notion de responsabilité soit étendue, au-delà des personnes, aux groupes et communautés, mais aussi, au-delà des institutions et des entreprises privées, aux organismes publics, dans la mesure où ces derniers ont le même champ d'activité et produisent des effets qui peuvent être bénéfiques ou préjudiciables pour les travailleurs (...) Il est nécessaire de comprendre la responsabilité sociale comme faisant partie de ce qui est traditionnellement appelé les obligations morales.» (UNESCO, 2010: 19)

l'éthique du vivre ensemble appelle à la « responsabilité-pour-autrui » et « L'appartenance à l'humanité [à une société ou à un pays] contraint à la solidarité qui elle, est avant tout une sorte de coresponsabilité face à toute injustice » (Châtel, 2004 :160). Ainsi, l'éthique de la responsabilité rejoint celle de la solidarité, et les deux fonctionnent de façon binaire.

Les principes de responsabilité et de solidarité en santé font référence à la question de protection équitable contre les risques sanitaires (Bec et Procacci, 2003; Ten Have et S. Jean, 2009; UNESCO, 2010). Ils donnent une place importante au droit à la santé dans l'analyse des problèmes de santé et de distribution des ressources en santé, et orientent les interrogations sur l'efficacité des systèmes de santé en termes de satisfaction des besoins de santé¹³². Ils jouent un rôle de plus en plus important au vu de la précarité et des injustices sanitaires dans plusieurs régions du monde, notamment dans les pays en développement (Ten Have et S. Jean, 2009). Comme l'affirme Byk au sujet de *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* de l'UNESCO,

« Making social responsibility a fundamental pillar of bioethics means also giving bioethics the means of responding morally and concretely to the diversity of individual needs by taking into account more fully their collective dimension (...) The second consequence of the position acquired by social responsibility is necessarily in-depth thinking about the financial, human and material means and instruments that the organization of each country's own healthcare system needs. »
(Byk, 2007 : 16)

Dans la problématique de l'accès aux soins, le principe de solidarité fait donc référence à la prise en charge socialisée des dépenses de santé ou au principe de mutualisation des charges de santé et fonctionne sur la base de la responsabilité sociale de chaque individu et de chaque acteur social. Il a vu le jour au XIXème siècle avec la création des premières structures de protection

¹³² L'UNESCO a énoncé dans sa Déclaration sur la bioéthique et les droits de l'homme le principe de *responsabilité sociale* et *celui de solidarité* en santé comme de nouveaux principes pour une bioéthique renouvelée qui met au centre de son approche des questions sociales de santé, de justice et d'équité dans l'accès aux soins. La Déclaration stipule que l'absence de soins de santé, et d'une volonté de promouvoir la santé est une atteinte directe à un droit qui est ni plus ni moins la pierre angulaire de tous les autres : le droit à la vie. Elle incite à combattre les inégalités dans l'accessibilité aux soins pour promouvoir l'équité et le respect de la dignité de chaque individu (UNESCO, 2010).

contre les dépenses catastrophiques de soins. Le système social assurantiel a alors été imaginé par le régime de Bismarck en Allemagne, et progressivement la protection sociale contre la maladie est rentrée dans le contrat social. En 1942, un rapport de Lord William Beveridge intitulé *Social insurance and allied service* propose l'institutionnalisation d'une protection sociale universelle financée par les prélèvements sociaux et fiscaux pour couvrir les besoins de soins de l'ensemble de la population (Morelle et Tabuteau, 2010). Ces deux systèmes se sont imposés et ont été adoptés dans les autres pays qui offrent aujourd'hui une couverture universelle santé. Certains pays ont choisi cependant d'adapter les deux systèmes suivant leurs commodités (Van Pevenage et al., 2009; Morelle et Tabuteau, 2010).

Beveridge a énoncé un certain nombre de principes fondamentaux qui caractérisent les systèmes d'assurance sociale : le principe d'égalité et d'égal traitement, le principe d'universalité, le principe de la gestion transparente et de démocratie, le principe d'uniformité et d'unité. Tous ces principes relèvent du principe de solidarité sociale et d'intégration qui découle de la reconnaissance sociale de l'individu et de son droit à la protection sociale. Un principe étroitement lié au principe de la responsabilité de l'État qui, dans ses prérogatives, assure la protection sociale (Van Pevenage et al., 2009, Audard, 2009; Fouomene, 2013).

Le droit à la sécurité sociale porte, en plus des autres aléas sociaux, sur l'accès de chaque individu aux soins de santé sans discrimination. L'objectif de la solidarité que véhicule la sécurité sociale vise donc entre autres l'octroi des soins nécessaires à chaque personne selon ses besoins et non en fonction de ses capacités financières. Dès lors, le financement collectif s'impose. Il est évident que certains individus ne pourraient pas payer les soins dont ils auraient besoin; d'autres pendant ce temps ne le pourraient que partiellement. En effet, avec le développement de la médecine moderne, peu d'individus sont à mesure aujourd'hui de faire face aux dépenses de santé avec leurs revenus sans courir le risque de s'appauvrir durablement.

De manière générale, dans plusieurs pays en développement, notamment dans ceux d'Afrique subsaharienne, la notion de solidarité est envisagée par les politiques dans les questions d'inégalité sociale, de protection sociale ou plus spécifiquement dans la question de l'assurance maladie pour les populations vulnérables comme une solution pour l'équité et pour la justice (Carrin, 2003; Drechsler et Jütting, 2005; Sanni Yaya, 2009). Mais, ces politiques se basent très

souvent sur une conception de la solidarité comme un élément naturel, traditionnellement ancré dans les us et coutumes. Alors, on peut se demander si chercher à améliorer l'accessibilité financière aux soins pour les personnes vulnérables à partir d'une construction basée simplement sur la notion de solidarité comme valeur et non comme principe d'organisation sociale ne pose pas un problème dans une société où elle est vécue beaucoup plus dans sa dimension familiale ou élective (Drechsler et Jütting, 2005; Dussault, Fournier et Letourmy, 2006; Dufoulon et Methni, 2011; Fouomene, 2013).

4.2.4.1. Les principes de responsabilité et de solidarité dans la problématique de l'accès équitable aux soins au Cameroun : revue de la littérature

La question des responsabilités, de l'exigence et de la nécessaire solidarité pour la couverture universelle santé au Cameroun a fait l'objet de plusieurs recherches menées par des institutions internationales, par des chercheurs dans plusieurs disciplines des sciences humaines et par le gouvernement camerounais dont nous présentons ici notre lecture critique.

Jean-François Médard, Séverin Cécile Abega et Noël Solange Ngo Yebga dans l'ouvrage *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun* (2001), abordent les questions que soulèvent la décentralisation du système de santé publique et des ressources humaines au Cameroun et celles de la prise en charge de la santé par les associations des différents quartiers à travers l'exemple du quartier Biyem Assi à Yaoundé. La problématique des associations dans les quartiers permet aux auteurs d'interroger le rôle que ces associations peuvent jouer dans le domaine précis de la santé, qui met en évidence la précarité des populations et la vulnérabilité des individus. En s'intéressant particulièrement à la prise en charge des soins de santé, les auteurs tentent de montrer comment ces associations à but social multiple se mettent en œuvre et comment leurs actions permettent déjà, ou peuvent laisser espérer un meilleur accès aux soins pour leurs membres. Après avoir mené une recherche de terrain auprès d'un échantillon de 70 personnes, ils arrivent à la conclusion selon laquelle, bien que ces associations contribuent efficacement à améliorer d'autres domaines de la vie sociale de leurs membres tels que les célébrations des funérailles, des mariages, des naissances, etc., leur contribution reste très limitée et insuffisante pour l'accès aux soins de santé de leurs membres. Il y a donc une

implication marginale de ces associations dans la prise en charge des soins de santé pour les personnes vulnérables.

Dans l'*Acte du premier forum sur la solidarité nationale au Cameroun* (MINAS, 2005), les auteurs montrent le rôle de la solidarité nationale dans les politiques de santé publique au Cameroun. Ils notent que le gouvernement a assigné au Ministère des Affaires sociales la tâche de reformuler les politiques sociales en matière de santé publique à partir de la notion de solidarité comme une valeur ancrée dans les us et coutumes du pays pour le développement social. Le gouvernement considère alors la solidarité comme indispensable à l'éclosion et à l'épanouissement d'une société camerounaise moderne. Malgré l'incapacité de l'État social à créer, à financer et à réguler un système d'assurance maladie accessible pour tous, les auteurs présentent la solidarité nationale comme un impératif du développement d'un État de droit, qui au niveau national devrait se nourrir des valeurs de la solidarité familiale qui doit être réveillée et actualisée.

Dans le *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun* (MINSANTE, 2006), le Ministère de la Santé Publique du Cameroun sous la recommandation des institutions internationales (OMS, OIT, FMI et Banque mondiale), a développé une stratégie de promotion de la santé et du développement des mutuelles de santé au Cameroun dans la logique des stratégies de lutte contre la pauvreté (MINSANTE, 2006; Dussault, 2006; BIT, 2011; 2012; OMS, 2011; Banque mondiale, 2013). Dans une perspective plus théorique que pratique, ce document pose et analyse les avantages de l'élaboration et de l'implémentation des programmes prioritaires de lutte contre la maladie, d'une meilleure couverture géographique par la construction de nouvelles structures sanitaires pour l'accès (géographique) aux soins hospitaliers et des stratégies pour la disponibilité des médicaments (payables) dans certaines aires géographiques du pays. Il s'agit avant tout d'une stratégie de réforme hospitalière qui vise l'amélioration de l'offre de soins et des médicaments. Pour ce qui est de l'amélioration de l'accessibilité financière à des soins de qualité, le document fait simplement le diagnostic des causes de l'inaccessibilité et identifie la notion solidarité comme l'une des stratégies pour parvenir à réduire ce problème de moitié d'ici 2015.

Dans son article « Sécurité et solidarité sociale : Une réalité pour tous? », Luc-Roger Kotock (2006) analyse les questions de sécurité sociale au Cameroun en la présentant comme un droit fondamental de la personne et un instrument essentiel de cohésion sociale qui concourt à la paix et l'insertion sociale. L'auteur postule qu'au Cameroun, la politique de la sécurité sociale ne peut être envisagée isolément; elle est de fait une partie intégrante du cadre économique et social national, car la mondialisation crée la nécessité de trouver de nouvelles idées, de nouvelles approches économiques et de nouvelles réponses pour la structuration de la sécurité sociale. Alors, il pose la question des responsabilités et conclut qu'il revient à l'État d'organiser et d'orienter avec les partenaires sociaux (existants ou à définir) les types de solidarités à mettre en place afin de combler le « déficit social » pour une meilleure cohésion sociale. L'État devrait aussi mettre en place une nouvelle génération de politiques économiques et sociales, afin que les bonnes performances économiques se traduisent réellement par une amélioration des conditions de vie de toutes les couches de populations.

Les projets, les recherches et les documents stratégiques du gouvernement qui ont abordé de manière générale la question de l'inégalité dans la protection sociale au Cameroun ou plus spécifiquement la question de l'assurance maladie pour les populations vulnérables ont fait de la notion de solidarité une solution pour l'équité et la justice pour l'accès universel aux soins et services de santé. Mais, la responsabilité sociale en tant que principe éthique et social est quasi absente. On peut donc critiquer la tendance de ces recherches à une généralisation toujours plus poussée du problème étudié à l'ensemble de la population nationale, alors que les besoins d'aide en matière d'accessibilité financière aux soins ne sont pas vécus de la même manière dans les différentes couches de la population. En outre, ces recherches dans leur grande majorité se sont appliquées à décrire et à formaliser les solutions à envisager, soit à partir d'une position extérieure à la population concernée, soit dans une approche purement théorique. À cette première critique s'ajoute une autre plus fondamentale : les diverses orientations de ces recherches, pour légitimes qu'elles soient, sont tombées pour la plupart dans le biais de la naturalisation acritique de la notion de solidarité comme une valeur culturelle ancrée dans les traditions africaines. Ce faisant, ces auteurs ont ignoré l'analyse des conditions sociales, juridiques, contractuelles et éthiques de la solidarité en tant que principe éthique dans le monde contemporain.

Le biais principal de ces recherches a donc été de décrire une combinatoire de dispositions et de pratiques circonscrites à la solidarité, comme si la solidarité était simplement consubstantielle à l'expérience qu'en ont les individus (Chauvrière et Messu; 2003). Chercher à améliorer l'accessibilité financière aux soins pour les personnes vulnérables à partir d'une construction basée sur la notion de solidarité comme valeur pose un problème. Non seulement parce que la solidarité prise exclusivement comme valeur culturelle ne permet pas toujours une redistribution équitable entre les différentes instances concernées, mais aussi parce que le principe d'égalité entre les êtres humains y est difficilement applicable comme dans une logique de responsabilité sociale, d'égalité et de réciprocité citoyennes¹³³.

Tout compte fait, l'originalité de la solidarité en tant que principe repose sur un certain nombre de valeurs qui la fondent telles que le droit, l'égalité et la réciprocité. Ces valeurs offrent un encadrement des dérives possibles et apportent une solution aux limites de la solidarité familiale et élective des systèmes communautaires d'entraide lorsqu'elles sont confrontées à des régulations civiles et sociales (Forsé, 2007 : 51-60)¹³⁴. Autrement dit, en combinant la responsabilité et la solidarité sociale comme principe bioéthique, l'originalité de ce travail est qu'il intègre tout à la fois la justice égalitaire, la responsabilité individuelle et sociale, le contrat social et la réciprocité dans le dépassement d'une conception de solidarité longtemps perçue comme culturelle, naturelle et fonctionnelle dans les sociétés d'Afrique subsaharienne (Dimé, 2007; Fouomene, 2013). Une opération qui nécessite la mise en jeu d'une recomposition des caractéristiques de la solidarité et de la responsabilité avec des principes ou des concepts

¹³³L'égalité citoyenne en termes de droit est reconnue constitutionnellement; mais du fait d'une influence culturelle, la justice sociale se déploie dans une mentalité dominante qui veut que chacun soit traité suivant son statut social.

¹³⁴En effet, la solidarité sous l'égide de l'État et la solidarité familiale ne sont pas régies selon les mêmes règles. « Elles divergent en effet quant aux principes éthiques. Une éthique de justice, faite d'égalité des traitements, préside à l'exercice de la solidarité publique, tandis qu'au sein de la sphère privée de la famille, les échanges solidaires peuvent être entachés d'inégalités, sous l'effet de hiatus entre normes et pratiques. En somme, tandis que la justice, la généralité, la permanence... tendent à être aux fondements et aux principes de la solidarité nationale, du côté de la famille nous aurions plutôt affaire à des modalités flexibles, conditionnelles, souvent réactives, avec un risque de justice plus ou moins subjective. » (Chauvrière et Messu; 2003 :327-328)

régulateurs qui conviennent.

Ce chapitre a été consacré à la définition des concepts de responsabilité et de solidarité qui constituent les deux concepts clés de cette recherche. Il a montré le lien qui les unit, leur pertinence éthique, politique et sociale. Par ailleurs, ce chapitre a montré comment les principes de responsabilité et de solidarité sont aujourd’hui considérés comme des principes bioéthiques très utilisés dans des problématiques de distribution équitable des ressources, notamment en santé.

Au terme de cette démarche, vu leurs affinités sémantiques et les différents lieux communs où ils peuvent s’appliquer, nous présentons ci-dessous un tableau récapitulatif de leurs caractéristiques et leurs différents domaines d’applications.

Tableau 6 : Récapitulatif des différentes valeurs, caractéristiques et applications des principes de responsabilité et de solidarité

Principes	Dimensions	Caractéristiques et valeurs	Applications
Principe de responsabilité	Responsabilité juridique	<ul style="list-style-type: none"> -Concept juridique de droit pénal et commun -Connaissance lucide des obligations -Redevabilité -Imputation causale des actes 	<ul style="list-style-type: none"> -Système juridique -Imputabilité et gouvernance -Responsabilisation sociale
	Responsabilité éthique et morale	<ul style="list-style-type: none"> -Concept éthique de responsabilité -Conscience de soi qui agit et de l’autre - Capacité de se représenter autrui comme un autre soi-même -Obligation de pouvoir faire - Engagement (politique, social) 	<ul style="list-style-type: none"> -Éthique de la responsabilité -Responsabilisation sociale -Responsabilité sociale des entreprises -Responsabilité sociale et santé -Responsabilité pour autrui vulnérable
Principe de solidarité	Solidarité des sociétés traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> -Concept éthique lié aux rationalités traditionnelles et « affectuelles » - Obligation morale d’entraide - Projection de soi-même dans autrui -Entraide caractérisée par la gratuité - Entraide caractérisée par la réciprocité 	<ul style="list-style-type: none"> -Solidarité familiale -Solidarité communautaire ethnique -Solidarité associative tontinière
		<ul style="list-style-type: none"> -Concept juridique de droit social -Lien de dépendance mutuelle et d’obligation juridique 	<ul style="list-style-type: none"> -Solidarité professionnelle ou des pairs -Solidarité des mutuelles

	Solidarité des sociétés modernes	<ul style="list-style-type: none"> - Instituer politiquement et juridiquement - Entraide fondée sur les droits, l'égalité, la réciprocité et la justice sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurance sociale obligatoire - Solidarités institutionnalisées de l'État social - Solidarité internationale
--	----------------------------------	---	--

Le prochain chapitre porte sur la recherche empirique. Il présente la démarche méthodologique, l'analyse des données et l'interprétation des résultats qui aideront à répondre à la question de recherche et à donner une solution au problème. Le chapitre, en effet, montrera la perception du problème par les intervenants et comment selon eux, les principes de responsabilité et de solidarité peuvent aider à organiser l'accès universel aux soins.

CHAPITRE 5 : Démarche méthodologique, analyse des données et interprétation des résultats

Ce chapitre présente la démarche méthodologique ainsi que les éléments méthodologiques qui ont été utilisés pour répondre aux questions de recherche. Il s'agit du choix du matériau et de la stratégie d'analyse des données pour répondre à la question de savoir ce qui dans l'ensemble des données recueillies permet d'exprimer la perception de la situation par ceux qui la vivent et ceux qui prennent une part de responsabilité dans le vécu de cette situation problématique. Cette démarche a par ailleurs permis d'identifier les solutions à la situation en étude.

La première étape du recueil d'informations a été la recherche documentaire. L'exploration de la littérature nous a permis de définir le cadre théorique du travail et d'élaborer la problématique et les premières hypothèses de recherche. Les entretiens de terrain ont complété très utilement l'exploitation de la littérature sur le sujet. Ils nous ont permis de prendre conscience des aspects de la question auxquels notre propre expérience et les seules lectures ne nous auraient pas rendus sensibles. Aussi, ils nous ont disposés à quitter certaines idées préconçues et nous ont révélé de nouvelles idées. Le projet de recherche orienté par les questions de départ s'est décentré de la vision initiale qui s'est révélée à un moment donné limitée, et s'est enrichi d'informations qui nous ont permis de trouver différentes manières d'aborder le sujet dans ses multiples dimensions. En bref, les entretiens nous ont permis de découvrir d'autres aspects du problème qu'il fallait nécessairement prendre en considération dans l'étude; de trouver de nouvelles idées et de nouvelles pistes de réflexion qui ont enrichi considérablement la problématique et nos hypothèses de travail.

5.1. Démarche méthodologique

Ce travail s'inscrit dans l'approche de la *sociologie critique*. Une approche qui a inspiré notre démarche méthodologique et analytique. Héritée du matérialisme historique et de l'École de Francfort, l'approche de la sociologie critique défend l'idée selon laquelle les recherches en sciences sociales doivent permettre une critique des aspects politiques, sociaux et culturels de la société afin de provoquer un changement social. Alors, les questions de pouvoir, d'exclusion,

d'oppression sont au centre des préoccupations des recherches qui s'inscrivent dans cette approche (Horkheimer, 1978; Marcus et Fisher, 1986 ; Habermas, 1987, 1992). Les recherches qui rendent compte des rapports de domination et d'inégalité dans la société ou encore de la situation sociale des groupes marginalisés de la société — chômeurs, détenus, pauvres, marginaux, minorités, etc. — trouvent donc dans ce courant épistémologique un bon ancrage. Aussi, les recherches qui relèvent de l'approche de la sociologie critiques s'appuient également sur le contexte social, sur des pratiques, sur la participation et sur la prise en compte des savoirs des acteurs impliqués dans la recherche. Car les significations et les interprétations que les individus ont de la réalité sociale sont élaborées par et dans les interactions sociales dans lesquelles les aspects politiques et sociaux affectent leurs points de vue (Mead, 1965; Savoie-Zajc, 2000; Giordano, 2003).

Le travail mené sur le terrain s'est fait dans une interaction démocratique entre le chercheur et les participants, dans le but de critiquer le statu quo et de travailler au changement des structures. Cela s'est fait en donnant la « parole » aux travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité; une catégorie sociale très souvent ignorée dans l'élaboration des politiques sociales et dont les intérêts sont souvent négligés. La recherche sociocritique vise en effet l'empowerment (au sens de capabilisation et d'autonomisation), la démocratisation, la conscientisation, et le changement (Horkheimer, 1978; Habermas, 1987; Savoie-Zajc, 2003). Cependant, certains acteurs sociaux (médecins, responsable d'ONG, administrateur, etc.) ont été impliqués dans la recherche pour enrichir davantage les données de la recherche.

Dans ce travail de terrain, la dimension interprétative a été mise en avant dans la mesure où nous nous sommes intéressés à comprendre les significations que les individus donnent à leurs expériences de vie socioprofessionnelle et aux déterminants de leurs difficultés d'accès aux soins. Le sens qu'ils donnent à leurs conduites ou à leur vie et leur point de vue sur les questions touchant la distribution sociale des ressources ont constitué la matière d'observation et de recherche. Par conséquent, ce travail s'inscrit indubitablement dans la méthode qualitative.

5.1.2. Une méthode d'analyse qualitative

Il n'est pas facile de donner une définition à ce que recouvre le terme « méthode qualitative », car il fait en général référence à toute une panoplie de courants théoriques, de manières, de posture sur le terrain d'étude et à une diversité de techniques de collecte et d'analyse des données (Giordano, 2003; Savoie-Zajc, 2003). Toutefois, la méthode qualitative a gagné avec le temps de l'importance dans les sciences humaines. La méthode d'analyses qualitatives permet d'obtenir le point de vue des acteurs eux-mêmes, en plus de tenir compte du contexte dans lequel il s'insère (Mead, 1965; Rossman et Rallis, 2003). Dans ce travail, elle a permis notamment de poser un regard holistique sur la réalité et d'approfondir plusieurs aspects fondamentaux de l'expérience d'accès financier aux soins. La méthode qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, mais à recueillir des données permettant une démarche interprétative. Elle est tout à fait pertinente dans la description et l'analyse des processus d'interprétation nécessaires pour comprendre un phénomène social à l'intérieur des contextes qui le produisent (Mead, 1965; Savoie-Zajc, 2003; Paillé et Mucchielli, 2008). Le choix de cette méthode a été guidé par la qualité de nos questions de recherches (voir annexe 1 et 2).

Les techniques de collecte des données les plus utilisées dans les recherches qualitatives sont celles qui accordent la préséance aux sujets. Parmi ces techniques, les entrevues de groupe et les entrevues individuelles ont été utilisées pour recueillir les données sur le terrain, car ces techniques font partie de celles qui permettent aux sujets de se révéler et de révéler leurs aspirations singulières (Savoie-Zajc, 2009 : 341). L'usage des entrevues de groupe occupe une place importante en recherche qualitative et fait partie, avec les entrevues individuelles, des dispositifs les plus prisés que mettent en œuvre les chercheurs sur le terrain pour recueillir les données d'ordre qualitatif (Touré, 2010 : 5-6).

5.1.2. Les techniques de collecte de données et leur pertinence

5.1.2.1. Les entretiens de groupe

La technique d'entretien de groupe a été choisie pour la collecte de données parce que les entretiens de groupe permettent de reconstituer le contexte social dans lequel vivent les

participants, de connaître leurs représentations sociales (croyances, valeurs, opinions, attitudes). Ils offrent un moyen facile et efficace pour étudier les processus de construction et de transformation des représentations sociales, favorables à la dynamique de changement social (Touré, 2010 : 9-10). En effet, les représentations sociales orientent les comportements, préparent à l'action et génèrent les attentes normatives sur lesquelles s'appuie le changement social (Giordano, 2003; Paillé et Mucchielli, 2008; Yoro, 2012). La dynamique des échanges dans les groupes de discussion a permis d'identifier les besoins d'accès financier aux soins des travailleurs et personnes vulnérables; de repérer leurs référentiels socioculturels communs à travers leurs opinions, leurs idées et leurs valeurs. Les entrevues de groupe nous ont donc permis de reconstituer avec eux leurs expériences, de comprendre leurs problèmes, leurs perceptions et de découvrir les logiques qui sous-tendent leurs valeurs, leur adhésion à certaines pratiques ou l'adoption de certains comportements (Giordano, 2003; Demers, 2003). Par ailleurs, les entretiens de groupe comme technique de collecte de données étaient nécessaires pour ce travail, car la dynamique des échanges dans les entretiens de groupe suscite chez les participants une prise de conscience sur des situations ou des aspects de leur propre vie dont ils n'avaient pas conscience (Van der Maren, 2010).

En outre, sur le plan pratique, cette technique permet une économie de temps, tout en favorisant des échanges interactifs entre les participants et participantes. Ces échanges permettent de confronter et de clarifier au besoin leurs opinions (Rossman et Rallis, 2003). Le groupe de discussion favorise la négociation des opinions tout en permettant au chercheur d'être témoin d'interactions intensives dans le temps des entretiens. Il permet d'obtenir l'interprétation des participants et participantes des situations sociales qu'ils vivent et de l'environnement qui les détermine. Ce qui est très utile dans le processus d'une recherche interprétative et sociocritique (Baumard et Ibert, 2007; Palys, 2008).

5.1.2.2. Les entretiens individuels semi-dirigés

Les entretiens individuels nous ont permis d'accéder à d'autres sources d'informations plus difficiles à atteindre par les entrevues de groupe — opérateurs sanitaires, responsable d'ONG s'occupant des problèmes d'accès aux soins des personnes socialement et économiquement défavorisées, personnes responsables d'un malade, etc. Ces différents intervenants pris

individuellement ont exprimé leur expérience et leur point de vue. Ce qui nous a permis de comprendre davantage la situation, les actions, les significations attachées au sujet en étude.

En outre, cette technique nous a permis de pallier les insuffisances des entretiens de groupes; elle a notamment permis à certains participants de se révéler et de parler plus librement de leur vie ou de leurs expériences, d'expliquer plus aisément leurs comportements, de remettre certaines choses en question, ce qui n'est pas facile de faire dans un entretien de groupe (Demers, 2003). Dans tous les cas, les entretiens individuels ont laissé une place importante aux personnes interrogées pour compléter tous les renseignements qu'elles désiraient ajouter. Car ce type d'entretien a l'avantage de laisser une marge de manœuvre au participant ou à la participante tout en permettant au chercheur de comparer les données (Savoie-Zajc, 2009).

5.1.3. Stratégie d'enquête

5.1.3.1. Constitution de l'échantillon et critères de choix des participants et participantes

Dans la constitution de l'échantillon, nous avons fait le choix d'un échantillonnage raisonné, car la recherche porte sur une catégorie sociale déjà définie : les travailleurs de l'informel urbain en situation de vulnérabilité. Cependant, nous avons inclus dans l'échantillon la diversité des participants de manière à ce que les multiples facettes de la réalité apparaissent dans le résultat final. Pour répondre à cette exigence, sur le terrain, nous avons fait un choix raisonné des sujets à interviewer à partir des critères de ciblage prédéfinis afin d'écarter l'aléa.

5.1.3.2. La vulnérabilité comme critère de ciblage des participants et des participantes

Le concept de vulnérabilité est reconnu pour être complexe et multidimensionnel. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, il n'est pas qu'une simple question monétaire (revenu et dépenses). Il peut s'observer sous une multitude d'autres aspects : sécurité alimentaire, conditions de vie, accès aux services de base, statut socio-économique, possession de biens et de moyens de production. C'est pourquoi il a été nécessaire de définir par avance les dimensions de la pauvreté exprimées en termes de vulnérabilité comme critères de ciblage des participants. Ces indicateurs

de ciblage définis nous ont permis d'identifier parmi les travailleurs vulnérables de l'économie informelle ceux qui répondent aux critères prédéfinis.

Pour élaborer ces indicateurs, nous nous sommes inspirés des indicateurs de vulnérabilité utilisés dans les données de l'enquête ECAM III (INS, 2007) (Enquête camerounaise auprès des ménages). Cette enquête avait pour objectif principal la production des indicateurs sur la pauvreté et les conditions de vie des ménages au Cameroun afin d'évaluer la mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), et les effets des programmes et politiques macro-économiques mis en œuvre au Cameroun au cours des dix dernières années contre la pauvreté. Cette enquête présente la vulnérabilité sous toutes ses formes au niveau national, notamment la pauvreté monétaire qu'elle définit sur la base de la détermination d'un seuil à partir du revenu et des biens de consommation. Le tableau 7 présente les indicateurs de ciblage, c'est-à-dire les dimensions de vulnérabilité et les critères qui s'y rattachent et qui ont été retenus dans le cadre de ce travail.

Tableau 7 : Dimensions de la vulnérabilité et critère de ciblage

Dimensions de la pauvreté	Critères
Revenus	<ul style="list-style-type: none"> • Bas revenu (entre 15 000 CFA et 65 000 CFA mensuel) • L'incertitude du revenu • Absence de revenu ou dépendance de la charité des autres • Appartenance à un ménage¹³⁵ vivant avec moins de 1 \$ US par jour
Condition de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Taille du ménage et sa structure (famille monoparentale, famille à double revenu) • Nombre de personnes à charge

¹³⁵Le ménage se définit ici comme un groupe de personnes qui partagent le même toit et qui mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels (nourriture, logement, soins de santé, etc.).

État de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Informations sur les épisodes de maladies contractées au cours des 5 dernières années par soi-même ou dans le ménage • Gravité et durée de la maladie • Difficultés financières d'accès aux soins • Handicaps physiques et mentaux qui empêchent de travailler
Accès au crédit	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilités d'accès à un prêt dans le passé et actuellement • Possession d'un compte d'épargne par le ménage ou par l'individu • Expérience d'endettement ou de paupérisation due à la maladie

Source : Inspiré de l'enquête ECAM III (INS, 2007)

C'est sur la base de ces critères combinés que les participants et participantes ont été sélectionnés pour les entretiens.

L'échantillon des entrevues individuelles est composé de 20 personnes qui ont répondu favorablement parmi la trentaine que nous avons contactée. Les participants et participantes aux entretiens de groupes (n = 9) ont été constitués suivant leurs conditions de revenu et de vie sociale qui les mettent en situation de vulnérabilité. Chaque groupe de discussion était constitué de 8 à 11 participants et participantes regroupés en tranche d'âges rapprochés pour faciliter les échanges : groupe de 20 à 35 ans, groupe de 36 à 50 ans et groupe de 50 ans et plus. Pour chaque tranche d'âge, trois groupes ont été constitués, soit un total de 75 participants et participantes pour les entrevues de groupe. L'échantillon total (pour les entrevues de groupes et pour les entrevues individuelles) est donc composé de 95 personnes.

Les entretiens (de groupe et individuels) se sont déroulés dans trois grandes villes du Cameroun : Douala, Yaoundé et Bafoussam, dont un entretien pour chacune des tranches d'âge dans chaque ville; soit un total de 9 entretiens de groupe. Le Tableau 8 présente les participants et participantes aux entretiens individuels et aux entretiens de groupe. Et le Tableau 9, les différentes catégories de participants aux entretiens individuels.

Tableau 8 : Participants et participantes aux entretiens individuels et aux entretiens de groupe

Types d'entretiens		Homme	Femme	Total des participants		
		9	11	20		
Entretiens individuels		4*	3*	7*		
Entretiens de groupe	Tranche d'âge de 20 à 35 ans	Groupe 1	3	5	8	82 - 7 *= 75 75 + 20 = 95
		Groupe 2	4	4	8	
		Groupe 3	6	3	9	
	Tranche d'âge de 36 à 50 ans	Groupe 1	7	4	11	
		Groupe 2	5	3	8	
		Groupe 3	4	5	9	
	Tranche d'âge plus de 50 ans	Groupe 1	5	5	10	
		Groupe 2	4	7	11	
		Groupe 3	4	4	8	

* ont participé aux entretiens de groupe et aux entretiens individuels

Tableau 9 : Catégories de participants aux entretiens individuels

Catégories de participants	Opérateurs sanitaires			Personnes en charge d'un malade	Responsables d'ONG	Travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité	
	Médecins	Infirmières	Personnels administratifs			Hommes	Femmes
Nombres de participants	3	2	3	2	3	3	4
Nombre total de participants individuels	20						

5.1.3.3. La question du genre et de la sexospécificité

Le vécu des problèmes de santé au Cameroun en terme d'accès aux soins n'est pas le même suivant qu'on est homme ou femme. Ces différences proviennent pour la plupart du rôle que la société assigne aux hommes et aux femmes et des comportements qu'elle attend d'eux.

De manière intentionnelle, nous avons choisi d'inclure dans l'échantillon total de cette recherche autant d'hommes que de femmes. Nous avons également choisi d'inclure dans chaque groupe de discussions des hommes et des femmes, non seulement parce qu'il est pertinent de donner la parole aux deux entités, mais surtout parce qu'il était pertinent de voir les divergences et les convergences dans l'expérience d'accès financier aux soins des hommes et des femmes; de comprendre les points de vue des uns et des autres pour ce qui est des solutions à envisager.

Les recherches menées au Cameroun visant les politiques publiques n'ont pas toujours pris en compte les considérations sexospécifiques. Suite à cet état de fait et à d'autres formes de discrimination dont sont victimes les femmes, le gouvernement camerounais a pris une série de mesures, il y a quelques années, visant la promotion du genre face aux poids des coutumes traditionnelles défavorables vis-à-vis de la femme. Ces mesures ont été prises pour permettre l'épanouissement des femmes, leur représentativité équitable et leur meilleure contribution au développement socioéconomique (MINPROFF, 2012).

Nous avons considéré dans notre démarche la façon dont les facteurs sexospécifiques se combinent aux autres éléments dans les difficultés d'accès aux soins. Au Cameroun comme dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les différences et les inégalités de « sexe » conduisent très souvent à des iniquités entre hommes et femmes en matière de santé et d'accès aux soins. Tenir compte des effets des distinctions du genre s'est donc avéré important, car au-delà des considérations purement biologiques, l'accès aux soins au Cameroun est aussi la résultante des circonstances qui entourent la vie des hommes et des femmes, des facteurs économiques, culturels, idéologiques et religieux. La prise en compte de la dimension sexospécifique a donc permis de ressortir les nuances, parfois ténues, parfois évidentes, propres aux rôles et aux rapports entre hommes et femmes dans l'accès aux soins. Ces considérations nous ont conduits au choix d'une parité entre hommes et femmes dans notre échantillon

d'enquête. En effet, des malades peuvent se trouver doublement vulnérables : une vulnérabilité du fait de la pauvreté économique et une vulnérabilité du fait de leur sexe qui conduit aussi parfois à la pauvreté économique.

L'équilibre de genre dans l'échantillon nous a donc permis d'obtenir deux points de vue différents dans les capacités et dans les incapacités d'accès aux services de santé de chacun des genres. En outre, la santé des femmes concerne l'intégrité de la société, c'est-à-dire le bien-être de ceux — hommes, garçons, filles et enfants — dont l'avenir est déterminé par la santé des femmes en tant que mères. La santé de la femme est donc nécessaire pour servir de base à l'harmonie sociale et à la productivité économique. Alors, ne pas tenir compte de la dimension sexospécifique dans l'accès aux services de santé pouvait se révéler contre-productif.

5.1.3.4. Le recrutement des participants et des participantes

Le recrutement des informateurs pour les entrevues individuelles et de groupes s'est fait dans les villes de Douala, de Yaoundé et de Bafoussam. Les participants ont été choisis suivant le profil prédéfini dans le protocole de recherche. Ils ont été ensuite contactés pour solliciter leur participation à travers le formulaire d'information et de consentement qui leur a été remis en main propre ou envoyé plusieurs semaines avant la date de rencontre pour garantir leur participation libre et consentie.

Pour les entrevues individuelles, le recrutement des participants (infirmières, médecins, administrateurs, responsables d'ONG, personnes responsables d'un malade, travailleurs du secteur informel) s'est fait indifféremment dans chacune des trois villes. Le contact avec des établissements et ONG reconnus qui travaillent dans le domaine de la santé et dans la promotion des droits sociaux nous a permis d'avoir une base de données à partir de laquelle un échantillon intéressant en terme de diversité a été choisi pour les différentes entrevues individuelles et de

groupes¹³⁶. Cette manière de procéder nous a permis en outre d'éviter l'effet boule de neige, qui est le biais majeur des échantillonnages non aléatoires. De façon générale, les bases de données de ces établissements et ONG nous ont permis :

- De disposer, en entrant sur le terrain, d'une base de données pertinente à partir de laquelle un échantillon en termes de diversité a pu être tiré.
- De disposer d'avance pour chaque informateur potentiel des informations sur ses données biographiques, sa condition sociale, son emploi, etc.
- D'obtenir un échantillon le plus représentatif possible.

Ce repérage a été effectué, dans le respect de la liberté des personnes à participer ou non à l'étude. Les buts de la recherche et ce qui était attendu des participants ont été clairement et amplement présentés (voir les formulaires d'information et de consentement en annexes 3 et 4). Le recrutement s'est avéré relativement facile vu l'engouement qu'ont eu, de façon générale, les personnes sollicitées pour la participation à la recherche. Les entretiens ont eu lieu à chaque fois dans un endroit convenu à l'avance par le chercheur et les participants pour une séquence d'entretien à durée approximative de deux heures.

5.2. Différents thèmes d'entretiens

Avant d'aller sur le terrain, quatre thèmes d'entretien ont été retenus en relation avec les différentes dimensions mises à l'étude. Notre but était de faire ressortir dans chaque thème les contraintes, les atouts et les ressources pertinents pour envisager une réponse aux questions de recherche. Nous présentons ci-dessous les différentes dimensions mises à l'étude à partir

¹³⁶ Liste des établissements et ONG contactés : CBS (Cameroon Bioethics Society), *Division of Health Operation Research* (Ministry of Public Health Cameroon), CSE (Centre social Edimar), CEPAB (Centre de Promotion des Artisan de Bafoussam), CIPSED (Centre Interculturel de Promotion Sociale et d'Éducation au Développement), ASDEG (Action Stratégique pour le Développement Global), Bureau diocésain de la santé (Diocèse de Bafoussam).

desquelles ont été élaborés les thèmes d’entretien et les questionnaires des entretiens individuels et de groupe (voir annexes 1 et 2).

Tableau 10 : Hypothèses et dimensions conceptuelles mises en études

Hypothèse principale	Hypothèses secondaires	Dimensions conceptuelles mises en études
<p>Dans un contexte de crise et de paupérisation, les principes de solidarité et de responsabilité par la promotion du pluralisme des modes de participation, et par la promotion de nouvelles formes de solidarités peuvent contribuer, dans un pays sous-développé, à amenuiser les tares du système de santé et à rendre plus effectif le droit à la santé dans les couches vulnérables</p>	<p>Hypothèse 1 L'accès financier aux soins est un droit fondamental et une obligation sociale qui exige un engagement politique. Par le biais de l'exigence de la solidarité, il renforce la cohésion sociale et le sentiment d'appartenance nationale</p>	<p>- Droit à la santé</p> <p>- Solidarité</p> <p>- Mutualité</p>
	<p>Hypothèse 2 L'accès financier aux soins de santé de qualité pour les pauvres et les personnes vulnérables est un problème moral à traiter moralement</p>	<p>- Bonne gouvernance</p> <p>- Intégrité/responsabilité</p> <p>- Éthique du <i>care</i></p>
	<p>Hypothèse 3 La lutte contre les inégalités dans l'accès financier aux soins de santé par l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité constitue un investissement dans le capital humain favorable au développement</p>	<p>- Équité d'accès aux soins</p> <p>- Capacités participatives</p> <p>- Santé et développement</p>
	<p>Hypothèse 4 L'alliance entre les principes de responsabilité (individuelle et sociale) et de solidarité dans l'accès aux soins est un moyen de renforcer la justice sociale par la capabilisation et l'autonomisation des travailleurs en situation de vulnérabilité</p>	<p>- Protection sociale</p> <p>- Autonomisation</p> <p>- Responsabilisation</p>

Les différentes dimensions conceptuelles, telles que présentées dans le tableau ci-dessus, ont été regroupées en quatre grands thèmes qui ont généré les différentes questions d'entretiens :

- Le premier thème portait sur l'accès financier aux soins comme un droit fondamental et une obligation sociale qui renforce la cohésion sociale et le sentiment d'appartenance nationale (OMS, 2000; Paugam, 2007). Dans la logique de ce thème, les entretiens ont mis l'accent sur les expériences des participants et participantes pour ce qui est de leur accès financier aux soins de santé; sur leur point de vue et sur leur compréhension de l'accès aux soins comme un droit fondamental de la personne.
- Le deuxième thème portait sur l'accès financier aux soins de santé pour les pauvres et les personnes vulnérables comme un problème moral (Daniels, 1981; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012). Les entretiens ont permis de voir comment les participants perçoivent leur situation par rapport à leur propre responsabilité, à celle des autres de l'État et de la société tout entière. Ils ont permis aussi d'analyser du point de vue éthique la dénonciation des difficultés d'accès financier aux soins de santé de qualité. Par ailleurs, ce thème a permis d'aborder la question de la valeur de l'unicité singulière de chaque personne vulnérable, en égalité avec chaque unicité singulière d'autrui. Ce qui a permis de remettre en question les politiques utilitaristes d'ajustement structurel qui ont conduit à des politiques indifférenciées d'accès aux ressources (Cornia, Jolly et Stewart, 1987; Sanni Yaya 2009 ; Nguetse Tegoum, 2009; Mendo Me Mfou, 2013).
- Le troisième thème portait sur la solidarité et la responsabilité comme instruments de lutte contre les inégalités dans l'accès financier aux soins de santé. La lutte contre les inégalités de santé qui se révèle en même temps comme une lutte contre la vulnérabilité et un investissement dans le capital humain pour un développement socioéconomique et humain durable. La bonne santé en effet permet aux personnes de contribuer plus activement à la vie de leur famille et de

participer plus efficacement à l'évolution économique et au développement du pays (Deaton, 2003; Berthélemy, 2007).

- Le quatrième thème portait sur l'alliance entre solidarité et responsabilité sociale dans l'accès aux soins comme moyen de renforcer l'autonomie des personnes vulnérables et l'égalité dans la société. Le bon état de santé fait partie de l'ensemble des conditions qui permettent aux personnes de faire des choix, d'avoir du pouvoir sur leur situation et sur l'organisation de la société (Sen, 2003; Daniels 2009).

5.3. Analyse des données et résultats

5.3.1. L'analyse de contenu

La méthode d'analyse des données de terrain choisie pour ce travail est l'analyse thématique qui est une technique d'analyse de contenu. L'analyse de contenu est une technique de traitement de l'information qui peut être appliquée à toutes les formes de communication et de discours. Elle est la méthode la plus répandue pour étudier les entrevues qualitatives (Feldman, 1995; Krippendorff, 2003). Berelson (1952) qui en est le fondateur la définissait comme une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication. Cette méthode d'analyse permet de rendre compte du discours des informateurs de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Son procédé est la retranscription des données qualitatives recueillies sur le terrain, leur codage et leur traitement à l'aide d'une grille d'analyse (d'Unrug, 1974 : 9).

L'analyse de contenu permet donc d'établir la signification pour une compréhension éclairée des discours analysés. Par conséquent, elle permet d'atteindre un double objectif : d'un côté, de dégager la signification de l'énoncé de l'émetteur, de donner un caractère subjectif au contenu du discours, car chaque énoncé est un indicateur des représentations sociales qui participent à sa constitution et contient des significations pertinentes pour la population étudiée. De l'autre

côté, l'analyse du contenu permet d'établir la pertinence du discours pour le récepteur (Kandel, 1972; d'Unrug, 1974; Allars-poesi, 2003).

Les opinions, les attitudes et les représentations préexistent à l'acte de parole qui les traduit en énoncé plus ou moins clair. C'est par la parole que la personne exprime sa pensée et même son être à travers des figures de style et avec en arrière-plan son contexte social. L'analyse de contenu comme mode de traitement de l'information permet donc de déceler ce qui n'est pas clairement dit ou ce qui est indicible; elle permet de déduire les présuppositions du locuteur, son rapport aux valeurs, pour une compréhension éclairée du discours ou de l'énoncé soumis à l'analyse (d'Unrug, 1974; Silverman, 2001; Paillé et Mucchielli, 2003). L'analyse du contenu se fait en trois étapes principales : la pré-analyse, l'exploitation proprement dite des données et la formulation des conclusions. La pré-analyse consiste à élaborer des opérations successives à réaliser, à apprêter les données à analyser et à formuler des hypothèses. En effet, « Il faut savoir pourquoi on analyse, et l'explicitier, pour savoir comment analyser » (Bardin, 1989 : 134).

5.3.1.1. L'analyse de contenu thématique des entretiens

La technique d'analyse¹³⁷ de contenu retenue pour ce travail est donc l'analyse thématique de contenu. Cette technique consiste à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus (Mucchielli, 1996; Allars-poesi, 2003). Negura (2006) précise que le but de l'analyse thématique comme technique d'analyse de contenu est de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé ou d'un texte brut. Elle conduit à produire une reformulation du contenu des énoncés sous une forme condensée et formelle. Pour y parvenir, on procède en deux étapes : *le repérage* des idées significatives et leur *catégorisation*. Cette catégorisation permet d'obtenir

¹³⁷L'analyse thématique appelée aussi analyse de contenu thématique est une méthode d'analyse qui consiste selon Mucchielli « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (1996 : 259). Il consiste aussi « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2008 : 162).

une modalité pratique de traitement des données brutes. L'analyse de contenu thématique permet de mettre en évidence les représentations sociales et les jugements des locuteurs à partir de certains éléments de leurs discours reformulés méthodiquement et classés en catégories thématiques (Allars-poesi, 2003; Miles et Huberman, 2003).

L'analyse thématique se présente donc comme un processus qui implique un effort d'identification des thèmes, de construction d'idées émergeant des données. Elle nécessite aussi un effort de clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses (Tesch, 1990). Ce processus comprend en d'autres termes deux moments distincts, mais complémentaires : l'organisation des données qui implique une « segmentation » et qui entraîne une « décontextualisation »; ensuite leur interprétation, ou leur catégorisation, qui conduit à une « recontextualisation » (Savoie-Zajc, 2000).

5.3.1.2. Retranscription et codage des données

Avant de commencer l'analyse, la première étape a été de faire l'inventaire des informations recueillies et de les mettre par écrit. Tous les entretiens ayant été enregistrés; les données recueillies ont été retranscrites mot à mot sans modification et sans interprétation. Cette étape s'est avérée cruciale, car la retranscription nous a permis d'organiser les données de terrain sous un format directement accessible à l'analyse afin de faciliter la lecture (Auerbach et Silverstein, 2003). Ce texte – appelé verbatim – représente les données brutes de l'enquête qui a été soumise à l'opération de codage.

L'opération de codage des données consiste à explorer ligne par ligne ou paragraphe par paragraphe, étape par étape, les textes des entretiens retranscrits; à le lire en sélectionnant les passages significatifs, contenant au moins un élément de la grille thématique d'analyse; à les découper en unités d'analyse ou unités de contenu qui seront ensuite rangées dans les catégories définies. Le codage décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse (Allars-poesi, 2003; Berg, 2007). En effet, après la retranscription des données, avant de les coder, une grille d'analyse a été construite; elle est constituée d'indicateurs. Les indicateurs ont été déterminés à l'avance en fonction des objectifs d'étude. L'approche est donc fermée et déductive (codage fermé) (Miles et Huberman, 2003).

Pour cette recherche, nous avons donc choisi — en raison du type de sujet, des dimensions de la problématique de la recherche et du choix méthodologique de mener des entretiens semi-directifs — de procéder à un codage fermé (Allars-poesi, 2003; Negura, 2006).

La grille d'analyse était donc prédéfinie et constituée pour valider les hypothèses et les théories auxquelles l'enquête se réfère de façon a priori. Les données ont ensuite été utilisées pour tester la validité des idées et des hypothèses de recherche selon une démarche déductive. Il faut cependant préciser que les limites de cette forme de codage nous ont obligés quelques fois à ajouter des thèmes à la liste préalablement constituée ou à la reformuler de manière substantielle pendant l'opération d'analyse. Ce qui a permis à la recherche de tirer avantage à la fois des sources théoriques et des entretiens, en laissant une place importante au contenu émergent des données des entretiens, puisqu'en fin de compte il était question de rendre compte de la teneur en informations des données d'entretien.

5.3.2. La grille d'analyse

La grille d'analyse est un ensemble de cadres référentiels et de connaissances théoriques préalablement établis dans une opération de codage fermé. Il permet d'effectuer des mises de sens et des synthèses (Allars-poesi, 2003). Pour effectuer l'analyse thématique du contenu des entretiens, nous avons utilisé, comme mentionné plus haut, une démarche de codification fermée dans laquelle une grille d'analyse a été prédéfinie — grâce à nos lectures et réflexions théoriques antérieures et notre connaissance des « zones problématiques » — afin de valider de façon a priori les hypothèses de recherche dans un procédé « vérificationniste » (Allars-poesi, 2003 : 275-277). Le traitement du corpus s'étant fait de façon sémantique, nous avons choisi dans cette grille de partir des sous-hypothèses de recherche que nous avons appelées des unités sémantiques de base. Ces unités sémantiques de base ont été ensuite déclinées en dimensions thématiques. À partir de cette dernière catégorie, des unités d'analyse ont été élaborées en fonction des effets souhaités par rapport au problème d'étude, comme présentées dans le tableau suivant.

Tableau 12 : Unité sémantique de base, dimensions thématiques, unités d'analyse et effets souhaités

Unité sémantique de base	Dimensions thématiques	Unités d'analyse choisies	Effets souhaités
<p>1. L'accès financier aux soins est un droit fondamental et une obligation sociale qui exige un engagement politique. Par le biais de l'exigence de la solidarité, il renforce la cohésion sociale</p>	<p>1. Droit à la santé et financement des soins de santé des personnes pauvres et vulnérables</p> <p>2. Cadre législatif et politique gouvernementale en matière d'accès aux soins</p> <p>3. Responsabilité de l'État et volonté politique</p> <p>4. Droit à la santé et financement des soins de santé des personnes pauvres et vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Équitabilité financière dans l'accès aux soins • Conscience du contrat social et du droit à la santé • Volonté et engagement politique • Confiance des citoyens envers l'État • Mobilisation des moyens nécessaires pour l'accès financier de tous aux soins • Dispositifs de solidarité • Organisation des responsabilités de financement des soins • Déterminants politiques et socioéconomiques de l'accès financier aux soins • Dialogue social et participation • Compréhension de la notion de solidarité sociale 	<p>1. Prise en compte du contexte sociopolitique du pays (cadre dans lequel s'inscrivent la responsabilité et la solidarité) pour une bonne approche-solution au problème d'accès universel aux soins</p> <p>2. Élaboration des outils aptes à créer la solidarité sociale pour l'accès financier aux soins des personnes socialement et financièrement vulnérables (cas des travailleurs en situation de vulnérabilité)</p> <p>3. La solidarité et la responsabilité pour l'accès financier des pauvres et des personnes vulnérables aux soins relèvent d'un projet social</p>
<p>2. L'accès financier aux soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables est surtout un problème moral à traiter moralement</p>	<p>1. Les individus sont liés moralement les uns aux autres et socialement insolidum; chacun est moralement et socialement responsable</p> <p>2. Le devoir de solidarité compense les inégalités par un éventail d'instruments qui assure un ciblage et une couverture adéquats des personnes vulnérables</p> <p>3. L'accès financier aux soins s'accompagne de l'éthique médicale du care et d'accès aux soins de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne gouvernance (efficacité administrative et transparence) • Sens de la responsabilité (morale, individuelle et sociale) • Obligation sociale de solidarité (sens) • Intégrité et gestion efficace des ressources • L'offre informelle des soins (raison, risque et lutte contre) • Nécessité d'assistance sociale • Qualité des offres de soins • Autres déterminants moraux de l'accès aux ressources sanitaires 	<p>1. La solidarité acquiert une plus-value humaine en se transformant en obligation morale et s'exprime en termes de responsabilité</p> <p>2. Intériorisation du sens de la responsabilité sociale et réduction de la discrimination basée sur la situation socio-économique des individus</p> <p>3. Accès des personnes ayant un statut socioéconomique et financier défavorable aux soins de qualité et suivant une éthique du care</p>

<p>3. L'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins constitue un investissement dans le capital humain favorable au développement</p>	<p>1. La bonne santé est un facteur de développement. Elle lui est aussi conséquente</p> <p>2. La vulnérabilité due à un revenu indécemment associé aux mauvaises conditions de vie alimente la mauvaise santé</p> <p>3. La mauvaise santé et le mal-être induisent le sous-développement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coût des soins et dynamiques de pauvreté et de vulnérabilité • Conséquences de la pauvreté sur l'accès financier aux soins • Actions des différents partenaires sociaux pour un accès financier équitable aux soins • Situation économique du moment et financement des soins • Prise en compte dans les politiques de la problématique santé et développement • L'impact des réseaux de solidarités sur la santé et la vie économique 	<p>1. Bris du cercle vicieux de la pauvreté qui engendre la mauvaise santé et de la mauvaise santé qui à son tour engendre la pauvreté</p> <p>2. Assurer aux travailleurs du secteur informel un accès équitable aux soins de qualité en vue d'assurer les ressources humaines nécessaires au développement durable</p> <p>3. L'accès financier favorisé des travailleurs en situation de vulnérabilité aux soins de santé conduit à une vie plus digne et productive et il en résulte un investissement dans le capital humain</p>
<p>4. L'alliance entre les principes de responsabilité (individuelle et sociale) et de solidarité dans l'accès aux soins peut s'exprimer en termes de capabilisation et d'autonomisation des travailleurs en situation de vulnérabilité; elle constitue un moyen de renforcer la justice sociale</p>	<p>1. La solidarité fondée sur les droits privilégie la recherche de l'autonomie et la lutte contre les inégalités sociales</p> <p>2. La mobilisation pour des changements sociaux visant à capabiliser les travailleurs en situation de vulnérabilité peut permettre leur accès durable aux soins de santé</p> <p>3. Les capacités institutionnelles et de coordination pour garantir l'efficacité dans la mise en œuvre de l'accès aux soins pour les pauvres et les vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités économiques et financières des travailleurs vulnérables • Condition et cadre de travail et besoin de leur amélioration • Conditions de santé et de sécurité • Cadre juridique et institutionnel des activités du secteur informel • Besoin de soins et de renforcement de l'autonomie • Besoin de participation à la vie sociale • Possibilités de remédiation de la vulnérabilité et de l'exclusion 	<p>1. Les principes de responsabilité et de solidarité, au-delà de l'accès aux soins, contribuent à un projet d'innovation sociale qui profite aux plus défavorisés notamment les travailleurs en situation de vulnérabilité</p> <p>2. Instauration du cercle vertueux de la responsabilisation/capabilisation des travailleurs vulnérables qui renforce leur contribution et le bénéfice d'accès aux soins de façon durable</p>

Pour « repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996 : 259) —, il nous a fallu passer par deux niveaux de codification thématique. Le premier niveau a consisté en une

formulation d'étiquettes thématiques¹³⁸ facilement utilisables constituées des thèmes préalablement définis (unités d'analyse) qui ont permis d'étiqueter des parties du matériau et de les classer en différents ensembles. Le deuxième niveau a consisté en une opération de catégorisation du contenu de ces unités dans les catégories thématiques constituées (voir tableau 12).

Ce travail d'étiquetage thématique s'est fait de façon évolutive. Certains thèmes (unités d'analyse) ont connu des modifications, d'autres se sont avérés inadéquats au vu des données de terrain et des nouveaux apports faits à la problématique de la recherche. Ces opérations se sont faites avec une attention particulière portée sur les idées récurrentes, répétées et lancinantes qui exprimaient les sujets importants aux yeux des informateurs. Les métaphores, les expressions imagées, les allusions plus ou moins explicites ont été analysées et interprétées. Certains éléments importants du corpus ont nécessité la création de nouvelles catégories de thèmes. Aussi, de nouvelles catégories qui se sont révélées dans le corpus d'analyse, ont enrichi considérablement le tableau des catégories thématiques.

Pour décrire de façon plus concrète et détaillée notre démarche, nous dirons qu'une fois que les données des entretiens ont été retranscrites, nous avons procédé au repérage des idées significatives et à leur catégorisation. Ces opérations ont été faites dans une exploration minutieuse, étape par étape des textes des entretiens, pour déceler les unités de contenu¹³⁹. Pour réaliser cette tâche lourde et minutieuse qui a été faite à la main sur une base sémantique, nous avons réalisé dans un premier temps une première lecture des verbatim afin de dégager le sens général du texte et de cerner les idées majeures. Ensuite, une analyse ligne par ligne des entretiens a été nécessaire et a permis d'identifier — à partir des unités d'analyse prédéfinies et

¹³⁸Le concept d'*étiquettes thématiques* fait référence ici à un outil d'identification et de découpage du corpus analysé. Elles servent à étiqueter des parties du matériau et à les classer en catégorie d'unité de sens (Miles et Huberman, 2003:112).

¹³⁹Les unités de contenu sont les idées clés et significatives énoncées par les interviewés. Elles sont repérées dans le texte à partir de phrase, de demi-phrase, de verbe ou de substantif évoquant cette idée.

utilisées comme des étiquettes thématiques de codage — un premier réseau de thèmes.¹⁴⁰Ces idées significatives (unité de contenu), constituées principalement des segments de discours en lien avec l'objet étudié, correspondent aux discours des participants. Dans un deuxième temps, nous avons analysé leur contenu selon les ressemblances « thématiques » et les avons rassemblées — en procédant en même temps au comptage du nombre d'intervenants sur la thématique et du nombre de contenus thématiques concernés — dans des classes conceptuelles ou catégories thématiques inspirées par ce que nous avons appelé dans la grille d'analyse « les effets souhaités ».

L'opération susmentionnée, qu'il convient d'appeler une opération de décontextualisation et de recontextualisation selon les termes de Savoie-Zajc (2000), a permis de faciliter l'étude des relations qui existent entre les unités considérées dans le corpus et de leur donner une description compréhensive par rapport à l'objet d'étude et aux objectifs de la recherche. Les catégories thématiques ont été formulées en référence à la question : quel phénomène plus général y a-t-il derrière l'ensemble des éléments considérés? La réponse à cette question nous a permis de cerner, d'inventer de nouveaux concepts et d'inférer, en mobilisant des connaissances sur le sujet, pour donner un sens plus général et plus abstrait à chaque corpus d'unité d'analyse codée. Cette catégorisation des unités de contenu a permis d'obtenir une modalité pratique d'interprétation, de vérification et de validation des idées préalablement élaborées.

¹⁴⁰Ce procédé d'analyse repose sur une compréhension approfondie des données des entretiens et sur une démarche itérative qui exige un va-et-vient entre les informations recueillies et l'analyse. Alors, plus le chercheur s'imprègne du verbatim, plus il est à même d'en comprendre le sens et d'en faire ressortir les idées significatives (Ezzy, 2002).

5.3.3. Résultat de l'analyse

5.3.3.1. Catégories thématiques d'idées récurrentes et pertinentes

Des catégories de thèmes ont émergé des fréquences et des récurrences dans les discours des participants. Les unités de contenu ont donc été repérées et réorganisées à l'intérieur de ces catégories (Negura, 2006; Paillé et Mucchielli, 2008 : 162). Dans cette logique, chaque unité de contenu a été codifiée et catégorisée afin de déterminer et d'évaluer son intensité et sa pertinence par rapport à l'objet d'étude. Les représentations et les messages des participants ont été ainsi synthétisés et classifiés de manière à ce que le lecteur puisse déduire sans difficulté l'importance de chacun des thèmes qui s'y sont dégagés par rapport aux objectifs de la recherche.

Le tableau 13 présente ces thèmes qui sont les idées les plus fréquentes et les plus pertinentes qui émanent du verbatim des entretiens. Il s'agit des thèmes qui expriment des configurations sémantiques récurrentes de phrases et de paragraphes ou des énoncés sémantiques qui après analyse se révèlent pertinents pour la problématique de la recherche.

Tableau 13 : Les thèmes¹⁴¹ les plus fréquents et les plus pertinents dans les discours des entretiens individuels et de groupe

Catégories thématiques récurrentes et pertinentes	Nombre d'intervenants	Unités de contenu*
D'UNE FORTE IMPORTANCE		
Situation d'accès financier aux soins très inéquitable	93	98
Coût des soins prohibitifs et dépenses catastrophiques	90	99
Corruption et mauvaise gestion des biens publics	87	95
Précarité et vulnérabilité des travailleurs de l'informel	87	89

¹⁴¹Nous l'entendons ici au sens de Saldana qui définit un thème comme une expression ou une phrase qui identifie ce sur quoi porte une unité de données ou ce qu'elle signifie (Saldana, 2009 : 139). Ces thèmes sont la reformulation des expressions et des occurrences exprimées par différents intervenants des entretiens individuels et de groupe ayant une parenté de sens (Ryan et Bernard, 2003).

Nécessité d'un État social fonctionnel et efficace	84	97
Réseaux traditionnels de solidarités limités	81	94
Donner une priorité à l'éthique médicale	78	85
Inégale distribution de pouvoir et des capacités	76	93
Fortes inégalités de revenu et de condition	73	88
Protection sociale des personnes vulnérables	68	85
Potentialisation de l'économie informelle	65	85
Mutualisation des risques d'appauvrissement	65	80
La santé ne constitue pas une priorité budgétaire	63	76
La justice sociale exige l'accès de tous aux soins	61	63
Nécessité d'une gestion efficiente des ressources	56	66
Soins informels et mauvaise qualité de soins	56	58
Crise de confiance envers l'État social	54	55
Respect et non-discrimination des individus	52	57
L'accès universel exige le partage des responsabilités	50	52
Nécessité de lutte contre l'incivisme et l'impunité	48	53
D'IMPORTANCE MOYENNE		
La santé est un droit auquel doit pourvoir l'État	46	51
Le contexte politique constitue une grande contrainte	45	48
Lutte contre l'offre informelle des soins	45	46
Les structures de santé profitent aux plus riches	43	46
Les ressources humaines en santé sont mal gérées	42	44
La bonne santé rend productif et plus autonome	40	47
Concertation sociale sur les politiques de santé	38	45
Augmentation des impôts pour financer la santé	38	42
Les clivages ethniques contraignent la solidarité sociale	37	40
Le système de santé est en dysfonctionnement	36	37
L'accès aux soins est une lutte contre la pauvreté	35	39
Imposition de l'adhésion aux mutuelles de santé	35	36

Donner une qualité de vie acceptable aux indigents	34	37
Pertinence de la politique de mutualisation des soins	33	33
Importance des problématiques spécifiques de genre	31	35
DE FAIBLE IMPORTANCE		
Efficacité des systèmes traditionnels de soin	22	23
La responsabilité est exclusivement celle de l'État	21	22
Insuffisance de l'aide au développement	18	20
Impossibilité d'atteinte d'un consensus social	15	18
Les soins informels constituent un bon antidote	15	16
L'économie informelle sert les inégalités	12	13
Les soins traditionnels offrent une bonne accessibilité	10	12
L'État dispose des moyens très limités	10	10
Les ressources financières du pays sont minables	8	12
La couverture universelle est une utopie	8	8
La situation de pauvreté est une fatalité	7	8

* Nombre d'énoncés attribués à une catégorie thématique.

Les trois classes de thèmes (forte importance, importance moyenne et faible importance) ont été déterminées simplement sur la base du nombre d'intervenants sur la thématique considérée. Soient : Les trois classes de thèmes ont été déterminées simplement sur la base du nombre d'intervenants sur la thématique considérée. Soient : les thèmes de **forte importance** correspondent à un nombre d'intervenants supérieur ou égal à 1/2 du nombre total de personnes interviewées, ayant parlé de la thématique considérée. Les thèmes de **moyenne importance** correspondent à un nombre d'intervenants inférieur ou égal à 1/3 et supérieur à 1/4 de l'ensemble de personnes interviewées, ayant parlé de la thématique en question. Et les thèmes de **faible importance** correspondent à un nombre d'intervenants inférieur ou égal à 1/4 de l'ensemble de personnes interviewées, ayant parlé de la thématique. L'importance de chaque catégorie thématique peut aussi se juger au nombre d'unités de contenu qui la composent, équivalent à l'insistance sur la thématique considérée.

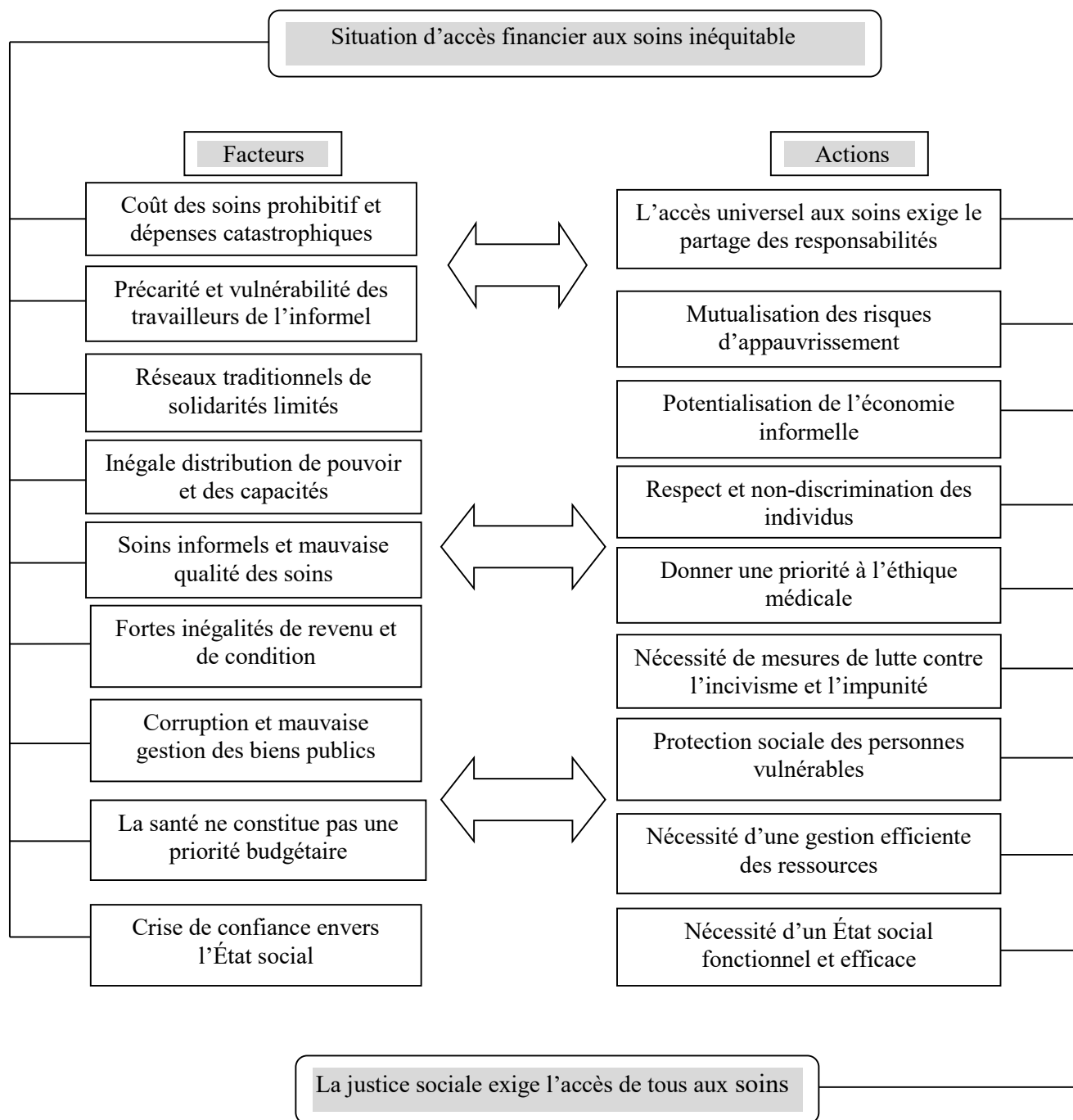
Cette classification par ordre d'importance décroissant — forte importance, moyenne importance, faible importance — exprime donc les problématiques les plus préoccupantes et les aspirations les plus importantes du point de vue des participants. Elle rend aussi observable et descriptible le nombre de fréquences et facilite l'interprétation. En outre, elle permet une vision d'ensemble et constitue un résumé du corpus empirique.

5.3.3.2. Cartographie des thèmes significatifs

L'analyse de contenu permet de ressortir du corpus des entretiens les messages significatifs des personnes interviewées; mais aussi, elle permet de comprendre leur discours au-delà de leurs significations premières. Elle est donc un exercice intellectuel pour faire émerger du sens (Allars-poesi, 2003; Paillé et Mucchielli, 2008). Ces sens, nous les avons cartographiés de manière à construire une représentation synthétique et structurée des matériaux étudiés à partir des thèmes dégagés dans l'analyse. Cette opération a été réalisée pour donner une vue schématisée de l'ensemble du corpus des entretiens. Il s'agissait de présenter graphiquement et logiquement les liens entre les thèmes les plus significatifs et de les positionner dans un espace sémantique commun articulé autour de la problématique de la recherche (Paillé et Mucchielli, 2008 : 192).

L'analyse de contenu thématique présuppose que les thèmes que contient le matériau brut (verbatim) issu des entretiens entretiennent entre eux des relations organisées suivant des rapports logiques (Feldman, 1995; Auerbach et Silverstein, 2003). La figure 4 ci-dessous présente les différents liens qu'entretiennent les thèmes entre eux et avec les différentes dimensions de la problématique de la recherche.

Figure 4 : Arborescence thématique



Paillé et Mucchielli affirment que

« C'est le travail de l'analyste que de porter attention aux détails et de bien fonder ses thématisations. Quoi qu'il en soit, l'analyste ne devra jamais se sentir lié par un thème, un énoncé, une catégorie, ou quoi que ce soit d'autre. Il a toujours la possibilité de retourner au matériau même en vue de le réévaluer, le reconsidérer, le thématiser à nouveau » (2008:181).

Dans cette logique, tout comme l'opération d'étiquetage (codage), la cartographie des thèmes s'est faite de façon très ouverte. Elle a été construite dans la visée des objectifs de la recherche à partir des données théoriques et de l'interprétation des données de terrain.

5.4. Interprétation des résultats

Cette section vise à rapprocher les résultats de l'analyse des données avec la problématique de la recherche. Une opération qui consiste à vérifier les hypothèses et à situer ces résultats dans le contexte théorique de la recherche. Il s'agit de voir comment ces résultats aident à trouver la solution au problème de la recherche et dans quelle mesure ils enrichissent la problématique.

Le contenu des discussions de groupe, les expériences et les points de vue exprimés dans les entretiens individuels ont permis à travers l'analyse des données, de dégager les principales idées et opinions que les participants se font de la situation ainsi que les pistes de solutions qu'ils entrevoient. En nous référant à l'arborescence thématique (figure 4), il est ressorti de ces entretiens que les coûts de soins sont prohibitifs et induisent des dépenses catastrophiques dans les couches socialement défavorisées. Ce qui induit la vulnérabilité notamment chez les travailleurs du secteur informel qui ont déclaré ne bénéficier d'aucune protection sociale et doivent faire face aux dépenses de santé des autres membres de leurs familles. Bien que la solidarité des proches (membres de la famille, amis, etc.) et des associations tontinières soit un atout non négligeable, elle est très limitée pour offrir l'appui financier nécessaire pour l'accès aux soins des personnes pauvres et vulnérables. Ce qui produit une situation d'accès financier aux soins très inéquitable. Le tableau 11 qui suit présente les caractéristiques, les limites et les inconvénients de cette solidarité traditionnelle tels qu'ils ressortent des entretiens.

Tableau 11 : Les avantages et inconvénients des solidarités traditionnelles

Type de solidarité	Pôle	Principe	Valeurs et caractéristiques	Limites et inconvénients
Solidarité familiale	Communautaire	Cohésion	<ul style="list-style-type: none"> • Entraide • Vertu • Charité • Exigence communautaire • Reconnaissance • Fraternité 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès est conditionnée le lien familial • Aléatoire • Justice à intensité variable • Peu fiable • N'est pas un droit • Absence d'obligation
Solidarité des tontines ¹⁴²	Sociocommunautaire	Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Contractuelle • Justice redistributive • Moyen de survie 	<ul style="list-style-type: none"> • Couteuse • Exclusive • Basée sur des critères discriminatoires • Recouvrement pas automatique • Temps d'attente très souvent long • Faiblesse du montant accordé
Solidarité des amis	Social	Cohésion	<ul style="list-style-type: none"> • Exigence morale • Entraide • Vertu • Charité • Engagement pour autrui 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour avoir le bien, il faut faire le lien • Aléatoire • Révocable • Imprévisible • Peu fiable • Absence d'obligation

Les limites de ces formes de solidarité font appel à une solidarité plus englobante basée sur le droit, la justice et l'obligation citoyenne. Elles induisent en effet la détermination d'une solution

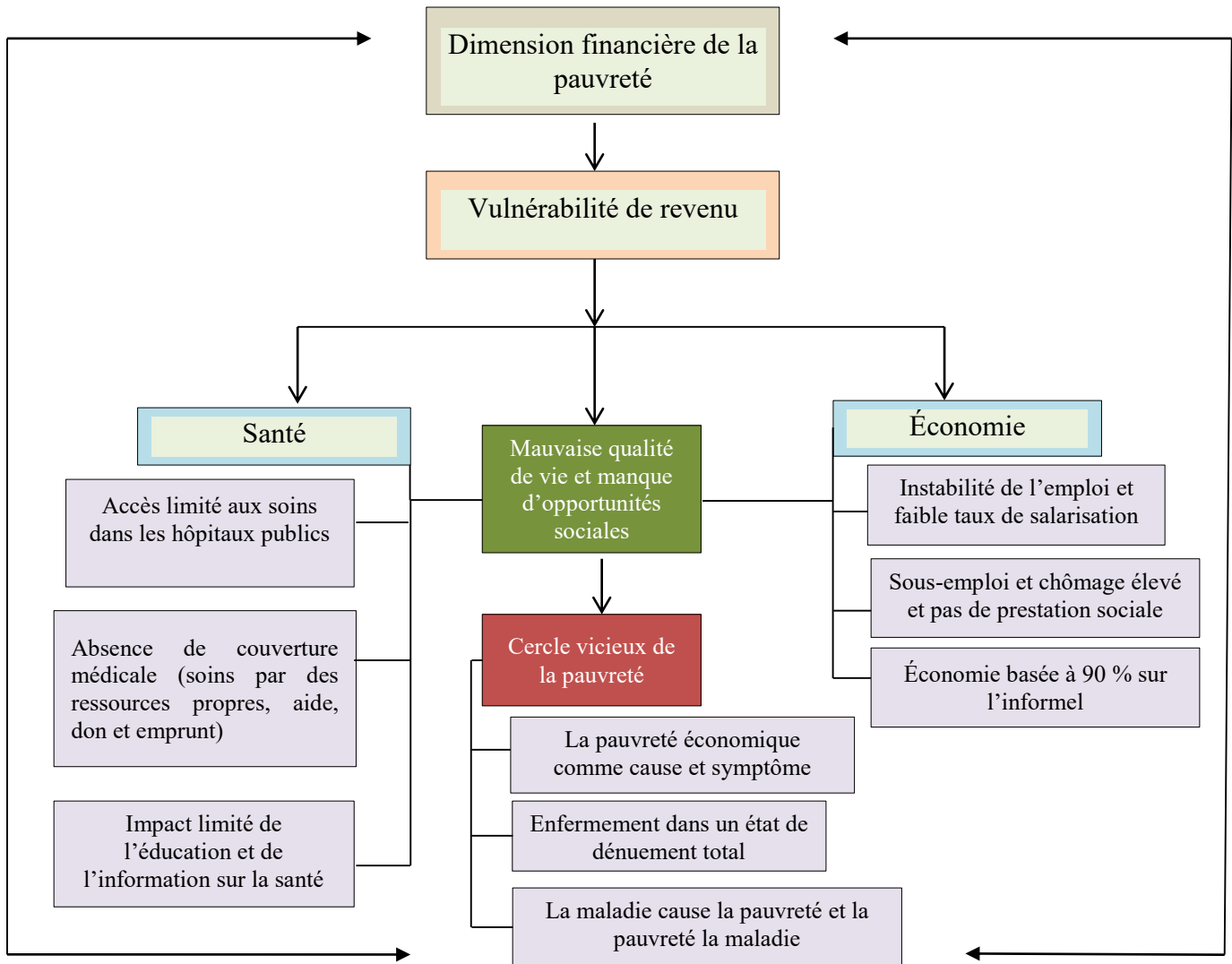
¹⁴² Système dans lequel un groupe de personnes crée un pot commun où chacun verse la même somme à une date régulière et où à chaque tour de versement un participant est désigné comme bénéficiaire de tous les versements.

qui répond aux apories de ces formes traditionnelles de solidarité. Une solution qui exige une stratégie d'organisation sociale qui répond aux exigences de la responsabilisation éthiquement et politiquement. Pour rendre effectif le droit à la santé il est nécessaire d'organiser une solidarité sociale conséquente et définir les responsabilités de chaque partie prenante. En effet, pour répondre à un droit fondamental, la solidarité et la responsabilité comme principes éthiques nécessitent un ajustement afin d'instaurer des mécanismes stables de protection sociale. En tant que principes, la solidarité et la responsabilité se situent à la jonction du lien social (qui est de caractère institutionnel et contractuel), de l'obligation et de la réciprocité (Paugam, 2012). Ce premier élément des résultats confirme la première dimension de notre hypothèse de recherche.

L'arborescence thématique montre aussi que les participants à la recherche ont déploré la mauvaise qualité des soins, la corruption et la mauvaise gestion des biens publics. À la question des capacités financières d'accès aux soins des personnes financièrement et socialement défavorisées ont été corrélées à celles de la bonne gouvernance, de l'intégrité et de la qualité des soins. Une situation qui engage la responsabilité sociale de ceux qui organisent ou gèrent le système de soin et celle des professionnels de la santé en termes de qualité de leurs prestations. Les intervenants ont préconisé le respect et la non-discrimination des individus, la gestion efficiente des ressources et la nécessité de mesures de lutte contre l'incivisme et l'impunité comme des solutions à cette situation. Il a été aussi demandé qu'une priorité soit donnée à l'éthique médicale. Alors, la sensibilisation sur le principe d'égal traitement social en dignité et en droit peut favoriser dans ce contexte de corruption l'accès des personnes ayant un statut socioéconomique et financier défavorable aux soins de qualité et suivant une éthique du *care* (Slote, 1998; 2007). Une action politique d'éducation citoyenne sur le sens de l'autre peut se transformer en obligation morale et s'exprime en termes de responsabilité et de *care*. En outre, l'éducation au sens de la solidarité et de la responsabilité sociale et l'intériorisation de ces valeurs sociales fondamentales peuvent réduire la discrimination basée sur la situation socio-économique des individus (Molinier, 2005; Laugier et Paperman, 2005). Ces éléments des résultats de la recherche empirique confirment la deuxième dimension de notre hypothèse de recherche.

En outre, l'arborescence thématique fait ressortir de fortes inégalités de revenu et de condition et une inégale de distribution de pouvoir et des capacités (figure 4). Les entretiens ont ainsi permis d'identifier la vulnérabilité dans l'accès aux soins de santé comme un cercle vicieux d'appauvrissement et d'affaiblissement des capacités (voir figure 5).

Figure 5 : le cercle vicieux de la pauvreté : vulnérabilité et pauvreté monétaire



Le coût d'accès aux soins engendre ainsi pour les personnes socialement défavorisées, parmi lesquels les travailleurs vulnérables du secteur informel, un handicap à la réalisation de soi. Les

données de la recherche montrent ici comment les difficultés d'accès aux soins influencent l'exercice de l'autonomie des individus. Autonomie comme la capacité des individus à se déterminer eux-mêmes. La vulnérabilité économique, en effet, conditionne les aptitudes des individus dans leurs actions de socialisation comme dans leurs activités économiques (Boetsch, 2010).

Il est alors important de considérer au Cameroun l'impact des difficultés d'accès aux soins de santé sur la vie des individus pris en tant que tels, mais aussi comme agents producteurs et agents du changement social et politique. Les participants et participantes ont d'ailleurs remis en question les bases des systèmes économiques, politiques et sociaux qui génèrent et entretiennent leur situation de pauvreté et de vulnérabilité, engendrent les inégalités sociales, influencent l'exercice de leur autonomie et favorisent leur exclusion du système de santé. Aussi, ils ont exprimé leurs aspirations à la protection sociale, à un travail décent et à un revenu décent pour pouvoir assumer leurs propres responsabilités face aux exigences de l'accès universel aux soins. L'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité pour garantir la couverture universelle des soins passe donc fondamentalement par une approche d'accompagnement et d'autonomisation. Il s'agit en d'autres termes de transformer les vulnérabilités en potentialité de développement; d'offrir des capacités aux personnes vulnérables, en l'occurrence les travailleurs urbains de l'informel et de les responsabiliser en vue de leur propre prise en charge et de leur pleine contribution durable au bien-être collectif. Ces éléments des résultats d'enquête apportent une confirmation au troisième et au quatrième point de notre hypothèse de recherche.

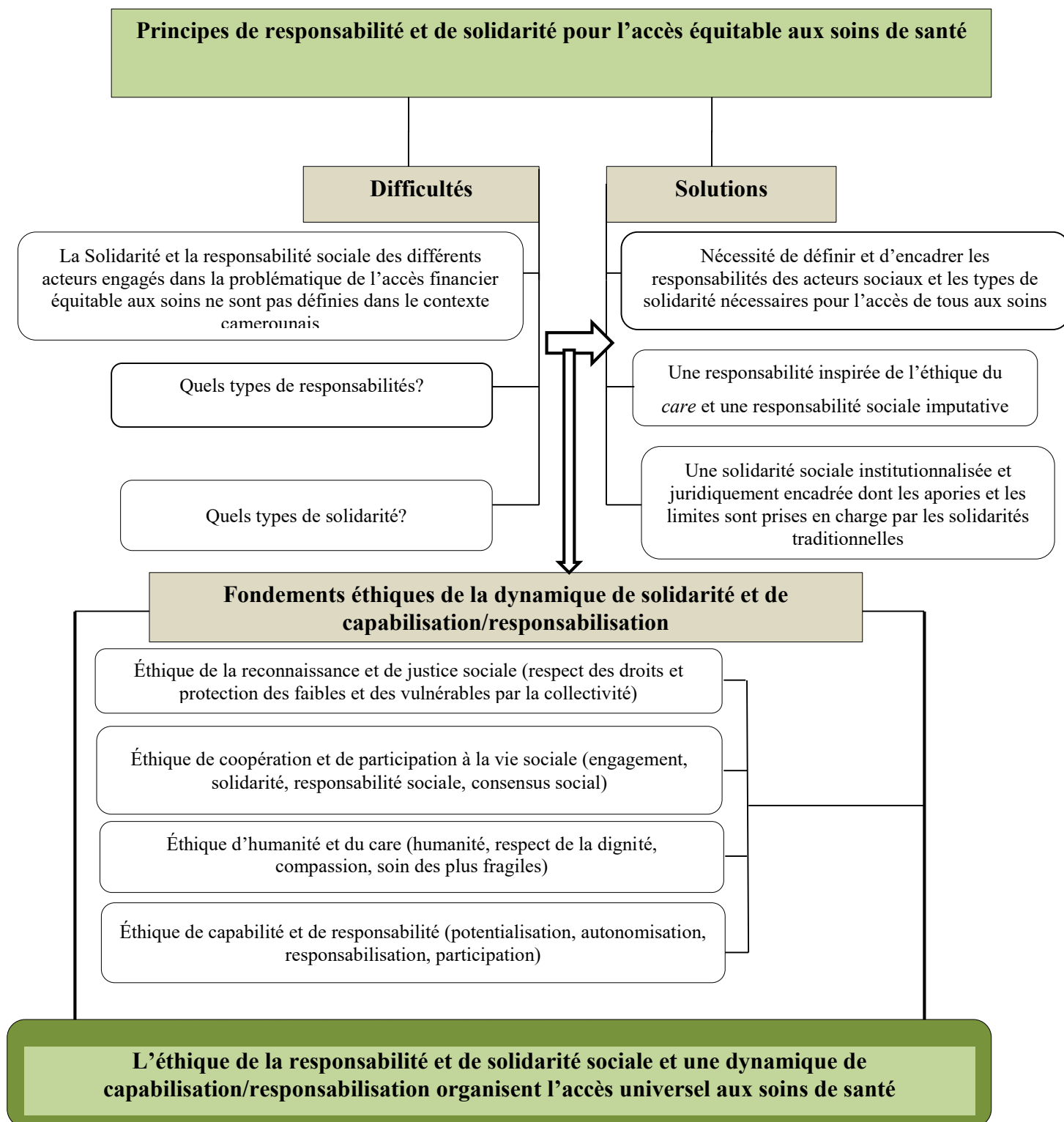
De ce qui vient d'être dit découle la nécessité d'une approche de solution basée sur la régulation de la solidarité et de la distribution des responsabilités pour un accès financier équitable aux soins de santé des couches vulnérables de la population, notamment les travailleurs de l'économie informelle. Une approche logique qui résulte de l'interprétation du discours des participants et des données de la recherche théorique et qui repose sur la pertinence et le potentiel éthique, politique et social des principes de responsabilité et de solidarité.

L'analyse de la situation du point de vue moral nous a permis en effet d'identifier les déterminants d'ordre moral de la situation, les faiblesses du système et les leviers éthiques sur lesquels il faut impérativement agir pour stimuler les dispositions favorables à la solidarité

sociale et renforcer le sens de la responsabilité chez différents acteurs sociaux impliqués dans la problématique de l'accès financier équitable aux soins de qualité. Les aléas moraux et la déresponsabilisation ne peuvent être évités dans une société qu'en « élaborant des systèmes de justice distributive au sein desquels la solidarité et la responsabilité sont combinées » (Léonard, 2012 : 48). Aussi, il faut créer les conditions qui permettent aux personnes et aux groupes d'avoir du pouvoir sur leur situation et sur l'organisation de la société, de redevenir des contributeurs à la vie de la société (Daniels, 2005; 2009).¹⁴³ La figure 6 ci-dessous en présente les dimensions. Elle présente en outre les fondements éthiques de la dynamique de solidarité sociale de responsabilisation et de la capabilisation nécessaires pour apporter une solution au problème d'accès universel aux soins au Cameroun.

¹⁴³ C'est à cela en effet que fait référence la dynamique de capabilisation/responsabilisation.

Figure 6 : Régulation de la solidarité et de la responsabilité et dynamique de capabilisation/responsabilisation pour un accès universel aux soins de santé



5.5. Cadre éthique de la recherche

Conformément au règlement qui encadre les travaux des étudiants et des chercheurs qui mènent des recherches impliquant des sujets humains, ce travail a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (CERES) et par le Comité éthique du Centre d'étude et de recherche en éthique et bioéthique (CERB-CSB) du Cameroun où se sont déroulés les entretiens. Toutes les personnes ayant participé à cette étude ont, préalablement lu et signé un formulaire de consentement qui établissait les règles de leur participation et les normes de confidentialité proposées (voir le formulaire en annexe 1).¹⁴⁴

5.6. Les limites méthodologiques

Du fait que cette recherche concernait essentiellement la catégorie socioprofessionnelle des travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité, elle s'est concentrée davantage sur le discours et l'expérience de ces travailleurs, sur leurs conditions de soin et de travail. Pour cette raison, elle n'a pas intégré les personnes indigentes incapables de travailler (personnes handicapées, personnes très âgées, malades chroniques, etc.). Leur point de vue spécifique sur les questions d'accès aux soins aurait certainement apporté un enrichissement à la recherche.

En outre, les entrevues de groupe ont certes l'avantage de donner accès rapidement à une mine de renseignements pertinents, mais elles peuvent aussi présenter un biais d'effet de groupe; certaines personnes ayant plus de difficultés à exprimer une opinion contraire à celle de la majorité. Conscients de cette limite, nous avons donné un espace de parole plus libre dans les entretiens individuels (20 participants), ce qui s'est d'ailleurs traduit de façon satisfaisante sur le plan du contenu. Un choix qui, bien que pertinent, ne résout pas pour autant de manière absolue les biais possibles des entretiens de groupe.

¹⁴⁴ Tous les participants savaient lire et écrire. Et les termes du formulaire de consentement ont été simplifiés pour être compris par tous.

En fin de compte, la recherche de terrain nous a permis d'établir un lien entre les énoncés théoriques et les réalités concrètes et pratiques du contexte de l'étude. Elle nous aura permis de comprendre que les processus de changement social et de développement dans lequel est engagé le Cameroun mettent nécessairement en rapport, comme le disait Olivier de Sardan (1991), des normes et des cultures hétérogènes, des systèmes de valeurs hétérogènes, des configurations de représentations hétérogènes, des systèmes d'action hétérogènes, des stratégies et logiques sociales hétérogènes. Appréhendée au niveau cognitif, économique, politique et symbolique, l'interaction complexe de ces éléments hétérogènes est au cœur du changement social et du développement dans ce pays et constitue un défi majeur pour l'opérationnalisation des principes de responsabilité et de solidarité. En effet, les principes de responsabilité et de solidarité pour se fonder éthiquement sur le droit, la justice et l'équité, et s'implanter dans le contexte du Cameroun doivent tenir compte des logiques multiples mises en œuvre dans le processus de développement. Il faut en outre tenir compte des représentations et des pratiques mobilisées sur le plan économique, social, politique qu'il convient d'appréhender simultanément pour réussir l'opérationnalisation des principes de responsabilité sociale et de solidarité pour l'institution d'un mécanisme stable qui garantisse dans la durée l'accès financier équitable aux soins de santé. Ce sera l'objet des prochains chapitres. Le chapitre 6 précisément en analyse les considérations éthiques, sociales et politiques.

TROISIÈME PARTIE : EXPLOITATION DES DONNÉES

CHAPITRE 6: Transition vers la couverture universelle santé : considérations éthiques et choix opérationnels stratégiques

La manière dont fonctionne le système de soins d'un pays, notamment le système de couverture universelle de santé dépend fortement des valeurs partagées et assumées par la population et les décideurs politiques. Et l'accès financier aux soins qui est un droit humain et social pour être effectif exige un engagement politique.

Ce chapitre montre les enjeux des politiques publiques d'accès universel aux soins à travers une analyse qui met au centre la catégorie des travailleurs du secteur informel en situation de vulnérabilité. Une analyse qui vise l'inclusion sociale, la responsabilisation et la solidarité active contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. L'objet de cette analyse constitue aujourd'hui au Cameroun une priorité sociale et se situe au cœur de la stratégie du Gouvernement. Il s'agit d'une stratégie qui vise à intervenir simultanément sur différents facteurs de précarité et de vulnérabilité, notamment la pauvreté monétaire dans l'accès aux soins. Pour ce faire, les modalités de gouvernance constituent un enjeu essentiel. En effet, pour rendre cette stratégie politique efficace, des modalités de gouvernance doivent être définies ainsi qu'une mise en cohérence par l'État de ses objectifs stratégiques avec les leviers d'intervention nécessaires que sont : la réorganisation équitable des responsabilités de financement de soins dans un régime de couverture universelle santé adapté au contexte, la potentialisation du mécanisme de solidarité et le renforcement de la volonté politique et citoyenne (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Elkhadiri, Himmich et Chouaib, 2013).

Ce chapitre accorde en outre une attention particulière aux considérations éthiques et morales dans les prestations des gestionnaires du système de soins et des professionnels de soins. Il identifie les leviers éthiques sur lesquels il est impératif d'agir pour stimuler les dispositions

favorables à la responsabilité des acteurs impliqués dans la problématique de l'accès équitable aux soins de qualité.¹⁴⁵

6.1. Données factuelles

6.1.1. Accès financier aux soins prohibitif

Plus des 3/4 des 95 participants (entretiens de groupe et entretiens individuelles) pensent que le coût des soins est prohibitif et les dépenses de soins catastrophiques pour les ménages à faible revenu au Cameroun. Bien que des efforts soient consentis par les pouvoirs publics et ses partenaires extérieurs pour favoriser l'accès aux soins des personnes défavorisées, le secteur de la santé au Cameroun reste encore très marqué par l'inégalité dans l'accès financier aux prestations sanitaires¹⁴⁶. Les médicaments les plus essentiels ne sont pas financièrement à la portée de tous et les coûts d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers dans les formations sanitaires sont manifestement prohibitifs pour une large frange de la population. Lors des épisodes de maladie, l'accès aux soins est conditionné par le paiement direct au point d'accès comme l'affirme un des participants aux entretiens individuels :

« Le slogan *santé pour tous à l'an 2000* que l'État a longtemps vanté est un échec total. Aujourd'hui, tous les soins sont payants et coûtent trop cher pour nous

¹⁴⁵En effet, à la question de capacité financière d'accès aux soins des personnes financièrement et socialement défavorisées, sont associées celles de l'intégrité des prestataires de services dans les établissements sanitaires qu'ils sollicitent et de la qualité des soins dont ils bénéficient. C'est pourquoi, la « résolution adoptée par tous les États Membres de l'OMS englobe les deux facettes de la couverture sanitaire universelle : la prestation de services de santé de qualité et l'accès à ces services, d'une part, et la protection contre le risque financier pour les personnes qui doivent recourir à ces services, d'autre part » (OMS, 2013a : xi). C'est pourquoi en 2005, sur la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin sans courir le risque de l'appauvrissement ou de connaître la ruine financière, les États Membres de l'OMS ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle (WHO, 2010).

¹⁴⁶Le gouvernement aidé par ses partenaires extérieurs déploie des efforts non négligeables pour soutenir certaines catégories de malades ou pour subventionner les soins de certaines pathologies. Ces efforts sont déployés notamment dans : la subvention des médicaments génériques ; la prise en charge d'un certain nombre d'indigents dans certaines formations sanitaires ; la gratuité des antituberculeux et antirétroviraux ; la gratuité des tests de dépistage du VIH pour les femmes enceintes, les prisonniers et les étudiants ; la gratuité des services de prévention tels que la vaccination, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; etc. (MINSANTE, 2009 ; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012).

autres. En plus, le personnel médical a un comportement inhumain. Dans ce pays, une personne agressée dans la rue et qui, avec l'aide d'un passant, est conduite à l'hôpital ne recevra aucun soin surtout s'il a été dépouillé de tout son argent au cours de l'agression. Si tu ne peux pas payer immédiatement tes soins, les infirmiers et les médecins vont te laisser mourir. C'est notre triste réalité. » (EI-12)¹⁴⁷

Le paiement préalable constitue donc une barrière à l'accès aux soins pour de nombreux ménages¹⁴⁸. De ce fait, la pratique de l'automédication s'est répandue à cause de l'incapacité des personnes socialement défavorisées à payer leurs soins sans courir le risque de perdre l'essentiel de leur revenu (Motaze Akam, 2009 ; Sanni Yaya, 2010). On note par ailleurs au Cameroun une explosion de l'offre informelle de services et soins de santé. Des établissements sanitaires ouverts sans autorisation des autorités sanitaires et des vendeurs ambulants de médicaments contrefaits ou d'origine douteuse fournissent jusqu'à 18,4 % des consultations aux ménages confrontés aux dépenses de santé qui les considèrent moins onéreux (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Banque mondiale, 2013; OMS, 2014).

Pour faire face au paiement préalable du coût des soins de santé, les personnes défavorisées font recours à la solidarité familiale (Ndbembou, 2006) ou à des associations de solidarité communautaire (les tontines) qui se nouent entre les ressortissants du même village ou de la même ethnie comme le souligne un participant des entretiens de groupe :

« Moi je suis membre d'une tontine avec des mamans de mon village. Elles sont pour la plupart trois fois plus âgées que moi. À cause de leur âge, elles ne participent pas aux autres activités de la tontine. Mais chaque mois elles participent à la cotisation du fonds d'aide pour la santé. Elles payent 1000CFA (soit environ 2,3 \$) par mois, suivant le règlement, pour bénéficier des soins en cas de maladie, parce qu'elles n'ont pas d'autres moyens pour se soigner. Avec cette somme d'argent, elles sont ainsi assurées au cas où elles sont hospitalisées

¹⁴⁷N.B. Dans ce chapitre et dans le chapitre suivant, chaque citation prise dans le matériel empirique pour appuyer les analyses sera suivie d'un code désignant le type d'entretiens qui l'a produite (FG pour les citations venant des focus group et EI pour les entretiens individuelles). Le sigle FG sera suivi de deux chiffres préalablement attribués aux focus group et aux intervenants; le premier chiffre identifiant le focus group et le second identifiant l'intervenant. Le sigle EI sera par contre affecté d'un seul chiffre identifiant l'intervenant pour les entretiens individuels. Ce choix permet de garder l'anonymat sur les propos des différents intervenants.

¹⁴⁸Plus de 75 % des dépenses de santé au Cameroun sont à la charge des ménages (MINSANTE, 2009).

pour des maladies qui ne nécessitent pas un long séjour à l'hôpital; puisque la tontine rembourse pour une hospitalisation de moins de 3 jours. » (FG-4-22)

Suite à cette intervention, un autre participant dans le même groupe affirme que :

« 1000 FCFA de cotisation à la tontine ne suffisent pas pour faire face aux vrais cas de maladie. Et ce n'est pas tout le monde qui peut payer cette somme tous les mois. Nos revenus sont très bas et nous avons déjà d'autres besoins de base à couvrir : l'éducation des enfants, manger, nous vêtir (...) Il y a des chauffeurs de taxis, des commerçants, des artisans... j'en connais plusieurs qui sont morts parce qu'ils n'étaient dans aucune tontine; ou alors l'assurance de la tontine ne pouvait pas payer tous leurs soins. Et ils n'avaient pas d'argent pour payer eux-mêmes leurs soins. Dans notre société, les gens meurent, nos voisins dans les quartiers meurent parce qu'on a manqué de l'argent pour les soigner. Je connais plusieurs enfants qui sont décédés parce qu'à l'hôpital on a prescrit une ordonnance, et il n'y avait pas d'argent pour les acheter à temps. Ou alors on trouve de l'argent seulement après qu'ils soient déjà morts. » (FG-4-18)

Parlant des conditions de travail, de vie et de soin des plus vulnérables parmi les travailleurs du secteur informel au Cameroun — ceux dont les activités sont caractérisées par la débrouillardise et la précarité —, un autre participant lors d'un entretien de groupe affirme que :

« Cette précarité a pour conséquence une santé fragile et fragilisée par l'absence de prévention. Les maladies courantes telles que le paludisme sont traitées superficiellement grâce aux moyens de bord. On est obligé de recourir à la pharmacopée traditionnelle et à la naturopathie, avec aucune maîtrise du dosage des médicaments, des contre-indications ou même des allergies. Nous les travailleurs pauvres, nous sommes tous dans la quête de la survie. Nous sommes obligés de demander de l'aide à nos cousins, tantes, oncle... de demander de l'aide à nos amis pour nous soigner. » (EI-15)

Pour insister sur les mauvaises conditions de soins dues aux limites du système de santé et à la précarité financière de ces travailleurs, il ajoute :

« Les besoins d'accès aux soins et services de santé sont énormes et non comblés. Ils sont énormes parce qu'en général par manque de prévention, il y a parfois accumulation de maladies non traitées et non suivies. Non comblés parce que les pauvres comme nous sont des exclus du système de santé faute de moyens financiers. Pour financer nos soins de santé, nous faisons recours d'abord à la solidarité familiale quand elle existe encore. Les enfants qui le peuvent soutiennent leurs parents ou leurs frères et sœurs. À défaut, les prêts peuvent être demandés auprès de diverses associations familiales ou tribales si notre solvabilité est encore avérée. » (EI-15)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, la réponse gouvernementale face à cette situation est d'encourager la création des mutuelles communautaires de santé (MINSANTE, 2006; MINSANTE et BAD, 2009). Les associations communautaires et les mutuelles de santé offrent des possibilités de prépaiement des soins de santé. Cependant, la promotion des mutuelles — en plus de la vingtaine de compagnies d'assurance privées qui existe au Cameroun — couvre jusqu'ici environ 2 % de la population (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012). Une faiblesse qui est due notamment aux facteurs tels que : la méfiance des ménages vis-à-vis des mutuelles et des compagnies d'assurances privées; l'absence d'obligation d'être assuré contre le risque maladie; la représentation de l'assurance maladie par la grande majorité de la population comme un service réservé à une élite; la méconnaissance des avantages que procure une assurance maladie; la pauvreté monétaire. Plusieurs études révèlent que la capacité à payer constitue la plus grande contrainte à l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun comme dans les autres pays à faible revenu (Walther, 2006; Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; OMS, 2013; Mendo Me Mfou, 2013; BIT, 2015).

L'accès universel aux soins de santé est la solution ultime que le gouvernement camerounais essaye actuellement de mettre sur pied à travers le déploiement des mutuelles pour le partage des coûts des soins et pour mettre fin au paiement direct qui engendre des dépenses catastrophiques et appauvrit les ménages (MINSANTE, 2011; Bakang Mbock, 2014; MINTSS/MINSANTE, 2015). Cependant, l'atteinte de cet objectif nécessite de grands défis en termes de gouvernance et de réforme sociale.

6.1.2. La question de la prise en charge médicale et de la faible qualité des soins

La problématique de l'accès financier aux soins se conjugue avec celle de la disponibilité et de la qualité des soins. Selon les participants à cette recherche, c'est le système de santé tout entier qui est défaillant et dysfonctionnel au Cameroun. À partir de son expérience personnelle, un des participants aux entretiens individuels donne les détails de cette défaillance :

« Je me suis confronté plusieurs fois aux problèmes de notre système de santé. D'un côté, le médecin passe moins de temps à l'hôpital et réserve plus de temps

à sa clinique privée où ses patients en consultation à l'hôpital sont généralement redirigés. Dans sa clinique, il est le maître souverain. Il décide seul des prix et les applique. De l'autre côté, le pharmacien avec qui il est de connivence le pousse à prescrire de longues ordonnances avec des médicaments parfois inutiles, peu importe le degré de gravité de la maladie. Ce qui au bout du compte, nuit aux finances personnelles du malade et même parfois à sa santé. Les infirmiers (es) ne sont pas du reste puisqu'ils monnaient leurs services. Des services qui en principe sont financés par l'État. Tous dans les hôpitaux sont devenus de véritables commerçants. » (EI-7)

La mauvaise qualité des soins a été déplorée par tous les participants aux entrevues réalisées sur le terrain. Il ressort donc des entretiens qu'une proportion importante de la population éprouve une insatisfaction face aux attitudes négatives des prestataires des services de soin. Ces derniers accordent peu d'attention aux patients et leur consacrent très peu de temps. Ils manquent de courtoisie et de chaleur humaine dans l'accueil des patients et pendant les consultations. D'autres récriminations portent sur la lenteur et la négligence dans les soins, les attitudes d'insolence et de mépris à l'endroit du patient, le manque de confidentialité et d'intimité (Monteillet, 2005; Garga et Ongolo-Zogo, 2013; Mendo Me Mfou, 2013). Ces attitudes déplorées constituent des entraves à l'accès effectif aux soins et peuvent engendrer des dépenses supplémentaires et des complications chez certains patients. Les conduites thérapeutiques manquent par ailleurs d'homogénéité du fait de l'absence de normes ou de protocoles, ce qui conduit à des errements dans le diagnostic et dans la thérapie. La mauvaise prise en charge, les durées prolongées d'hospitalisation du fait de la négligence du personnel soignant et les complications subséquentes accroissent très souvent le coût financier des soins pour les ménages et augmentent de ce fait la vulnérabilité des personnes défavorisées (Garga et Ongolo-Zogo, 2013).

En outre, cette vulnérabilité est aggravée par la non-disponibilité des professionnels de santé contrairement à la grande disponibilité thérapeutique des pseudo-pharmaciens ou vendeurs de médicaments aux origines douteuses et des soignants informels peu formés (ou pas du tout formés); l'absence d'informations et de dialogue entre les patients et le personnel de la santé. En effet, les pseudo-pharmaciens et les soignants informels — qui offrent toute la disponibilité nécessaire aux patients qui les sollicitent — ignorent très souvent les posologies des

médicaments qu'ils vendent, les précautions nécessaires à prendre, les effets secondaires et les dates de péremption (Monteillet, 2005; Garga et Ongolo-Zogo, 2013).

6.1.3. Le problème de la « mal-gouvernance » et de la corruption

La mauvaise gouvernance et la corruption sont aussi à la base des dysfonctionnements des services hospitaliers et affectent de façon évidente la qualité des soins. La mauvaise qualité des consultations et de prise en charge des malades, le monnayage des soins, les prescriptions médicales sur simple déclaration des patients, l'absence de suivi dans les soins favorisent le « développement du recours aux « pharmacies du panier » et aux néo-thérapeutes rituels »¹⁴⁹ ; des pratiques préjudiciables à la santé des patients à faible revenu qui y trouvent pourtant une bouée de survie (Monteillet, 2005 : 112).

Aussi bien les participants à la recherche que le gouvernement camerounais déplorent la corruption et la « mal-gouvernance » qui caractérisent le système et les prestations dans les services publics et souhaitent une réévaluation des politiques pour améliorer la qualité des soins dans les services de santé.

Selon le MINPLAPDAT (ministère de la planification, de la programmation du développement et de l'aménagement du territoire),

« Le système de santé au Cameroun porte un certain nombre de défaillances inhérentes à son mode de construction et aux défaillances de ses mécanismes d'autorégulation. Il reste prisonnier de ses pratiques et manifeste une faible capacité de réaction et d'anticipation, ainsi que des insuffisances dans le suivi et l'évaluation qui l'empêchent de s'adapter aux exigences de la gestion moderne et aux évolutions permanentes qui caractérisent le monde. Sur le plan administratif, les défaillances se perçoivent à travers le mode de recrutement et d'attribution des postes, la négligence des agents publics, l'indifférence vis-à-vis

¹⁴⁹ Par pharmacie du « panier » il faut entendre l'ensemble des médicaments de provenance douteuse et préjudiciable à la santé des patients qui se trouvent en vente libre sur les trottoirs. Et les néo-thérapeutes rituels sont des soignants informels aux pratiques douteuses qui mêlent très souvent approches modernes et traditionnelles. Ces derniers cependant ont le mérite de la proximité, de l'écoute empathique et des honoraires abordables contrairement aux structures formelles de soin.

des biens publics, la corruption et le détournement des compétences, la confusion des rôles, l'inertie des services, la lenteur des procédures, la profusion et le cloisonnement des institutions, les choix peu rationnels dans l'affectation des ressources publiques » (2009:10).

Au-delà de cette situation d'ordre organisationnel et moral qui de toute évidence interpelle, que dire de la stratégie gouvernementale de couverture universelle? Comment est-elle envisagée ? Quelles sont ses chances de réussite?

6.2. Stratégie gouvernementale de couverture universelle de santé et échec des mutuelles de santé

Le projet de couverture universelle de santé au Cameroun s'inscrit dans le vaste projet de réforme de la protection sociale qui vise l'intégration progressive des catégories sociales jusqu'ici en marge du système conventionnel. Un projet qui consacre la protection sociale dans sa double exigence d'intégration sociale des groupes sociaux vulnérables et leur implication effective dans la mise en œuvre des politiques de développement. Le projet est basé sur le triptyque assistance, accompagnement, autonomisation; trois éléments fondateurs du socle de solidarité nationale (MINEPAT, 2009; INS, 2011; Fouomene, 2013; Mendo Me Mfou, 2013).

Pour la réalisation de ce projet, le décret n° 2005/085 du 28 mars 2005 — portant organisation du ministère du travail et de la sécurité sociale — a assigné entre autres missions au ministère de la santé et au ministère du travail et de la sécurité sociale, la tâche de promouvoir les mutuelles de santé et d'élaborer leurs caractéristiques à l'horizon 2015. L'arrêté n° 159/PM du 4 novembre 2008 du premier ministre quant à lui a créé un comité interministériel chargé de la modernisation de la sécurité sociale.¹⁵⁰ Ce comité qui a pour mission de mener une réflexion sur la modernisation de la sécurité sociale au Cameroun a produit des avant-projets de lois portant

¹⁵⁰ Le Comité interministériel de modernisation de la sécurité sociale a été chargé de réunir toute la documentation relative à la réforme de la sécurité sociale et tous les travaux sur le sujet. Outre les membres du Comité de pilotage chargé de la réforme de la sécurité sociale, ce comité a comme membres des responsables des ministères de la justice, de la fonction publique, de l'économie, de la santé publique, du travail et de la sécurité sociale, des affaires sociales et de la caisse nationale de la prévoyance sociale (Fouomene, 2013 : 401).

sur l'organisation et le fonctionnement des organismes de sécurité sociale, de mutuelles pour la sécurité sociale et la couverture du risque maladie.

Ce projet de réforme de la protection sociale propose une intégration des soins médicaux dans le régime général de protection sociale. Cette intégration est envisagée par le gouvernement comme un système obligatoire de couverture universelle du risque maladie basée sur un paquet minimum de maladies et de soins et appuyée par un système complémentaire couvert par les mutuelles de santé et les assurances privées agréées. En principe, cette couverture universelle de santé qui est censée s'intégrer au système de protection sociale devrait s'étendre aux travailleurs du secteur informel (MINEPAT, 2009; INS, 2011; Fouomene, 2013).

Par ailleurs, simultanément au projet de réforme de protection sociale le gouvernement camerounais et le Système des Nations unies au Cameroun ont mis en œuvre en 2013 un Plan-cadre des Nations unies pour l'Assistance au Développement du Cameroun pour la période 2013-2017. Ce plan-cadre vise prioritairement le développement et la modernisation d'un socle de protection sociale d'ici 2017. La protection sociale en santé constitue dans ce cadre une obligation de résultat prioritaire (SNU/MINPAT, 2013; Rochdi, 2015). C'est ainsi que le gouvernement camerounais, en collaboration avec certains organes des Nations unies (UNICEF, PNUD) et des organisations internationales telles que le BIT et l'OMS, a organisé au mois de février 2015 à Yaoundé un atelier de réflexion sur le plan d'action pour la mise en œuvre de l'assurance maladie de base à accès universel au Cameroun. Durant cet atelier, un état des lieux des mécanismes existants en matière d'accès aux soins de santé de base a été fait en vue de la rédaction du document de plan d'action. En se référant à la Recommandation 202 de l'OIT concernant les socles de protection sociale, les objectifs stratégiques identifiés pour cette assurance maladie de base à accès universel ont été les suivants : garantir un accès universel pour un minimum de soins de santé; assurer une mutualisation des risques et des ressources au

niveau national; développer des régimes complémentaires de couverture du risque maladie pour ceux qui disposent d'une capacité de contribution suffisante (MINTSS/MINSANTE, 2015).¹⁵¹

À ce jour, l'échec des mutuelles de santé, dont la promotion avait été confiée conjointement au ministère de la santé et au ministère du travail et de la sécurité sociale dans la stratégie sectorielle de santé pour tous à l'horizon 2015, a été constaté.¹⁵² Un échec lié notamment à la faible capacité de gestion, à la méfiance des populations, à la faible capacité contributive des populations cibles et aux insatisfactions dans l'offre de soins. Le ministère de la santé a pourtant accompagné leur mise en place et a effectué leur suivi depuis 2002 avec l'appui de partenaires techniques et financiers extérieurs. Il est aussi déploré aujourd'hui le fait que le projet de promotion et de développement des mutuelles de santé n'ait jamais été convenablement élaboré et mis en œuvre (MINSANTE, 2006; MINTSS/MINSANTE, 2015). On peut lire implicitement dans cette affirmation récente du ministre de la santé ce constat d'échec :

« Depuis quelques années, notre gouvernement envisage de mettre en place un système d'assurance maladie de base pour tous. Cette initiative trouve son fondement dans la réalisation et la promotion du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale inscrits dans notre Constitution, ainsi que dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et divers autres instruments internationaux auxquels nous avons souscrit (...). Les initiatives communautaires de prise en charge globale du risque maladie qui se sont développées au cours des récentes années sous la forme de « Mutuelles de santé » sont actuellement confrontées à plusieurs difficultés. » (MINSANTE, 2015 : 3-4)

¹⁵¹La Recommandation 202 est une nouvelle Recommandation de l'OIT concernant les socles nationaux de protection sociale. Elle définit les socles nationaux de protection sociale comme des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. Elle a pour but d'étendre l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu à tous. Chaque pays est encouragé à élaborer un socle national de protection sociale comme un élément fondamental de son système national de protection sociale dans une stratégie de développement économique et social (BIT, 2012). Une stratégie que contient le plan-cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement du Cameroun pour la période 2013-2017(SNU/MINEPAT, 2013).

¹⁵²Le taux de couverture en 2010 était à peine 2% de la population visée. Un taux qui est encore plus faible aujourd'hui. Suivant les récentes estimations, le nombre de mutuelles de santé serait passé de 158 en 2010 à 58 en 2015, avec un nombre de bénéficiaires estimé à 79.812 personnes. Du fait des difficultés financières, elles ont accumulé d'importantes dettes envers les prestataires de soins (MINTSS /MINSANTE, 2015).

Les systèmes de soins et de prévoyance d'accès financier aux soins tels qu'organisés au Cameroun aujourd'hui nécessitent donc une réforme pour éviter de faire peser des risques financiers importants sur les populations déjà financièrement défavorisées qui paient directement de leurs poches l'essentiel des soins de santé (Mendo Me Mfou, 2013). Une situation qui constitue un facteur important de la pauvreté dans le pays et qui compromet les chances de réalisation de soi des personnes concernées et le développement économique et social du pays.

6.2.1. De la conception théorique à l'opérationnalisation de la couverture universelle santé : les défis à relever

La couverture universelle santé consiste à offrir à l'ensemble de la population, y compris aux plus pauvres et aux plus vulnérables, les mêmes chances d'accès aux différents services de soins disponibles. Ces services doivent être de qualité suffisante sans que leurs coûts ne plongent les individus et les ménages dans la précarité financière. Trois principaux objectifs caractérisent donc la couverture universelle santé : l'accès équitable aux services de santé quels que soient les moyens financiers; des soins de qualité suffisante susceptibles d'améliorer la santé; la protection des usagers contre les dépenses de soins pouvant induire des difficultés financières (WHO, 2010; OMS, 2013).

L'idée fondamentale qui a présidé au choix politique d'élaboration d'une couverture universelle santé est la protection de la santé et l'intégration sociale des groupes sociaux vulnérables. Associée aux autres prestations du système de protection sociale, elle vise l'amélioration des conditions des travailleurs notamment ceux en situation de vulnérabilité pour qu'ils puissent utiliser tout leur potentiel pour contribuer au mieux au développement social et au bien-être commun. Le socle de protection sociale en santé permet à la population de participer aux activités productives et au partage des richesses (OMS, 2013; BIT, 2015).

Cependant, l'opérationnalisation de ce concept n'est pas aisée dans un contexte aux ressources limitées, comme celui du Cameroun, qui présente en outre un déficit en termes de gouvernance. Alors il est urgent et nécessaire de rendre cette politique plus efficace en la mettant en cohérence avec les réalités sociopolitiques, socioéconomiques et socioculturelles du pays.

6.2.1.1. Améliorer les aspects pratiques du projet de couverture universelle santé

La résolution prise par les États membres de L’OMS en 2005 pour la couverture universelle santé exigeait que chaque pays, dans la réalisation de cet objectif, détermine les orientations nécessaires à la réalisation d’un tel projet; de voir comment les mettre en œuvre le plus efficacement possible; qu’elles soient efficientes et que les services offerts soient accessibles et de qualité. Les États devraient en outre définir des mécanismes appropriés pour la protection contre le risque financier (WHO, 2010). En cohérence avec ces dispositions de l’OMS, mais sans adéquation avec les réalités locales, la promotion de la couverture universelle santé au Cameroun est restée plus théorique que pratique avec l’adoption des dispositions pour que la population, notamment les plus défavorisés, accède aux médicaments et aux produits de santé essentiels.

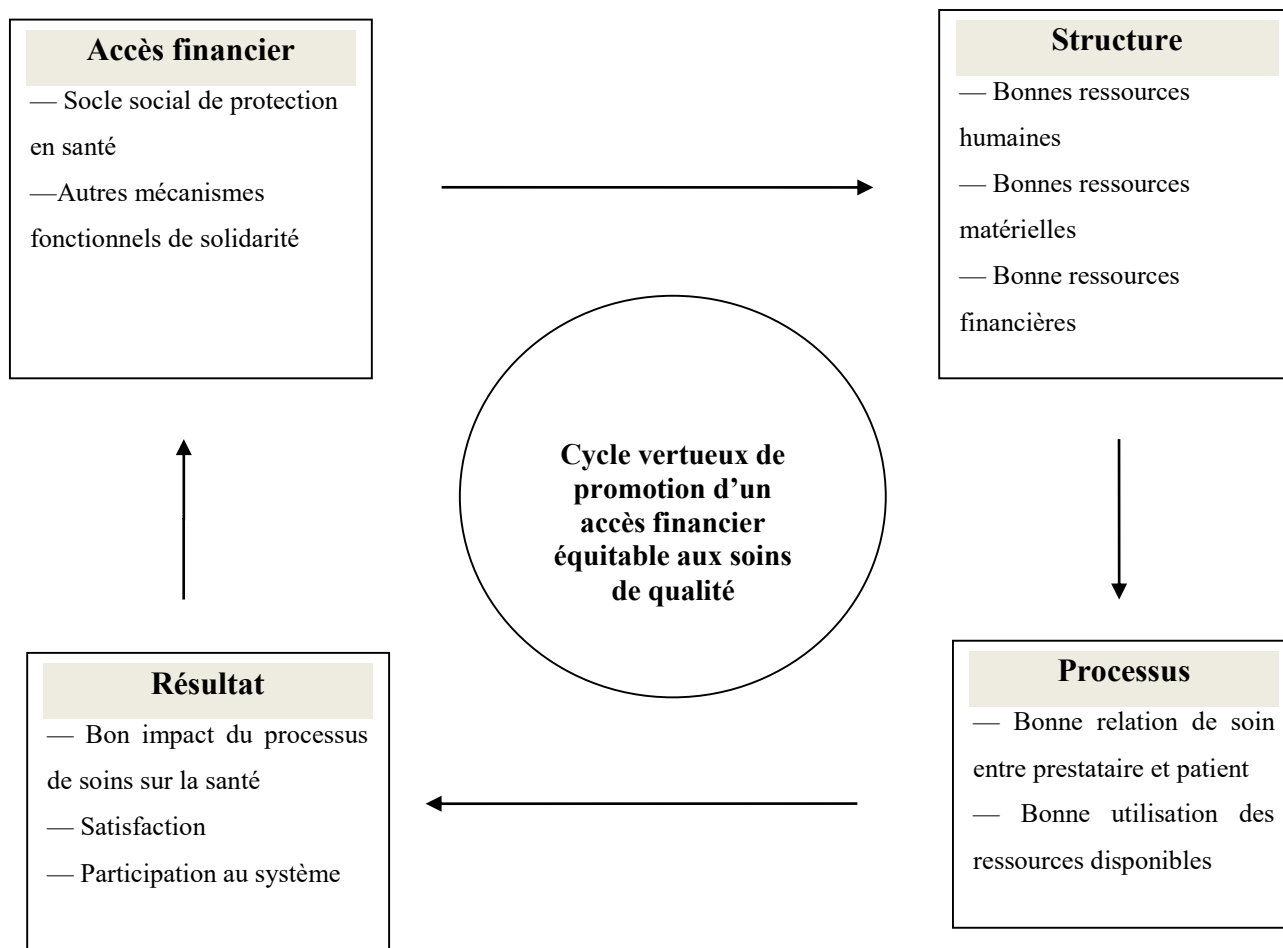
Les défis pratiques de la création d’un système de couverture universelle santé qui fonctionne au Cameroun sont multiples et complexes. Pour réaliser cet objectif, il est impératif de répondre aux exigences de l’acceptabilité sociale, de la soutenabilité et de la durabilité. Il ne suffit pas de décréter la gratuité des soins, ni même de définir et de financer un système de couverture universelle pour que le système fonctionne et produise les effets attendus. Il faut relever le défi de la pérennisation fonctionnelle et de l’efficacité durable d’un tel système qui forcément passera par des étapes au cours du temps pour satisfaire son objectif d’universalité (Salignon et Paquet, 2014; MINTSS/MINSANTE, 2015). Alors il faut impérativement apporter des réponses à certaines questions telles que : quels dispositifs doit-on mettre sur pied pour opérationnaliser la politique de couverture universelle santé? Quel mécanisme de couverture universelle santé convient au contexte? Quel mécanisme de financement pourrait permettre de capter efficacement et de façon durable les ressources nécessaires au système choisi? Quel mode de gestion efficient devrait-on mettre en place pour garantir l’efficacité et la performance du système? Bref, il est nécessaire, pour que les iniquités dans l’accès effectif aux soins et leurs causes principales soient levées, d’apporter des réponses adéquates aux questions liées aux spécificités d’une économie lourdement informelle; de concevoir un mécanisme de contribution adapté aux réalités du pays; de définir les normes et la qualité des prestations qui satisfont les

besoins de soin; de répondre aux exigences de bonne gouvernance du système équitable de financement de soin mis en place.

Le fonctionnement du triptyque assistance, accompagnement, autonomisation énoncé plus haut dans la stratégie gouvernementale dépend donc d'une opérationnalisation efficace de l'idée du socle de solidarité nationale énoncé plus haut comme matrice de la politique gouvernementale de protection sociale et en l'occurrence de la couverture universelle santé.

L'accès financier équitable aux soins de qualité devrait associer dans le contexte du Cameroun quatre concepts fondamentaux qui fonctionnent en tandem : l'**accès financier facilité** par un mécanisme de solidarité; le **bon fonctionnement de la structure** à travers l'ensemble des ressources humaines, financières et matérielles mises à la disposition des prestataires; le **processus satisfaisant** dans la relation de soin entre les prestataires et les patients; et le **résultat encourageant** comme un bon impact du processus de soin sur la santé des patients qui motive la participation de chacun au système. La figure suivante schématise la relation vertueuse entre ces différents concepts.

Figure 7 : Cadre conceptuel d'accès financier équitable aux soins de qualité



6.2.1.2. Répondre aux exigences éthiques du projet de couverture universelle santé

Selon les participants à notre recherche, au Cameroun, la compassion et la bienveillance sont des valeurs humaines qui font défaut dans la relation entre le personnel de santé et les patients. Un déficit d'humanité qui s'aggrave avec celui des valeurs éthiques professionnelles et culturelles telles que le professionnalisme, le respect des engagements pris, la bonne gouvernance politique et économique, la justice et la solidarité. Un ensemble de choses qui contribue à entretenir les inégalités dans l'accès aux soins.

Le déficit de ces trois catégories de valeurs qui a été très évoqué par les participants à notre recherche se retrouve parmi les idées les plus récurrentes du corpus des entretiens (voir

tableau 13 du chapitre 5). Les thématiques issues de ces idées reformulées figurent dans la classe de celles présentant une **plus forte importance** (voir figure 4 du chapitre 5). Ces thématiques formulées à partir de l'expérience des participants expriment les défis éthiques à atteindre pour la transition vers la couverture universelle; ces défis sont repris dans le tableau ci-dessous avec une mention du nombre des participants, suivant la thématique, la récurrence des idées qui s'y réfèrent et les exigences éthiques nécessaires.

Tableau 14 : Thématiques significatives des exigences éthiques

Thématiques considérées comme des exigences éthiques	Nombre d'intervenants ¹⁵³ sur la thématique considérée	Récurrence des idées exprimées sur la thématique	Besoins et exigence éthique
Coût des soins prohibitifs et dépenses catastrophiques	90	99	Besoin de justice et de reconnaissance du droit à la santé
Corruption et mauvaise gestion des biens publics	87	95	Besoin d'une éthique de bonne gouvernance et de responsabilisation
Réseaux traditionnels de solidarités limités	81	94	Besoin de solidarité sociale
Donner une priorité à l'éthique médicale	78	85	Besoin d'une éthique du care et de la responsabilité
Mutualisation et prise en charge sociale des risques d'appauvrissement	65	80	Besoins de reconnaissance sociale de solidarité et de partage des responsabilités

Suivant ces données, presque la quasi-totalité des participants a reconnu le caractère prohibitif et appauvrissant des coûts des soins et exprimé le besoin de justice sociale et de reconnaissance du droit à la santé aux plus défavorisés. Plus des 3/4 des personnes interrogées (des 95 intervenants dans l'ensemble des entretiens de groupe et des entrevues individuelles) ont dénoncé la mauvaise gestion des biens publics et demandé qu'une priorité soit accordée à la gestion transparente des biens publics. 3/4 des intervenants ont fait l'expérience de l'affaiblissement des réseaux traditionnels de solidarité, et ont exprimé le besoin d'une solidarité

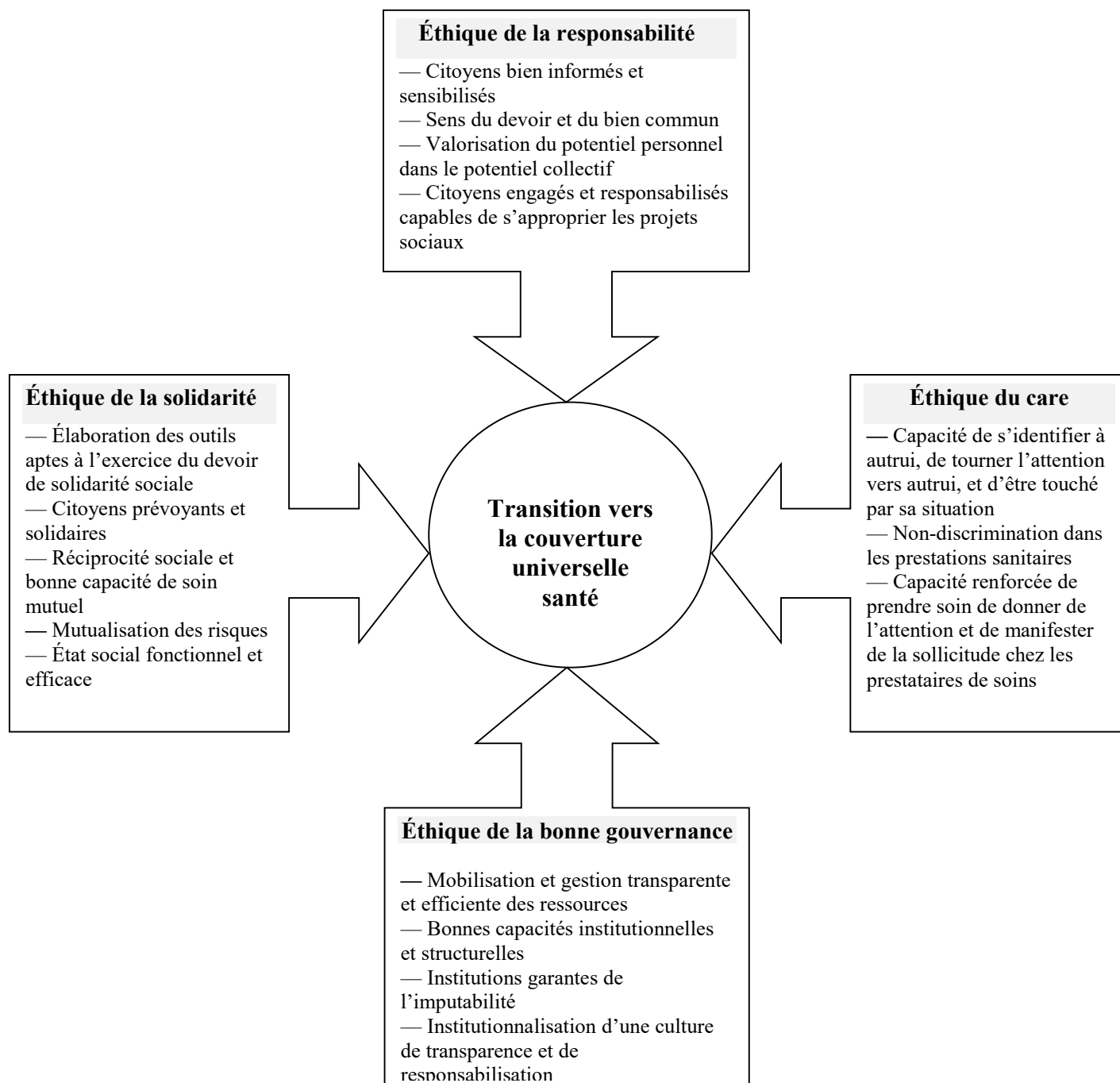
¹⁵³ Le nombre total des intervenants dans les focus group et les entrevues individuelles est de 95 (voir Chapitre 5).

sociale plus large, plus englobante et organisée sur la base du droit et de la justice sociale. Les 2/3 ont dénoncé la mauvaise qualité des soins et ont exprimé le besoin de renforcement de l'éthique médicale et une humanisation des rapports de soins. 2/3 des intervenants ont exprimé le besoin d'une organisation de la protection sociale qui implique un partage des responsabilités.¹⁵⁴ Cette protection sociale des personnes vulnérables par la mutualisation des risques éviterait les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des ménages à faible revenu.

Ces thématiques classées de **forte importance** (voir tableau 13 du chapitre 5) du fait du nombre d'intervenants qui les ont exprimées, témoignent de l'importance des problématiques de la solidarité, de la responsabilité, de la bonne gouvernance et du *care*, avec toutes les exigences éthiques qui s'y attachent. La figure suivante (figure 8) en donne les détails sur les impacts positifs que la prise en compte des exigences éthiques aurait sur le processus de transition de la couverture universelle de santé.

¹⁵⁴Suivant les propos recueillis, le partage des responsabilités de financement des soins ici fait allusion à un partage de responsabilité entre l'État et les personnes ayant une certaine capacité financière, pour une prise en charge des personnes indigentes.

Figure 8 : Conditions éthiques de la transition vers la couverture universelle de santé



6.3. Satisfaire l'exigence éthique de solidarité sociale et de responsabilité

Les personnes interviewées sur le terrain ont déploré un déficit de justice sociale et révélé une forte demande d'éthique de la responsabilité et de la solidarité qui en réalité constituent tout un projet social à construire comme l'exprime si bien un participant dans un entretien individuel :

« Il y a un déficit de justice sociale, comme je l'ai déjà signalé, à cause de la corruption généralisée et de la mauvaise gouvernance. Le système est tel que les plus forts s'accaparent la richesse nationale au détriment des plus faibles. À mon avis, la responsabilité citoyenne est limitée. La citoyenneté définit une appartenance. Ce sentiment d'appartenance n'est pas bien ancré chez nous; sinon comment expliquer l'insensibilité au bien commun? Ce sentiment d'appartenance est à reconstruire avant d'envisager une quelconque responsabilité. Pour y parvenir, l'État doit créer le rêve du vivre ensemble, aider les gens à aimer leur pays pour mobiliser les individus et construire une solidarité nationale. Le gouvernement doit donner l'exemple. L'État doit porter une vision de progrès et de justice pour que la responsabilité et la solidarité citoyennes prospèrent. » (E.I-10)

Les problèmes de redistribution sociale et d'accès équitable aux biens sociaux, en l'occurrence l'accès aux soins de santé, se posent donc plus en termes d'éthique de la responsabilité et de solidarité que ce soit dans l'agir individuel ou dans l'agir collectif. La responsabilité et la solidarité constituent des bases indispensables du développement social et humain. En tant que principes éthiques, elles se situent au cœur de la stratégie politique de développement social puisqu'elles sont indispensables à l'éclosion d'une société participative et inclusive (Bec et Procacci, 2003; Audard, 2009). À ce titre, elles doivent jouer un rôle de premier plan dans les politiques et les mécanismes qui visent l'accès des personnes défavorisées aux soins de santé (Ten Have et S. Jean, 2009). Considérant le contexte social et politique du Cameroun, au plan éthique, la réalisation du projet de couverture universelle santé nécessite d'éduquer la population sur l'importance et le caractère essentiel de l'éthique de la responsabilité et de la solidarité.

Éduquer, sensibiliser les uns et les autres à la *responsabilité pour autrui* (Levinas, 1982). Celle de répondre de la vie d'autrui pour qui je me sens une compétence par l'exigence d'une *éthique du proche* qui commande la solidarité dans une communauté d'appartenance (Callicott, 1995;

Larrière, 1997; Pattaroni, 2005). La conscience d'appartenance dont parle le participant ci-dessus mentionné est étroitement liée à celle de responsabilité qui s'exprime comme une conscience de la nécessité de s'engager pour le bien-être de chaque membre de la communauté. Cette conscience s'exprime davantage dans une condition sociale critique qui exige une éthique de la responsabilité (Jonas, 1990; Vacquin, 1995; Ten Have et S. Jean, 2009). Une éthique qui consiste en la capacité de se représenter autrui comme un autre soi-même, à travers la sympathie, la compassion, la sollicitude, la solidarité avec et pour les autres. La notion de responsabilité sociale est donc fortement liée à la faculté humaine de reconnaître l'autre comme soi-même et de se considérer *soi-même comme un autre* (Ricoeur, 1990).

Dans le cadre de la réalisation d'un projet de couverture universelle de santé pour tous au Cameroun, l'État doit éduquer la population à concevoir la solidarité et la responsabilité comme un devoir social à caractère obligatoire; un devoir social qui, comme l'affirme Bourgeois, « n'est pas une pure obligation de conscience, mais une obligation fondée en droit, à l'exécution de laquelle on ne peut se dérober sans la violation d'une règle précise de justice » (Bourgeois, 1992 : 22-23). La solidarité et la responsabilité comme des règles de droit que l'État impose pour assurer à chacun sa part légitime dans le travail et dans le fruit de la coopération sociale.

6.3.1. Refonder la solidarité sociale au Cameroun

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, la solidarité est le principe organisateur de toute vie collective, même si elle change de forme suivant le processus d'évolution de chaque société (Paugam, 2007b; Durkheim, 2007, Supiot, 2015). Cependant, toutes les formes de solidarité renvoient à la reconnaissance de chaque individu dans un cadre familial, associatif, national où il partage avec les autres le même destin, les mêmes risques à affronter, et où il est engagé avec eux dans un jeu de réciprocité mutuelle qui construit le lien social (Soulet, 2004; 2007; Van Pevenage et al., 2009; Viévard, 2013; Bec, 2014). La solidarité sociale dont il est question ici fait référence au lien de citoyenneté organisé par le principe d'appartenance à la même Nation. La nation reconnaît aux citoyens des droits et des devoirs et les invite à former un corps solidaire dans la conscience d'une égalité en droit et en dignité. La reconnaissance sociale de leurs droits

économiques et sociaux implique la lutte contre les inégalités économiques et sociales par les moyens de la solidarité publique (Paugam, 2008; 2013)¹⁵⁵.

Mais cette solidarité ne va pas de soi. Pour fonctionner efficacement, elle a besoin d'être fondée et régulée comme une obligation morale et civile. En effet, « la production de la solidarité est une activité indispensable de la société sur elle-même; indispensable, car rien n'est en ce domaine plus improductif, du point de vue de la cohésion sociale et du bien-être collectif, que l'aléatoire et l'arbitraire » (Soulet, 2004 : 10-11). Dans le contexte actuel du Cameroun, pour rendre opérationnelle la solidarité sociale ou nationale, il va falloir passer de la considération d'elle comme un allant de soi, comme une réalité factuelle, ou comme un habitus traditionnel, à la considération de sa dimension réflexive et normative.

6.3.1.1. Refonder la solidarité sociale comme principe d'organisation sociale

La solidarité en tant que principe repose sur le droit, l'égalité et la réciprocité. Ces valeurs, à travers une régulation sociale, pallient les insuffisances et l'aléa de la solidarité familiale et élective des systèmes communautaires d'entraide (Forsé, 2007; Bec, 2014)¹⁵⁶. Refonder la solidarité publique au Cameroun consiste à considérer le principe de justice sociale et de l'opérationnaliser dans le vécu des citoyens sur la base des droits sociaux et économiques. Une justice qui se traduit concrètement comme une volonté politique de garantir à tous, et surtout aux plus défavorisés, un accès équitable aux fruits de la coopération sociale : L'exercice effectif de cette justice sociale passe par des procédures politiques justes, équitables et efficaces (Sen, 2000; Rawls, 2004). Si les politiques sociales et économiques du Cameroun définissent

¹⁵⁵Rawls dans la logique de sa théorie de justice, qui a connu un enrichissement dans son application au domaine de la santé par Daniels, pensait que la reconstruction des solidarités resterait irréaliste si les titres et les fondements de la solidarité ne sont pas justifiés (Daniels, 1985 ; Rawls, 2004). C'est sur cette base théorique que s'appuie notre approche qui consiste à donner au principe de solidarité nationale, si souvent évoqué confusément par les politiques et les acteurs sociaux, un fondement et un déploiement pour plus d'efficacité et pour un apport substantiel de ce principe dans la distribution sociale équitable des ressources en santé.

¹⁵⁶ Marie-Claude Blais en donne une formulation pertinente quand elle dit : « la solidarité en tant que principe permet de donner un nom à ce qui se présente comme une énigme quand les appartenances traditionnelles ont disparu. Elle indique la nature du lien qui relie des hommes déclarés désormais libres et autonomes » (citée par Audard, 2009 : 478-479).

clairement ces politiques et respectent leurs contenus, les individus se sentiront mieux à même de participer à la vie politique et d'adhérer au fonctionnement de la solidarité sociale.

En effet, quand les principes de fonctionnement de la société sont clairement définis avec l'assentiment des individus qui la composent, et si ces principes sont respectés dans les choix politiques, chaque individu peut prendre la mesure de ses avantages dans la dynamique de la coopération sociale. Alors le système social est accepté et soutenu. Les personnes ont tendance à soutenir tout ce qui favorise leur propre bien. Si le bien de chacun est respecté, alors il acquiert le désir de soutenir le système (Rawls, 2004; Soulet, 2004)¹⁵⁷. La notion de *solidarité nationale* dont font très souvent référence les pouvoirs politiques au Cameroun doit donc constituer une valeur socialement bien comprise et consciemment assumée par tous comme un devoir social de tous envers tous.

6.3.1.2. Créer par la solidarité sociale de nouveaux liens sociaux autour de la citoyenneté

Au-delà de la solidarité familiale et des proches¹⁵⁸ — qui jusqu'aujourd'hui est le refuge des défavorisés sociaux qui cherchent tant bien que mal des réponses à leurs besoins fondamentaux de reconnaissance et de protection sociale —, il est impératif au Cameroun aujourd'hui de construire une solidarité publique forte basée sur la citoyenneté et les droits sociaux et économiques des individus.¹⁵⁹ Une solidarité qui stimule socialement le sens d'appartenance

¹⁵⁷Dans la logique de l'affirmation de Rawls, « Aucun individu ne peut soutenir un système dans lequel ses droits sont sans cesse sacrifiés, un système où l'inviolabilité de sa personne n'est pas reconnue comme une valeur non négociable. » (Mbonda, 2006 : 11)

¹⁵⁸En plus de la solidarité familiale qui a aidé jusqu'ici à pallier aux insuffisances des institutions sociales (État-social, travail, etc.), les tontines offrent une forme particulière de solidarité qui permet d'affronter les situations difficiles et de se prémunir des aléas sociaux faute de protection sociale. Mais cette forme de protection reste très aléatoire et insuffisante pour prémunir efficacement et durablement contre les dépenses catastrophiques de santé par exemple.

¹⁵⁹Face aux défaillances de la solidarité familiale et de celle des associations tontinières qui ne peuvent plus offrir efficacement et durablement la protection sociale, il est impératif de développer une solidarité publique susceptible d'amortir l'impact économique des aléas sanitaires et des dépenses catastrophiques sur la vie des ménages et des individus. Les systèmes traditionnels de solidarité se sont essouffés ou sont devenus inadéquats avec les mutations socioculturelles et sociogéographiques (diffusion de la culture occidentale et modernisation, bouleversement structurel, apparition d'une économie marchande, accroissement des migrations, croissance démographique, exode rural et urbanisation rapides, etc.) (Vidal, 1994 ; Pilon, 1996, Trani, 2000).

chez l'individu et le valorise comme citoyen; une solidarité qui mobilise les ressources nécessaires et suffisantes pour permettre aux individus de faire face aux aléas de la vie (Honneth, 2002; Chauvière et Messu, 2003; Paugam, 2008; Bec, 2014). Sur la base de ce principe de solidarité, les dépenses de santé doivent être socialisées de façon équitable à travers un mécanisme contraignant de mutualisation des charges. Contrairement à la solidarité familiale et à celle des tontines qui s'inscrivent dans une obligation de contre-don, cette solidarité publique étant fondée sur le droit et la justice sociale, l'individu n'aura envers les autres membres de la société aucune obligation de contre-don. Il ne lui sera exigé que ses obligations sociales légalement fixées (Van Pevenage et al., 2009).

Cette solidarité publique repose sur le lien social de citoyenneté en tant que lien contractuel. Un lien constitué d'une agrégation de valeurs affectives, éthiques, politiques et économiques. Furrugia définit ce lien comme « ce qui maintient, entretient une solidarité entre les membres d'une même communauté, comme ce qui permet la vie en commun et qui lutte en permanence contre les forces de dissolution toujours à l'œuvre dans une communauté humaine » (Furrugia, 1997 : 30). Ce lien social rend possible le vivre ensemble en entretenant la solidarité et en neutralisant les forces de désintégration. Il n'est effectif que dans la mesure où il se construit à travers la socialisation, l'éducation et une action politique volontariste (Mbonda, 2003). Une solidarité conçue comme principe d'organisation sociale et basée sur le contrat social,¹⁶⁰ c'est-à-dire qui nécessite une stratégie politique d'adhésion, surtout dans une société où la notion de solidarité est vécue beaucoup plus dans sa dimension familiale et communautarisée (Fournier et Letourmy, 2006; Dufoulon et Methni, 2011). Un régime concret de solidarité sociale fonctionne sur la base d'un principe. La solidarité en tant que principe exige donc un travail normatif qui

¹⁶⁰En effet, la solidarité sous l'égide de l'État et la solidarité familiale ne sont pas régies selon les mêmes règles. Elles divergent en effet quant aux principes éthiques. Une éthique de justice, faite d'égalité des traitements, préside à l'exercice de la solidarité publique, tandis qu'au sein de la sphère privée de la famille, les échanges solidaires peuvent être entachés d'inégalités, sous l'effet de hiatus entre normes et pratiques. En somme, tandis que la justice, la généralité, la permanence... tendent à être aux fondements et aux principes de la solidarité nationale, du côté de la famille nous aurions plutôt affaire à des modalités flexibles, conditionnelles, souvent réactives, avec un risque de justice plus ou moins subjective. (Chauvière et Messu ; 2003 : 327-328)

en fait un système qui tout en invitant à agir contraint; et pour que la solidarité devienne système, il faut une adhésion normative de la collectivité dans un espace public qui favorise l'émergence d'un consensus autour de sa valeur (Soulet, 2004 : 13).

La solidarité ne peut se contenter de faire remarquer l'importance et la nécessité du lien social; elle doit être porteuse d'un impératif de justice socialement et collectivement accepté pour combattre l'exclusion sociale et défendre la redistribution équitable des richesses (Audard : 479). Elle se traduit certes par l'attribution des ressources nécessaires à tous, mais avec le souci de la reconnaissance des droits et de « la considération mutuelle » (Soulet, 2004 : 13); ce que Rawls (2009) appelle les conditions sociales du respect de soi.

6.3.1.3. Définir une philosophie des liens sociaux dans le fonctionnement des services publics

Dans son projet de transition vers la couverture universelle de santé, la société camerounaise doit remettre en question — du point de vue sociologique, anthropologique et politique — le renouvellement du lien social de citoyenneté et poser la nécessité de se réinventer et de se produire comme société égalitaire et inclusive comme une condition essentielle.

La difficulté des pouvoirs publics et des institutions publiques camerounais à redéfinir une philosophie des liens sociaux dans le fonctionnement des services publics est perceptible. La force de structuration institutionnelle des pouvoirs publics est manifestement faible. On note, selon les analyses d'Akindès, une certaine faillite de la puissance publique, en tant qu'instance dont la vocation première est d'impulser la dynamique de la solidarité sociale, à travers des structures sociales intériorisées, et d'entretenir une mystique de la reliance autour d'un projet national pour une nationalisation des liens sociaux par delà l'appartenance aux micro-communautés (Akindès, 2003 : 378). Une difficulté qui découle de celle à fonder un véritable État-nation, et qui influence négativement la capacité des politiques nationales à assurer efficacement la transition vers la couverture universelle santé. Le gouvernement camerounais doit donc questionner en profondeur l'état du lien social de citoyenneté et de ses valeurs fondamentales au-delà des discours idéologiques.

6.3.1.4. Reconvertir les mentalités à travers la valeur de la solidarité publique pour une bonne dynamique de participation et d'intégration sociale

Les représentations du passé semblent continuer de peser (et constituent parfois un frein) sur le devenir de la société camerounaise. Une situation qui exige un questionnement sur l'intérêt général et un renouvellement des fondements du lien social pour une bonne dynamique d'intégration sociale au niveau national. L'état des valeurs et des institutions fondatrices des liens sociaux pris dans un moment précis renseigne sur la capacité d'une société à agir sur elle-même dans le sens d'une organisation de sa survie dans le temps et dans la réalisation de ses projets de développement et d'intégration sociale (Akindès, 2003). Il y'a comme une nécessité d'une conscience objectivée de l'importance de la solidarité sociale pour une transformation sociale au Cameroun. Une importance qui doit nécessairement habiter la mémoire collective comme un élément structurant de la dynamique du développement social. La transposition des liens sociaux mécaniques dans la sphère publique est une des causes des dysfonctionnements dans la dynamique sociale de l'intégration sur le plan national. Selon Akindès, les difficultés de réussite des projets politiques sociaux nationaux en Afrique et en l'occurrence au Cameroun sont dues à la persistance, voire la résistance des liens sociaux primaires — une survivance des liens sociaux mécaniques — qui se vivent désormais à l'échelle nationale et qui continuent de déterminer la construction de l'identité de soi et de l'altérité, produisant des systèmes de pensée et de pratiques qui ne favorisent pas une conception citoyenne de l'intérêt général ni une politique volontariste de recherche de l'intérêt général au plan national¹⁶¹. L'État doit pouvoir exercer sa fonction de catalyseur des forces de développement et de cohésion sociale. Il a la responsabilité d'actionner les leviers de création d'un nouveau sentiment d'appartenance pour une société d'un genre nouveau. Un sentiment qui valorise les projets d'intérêts communs,

¹⁶¹Akindès (2003) fait allusion ici à l'incapacité des pouvoirs publics à réguler le champ social fortement ethnicisé. Les ethnies se survivent à elles-mêmes pendant que l'État s'investit dans des aires qui se veulent à caractère national, mais dans lesquelles il ne réussit pas à fonctionner comme une instance efficacement fédératrice à partir d'institutions, de symboles et de pratiques sociales. D'où une difficile mobilisation et une faible participation collective autour de ce qui peut être considéré comme l'intérêt général.

comme celui de la couverture universelle santé, qui donnent sens et force à la dynamique nationale (Akindès, 2003).

La création d'un projet politique national visant une redistribution égalitaire des ressources et servant l'intérêt commun participe de toute évidence à la construction de l'identité nationale et au renforcement du sentiment d'appartenance nationale. Une telle opération permet de transcender les appartenances et les identités ethniques sans les anéantir, tout en promouvant de nouveaux liens sociaux basés sur la citoyenneté. Cette opération nécessite cependant des institutions politiques justes et légitimes qui incarnent cet idéal, l'entretiennent et le transmettent aux individus et à d'autres entités sociales (Rawls, 2004; Ackerman, 2005; Paugam, 2008)¹⁶². Dans les milieux urbains, les communautés ethniques se côtoient et se rencontrent — même à travers les mariages interethniques —, mais elles ne se transforment pas pour autant en communauté de citoyens du fait d'un manque de structures institutionnelles de médiation sociale capables d'accompagner la mutation en communauté de citoyens. Alors les références identitaires restent encore fortement ethnicisées (Akindès, 2003; Mbonda, 2006; Marie, 2007).

6.3.1.5. Faire de la solidarité sociale un habitus

L'habitus ici est envisagé comme un principe générateur de pratique. Une façon de percevoir l'appartenance et l'être-ensemble qui induit une disposition à la solidarité chez les individus. Les processus de construction de l'identité, de reconnaissance sociale et d'appartenance, d'établissement des liens sociaux, relèvent de l'ordre du culturel naturalisé qui produit des habitus au sens de Bourdieu (Bourdieu, 1980; Akindès, 2003). En effet, *Habitus* est un mot latin qui définit une disposition d'esprit et la manière d'être d'un individu. Il est utilisé ici au sens du

¹⁶²Les institutions à vocation sociale comme les ministères de l'éducation, de la santé et des affaires sociales ne reflètent pas toujours une traduction en acte d'un projet politique de cohésion sociale et ne garantissent pas efficacement l'intériorisation d'un sentiment d'appartenance nationale. L'absence d'une finalité qui repose sur la construction d'une identité nationale et le non-respect des normes qui devraient régir le fonctionnement des services publics (corruption, clientélisme, allocation sélective des services suivant une logique d'appartenance tribale, népotisme, etc.) font qu'elles sont dysfonctionnelles par rapport à leur vocation de service social chargé de construire la solidarité nationale dans les liens sociaux de citoyenneté.

sociologue Bourdieu qui le considère comme un principe d'action des agents dans le monde social. Selon Bourdieu l'habitus est un « système de dispositions réglées » permettant à un individu d'interpréter et de comprendre la société et de s'y mouvoir. Une compréhension de son environnement social qui lui est propre, mais qui vient des catégories sociales auxquelles il appartient. L'habitus s'acquiert par la socialisation. *L'habitus* est considéré comme la matrice des comportements individuels (Bourdieu, 1994; 1980).

La solidarité publique constitue un fondement anthropologique nécessaire pour une nouvelle construction de l'identité nationale collective, et une définition du rapport à l'altérité et la réciprocité sociale dans la coopération sociale. Elle est un principe qui tient lieu de valeur structurante du nouveau lien social dans le cadre national. Mais elle doit être travaillée et cultivée (Soulet, 2004).

L'habitus est une réalité en permanente restructuration. Il intègre de nouvelles expériences sociales et s'ajuste aux nouvelles dispositions. Il est le produit de nos expériences passées et récentes. Le présent est le lieu où se construit l'habitus qui génèrera les pratiques de demain. Le défi de la transition vers la couverture universelle va de pair avec celui de faire de la solidarité sociale un habitus qui se construit dans le processus de transition des communautés traditionnelles et ethniques en une communauté nationale régie par les droits, l'égalité et la réciprocité qui organisent un type nouveau de lien social basé sur la citoyenneté.

Le principe de solidarité se travaille donc et se cultive. Soulet pense que si elle est une loi immanente à la vie sociale, elle n'est pas pour autant inscrite dans la nature humaine. Elle est avant tout une affaire de projet. La solidarité est de toute évidence une valeur, « mais une valeur qui n'a de valeur que si elle se réalise » (2004 : 10). La mise en pratique de la solidarité ne suffit pas. La solidarité en acte n'a socialement de sens que si elle est garantie, que si sa concrétisation se double de sa continuité (Soulet, 2004 : 10).

En tant que communauté nationale, le Cameroun doit être une collectivité composée d'hommes et de femmes qui vivent dans un lien d'appartenance à la même nation et qui sont conscients de

leur devoir social de solidarité¹⁶³. L'éthique du vivre ensemble appelle à la responsabilité-pour-autrui qui, tel un habitus, s'exprime en terme de devoir social et exige moralement qu'un membre de la société qui chute soit relevé par l'aide de tous. Et que celui qui est socialement en risque soit socialement protégé contre les risques qui menacent ses chances de réalisation de soi et son bien-être (Sen, 2000; Châtel, 2004; Rawls 2004; Bec, 2014). Et chacun, en plus de la prévoyance qui le protège contre les risques sociaux, devrait légitimement bénéficier d'une défense sociale de sa liberté, de sa dignité et de son activité.

6.3.2. Développer les capacités des individus pour une plus grande responsabilité et une participation plus efficace à la vie en société

L'éthique du *bien-vivre-ensemble* et de la *responsabilité-pour-autrui*¹⁶⁴ relèvent de la capacité des individus à être à la fois citoyens et acteurs. Et pour l'être efficacement, il faut potentialiser chacun et lui donner les capacités nécessaires pour répondre à ses responsabilités sociales et satisfaire en même temps aux exigences de l'autoréalisation individuelle (Sen, 1992; 1999; Châtel, 2004; Honneth, 2007; Jaeger, 2009; Léonard, 2010)¹⁶⁵. Sans cette potentialisation, il est difficile de concrétiser l'idée de justice sociale. Comme le souligne à juste titre un des participants à la recherche,

« La responsabilité ne se décrète pas. Elle est une œuvre d'éducation citoyenne de longue haleine. L'éducation à la citoyenneté doit retrouver sa place dans nos familles et dans nos écoles. Les parents et éducateurs doivent être interpellés, de même que les organisations communautaires telles que les chefferies, les associations religieuses, afin que de façon générale, le bien commun reprenne la priorité qui doit être la sienne. C'est cette priorité accordée au bien commun qui stimule la responsabilité. En plus et surtout, l'État doit être le catalyseur de cette responsabilité par la gestion exemplaire du bien commun et par la mise en œuvre

¹⁶³La notion d'appartenance d'un point de vue éthique « incite chacun à être responsable de lui-même et des autres » (Chappuis, 2010 : 16).

¹⁶⁴ Puisque nous sommes socialement *in solidum*, chacun étant responsable de ses « consociés ». Mais il faut assumer la responsabilité d'être solidaire (Soulet, 2004 : 11).

¹⁶⁵L'acteur responsable œuvre pour s'émanciper lui-même et pour aider autrui à s'émanciper et à se responsabiliser (Nicolopoulou, 2009).

des programmes de solidarité sociale pour que chacun se sente chez lui au Cameroun. » (EI-15)

L'identification des acteurs à leur communauté nationale est nécessaire dans la réussite d'une action qui vise un changement social. Les acteurs concernés doivent être impliqués dans la recherche de solutions à une situation socialement préoccupante; ils doivent participer à l'élaboration des objectifs et au processus décisionnel dans un espace de dialogue authentique : « pour que chacun se sente chez lui au Cameroun ». Si chaque acteur campe sur l'intérêt de soi ou appréhende l'intérêt commun selon une représentation partielle et autoréférentielle, il en résultera un espace de monologues parallèles, juxtaposés qui ne réalise pas l'intérêt commun. L'espace de dialogue authentique consiste à prendre en compte les aspirations et les besoins de l'autre dans la volonté de la recherche du bien commun (Nicolopoulou, 2009 : 312).

La praxis de responsabilité nécessite alors l'intégration de l'intérêt d'autrui dans l'intérêt de soi dès l'amont de l'action qui vise l'intérêt public. Les règles et les moyens doivent intégrer la même logique. Dans un dialogue réflexif entre soi et soi et entre soi et autrui, les acteurs doivent évaluer leurs actions à l'aune des critères axiologiques du bien commun et de l'intérêt général. Rawls dans sa théorie de justice renchérit cette idée quand il dit que la solidarité (et la responsabilité) entre concitoyens se justifie par leur dignité de citoyen et leur droit à un égal respect, pas seulement par leurs besoins et les risques de la vie sociale (Rawls, 2004 : 192-193). Allant plus loin, les penseurs de la politique de reconnaissance soutiennent que le respect des droits et les politiques de redistribution ne suffisent pas pour permettre l'inclusion de tous les citoyens et pour leur assurer un niveau de vie décent, ce n'est qu'une partie de la tâche. À ce sujet, Audard cite Axel Honneth pour soutenir que la qualité morale des rapports sociaux ne peut pas être seulement mesurée à l'aune de la répartition juste ou injuste des biens matériels (Audard, 2009 : 475).

Le combat contre les inégalités sociales est certes politique, mais aussi moral et engage la responsabilité de tous et de chacun. Il vise les institutions sociales, mais aussi une sociabilité horizontale qui permet de dépasser les différences dans une communauté de destin — une communauté d'intérêt et de risque, une communauté historico-politique comme celle du

Cameroun — par la conscience du devoir des plus fortunés en faveur des plus désavantagés au nom de la protection réciproque qu'ils se doivent.

La responsabilité, tout comme la solidarité, est un principe social fondamental qui nécessite indispensablement un ancrage dans la culture individuelle et collective (Soulet, 2004; Jaeger, 2009). Son opérationnalisation est une tâche de longue haleine avec un résultat qui s'acquiert à travers les différentes phases de socialisation et les différents lieux de production et d'intériorisation des valeurs qui en découlent (la famille, l'entourage, l'école, le lieu de culte, la communauté, le lieu de travail, etc.). Alors, la réalisation de cette nouvelle culture requiert que soient associés tous les partenaires éducatifs et leaders d'opinion sociaux et politiques (les parents, les chefs religieux, les enseignants, les travailleurs sociaux, les patrons, les leaders politiques, les associations, les ONG, etc.) sur lesquels la société devra, impérativement et avec une réelle volonté politique, investir pour qu'ils soient des repères et des passeurs de messages positifs. Bref, c'est aux politiques et éducateurs que revient en premier le devoir de cultiver le sens de la responsabilité et de la solidarité et d'en faire une culture sociale (Soulet, 2004; Bec, 2014).

La combinaison des principes de responsabilité et de solidarité sociale permet d'intégrer à la fois justice sociale, réciprocité sociale, responsabilité sociale et d'autres concepts régulateurs liés au contrat social. Et la praxis de la responsabilité et de la solidarité — que seules peuvent rendre effective la socialisation, l'éducation et la sensibilisation — devraient être des matrices référentielles communes dans la construction de la Nation. Alors, la coopération sociale, la justice sociale, la réciprocité sociale au Cameroun doivent cesser d'être simplement des concepts théoriques, pour devenir des principes directeurs d'action qui guident le but et les moyens en vue des résultats qui réalisent la finalité de l'éthique du vivre ensemble (Nicolopoulou, 2009).

6.4. Renforcer l'éthique de la bonne gouvernance et du *care*

Les différents usages du concept de gouvernance ne font pas l'unanimité dans les différents champs disciplinaires en sciences sociales. Ses acceptions normatives développées par la

Banque mondiale pour promouvoir la « bonne gouvernance »¹⁶⁶ dans la gestion des affaires publiques sont fortement remises en question par ceux qui y trouvent une expression de l'idéologie néolibérale (Sardan, 2007). Le concept de bonne gouvernance dans ce travail a une visée analytique et non normative. Nous l'utilisons pour qualifier et apprécier les formes de gestion de biens et services publics et collectifs notamment dans le secteur de la santé. En effet, le qualificatif « bonne gouvernance » fait référence ici plutôt aux fonctions de protection, d'assistance, de fournitures de services et de développement qui relèvent des prérogatives de l'État. Il s'agit d'analyser comment ces fonctions, dans le cadre de l'accès aux soins de santé, sont exercées actuellement au Cameroun et comment elles peuvent être améliorées de manière à satisfaire davantage les attentes de la population, notamment celles des plus défavorisés.

6.4.1. Bonne Gouvernance et exigence d'*accountability*

La Commission nationale anticorruption (CONA) — qui est un organe gouvernemental camerounais ¹⁶⁷— dans ses résultats d'enquête en 2010 affirmait que : « l'existence des pratiques de corruption dans le secteur de la santé publique au Cameroun réduit considérablement les chances de parvenir aux résultats escomptés dudit secteur, à savoir l'accès de tous les Camerounais aux soins de qualité indépendamment de leur classe sociale » (CONA, 2010 : 103). La situation n'a guère changé, et l'exigence de la bonne gouvernance fait partie des conditions requises pour une transition effective vers l'accès universel santé.

¹⁶⁶Il convient ici de rappeler que *gouvernance* et *bonne gouvernance* ne recouvrent pas strictement la même réalité. Si la *gouvernance* fait référence à l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion d'un pays, la *bonne gouvernance* est une obligation internationale de transparence, de responsabilité, d'obligation de rendre compte dans le respect des droits et de l'équité. Historiquement, cette exigence de « bonne gouvernance » qui repose sur un soubassement idéologique de type injonctif s'est appliquée particulièrement à l'Afrique comme conditionnalités des institutions internationales telles que le FMI et la Banque mondiale. En effet, le concept de gouvernance a resurgi dans les sciences sociales au début des années 90 suite à un rapport produit en 1989 par la Banque mondiale intitulé : *L'Afrique subsaharienne ; de la crise à une croissance durable ; étude de prospective à long terme*. Ce rapport constitue un constat d'échec des politiques d'ajustement structurel et une tentative de correction de leurs effets négatifs (Onana, 2011 : 7-8).

¹⁶⁷ La Commission nationale Anti-corruption (CONA) a été créée en 2006 par le décret n°2006/088 du 11 mars 2006. Il a été créé et fonctionne dans la logique de la Convention des Nations Unies contre la corruption.

Entre autres, les pratiques de corruption dénoncées par la CONA dans le système de santé camerounais sont : le détournement des équipements de santé à des fins privées; la vente des places lors des concours d'entrée aux écoles de médecine et pendant les recrutements dans la fonction publique; le trafic d'influence; la pression des firmes pharmaceutiques sur les acteurs du secteur de la santé pour la sélection de leurs produits; la collusion entre les firmes pharmaceutiques et les acteurs du secteur de la santé pour la promotion de leurs produits; l'extorsion des fonds aux malades pour des services supposés gratuits; l'établissement de faux certificats médicaux; le refus d'administrer les soins aux patients qui refusent la corruption; la vente parallèle de médicaments; la délivrance de faux visas d'importations; la vente illicite des produits périmés ou non agréés; le rançonnement des usagers; le barème des actes médicaux et médicaux sanitaires tenus secrets (CONA, 2010 : 3; Massi Gams, 2012 :7). Selon la CONA,

« Toutes les formes (manifestations) que prend la corruption dans le secteur de la santé au Cameroun et ses principales causes permettent de constater que l'existence du fléau découle des facteurs tels que l'institutionnalisation de l'impunité. L'absence de sanctions justifierait par conséquent la pratique des actes de corruption qui, de manière globale, se résumant en la mauvaise gestion des institutions sanitaires et l'absence d'un système transparent de mise en œuvre de la politique de santé intégrant les mécanismes de promotion de la gouvernance et de lutte contre la corruption. » (2010 : 103)¹⁶⁸

Telle que décrite par la CONA, cette situation fonde l'exigence impérative d'une éthique de bonne gouvernance qui s'exprime sous forme d'*accountability*¹⁶⁹.

L'*accountability* est un anglicisme conceptuellement très riche qui fait référence aux décisions et aux actions du gouvernement et de tous ceux qui exercent une quelconque autorité publique.

¹⁶⁸Parmi les causes de la corruption figurent en plus de l'impunité et de la mauvaise organisation du travail et des services, l'insuffisance du personnel médical et paramédical formé, le non-respect du code de déontologie, l'insuffisance de mécanismes d'incitation, les bas salaires qui entraînent la recherche frauduleuse d'un gain supplémentaire (CONA, 2010 : 103-104).

¹⁶⁹En effet, « Considérant l'importance de la santé sur le processus de développement (les malades ne bâtissant pas une nation forte et une économie prospère), il devient urgent de remédier à cette situation. Cela suppose des réformes visant à institutionnaliser les principes de bonne gouvernance dans la gestion de l'ensemble du système sanitaire du pays. Ces principes sont constitués par la transparence, la responsabilité de l'ensemble des acteurs du secteur et des contrôles systématiques à travers des audits réguliers. » (CONA, 2010 : 103)

Il signifie à la fois **imputabilité**, **obligation de rendre compte** et **responsabilité**. La responsabilité ici s'applique au niveau politique comme obligation pour toute autorité de répondre des décisions qu'elle a prises, ou qu'elle a omis de prendre, ou alors prise au mauvais moment; elle est aussi responsabilité vis-à-vis des usagers dans le respect de l'éthique professionnelle; et enfin responsabilité dans l'utilisation judicieuse des fonds publics (Mulgan, 2000; Ndoudoumou, 2001).¹⁷⁰Le concept de « bonne gouvernance » dans ce travail est multidimensionnel; il intègre en fait les préoccupations d'ordre politique, social, économique, culturel, idéologique et éthique. Il s'apprécie à la lumière d'un certain nombre d'éléments dont les principaux sont : la qualité de la gestion des affaires publiques; le caractère participatif des processus décisionnels; l'esprit de coopération sociale et la confiance mutuelle dans l'interrelation entre les différents partenaires sociaux; l'éthique de la recherche du bien commun et du mieux-être collectif dans le respect des droits et de la dignité des personnes (Ndoudoumou, 2001; PNUD, 2010).

La bonne gouvernance appelle donc à un esprit de participation et de responsabilité dans une recherche d'efficacité et de promotion d'un environnement incitatif au bénéfice de l'ensemble des partenaires et de toute la collectivité. Chaque État est appelé à adapter sa gouvernance à ses réalités, à ses spécificités et à ses priorités. L'accès universel aux soins de santé fait partie des priorités du gouvernement camerounais. Une priorité qui constitue un défi majeur de gouvernance. Pour réaliser ce défi, une philosophie, une éthique et une politique d'imputabilité, de participation et de responsabilisation efficaces s'avèrent nécessaires, notamment dans le

¹⁷⁰Le PNUD utilise plus le concept de *responsabilisation* qu'il définit comme « l'obligation qu'ont les détenteurs de pouvoir d'assumer la responsabilité de leurs actions. Le terme englobe les droits et responsabilités mutuels des habitants et des institutions qui ont un impact sur leur vie (notamment les pouvoirs publics, la société civile et les acteurs du marché). Dans les États démocratiques, les rapports de responsabilisation garantissent que les décideurs adhèrent à des normes et objectifs décidés collectivement ; les citoyens accordent à leurs gouvernants le pouvoir de lever des impôts, de dépenser les deniers publics, et de promulguer et appliquer des lois et mesures politiques. En échange, ils attendent de ceux-ci qu'ils expliquent et justifient l'usage qu'ils font du pouvoir et qu'ils prennent des mesures correctives si nécessaire. Cela implique que la responsabilisation a un but *politique* (contrebalancer les abus de pouvoir de l'exécutif) autant qu'*opérationnel* (garantir le bon fonctionnement du service public). » (2010 : 9)

fonctionnement des districts de santé qui constituent le niveau opérationnel du système de santé¹⁷¹.

- **L'exigence d'imputabilité et de coopération des parties prenantes**

L'imputabilité est un élément intrinsèque à la bonne gouvernance. Elle constitue un outil de transformation qui a le potentiel d'induire un service public efficace et efficient. Il y a un devoir d'imputabilité, c'est-à-dire de rendre compte, de ceux qui exercent un pouvoir public vis-à-vis des citoyens. Ils sont tenus de justifier la manière dont ils exercent leur pouvoir; et le cas échéant de faire face aux sanctions (Dubois, 2002; PNUD, 2010; Lacroix et St-Arnaud, 2012).

Pour un fonctionnement efficace et efficient des services publics de santé, dont la corruption et les malversations financières sont en partie responsables du dysfonctionnement, il serait bénéfique d'instituer dans les établissements de soins des districts de santé un système de gouvernance participatif et fonctionnel renforcé (Médard, 2001; Mba et Ongolo-Zogo, 2011). Un système qui permet de collaborer efficacement, de négocier, de bâtir des consensus et d'agir ensemble pour améliorer le fonctionnement du système de soins. Un tel système reposera sur la recevabilité et la responsabilité mutuelle. Il devra être participatif, équitable reliant les citoyens, les prestataires de soins et les administrateurs (gouvernement), dans une gouvernance où les décisions sont prises, les intérêts divers négociés et les actions collectives menées dans le respect de l'intérêt commun. Mais une telle réalisation nécessite un renforcement des capacités.

- **Créer des espaces de négociation et de collaboration entre les citoyens, les**

¹⁷¹ Au début de la décennie 90, le Cameroun a mis en œuvre un système de santé décentralisé conformément aux cadres conceptuels du district de santé et des soins de santé primaires recommandés par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (AFRO). Des structures de dialogue communautaire ont été mises en place en tant qu'instances dirigeantes, dans le but d'améliorer la réceptivité aux doléances des usagers et l'équité, mais également pour favoriser la participation dans le financement et la gestion du service public de santé. Cette gouvernance participative se proposait d'améliorer la prise en compte des valeurs et préférences des acteurs de terrain (fonctionnaires, gestionnaires, soignants, communautés et patients), de les responsabiliser davantage et de renforcer le système de santé du district afin d'améliorer l'état de santé des populations. (Mba et Ongolo-Zogo, 2011 : 4)

prestataires de soins et les autorités gouvernementales locales

La bonne gouvernance se caractérise aussi par la gestion efficace, participative, transparente, équitable et responsable des affaires publiques¹⁷². Une gestion qui respecte les procédures et les principes convenus en concertation avec la population en vue de la justice sociale et du bien de la collectivité. Alors, il faut œuvrer à créer et à renforcer les espaces de négociation, à savoir des structures de collaboration, de participation et de représentation entre les autorités publiques et les communautés, afin de réduire les inégalités de pouvoir¹⁷³.

Il serait avantageux dans la recherche des moyens de rendre les services de soins plus efficaces et fidèles à leur mission au Cameroun, d'investir dans des approches plus inclusives et dans les activités qui renforcent les structures de gouvernance en termes de responsabilisation sociale¹⁷⁴. Cette initiative renforcerait le poids des communautés dans le système de gouvernance et les capacités des fonctionnaires du gouvernement local et des prestataires de soins à dialoguer avec les citoyens (PNUD, 2010; Mba et Ongolo-Zogo, 2011; Mendo Me Mfou, 2013). Elle permettra par ailleurs de faire travailler ensemble les différents partenaires pour une prise de décision participative et efficace. Ces structures offriront l'avantage d'aborder de manière mutuellement responsable les questions d'accès équitable aux soins de qualité, d'amélioration et de contrôle du budget, etc.

¹⁷²Selon Lacroix et St-Arnaud, la bonne gouvernance inclut aussi souvent les critères de présence d'un État de droit, d'absence de corruption, l'équité, la responsabilité, l'imputabilité, l'efficacité, la transparence et la participation (2012 : 24).

¹⁷³ La gouvernance est « l'ensemble des règles et des processus collectifs, formalisés ou non, par lequel les acteurs concernés participent à la décision et à la mise en œuvre des actions publiques. Ces règles et ces processus, comme les décisions qui en découlent, sont le résultat d'une négociation constante entre les multiples acteurs impliqués. Cette négociation, en plus d'orienter les décisions et les actions, facilite le partage de la responsabilité entre l'ensemble des acteurs impliqués, possédant chacun une certaine forme de pouvoir. » (Lacroix et St-Arnaud, 2012 : 26)

¹⁷⁴Le terme de *responsabilisation sociale* désigne ici une responsabilisation qui émane d'actions entreprises par des citoyens ou des organisations de la société civile pour demander des comptes au gouvernement ou à ses agents. En effet, « La responsabilisation sociale fournit des contrepois supplémentaires à l'État, pour des raisons d'intérêt public. Elle permet d'exposer des cas de corruption ou de négligence ainsi que des erreurs ou omissions qu'une obligation horizontale de rendre compte a peu de chances de relever ou n'est pas en mesure de corriger. » (PNUD, 2010 : 12)

- **Renforcer les capacités et la responsabilisation mutuelle**¹⁷⁵

Rendre le système de soins plus fonctionnel et responsable ou améliorer la qualité des services de soins en termes d'attitude du personnel, de réduction de la discrimination, d'accès équitable aux soins, notamment des plus vulnérables, nécessite un renforcement des capacités des différentes parties prenantes¹⁷⁶. Il y a urgence à promouvoir dans les districts de santé au Cameroun un engagement communautaire proactif et à renforcer les capacités de leadership et de management pour améliorer la gouvernance participative et pour une plus grande responsabilisation. Les communautés locales sont généralement disposées à s'impliquer de manière responsable par rapport aux problèmes de santé qui les touchent (Sardan, 2007; Ndoudoumou, 2001). Elles seront d'autant plus disposées à coopérer si l'enjeu de l'amélioration de la qualité des services au sein du système de santé implique la redevabilité des prestataires de soin et des administrateurs quant à leur responsabilité et leurs engagements (Mba et Ongolo-Zogo, 2011; Mendo Me Mfou, 2013).

Il est donc productif de responsabiliser les communautés et leurs représentants dans les structures, les établissements de soins et les différents districts de santé. Leurs compétences doivent être renforcées pour les rendre plus conscients et capables d'exercer leurs droits.¹⁷⁷ Ce

¹⁷⁵ Ce terme qui concerne la conduite des différentes parties impliquées dans une action, fait référence aux notions de gouvernance transparente, de réciprocité et d'efficacité dans la satisfaction des attentes mutuelles (PNUD, 2010).

¹⁷⁶Mba et Ongolo-Zogo soulignent à ce sujet que « Lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé (SSS) 2001-2010, les parties prenantes ont exprimé leur insatisfaction et ont identifié la mauvaise gouvernance et la faible viabilisation des districts de santé comme étant les principales raisons de l'incapacité du Cameroun à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé. Les facteurs sous-jacents sont entre autres l'absence de normes et de code de procédures opérationnelles pour les structures de dialogue et les formations sanitaires, une piètre connaissance du cadre juridique et réglementaire par les différents acteurs, l'absence de leaders compétents dans les équipes-cadres de district et les collectivités. De même, les mécanismes et outils devant garantir l'usage approprié de l'information sanitaire pour la planification, la participation communautaire, la transparence et la responsabilité des acteurs, se sont avérés défectueux tandis que les mesures incitatives, les ressources et les compétences ont été insuffisantes pour la mise en œuvre effective des principes de gouvernance participative contenus dans la politique nationale de santé. » (2011 :3)

¹⁷⁷À ce propos, il serait important de renforcer les capacités des citoyens afin qu'ils soient plus actifs dans la défense de leurs droits et plus autonomes.

faisant, ils seront plus en mesure d'évaluer eux-mêmes le fonctionnement; d'examiner et de rendre compte de la qualité des services de santé dans leur district ou dans leurs structures de soins; d'avoir une voix forte et efficace dans les instances de décision et de négociation pour promouvoir le changement. De ce fait, ils seront capables — grâce au renforcement de leurs capacités — de demander aux responsables des établissements de soins et aux autorités gouvernementales de rendre compte de leurs actions et de leurs engagements. Ceci est particulièrement important pour les populations qui très souvent n'exercent pas directement leurs pouvoirs de citoyens (Sardan, 2007; Ndoudoumou, 2001; PNUD, 2010; Lacroix et St-Arnaud, 2012; Mendo Me Mfou, 2013).

Il serait tout aussi productif que les capacités des prestataires de soins de santé et les autorités gouvernementales soient renforcées afin d'améliorer leurs potentialités à être plus efficaces, transparents, et responsables. Les prestataires de soins pourront être plus à même de faire face aux différentes barrières contextuelles qui les empêchent de répondre aux besoins des bénéficiaires de leurs services. En effet, des études ont montré que renforcer l'autonomie et les compétences des communautés sans inclure les prestataires de soins et les autorités du gouvernement local impacte négativement sur l'efficacité des citoyens dans leur engagement à améliorer leur système de soins (World Bank, 2002; Mba et Ongolo-Zogo, 2011, Boidin, 2011).

6.4.2. Bonne gouvernance et promotion de l'éthique du *care*

La bonne gouvernance, dans la multiplicité de ses dimensions, s'inscrit aussi dans une dynamique de promotion du bien-être moral, au-delà d'une quête de justice sociale, pour garantir un développement humain authentique. En cela, elle s'analyse comme une éthique du *care* et constitue une force décisive dans la promotion d'une société de bienveillance. La sensibilisation sur le principe d'égal traitement social en dignité et en droit peut apporter des changements positifs dans un contexte de corruption et de clientélisme et favoriser l'accès des

personnes ayant un statut socioéconomique et financier défavorable aux soins de qualité, suivant une éthique du *care* (Ndoudoumou, 2001; Slote, 1998; 2007). Aussi, la solidarité acquiert — par une action politique d'éducation citoyenne à l'éthique du *care* — une plus-value humaine en se transformant en obligation morale et en s'exprimant en termes de responsabilité et de *care*.

Le *care* renvoie aux notions de sollicitude, de soins, d'attentions, de responsabilités, et de souci de l'autre. Le *care* exprime donc une responsabilité face à la vulnérabilité de l'autre. L'éthique du *care* s'attache à faire comprendre l'importance du « prendre soin », de la sollicitude dans la société, notamment pour les personnes fragiles et vulnérables qui en ont besoin (Harrington, 1999; Audard, 2005; Laugier et Paperman, 2005; Tronto, 2006).

Les recherches sur le terrain ont révélé une forme de crise du *care* au Cameroun, notamment dans la relation qui lie les professionnels du soin et les receveurs de soins. L'État est l'instance qui dans ses prérogatives organise la prise en charge des malades et se charge du renforcement des capacités dans sa mission de protéger les citoyens. Comment donner une place primordiale à l'éthique du *care* — qui porte en elle le potentiel politique de création d'une société de bienveillance — dans le système camerounais (dans les services publics, notamment ses institutions de soin) et dans les relations interpersonnelles?

6.4.2.1. Le *care* comme disposition morale et pratique sociale

Le *care* et la justice sont deux réalités complémentaires. La pensée du *care* porte une façon particulière de défendre la justice sociale et de saisir la vulnérabilité, les besoins ou les préoccupations d'autrui pour y apporter une réponse adaptée (Gilligan, 2008). Il renforce les capacités — comme concept qui rend compte de ce qu'un individu peut être et faire — à offrir l'attention et les soins aux personnes dans le besoin (Tronto, 2006; Zielinski, 2010; Léonard, 2010). Face au dysfonctionnement de l'État social, au non-respect et aux discriminations de

certain usagers dans certains services publics ¹⁷⁸— notamment dans les institutions de soins — , les autorités gouvernementales au Cameroun gagneraient à construire autour de la notion du *care* une philosophie sociale, un concept politique de reconnaissance et de respect des droits. Le paradigme du *care* peut constituer une boîte à outils conceptuelle pour repenser les institutions au Cameroun et permettre l'émergence d'un plus grand sens de la responsabilité chez ceux à qui est confiée une mission de service public, en l'occurrence les institutions publiques de soins.

Une des approches avec lesquelles le *care* converge est la reconnaissance. Il ressort de nos recherches de terrain une forte demande de reconnaissance au Cameroun. Reconnaissance des vulnérabilités des travailleurs du secteur informel, reconnaissance des droits, reconnaissance des différents acteurs sociaux et de leurs rôles. Il y a une attente de reconnaissance de leur besoin de capacités. Le *care* est *capacité morale à percevoir la vulnérabilité et capacité à prendre soin d'autrui* (Tronto, 2006). Il est impératif qu'à chacun soit restituée la reconnaissance sociale. L'éthique du *care* permet de considérer la société non pas comme un espace où les perdants observent en vaincus le jeu des gagnants, mais comme un espace de coopération sociale. À ce sujet, un des participants a exprimé le souhait suivant :

« Il faut susciter et encourager l'esprit d'impartialité et de bienveillance dans le domaine de la santé chez les fonctionnaires de l'État. L'État devrait punir de façon exemplaire ceux qui discriminent et méprisent les usagers des services publics. Normalement, l'État est chargé de créer les conditions d'un service bien rendu, il doit définir la politique du bon fonctionnement de ses services et veiller au respect des règles qu'il fixe. Par exemple l'accès à un service public ne doit pas se faire en fonction du rang social de l'individu ou des affinités. » (EI-6)

La reconnaissance et l'institutionnalisation de l'éthique du *care* peut permettre au Cameroun, non seulement de renforcer les capacités à offrir l'attention aux personnes dans leurs droits et dans le besoin des services qui leur sont dus, mais aussi de donner leur place à ceux qui sont

¹⁷⁸Cf. Les thèmes les plus fréquents et les plus pertinents dans les discours des entretiens individuels et de groupe (Tableau 6 du chapitre5).

socialement invisibles et permettre ainsi l'émergence d'une nouvelle responsabilité citoyenne. Le *care* est capabilisation au sens de Sen (2000). Un mot qui conjugue capacité et responsabilité (Léonard, 2012). Il est un des moyens de redonner de l'autonomie réelle (*capabilités*) à une personne ou à un groupe de personnes en situation de vulnérabilité (Pattaroni, 2005; Zielinski, 2010).

L'institution de l'éthique du *care* pourrait créer un cercle vertueux et jouer un rôle d'éducation sociale à la responsabilité politique et à la solidarité sociale. Car le *care* a un fort potentiel de construction de la personnalité morale des individus et de construction de la cohésion sociale (Nussbaum, 2000; 2006; Slote, 1998; 2007). Le *care* est un concept politique fécond qui peut permettre au Cameroun — un pays où la justice sociale, la responsabilité et la solidarité sociale sont encore loin d'être accomplies — de faire société.

6.4.2.2. Le *care* comme pratique dans les relations de soins

Au sujet de la qualité des soins, il est largement admis qu'au Cameroun les établissements de soins et les hôpitaux publics notamment souffrent d'une insuffisance en matière de qualité de soins dans les deux composantes humaine et médicale (CONA, 2010; Massi Gams, 2012). Les conduites de diagnostic et de thérapie manquent de procédure et le personnel soignant y va de sa propre initiative. Les conduites en matière d'accueil sont liées à l'identité de chaque patient. « Celui qui ne bénéficie d'aucune recommandation, non seulement rencontre parfois de grandes difficultés pour être pris en charge, mais de plus il ne bénéficie pas toujours de l'attention requise dans de telles circonstances » (Balique, 2003 : 7). Les personnes interrogées lors de nos recherches de terrain ont manifesté leur insatisfaction à ce propos :

« La réalité est que ceux qui doivent nous soigner font tout sauf ce qu'on attend d'eux. Quand vous réussissez à payer vos soins, la qualité du service est quasi nulle. La mentalité de ceux qui nous soignent est à revoir. Dans nos hôpitaux ou dans les centres de santé publics, nous vivons des scènes d'arnaque et de méchanceté que vous ne pouvez imaginer. Si vous avez par exemple un thermomètre neuf avec vous, si vous êtes consulté par une infirmière cupide ou qui est de mauvaise humeur, vous allez payer le même thermomètre pour qu'elle vous consulte. Et c'est elle qui vend ledit thermomètre et d'autres produits tels que les seringues... On vous contraint à acheter la même chose simplement parce qu'ils veulent de l'argent, c'est son commerce!

Vous avez même le cathéter, elle vous dit : non, ce n'est pas le bon. Finalement, elle vous vend le sien qui est exactement le même. » (FG-6-30)

Dans la relation soignant-patient, la qualité des rapports du soignant avec le patient influence la qualité des soins. La manière dont le soignant exerce sa fonction influence la qualité de ses rapports avec le patient et la qualité des soins qu'il offre. Ces attitudes négatives ne sont pas toujours motivées par des désirs personnels comme dans le cas de l'infirmière citée plus haut; elles sont suggérées aussi très souvent par l'environnement psychologique et social. Par exemple la relation que le personnel soignant entretient avec le savoir ou la représentation collective du savoir peut influencer la qualité des relations de soins. Si le médecin a accédé à un savoir, c'est pour le mettre au service des patients; aussi, on ne peut soigner efficacement par le silence, la contrainte et le mépris. Un soignant désagréable, autoritaire, méprisant ne saurait être compétent pour ce qui est du soin comme *caring* (prendre soin). La compétence d'un pourvoyeur de soins ne se mesure pas au savoir acquis, mais à la qualité de la relation qu'il établit avec le patient en considération de ses représentations (Ward, 2009; Léonard, 2012).

Ne pas écouter de façon empathique le patient et l'aider à comprendre ce qui lui arrive, ne pas le mettre dans les dispositions favorables pour exprimer ses préoccupations, ses peurs et ses angoisses remet en cause les compétences à soigner. Ne pas répondre aux questions du patient ou répondre par un dénigrement, faire peur ou imposer des comportements de soins au lieu d'accompagner le patient devrait constituer un abus de pouvoir. La relation de soin n'est pas une relation de pouvoir.

Lors d'un entretien de groupe, une participante ayant assisté à l'inattention des médecins face à la souffrance des malades indigents a donné dans ces termes sa représentation de ce que devrait être un médecin :

« Un médecin qui a en face de lui un malade qui souffre doit absolument lui venir en aide avec attention. Il ne doit pas commencer sa consultation par la capacité du malade à payer ses soins ou fixer d'autres exigences au malade pour mériter les soins. Il a prêté serment pour venir en aide aux malades. Il doit le soigner en suivant la conscience de ce serment. Si le malade meurt parce qu'il ne l'a pas soigné, il a failli à son devoir. Les factures des soins médicaux devraient venir après les soins reçus et non pas avant. » (FG-3-17)

Les propos de cette participante montrent comment le terme *care*, qui se traduit souvent par sollicitude, renvoie à la dimension affective intrinsèque à l'expression *to care for* en anglais (Slote, 1998; 2007). Le *care* dans le domaine des soins de santé apparaît comme une attitude, une disposition éthique à l'égard de la personne malade. Il implique une forme d'empathie (Audard, 2005; Laugier et Paperman, 2005; Léonard, 2012). Le monde soignant est traversé aujourd'hui par ce concept qui ne signifie pas seulement soigner au sens physique, mais inclut toute démarche qui vise, par un sentiment d'empathie, à aider, à écouter, à comprendre, à prendre soin. L'élément moteur dans l'acte de soin est la relation qui s'établit entre la personne malade et les soignants.

La qualité de soin peut constituer un objectif mobilisateur dans le contexte du Cameroun et le potentiel que recèle l'éthique du *care* peut être investi dans la réforme de ses institutions de soin. Tous les professionnels de la santé pourraient être formés à la qualité des soins et sensibilisés à la démarche du *care* à travers l'instauration d'une formation continue. Les étudiants en médecine et ceux des écoles de soins devraient être suffisamment familiarisés pendant leur cursus de formation à la pensée éthique du *care* et à sa pratique. Dans leur formation pratique (aptitudes et attitudes) il pourrait être institué un système d'attribution de points d'accréditation pour le *care*. À travers cette institution, le gouvernement camerounais donnerait aux pourvoyeurs de soins les capacités nécessaires, c'est-à-dire un ensemble de fonctionnements, comme le suggère Sen, qui s'exprime en savoir-faire (Tronto, 2006; Léonard, 2010; 2012). Il faut cependant dans la relation de soins considérer les attentes relationnelles des patients en tenant compte des représentations qui leurs sont propres et qui sont issues de leur culture et de leur vision des attitudes de bienveillances (Formarier, 2007).

Le *care* est un référent éthique qui peut donner aux pourvoyeurs de soins d'assumer leur responsabilité liée à leurs obligations sociales. Et son développement passe nécessairement par une éducation morale et par l'intermédiation de la formation. Alors le gouvernement camerounais doit trouver le moyen de le rendre opérationnel dans les institutions de soin. La bonne prise en charge du patient, l'écoute, la qualité du diagnostic médical, la qualité et l'adaptation du traitement et des posologies à la situation du patient, sont des problématiques qui nécessitent d'être abordées corrélativement avec celles de la disponibilité des ressources

financières ou de l'accessibilité financière pour les personnes défavorisées, car la mauvaise prise en charge des malades vulnérables entraîne souvent des coûts supplémentaires.

Le constat de la difficulté d'accès aux soins des personnes vulnérables nécessite, en plus de l'identification des dimensions morales du problème, une élaboration d'actions stratégiques pour une véritable transition vers la couverture universelle santé.

6.5. Mécanisme de couverture universelle santé : conditions d'équité et choix opérationnels stratégiques

La couverture universelle santé est une ambition désormais partagée par tous les pays, quel que soit leur stade de développement. En effet, « Depuis une dizaine d'années, de nombreux pays à revenus faibles et moyens ont montré que le fait de se rapprocher de la couverture universelle n'est pas le privilège des pays à revenu élevé. » (OMS, 2010, xii). Chaque pays détermine en effet les services de soins nécessaires, et comment faire pour que ces services soient universellement disponibles, accessibles, efficaces et de bonne qualité (Carrin, James, Evans, 2006; OMS, 2010). L'État, malgré ses ressources financières limitées, se doit alors de trouver comment opérer une transition progressive vers cette couverture universelle. Les moyens d'y parvenir, l'échéancier et les priorités d'action diffèrent cependant d'un pays à l'autre. L'objectif final, peu importe les chemins empruntés, reste le même partout et consiste à veiller à ce que toute personne, qui quelle soit, où qu'elle soit et de n'importe quelle condition, puisse accéder financièrement aux services de santé dont elle a besoin sans risquer de se mettre dans une situation financière difficile.

Chaque société se doit de construire politiquement et socialement le droit d'accès aux soins en tenant compte à la fois de la dimension juridico-normative (la santé est un droit) et de la complexité de la mise en œuvre de ce projet théoriquement affirmée. La question de l'accessibilité équitable aux soins — qui nécessite l'accès universel aux soins — présente donc une dualité fondamentale : elle est à la fois juridique et organisationnelle (OMS, 2010; BIT, 2012).

6.5.1. Réforme et conditions d'équité dans l'accès financier aux soins au Cameroun

Le passage à la couverture universelle de santé suppose la suppression du recours au paiement direct pour financer les dépenses de santé. Le paiement direct est unanimement reconnu aujourd'hui comme une pratique socialement et économiquement préjudiciable pour les couches socialement défavorisées et vulnérables de la société (Ridde et Blanchet, 2009; Robert et Ridde, 2012; Mendo Me Mfou, 2013). L'accès aux soins est un droit et une obligation sociale qui exige un engagement politique en faveur de la solidarité sociale. À travers les politiques de santé, le gouvernement camerounais doit agir en faveur de la santé et du bien-être de la population de façon à atteindre les objectifs d'accès équitable aux soins à travers les systèmes de transfert et de redistributions sociales. Alors un mécanisme de mutualisation des dépenses de santé est nécessaire pour permettre un accès financier équitable aux soins.

Le gouvernement camerounais envisage certes de mettre en place un système d'assurance maladie de base pour tous. Une initiative qui trouve son fondement dans la réalisation et la promotion du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale. Ce choix politique a été effectué dans le but de se mettre en cohérence avec les dispositions de la Constitution du pays, avec celles de la Déclaration universelle des droits de l'Homme ainsi qu'avec celles d'autres organisations internationales auxquelles le Cameroun a souscrit (MINSANTE, 2006; Motaze Akam, 2009; MINSANTE et BAD, 2009). Ce choix est aussi une réponse aux exigences de justice sociale et de développement par le moyen de la réalisation de l'objectif du socle de protection sociale fixé par l'OIT dans la Recommandation 202 de juin 2012 et reconnu dans la Déclaration tripartite de Yaoundé d'octobre 2010 par les délégués de 47 États africains membres de l'Organisation internationale du travail (BIT, 2011; 2012; MINTSS/MINSANTE, 2015).¹⁷⁹

¹⁷⁹ Les États africains membres de l'OIT, ont reconnu dans la Déclaration tripartite de Yaoundé, entre autres, que la sécurité sociale est un droit humain fondamental et universel qui doit pouvoir se réaliser; que la mise en œuvre d'un Socle de protection sociale doit être menée dans le cadre d'une prise de décision nationale et à travers un processus de dialogue social, impliquant les partenaires sociaux; que l'extrême pauvreté ainsi que la morbidité et

Chaque pays suivant les particularités de sa situation fait le choix de sa propre combinaison d'options politiques. Les études et les exemples de certains pays en développement montrent cependant que la collecte de fonds par prépaiement obligatoire est le moyen le plus efficace et plus équitable pour augmenter la proportion de la population couverte (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007; OMS, 2010; Elkhadiri, Himmich et Chouaib, 2013).

De nos recherches de terrain, il ressort que les différentes modalités de financement par les mutuelles conjuguées avec le financement par les revenus de l'État pourraient convenir au contexte du Cameroun et aux exigences éthiques d'équité; et le Cameroun accélérerait sa progression vers une couverture universelle en éradiquant, ou du moins en réduisant le paiement direct par la mise en commun des ressources et la mutualisation des dépenses de santé (OMS, 2010; 2013).

Pour ce faire, la réforme qui vise la couverture universelle santé au Cameroun devra mettre en œuvre un programme d'accès équitable aux soins en s'appuyant sur une assise communautaire bien élaborée et sur un mécanisme de subvention des cotisations par l'État en faveur des populations présentant une faible capacité contributive. La mise en place d'une couverture universelle santé sans instauration de contributions obligatoires poserait de sérieux problèmes de financement à long terme. Un système pérenne et équitable ne peut être construit dans les conditions actuelles au Cameroun sans la participation des ménages aisés à la santé des plus démunis et sans une subvention de l'État qui, pour ce faire nécessite une exploitation des opportunités de mobilisation des ressources internes du pays comme il est recommandé aujourd'hui aux pays à revenus faibles et intermédiaires (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007; OMS, 2010; Elkhadiri, Himmich et Chouaib, 2013; Mendo Me Mfou, 2013).

Pour réaliser ce projet, les contributions devront être rendues obligatoires, « sinon les personnes riches et en bonne santé décideront de ne pas contribuer au système et le financement sera

la mortalité évitables en Afrique peuvent être imputables, pour une large part, à l'absence de sécurité du revenu et de régimes de protection sociale de la santé efficaces (BIT, 2011).

insuffisant pour couvrir les besoins des démunis et des mal-portants. » (OMS, 2010 : xvi) Cette option permettra de financer le système de prépaiement en tirant profit de la force du nombre.

Comme nous l'avons analysé en début de chapitre, au cours des deux dernières décennies, des initiatives communautaires de prise en charge du risque maladie se sont développées sous la forme de mutuelles de santé au Cameroun. Ces initiatives ont été encouragées par l'État et appuyées par la coopération internationale et certaines organisations internationales. Malheureusement, cette stratégie qui visait l'accès aux soins des populations exclues du système de protection sociale, en l'occurrence les travailleurs du secteur informel, n'a pas été fructueuse (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012; Banque mondiale, 2013; Fouomene, 2013; Mendo Me Mfou, 2013).

Si la faiblesse des revenus est présentée comme la cause principale de cet échec, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de faiblesses du système national de santé y ont contribué. Alors l'assurance maladie collective dans le système national de santé au Cameroun, pour être effective et fonctionnelle, devra passer par une série de réformes qui s'accompagnent nécessairement d'un ensemble d'éléments à opérationnaliser et à pérenniser.

6.5.2. Réformes et choix opérationnels stratégiques en vue de l'obtention des ressources suffisantes

Les manquements du système de soins camerounais mentionnés plus haut nécessitent des réformes pour une avancée effective vers la couverture universelle santé; des réformes basées sur l'exigence d'une prise en charge solidaire des dépenses de soins. Parmi les défis de la couverture universelle santé, outre les aspects éthiques préalablement analysés, le gouvernement camerounais doit trouver les fonds suffisants et nécessaires au financement du régime d'assurance mutuelle. Une tâche qui nécessite des stratégies d'innovation adaptées au contexte social, économique et culturel du pays en termes de méthodes et de diversification des sources.

Ces réformes visent un arrêt du paiement direct des soins par les usagers et la mise sur pied des mécanismes innovants d'imposition et de cotisation. Cependant, il faudra un temps nécessaire pour la consolidation d'un tel projet et pour réaliser les améliorations nécessaires.

De nos recherches de terrain, il ressort que les éléments ci-dessous présentés, constitutifs de l'approche stratégique pourraient orienter la réforme et permettre une amélioration des conditions de financement et l'efficience d'un tel projet :

6.5.2.1. Instituer un régime de prépaiement obligatoire et un mécanisme de financement de la santé incluant tous les travailleurs y compris ceux de l'informel

L'exemple de nombreux pays développés fait penser qu'aujourd'hui « la collecte des fonds par prépaiement obligatoire fournit le moyen le plus efficient et le plus équitable d'atteindre une couverture universelle » (OMS, 2010 : 97). Dans cette optique, les pouvoirs publics devraient instituer les cotisations obligatoires des travailleurs du secteur formel et du secteur informel de l'économie pour le financement de la protection sociale santé. Ce prépaiement obligatoire de la protection sociale santé pourrait passer par des cotisations sociales pour les travailleurs du secteur formel et à travers l'obligation des mutuelles de santé pour les travailleurs de l'informel. Dans la perspective d'une mise en œuvre progressive d'un socle de protection sociale en santé au Cameroun, les mutuelles de santé pourront donc être maintenues pour garantir un accès universel à un minimum de soins de santé pour les travailleurs de l'économie informelle. Les prestations de ces mutuelles pourront être complétées par des subventions de l'État provenant des recettes fiscales assurant aussi l'accès aux soins des indigents qui ne peuvent contribuer financièrement. Le projet de promotion et de développement des mutuelles déjà amorcé — et qui aujourd'hui quasiment en situation d'échec — pourra trouver dans cette initiative un développement comme un système d'assurance maladie de base pour tous.

De cette manière, le Cameroun pourra maintenir l'initiative du développement des mutuelles de santé de façon à répondre à l'exigence de l'OIT; tout en misant sur les mécanismes de financement pluralistes et en élargissant les moyens de financement des soins de santé existants plutôt que de créer des structures supplémentaires pour réaliser l'accès universel (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007; Harris, 2013). Les moyens d'obtention des ressources de financement nécessaires à la couverture universelle en santé ne relèvent pas d'un modèle unique; le Cameroun opérerait ainsi pour un mécanisme de financement mixte basé sur les cotisations obligatoires. À l'exemple de la Thaïlande, du Ghana et du Rwanda qui l'ont utilisé pour améliorer de façon significative l'accès équitable de leur population aux soins de santé, on peut

constater que les mécanismes de financement mixtes donnent de meilleurs résultats (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007; OMS, 2010).

6.5.2.2. Créer un organe national d'assurance maladie décentralisé

Cet organe sera chargé de coordonner et de gérer les différents régimes d'assurance (enregistrement et accréditation des structures d'assurance et mutuelles de santé, réglementation et surveillance des prestations). Il approuvera et supervisera les activités des mutuelles d'assurance maladie des différents districts de santé. En collaboration avec le Ministère de la santé, il se chargera de garantir la fourniture de services de soins de santé de base aux citoyens au moyen de mutuelles d'assurance maladie. Comme dans le cas du Ghana, il se chargera d'établir un fonds national d'assurance maladie qui accordera des subventions aux mutuelles d'assurance maladie de district agréées, et d'imposer un prélèvement au titre de l'assurance maladie afin de mettre en œuvre les objectifs du système (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007). La création d'un tel organe national d'assurance maladie présente ainsi l'avantage de consolider le fonctionnement des mutuelles de santé et de développer entre elles des formes de compensation du risque par des transferts de fonds.

6.5.2.3. Donner une priorité aux dépenses de santé dans le budget national pour répondre aux exigences financières de la transition vers la couverture universelle santé

En 2001 lors de la Déclaration d'Abuja visant l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le gouvernement camerounais avait signé la décision commune des pays africains d'allouer 15 % de son budget national au secteur de la santé. Cet engagement a été renouvelé à Gaborone au Botswana en 2005 et à Ouagadougou au Burkina Faso en 2006. Cependant, la part du budget national jusqu'ici allouée à la santé ne dépasse guère 6 % du budget national. Pour financer la couverture des soins des personnes indigentes et de ceux qui ne peuvent payer les cotisations exigées pour les assurances de santé mutuelles, les pouvoirs publics devraient consentir de satisfaire les termes de leur engagement lors de la Déclaration d'Abuja.

6.5.2.4. Repenser la fiscalité et recourir à des financements innovants pour optimiser les fonds de financement de la couverture universelle santé

Les pouvoirs publics pour optimiser le financement de la couverture universelle santé devront prendre l'initiative de recourir à des financements innovants. Les options peuvent inclure les taxes de solidarité sur une gamme de produits et de services sans effet grave de distorsion sur les dépenses des ménages et mieux adaptés à la réalité économique telles que : les taxes sur les appels téléphoniques, sur les téléphones portables, les taxes sur les produits nocifs pour la santé (tabac, alcools, sucre, boisson sucrée, soda, aliments à haute teneur en sel, en acide gras transformé) — qui présentent le double avantage d'améliorer la santé de la population par un effet de réduction de leur consommation —, les taxes sur les billets d'avion, etc.

Les mécanismes innovants de financement de la couverture universelle santé peuvent inclure aussi l'imposition d'une taxe spécifique sur les sociétés minières, une taxe sur les profits des firmes pharmaceutiques, les sociétés d'exploitation pétrolières, une imposition sur les entreprises de téléphonie mobile. Cette stratégie, en plus de permettre le financement des soins des plus défavorisés, permettra de donner aux structures de soins les moyens d'offrir aux usagers des soins de qualité. Le succès de ces financements innovants suppose cependant une stratégie d'efficacité dans la collecte de ces impôts et taxes qu'il faudra penser, et une gestion conséquente des fonds.

Cependant, l'affectation de 15 % du budget national et l'ensemble des mesures innovantes de financement, compte tenu du niveau de performance actuelle de l'économie camerounaise, ne peuvent offrir une assise financière capable de couvrir suffisamment les besoins de la couverture universelle. Il faudra compter encore sur la solidarité internationale jusqu'à ce que le pays atteigne une performance économique favorable. Il y a donc pour le moment nécessité d'un appui de l'aide au développement de la santé et de l'optimisation de son utilisation comme l'affirme l'OMS dans un élan d'exhortation :

« Bien que le soutien financier national en matière de couverture universelle soit essentiel pour assurer sa durabilité, il est irréaliste d'espérer que la plupart des pays à faible revenu obtiennent à court terme la couverture universelle sans aucune aide. La communauté internationale devra supporter financièrement les

efforts nationaux des pays les plus démunis pour développer rapidement l'accès aux services. » (OMS, 2010 : 22).

Cependant, il serait plus profitable que « le soutien des donateurs et organismes internationaux aide à subventionner les primes d'assurance maladie de certaines personnes indigentes ou de ceux qui n'ont pas les moyens de verser la totalité de la prime, pour l'essentiel des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants. » (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007)

C'est pour permettre une couverture santé favorable aux populations travaillant dans le secteur informel de l'économie que le gouvernement camerounais a opté pour le développement des mutuelles d'assurance maladie à base communautaire. La faiblesse des revenus n'ayant pas permis la réussite de cette stratégie, une bonne politique innovante et de mise en place de mécanismes de financement pluraliste coordonné peut permettre de réaliser l'accès universel aux services de santé dans un délai raisonnable au Cameroun (De la Rosa et Scheil-Adlung, 2007 : 2). La réussite d'une telle initiative repose cependant sur un mécanisme de prise de décision et une politique de communication efficaces; sur un engagement et un soutien politique fort; une bonne gouvernance; l'octroi de ressources nécessaires et un renforcement des capacités pour mettre en œuvre les changements envisagés et assurer leur viabilité et leur durabilité.

Il va sans dire que « promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable » (OMS, 2010 : 19). L'impératif de la concrétisation de l'ambition actuellement affirmée par le gouvernement camerounais d'améliorer les conditions de santé et de vie des personnes, et de consolider le capital humain pour un développement durable passe par une véritable transition vers la couverture universelle santé. Une réalisation qui requiert de toute évidence une forte participation des travailleurs de l'économie informelle. Alors les mesures de renforcement des capacités de ces travailleurs constituent un impératif sous-jacent à leur participation pour la réalisation de cet idéal.

En conclusion, ce chapitre a montré et analysé comment un contrat de protection sociale fonctionnel et adapté à la société camerounaise, tout en constituant un filet de sécurité pour ceux qui sont exposés à un certain nombre d'aléas sociaux — notamment les travailleurs de l'informel

en situation de vulnérabilité —, peut être élaboré de façon à contribuer à rendre effectif le droit à la santé et à influencer positivement le développement du pays. Un contrat qui met la solidarité et la responsabilité sociale à tous les niveaux du processus, de façon à jouer un rôle moteur dans le développement humain et social et constituer un catalyseur dans le rapprochement social. Par ailleurs, il a montré les préoccupations d'ordre politique, social, économique, culturel, idéologique et éthique du concept de la bonne gouvernance en rapport avec la qualité de la gestion des affaires publiques, le caractère participatif des processus décisionnels, l'esprit de coopération sociale. Dans ce chapitre ont été en outre démontrés les avantages sociaux de l'adoption de l'éthique du *care* comme disposition morale et pratique sociale; et le bien fondé et les modalités d'un financement innovant de la couverture universelle santé ont été définis.

Le chapitre suivant par contre, dans la ligne de ce que suggérait la Déclaration tripartite de Yaoundé pour la mise en œuvre dans les pays africains du socle de protection sociale,¹⁸⁰ propose de faire des travailleurs du secteur informel de l'économie de véritables partenaires stratégiques du développement humain et social. Il opérationnalise les principes de responsabilité et de solidarité dans une approche de capabilisation/responsabilisation de cette catégorie de travailleurs dans l'optique d'une transition efficace vers la couverture universelle santé. En d'autres termes, ce chapitre propose des stratégies de transformation des vulnérabilités des travailleurs du secteur informel de l'économie en potentialités (capabilisation); ceci en vue de leur propre prise en charge et de leur pleine contribution durable au bien-être collectif (responsabilisation), en l'occurrence l'accès financier équitable aux soins.

¹⁸⁰ Dans la Déclaration tripartite de Yaoundé, les États africains membres de l'OIT ont reconnu, en plus de la nécessité de la mise en œuvre d'un Socle de protection sociale qui permet de lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale, l'insécurité et les inégalités, que les politiques qui promeuvent un emploi décent soient adoptées. Des politiques qui aideraient à réduire le nombre de personnes dépendantes de la protection sociale et qui accroissent le nombre de personnes qui contribuent activement au financement des systèmes de protection sociale et qui induisent une croissance durable et inclusive (BIT, 2011).

CHAPITRE 7 : Stratégies de capabilisation/responsabilisation : le cas des travailleurs de l’informel urbain en situation de vulnérabilité

Les inégalités en santé peuvent être attribuées aux dysfonctionnements du système de santé, mais elles peuvent aussi être associées aux conditions dans lesquelles les individus vivent et travaillent (OMS, 2009b; 2010). L’état de santé influence la capacité des individus à se déterminer eux-mêmes¹⁸¹, car le bon état de santé fait partie de l’ensemble des conditions qui permettent aux personnes de faire des choix, d’acquérir du pouvoir pour agir sur leur propre situation et sur l’organisation de la société par leur contribution à la vie sociale (Sen, 1999a; 1999 b; Daniels, 2005). En effet, l’impact de la bonne santé des individus et la rentabilité de leurs activités sur la vie sociale en tant qu’agents producteurs et agents du changement social constituent des facteurs importants de développement humain et social (Berthélemy, 2007; 2008; Aboussad, Cherkaoui, Vimard, 2010).

Organiser et potentialiser les travailleurs de l’économie informelle en améliorant leur accès aux soins de santé est une question de solidarité et de justice sociale, vu les conditions de travail et le contexte socio-économique et politique dans lequel ils évoluent. En effet, la plupart de ces travailleurs sont vulnérables et manquent de sécurité. Le fait que les activités de ce secteur ne soient ni reconnues, ni enregistrées, ni protégées, ni favorablement réglementées par les pouvoirs publics constitue un préjudice aux droits sociaux et économiques de ces travailleurs et une entorse au développement économique et social du pays. L’ampleur et le poids de l’économie informelle au Cameroun peuvent être considérés comme un frein au développement

¹⁸¹« L’emploi et les conditions de travail ont une grande incidence sur l’équité en santé. Quand les conditions d’emploi sont bonnes, elles offrent une sécurité financière, garantissent une condition sociale correcte, favorisent le développement personnel, les relations sociales et l’estime de soi et protègent contre les risques physiques et psychosociaux. » (OMS, 2009b : 5)

économique, humain et social¹⁸². Cette mauvaise organisation et cette méconnaissance contribuent largement au fait que les travailleurs de l'économie informelle ont des revenus faibles et irréguliers; et leurs conditions de travail réduisent considérablement leur autonomie et leur capacité à apporter une contribution au développement social (BIT, 2000; 2014; AISS, 2008; Banque mondiale, 2013; Aly Mbaye, 2014).

Ce chapitre analyse l'importance et la nécessité de donner plus de capacités aux acteurs sociaux, en l'occurrence aux travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité, pour optimiser leur contribution sur le long terme à la réalisation de l'objectif de la couverture universelle santé. Il s'agit d'analyser le fait que la vulnérabilité économique conditionne négativement les aptitudes des individus dans leurs actions de socialisation et de participation à la vie sociale et économique (Alkire, 2005; Gilardone, 2007; Boetsch, 2010; Harris, 2013). Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la notion de capacité se situe naturellement aux antipodes de la vulnérabilité (Poché, 2004; Lachaud, 2006; Brodriez-Dolino, 2013). Ce chapitre montre l'importance d'une stratégie intégrée de renforcement des capacités des travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité dans un processus d'autonomisation, de promotion de leurs capacités productives et de développement de leurs capacités participatives en vue de la réalisation de l'objectif de la couverture universelle santé¹⁸³. En d'autres termes, il suggère la création d'un cercle vertueux de Capabilisation/responsabilisation à la fois pour le bien-être de ces travailleurs et pour une meilleure performance de leur contribution à la vie sociale.

En effet, pour réaliser l'objectif de la couverture universelle en santé, l'économie nationale a besoin d'améliorer ses performances (OMS, 2005b; 2009a; BIT, 2012; Harris, 2013). Et cette amélioration de l'économie nationale passe par une intégration et une optimisation des

¹⁸²Les sources statistiques nationales révèlent qu'environ 90 % des actifs camerounais travaillent dans l'économie informelle (INS, 2012b).

¹⁸³Le Bureau international du travail pense qu'on peut porter sur l'économie informelle plusieurs regards. On peut la voir de manière positive en tant que source d'emploi et de revenus pour des millions de personnes qui, autrement, ne disposeraient d'aucun moyen de subsistance et qui ont juste besoin qu'on renforce leurs capacités. Elle peut être vue négativement dans la mesure où c'est un segment entier de la société qui échappe à toute réglementation. Elle peut être condamnée en tant que source de retard, de pauvreté et de mauvaises conditions sanitaires (BIT, 1991).

performances socio-économiques du secteur informel dans la perspective d'un développement participatif.¹⁸⁴ Une option qui n'est pas encore suffisamment envisagée par les pouvoirs publics au Cameroun (Backiny Yetna, 2009; Briod, 2011; Banque mondiale, 2013; Nana Djomo et al., 2014).¹⁸⁵

7.1. Données factuelles

7.1.1. Vulnérabilité économique et conditions de soins défavorables

Selon les thématiques les plus fréquentes et les plus pertinentes des entretiens individuels et de groupe (voir tableau 12), plus des 3/4 des participants ont déploré la précarité et la vulnérabilité des travailleurs de l'informel. Ils ont insisté sur les conditions difficiles de leur accès aux soins en montrant de leurs activités qui leur offrent juste un revenu de subsistance. Ces activités, comme l'ont démontré certaines recherches, constituent juste une bouée de sauvetage et n'offrent pas à une grande majorité des travailleurs de ce secteur une porte de sortie de leurs vulnérabilités (INS, 2006; Backiny Yetna, 2009; Briod, 2011; Nana Djomo et al., 2014). Leur vulnérabilité est due entre autres à leur exclusion de la protection sociale en santé. Ils ne peuvent, au moment où ils en ont besoin, accéder aux soins adaptés et à un coût abordable selon leur

¹⁸⁴« Par la garantie de pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes, les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs peuvent contribuer à éradiquer la pauvreté, à atténuer les inégalités sociales, à limiter l'exposition aux risques physiques et psychosociaux et à créer des conditions plus propices à la santé et au bien-être. En outre, une main-d'œuvre en bonne santé est plus productive » (OMS, 2009a : 6). Mais il existe aujourd'hui un très large consensus dans les pays en développement sur le fait qu'il faut améliorer les revenus et la productivité et rapprocher les conditions économiques et d'emploi du secteur informel de celles du secteur formel pour faire reculer la pauvreté et promouvoir un développement durable. Alors, les gouvernements se soucient davantage de la vulnérabilité des travailleurs informels et de la nécessité de leur assurer une protection sociale pour acquérir plus de pouvoir pour agir sur leur propre situation et pour une meilleure contribution au développement (BIT, 2000; 2012).

¹⁸⁵ Bien que le DSCE (Document stratégique pour la croissance et l'emploi) qui constitue le cadre de référence de la politique de développement pour la période 2010-2020 mise sur la constitution d'un capital humain fort susceptible de soutenir durablement la croissance économique, il n'intègre pas un plan stratégique de renforcement des performances socioéconomiques des travailleurs du secteur informel.

revenu. Ils se sentent discriminés dans leur droit; c'est du moins ce qu'affirme un participant dans un entretien de groupe :

« Nous souhaitons que les centres de santé nous offrent de bons services sans nous discriminés par rapport aux autres citoyens qui gagnent bien leur vie dans ce pays et qui peuvent se payer les bons soins (...) Mais nous souhaitons surtout que notre travail soit reconnu, qu'on nous vienne en aide quand on est malade. La santé est un droit; ce n'est pas seulement pour les personnes riches. Nous aussi on contribue à notre manière au développement de ce pays. Donc le gouvernement ne doit pas nous laisser mourir, c'est injuste. » (FG-2-10)

Au Cameroun, en effet, l'environnement économique et social ne favorise pas l'accessibilité aux soins de qualité pour les plus défavorisés, notamment ces travailleurs de l'informel qui vivent une précarité multiforme.

Les conséquences de cet environnement socio-économique difficile et de cette situation de précarité qui caractérisent le contexte de travail, de vie et de soins des travailleurs défavorisés du secteur informel ont été présentées avec plus de détails par un autre intervenant lors de nos entretiens :

Nous avons des conditions de travail précaires, exécrables, difficiles. Nous sommes assujettis à certains impôts et pourtant nous sommes constamment pourchassés soit par la police, soit par la communauté urbaine. Nous gagnons difficilement notre vie et menons une vie incertaine. Et pour couronner le tout, nous n'avons aucune assurance maladie. Et en cas de cessation d'activité, nos enfants sont sans soins et exclus de l'école faute de moyens. Faute de bons soins et de protection sociale, nos enfants ont également une espérance de vie courte. Et il faut dire que nos besoins de soins de santé sont énormes à cause du fait que nous sommes soumis à de rudes conditions de travail et à des intempéries de toutes sortes. (EI-15)

Les types d'emplois et les lieux de travail font en effet de l'activité informelle une source de danger et de problèmes de santé pour bon nombre d'entre eux. Ils sont quotidiennement exposés à d'importants risques du fait de leurs activités.

7.1.2. Un besoin de renforcement des capacités

L'économie informelle au Cameroun, comme partout ailleurs dans les pays en développement, prend des proportions du fait de la pauvreté, du chômage, du sous-emploi et de la précarisation

du travail. Bien qu'elle joue un rôle important, dans de telles conditions — notamment en matière de création de revenus, même subsidiaires —, ceux qui s'y engagent ne le font pas par choix, mais par nécessité absolue (BackinyYetna, 2009; Nana Djomo et al., 2014; BIT, 2014).

La crise économique qui sévit au Cameroun depuis les années 1980 a eu pour conséquences sur le plan social une dégradation considérable de la qualité de vie et une aggravation de l'insécurité sociale dues à l'augmentation du chômage et du sous-emploi. Par ailleurs, les promoteurs des mesures d'ajustement structurel n'avaient pas pris en compte, dans leur philosophie pour le redressement économique et la croissance, les conséquences de tels ajustements sur la vie sociale. Ces mesures ont entraîné, entre autres conséquences, la fermeture d'un certain nombre d'entreprises et d'institutions financières, la baisse générale et drastique des salaires qui a entraîné à leur tour une baisse des cotisations sociales et des réserves de la sécurité sociale (Djadé, 2011; De Vreyer et Roubeau, 2012; Nana Djomo et al. 2014). La crise économique et les ajustements structurels ont ainsi contribué à développer la rareté de l'emploi et l'instabilité du marché du travail. Une situation qui a engendré une multiplication exponentielle de micro-entreprises dans l'économie informelle. Et en considérant la structure de l'emploi et les tendances des trois dernières décennies, au Cameroun le nombre de travailleurs informels ne cesse d'augmenter (Briod, 2011; INS, 2012a; Fouomene, 2013; Nana Djomo et al. 2014).

En dépit de l'importance que le secteur informel a, malgré tout, dans l'économie du pays (90 % de la population active), les travailleurs qui exercent dans ce secteur connaissent de multiples freins au développement et à l'épanouissement de leurs activités : l'environnement légal défavorable, les contraintes administratives, l'accès très limité au capital, les infrastructures inadéquates, l'incompétence, etc. L'accès limité aux ressources et l'absence de protection sociale constituent cependant les plus grandes contraintes à l'épanouissement social et économique des travailleurs de ce secteur.¹⁸⁶ Ces différents obstacles les empêchent

¹⁸⁶Au Cameroun, seuls 10 % des travailleurs bénéficient d'une couverture sociale partielle. Environ 90 % des travailleurs ne disposent pas de protection sociale. Ces derniers sont essentiellement les travailleurs de l'économie informelle. Il faut préciser que « L'infime tranche de la population dite couverte éprouve des difficultés à percevoir les prestations qui lui sont dues, notamment les prestations familiales et de maternité, les pensions de vieillesse,

d'augmenter leur production et leur rentabilité¹⁸⁷. Le manque de statut officiel et le manque de garantie constituent des obstacles à l'octroi de crédit auprès des banques. Alors, leurs principales sources de financement sont informelles et très limitées. Elles proviennent essentiellement des proches, des prêteurs à gage ou de leurs propres épargnes. Ces travailleurs sont aussi par ailleurs victimes du harcèlement ou du rançonnement des agents de l'État, ce qui entraîne une perte supplémentaire de revenus (Kanté, 2001; Tchagneno-Teno, 2011; Briod, 2011, Owoundi, 2013).

Les obstacles mentionnés ci-dessus non seulement pénalisent le développement des activités des travailleurs de ce secteur, mais aussi pénalisent l'économie nationale et pérennisent les désavantages de l'informalité. Par contre, une évolution favorable du cadre légal portant sur les activités de ce secteur, la reconnaissance par les pouvoirs publics des droits sociaux et économiques des travailleurs qui y opèrent, l'optimisation de leur rendement peut améliorer significativement leurs performances socioéconomiques, leur revenu et leurs capacités contributives aux projets sociaux. Un tel aménagement permettrait donc une meilleure participation à la vie sociale de ces travailleurs et une contribution significative à la transition vers la couverture universelle santé (Ongolo-Zogo, 2012; Bakang Mbock, 2014). De toute évidence, la persistance d'une vaste économie informelle proliférant sur la pauvreté des capacités et produisant un revenu de subsistance est incompatible avec la réalisation des

d'invalidité ou de décès. La survenance d'un risque d'accident de travail ou de maladie professionnelle ne donne toujours pas automatiquement le droit à l'indemnisation à laquelle pourrait s'attendre un assuré social. » (Foumene, 2013 : 247)

¹⁸⁷ Le BIT donne ces détails supplémentaires sur la situation de vulnérabilité de ces travailleurs dans les pays en développement tels que le Cameroun : « Nombre d'études empiriques révèlent que les travailleurs de l'économie informelle sont généralement exposés à un plus grand risque de pauvreté que les travailleurs de l'économie formelle. Pour ces raisons et pour d'autres facteurs, le travail dans le secteur informel et l'expérience de la pauvreté et de la vulnérabilité vont souvent de pair. Si certaines activités du secteur informel permettent de s'assurer un revenu et un niveau de vie acceptables, la plupart des travailleurs informels connaissent des conditions inadaptées et dangereuses, présentent un niveau d'analphabétisme élevé, sont peu qualifiés et ont peu de possibilités de formation; leurs revenus sont plus incertains, moins réguliers et moins élevés par rapport aux travailleurs de l'économie formelle; ils sont astreints à des durées de travail plus longues et sont privés de leurs droits en matière de négociation collective et de représentation; de plus, leur situation professionnelle est souvent ambiguë ou dissimulée. Leur vulnérabilité physique et financière est accrue du fait même qu'ils travaillent dans l'économie informelle, laquelle est soit exclue, soit hors de portée des régimes de sécurité sociale et des dispositions législatives régissant la sécurité et la santé, la maternité et d'autres domaines de protection sociale. » (BIT, 2014 : 3)

objectifs de la couverture universelle santé. Alors, le coût social et économique de l'informel appelle une transition de l'économie informelle vers une économie formelle (Wadie Hobson, 2012; BIT, 2014).

7.2. La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle : les avancées timides du gouvernement camerounais

Les revendications pour la justice sociale et pour le droit à un travail décent se font davantage sentir aujourd'hui au Cameroun. Ces revendications sont principalement exprimées par les jeunes qui constituent une bonne part de la population active œuvrant, faute du mieux, dans le secteur informel. En outre aujourd'hui, la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle est un enjeu majeur et un élément essentiel du développement et de construction de la cohésion sociale. En effet, comme le souligne le BIT,

« La nouvelle génération de stratégies de réduction de la pauvreté s'appuie de plus en plus sur des cadres stratégiques intégrés dans lesquels la croissance est en meilleure adéquation avec la création d'emplois productifs, l'amélioration des conditions de travail et de vie, l'extension des droits des travailleurs, une répartition plus équitable des revenus et la mise en place de socles de protection sociale. L'emploi productif est de plus en plus considéré comme un objectif transversal des stratégies de croissance ou des plans nationaux de développement. » (BIT, 2014 : 12)

Les chefs d'États et de gouvernements de l'Union africaine ont réaffirmé en 2011 la nécessité, l'urgence et leur volonté politique d'œuvrer dans ce sens. Ils se sont engagés à réduire le chômage et le sous-emploi, notamment chez les jeunes et les femmes, et de promouvoir le concept « du travail décent » dans la perspective d'un développement économique et social durable (Vimard et al., 2010; BIT, 2014). Dans le même sillage, le Cameroun accorde depuis une décennie une quelques attentions à l'emploi informel. Cependant, ces attentions ne se traduisent pas encore en une politique cohérente et volontariste visant une efficience organisationnelle. Ces attentions se fondent sur la conviction que si la croissance économique n'est pas associée à la création d'emplois formels et à une amélioration des conditions d'emploi dans le secteur informel elle restera une source d'inégalités et de vulnérabilité (MINEPAT, 2009; INS, 2011; Bakang Mbock, 2014).

Cette volonté du gouvernement camerounais se manifeste entre autres par la Création en 2002 du Programme intégré d'appui aux acteurs du secteur informel (PIAASI). À cette structure gouvernementale — rattachée au Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle (MINEFOP) — a été assignée la mission d'accompagner les jeunes promoteurs du secteur informel dans la réalisation de leurs projets. L'objectif final de ce programme était de lutter contre le chômage et de contribuer à la transition du secteur informel vers le secteur formel à travers l'appui à l'organisation, à la formation et au financement. Ce programme qui visait le renforcement des capacités des travailleurs du secteur informel en termes d'amélioration des conditions de travail dans le but d'une plus grande efficacité productive et d'un meilleur rendement, n'a cependant pas connu un grand rayonnement en matière d'impacts quantitatifs et qualitatifs bien qu'il ait été éligible aux fonds PPTE¹⁸⁸dès 2003. Cet instrument est resté très peu connu du milieu des travailleurs du secteur informel. Il en est de même pour d'autres initiatives gouvernementales telles que le Programme d'appui aux jeunes ruraux et urbains (PAJER-U) qui comme le PIAASI visait l'évolution du secteur informel vers le secteur formel (MINEPAT, 2009; INS, 2011). Un de nos participants à la recherche a souligné d'ailleurs clairement la méconnaissance de ces initiatives gouvernementales dans le milieu des travailleurs du secteur informel :

« Le gouvernement ne fait pratiquement rien pour nous aider. Moi personnellement je ne connais aucune initiative du gouvernement pour nous aider ou pour mieux nous encadrer dans nos activités. Nous nous battons nous-mêmes. C'est du chacun-pour-soi. Au contraire, le gouvernement nous harcèle pour avoir plus d'argent. Il multiplie chaque jour les impôts et les taxes. Moi je pense que

¹⁸⁸L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) est un mécanisme international d'allègement de la dette des pays les plus pauvres. Elle a été lancée à Lyon, en France, en 1996 lors du sommet du G7 sur la proposition de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). Son objectif principal est de ramener l'endettement des pays pauvres à un niveau soutenable. Cet allègement de la dette s'inscrit dans le cadre de la réduction de la pauvreté qui veille à garantir que les restructurations indispensables et le développement d'un pays ne soient pas compromis par le service d'une dette insoutenable. Par contre, les pays admis à ce programme sont obligés de proposer des stratégies de réduction de la pauvreté clairement définies. La réforme de la politique structurelle et sociale mettant plus particulièrement l'accent sur les services de santé et d'éducation de base occupe une place de choix dans les stratégies de cette initiative.

c'est une escroquerie parce que nous ne bénéficions de rien en retour et nous payons beaucoup d'argent au gouvernement chaque jour. » (EI-9)

De nombreuses études ont mis en évidence la nécessité d'une politique intégrée et cohérente pour un développement durable dans les pays en développement (Bailey, 2004; AISS, 2008; Lund, 2012; BIT, 2012). Une politique qui vise l'incorporation des unités économiques informelles dans l'économie formelle, à travers l'extension de la protection sociale, la création d'un environnement réglementaire et propice, la promotion des droits des travailleurs formels et informels, l'appui à l'accès et aux moyens de financement des activités, l'aide au développement des compétences et le renforcement du dialogue social (OMS, 2013a; BIT, 2014). Pour une transition réussie de l'économie informelle vers celle formelle — qui se révèle comme une condition première et une stratégie de la transition à une couverture universelle santé —, le Cameroun doit se résoudre à mener une politique systémique, intégrée et cohérente.

7.2.1. Formaliser l'économie informelle. Une stratégie de transition vers la couverture universelle santé

7.2.1.1. Limiter le coût social et économique de l'économie informelle

L'économie informelle de par sa nature présente des caractéristiques essentiellement négatives. Sur le plan social, les travailleurs du secteur informel sont exposés à plusieurs formes de violence, d'exploitation et de mauvais traitements, dont l'extorsion et la corruption. Certains vivent en situation de servitude pour dettes (BIT, 2014 : 10). Dans leur situation d'informalité, il leur est difficile de faire appel au système judiciaire pour défendre leurs droits ou pour faire respecter les contrats. En même temps que l'économie informelle apporte une solution sociale ponctuelle au chômage et au sous-emploi, elle constitue un risque de cercle vicieux, d'enfermement dans une spirale de faible productivité et de pauvreté.

Comme le souligne à juste titre le BIT,

« Une stratégie nationale cohérente visant à faciliter la transition vers l'économie formelle doit reconnaître que les coûts du travail informel sont élevés pour les entreprises, les travailleurs et la collectivité. Pour les travailleurs non protégés, les inconvénients du travail dans l'économie informelle l'emportent largement sur les

avantages : ils ne sont ni reconnus, ni enregistrés, ni réglementés, ni protégés par la législation du travail et de la protection sociale et ne peuvent, par conséquent, ni exercer ni revendiquer leurs droits fondamentaux. Comme ils ne sont généralement pas syndiqués, ils ne sont pas, ou quasiment pas, représentés collectivement auprès des employeurs ou des autorités publiques. » (BIT, 2014 : 10)

Les entreprises non déclarées et non réglementées du secteur informel qui ne s'acquittent ni de leurs obligations fiscales ni de leurs obligations sociales vis-à-vis des travailleurs font une concurrence déloyale aux autres entreprises formelles qui peuvent s'en trouver affaiblies. En outre, l'État est privé de ressources fiscales par le manque à gagner en versement d'impôts et de contributions des entreprises non déclarées. Alors la marge de manœuvre budgétaire se réduit; la capacité d'extension des régimes de protection sociale s'affaiblit et d'autres systèmes essentiels au développement humain et social, en l'occurrence le système de santé, sont dysfonctionnels (Farrell, 2004; Bacchetta, Ernst et Bustamante, 2009; BIT, 2014). Il est par ailleurs établi que « l'économie informelle est souvent associée à des structures de gouvernance et de dispositifs institutionnels insuffisants et donc corruptibles » (BIT, 2014 : 11). Dans un environnement défavorable à la création d'une unité de production formelle comme le Cameroun, beaucoup d'abus se font de la part des agents publics. Et pour s'en sortir, certains entrepreneurs ou travailleurs du secteur informel se sentent contraints de faire recours à la corruption. « Si les coûts de transition vers l'économie formelle peuvent être allégés, bien des entreprises seront sans doute disposées à régulariser leur situation, à payer leurs impôts, à observer la législation du travail et à bénéficier de la sécurité en matière de droits de propriété et de contrats que peut procurer l'accès au système judiciaire. » (BIT, 2014 : 11)

Des études ont montré qu'un taux d'informalité élevé place le pays concerné dans le segment des pays les plus vulnérables économiquement (Farrell, 2004; Bacchetta, Ernst et Bustamante, 2009; Chambwera, Macgregor et Baker 2011; BIT, 2014). Et l'exploitation de sa main-d'œuvre bon marché, même par de grandes entreprises extérieures, n'avantage pas son émergence socioéconomique.

7.2.1.2. Formaliser pour optimiser les capacités contributives au processus de transition vers la couverture universelle santé

Le projet du gouvernement camerounais de rendre effectif le droit à l'accès aux soins de santé de base pour tous se heurte au manque de ressources financières pouvant porter sur la durée un tel projet. Compte tenu de la contribution que le secteur informel pourrait apporter à la réalisation de ce projet et à l'économie du Cameroun, il est impératif d'élaborer des politiques pertinentes qui reconnaissent l'importance de l'économie informelle et qui visent à accroître la productivité et à améliorer les conditions de travail de ceux qui y exercent un métier. Ces politiques, tout en ayant pour but de faciliter la transition des activités informelles vers le formel, participeraient au processus de transition vers la couverture universelle santé (BIT, 2010; 2011; Chambwera, Macgregor et Baker 2011). Une économie significativement formalisée et qui offre aux travailleurs les possibilités d'exploiter de façon optimale leur potentiel par des emplois décents, est une économie qui, par des gains de productivité et une croissance économique favorable, offre aux opérateurs économiques et à l'État les moyens de contribuer aux projets sociaux. En effet, la formalisation de l'économie est une condition préalable à la croissance à long terme et au développement social et humain durable. C'est elle qui, par les cotisations plus consistantes, permettra d'élargir l'assiette des recettes publiques nécessaire pour financer la protection sociale et d'offrir des prestations non contributives destinées aux personnes qui n'ont pas les moyens de cotiser (Van Ginneken, 2000; BIT, 2014).

La santé est considérée à la fois comme bien premier et comme aptitude fonctionnelle en tant qu'elle est un pré-requis aux choix de vie et à la réalisation personnelle. Le caractère déterminant de la santé doit obliger le gouvernement à agir dans le sens de pourvoir à chaque individu les moyens d'accès aux soins (Daniels, 2003; 1981). Et pour réaliser cet objectif, le gouvernement doit ouvrir son projet d'assurance maladie à d'autres domaines de la vie sociale, économique et politique. Il doit aborder le projet dans une approche systémique, en intégrant les problématiques de l'économie informelle à celles de la protection de la santé pour un développement économique, social et humain durable. Le secteur informel qui représente pourtant 90 % d'emplois a été à tort laissé de côté au Cameroun dans le projet de protection sociale institutionnalisée. Et quelques fois quand son intégration dans le projet a été envisagée, il a

manqué chaque fois une approche systémique de potentialisation des travailleurs de ce secteur d'activités afin d'augmenter leur contribution au financement de la protection sociale.

Si désormais l'horizon des politiques gouvernementales camerounaises en matière de politique d'accès aux soins est la mise en place d'une couverture universelle, le rôle et la participation des travailleurs de l'informel au processus de transition vers cette couverture universelle ne sont pas encore clairement définis. Certes, la protection sociale est désormais considérée comme un investissement et non plus comme un coût; et les objectifs de lutte contre la pauvreté s'orientent désormais vers ceux du droit à un travail décent intégrant la protection sociale des travailleurs de l'informel.

Les pouvoirs publics camerounais doivent donc impérativement affronter le défi de trouver le juste équilibre entre des mesures qui incitent à la formalité et celles qui dissuadent de rester dans l'économie informelle. Une approche bien pensée peut conduire à de bons résultats de formalisation et de développement. Une approche basée sur le dialogue social, le renforcement des capacités, l'adaptation au contexte des systèmes de financement de la sécurité sociale et de prélèvement de la fiscalité, la prise en compte des difficultés particulières auxquelles sont confrontés les acteurs de l'économie informelle, constitue l'option la plus favorable de formalisation de l'économie informelle et de développement (Salignon et Paquet, 2014; BIT, 2014). Un des participants insiste d'ailleurs sur cette importance de formalisation de l'économie informelle :

« Nous ne demandons pas la charité au gouvernement, car pour faire le métier que nous faisons il faut être fort et courageux. Vous voyez bien que nous aimons le travail. Ce que nous demandons au gouvernement c'est de nous intégrer et de bien nous organiser. D'encadrer nos activités de façon responsable. De bien assurer sa fonction qui est de nous protéger des différents dangers auxquels nous sommes exposés. S'il nous garantit cette protection et qu'il organise bien nos activités, nous travaillerons mieux et contribuerons à l'avancement de ce pays qui est aussi le nôtre ». (FG-5-27)

Il revient au gouvernement de consentir à faire des réformes pour faciliter la transition de l'économie informelle vers celle formelle. Une réforme qui nécessite la volonté politique et l'engagement à mettre en place des structures et mécanismes nécessaires pour assurer une bonne gouvernance. Il lui revient aussi l'initiative d'instaurer un climat propice au développement des

entreprises, d'assainir l'environnement social et économique et d'alléger le coût de transition vers l'économie formelle. Une des initiatives des plus favorables sera par exemple d'étendre la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle qui aujourd'hui en sont exclus.

La protection sociale constitue un outil indispensable de réduction de la pauvreté et des inégalités. Et les travailleurs qui ont une bonne santé sont plus productifs. Ces stratégies de transition, pour être efficaces et opérationnelles, requièrent de véritables et solides institutions de dialogue social pour favoriser une participation efficace (AISS, 2008; Alkire, 2009; Aly Mbaye, 2014; BIT, 2014).

7.3. Pauvreté et vulnérabilité comme privation des capacités

La problématique de l'amélioration des conditions de travail et de vie (accès aux soins) des travailleurs du secteur informel fait partie de la problématique de la justice sociale. Dans son approche par les *capacités*, Sen (1999c; 2000) définit la justice comme égalité des capacités fondamentales de tous et de chacun à pouvoir bénéficier des biens sociaux. Et parmi ces biens sociaux, il donne une place importante aux soins de santé. Selon lui, les ressources doivent être converties en fonctionnement effectif et redistribuées en prenant en compte la diversité des conditions des personnes (Sen, 2009 : 310-314). Une organisation sociale est considérée comme juste en fonction de son aptitude à promouvoir les *capacités* des individus; et certaines situations de sous-développement, comme dans le cas du Cameroun, sont simplement vues comme un manque de *capacités* ou une mauvaise distribution des capacités.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Sen considère le développement comme le processus par lequel les libertés (liberté comme *capacité de*) réelles des personnes s'accroissent et leur permet de poursuivre leur bonheur multidimensionnel et de contribuer à celui des autres. La liberté individuelle se définit alors comme une responsabilité sociale. La pauvreté n'est pas perçue chez Sen simplement comme une privation de revenus, mais comme une privation de capacités. Alors, il revendique une augmentation de la liberté réelle (ou capacités) qui passe par une action extensive de réduction des inégalités (Sen, 1999c; 2009; Alkire, 2005).

En effet, la pauvreté des conditions de vie et les vulnérabilités des travailleurs de l'économie informelle au Cameroun, se définissent par leur exclusion de la consommation de certaines commodités de base, parmi lesquelles les soins de santé de qualité. Cette situation liée à la faiblesse de leurs capacités financières se traduit, au sens de Sen, comme une pauvreté de *capabilités*. Pour utiliser une expression qui lui est chère, et suivant la même logique de pensée que lui, c'est à l'aune des libertés que la pertinence des politiques de développement qui visent l'amélioration des conditions de travail et de vie des acteurs de l'économie informelle pourra être mesurée au Cameroun¹⁹⁰. En effet, au sens de Sen (1999a; 1999 b), la liberté est un étalon du véritable développement économique humain et social au Cameroun; Sen la définit comme capacité et en même temps comme l'environnement social le plus efficace qui permet à chacun de contribuer à la poursuite de son épanouissement. Cette liberté se décline en liberté de disposer d'un revenu décent, liberté d'accéder à un bien social essentiel (à la santé notamment), liberté de participation à la vie sociale, liberté de contribuer au bien-être des autres par les mécanismes sociaux de solidarité, etc. (Alkire, 2005; 2009; Reboud, 2008; Zwarthoed, 2009).

Dans son allocution d'ouverture des ateliers sur la *Protection sociale en santé* tenus à Yaoundé au mois de février 2015, Rochdi, Coordonnateur résident du système des Nations unies au Cameroun, a présenté en ces termes la vision des Nations unies portant sur la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité :

« L'extension de la protection sociale, assurant notamment la protection sociale de la santé à tous, est une nécessité permettant la pleine réalisation du potentiel économique d'un pays puisque seules des personnes en bonne santé, instruites et bien nourries peuvent être pleinement productives. En d'autres termes, le socle de protection sociale est essentiel à la relance économique, au développement inclusif, à la justice sociale, et à la dignité humaine. La dignité, perçue comme la nécessité d'en finir avec la pauvreté et de lutter contre les inégalités, est l'un des six points clés qui doivent structurer et consolider le programme de l'après 2015 selon le

¹⁹⁰Sen appréhende dans une perspective instrumentale un ensemble de cinq libertés : les libertés politiques, les facilités économiques, les opportunités sociales, les garanties de transparence et la sécurité protectrice.

Secrétaire général des Nations unies M. Ban Ki-moon dans son rapport de synthèse sur le programme de développement durable pour l'après-2015 » (2015 : 6)¹⁹¹

Par ces termes, Rochdi présente la nécessité de l'extension de la protection sociale comme une stratégie de réalisation du potentiel économique et une *capabilisation* pour un développement durable.

Lutter contre la vulnérabilité c'est donc reconnaître aux individus un droit au développement, non simplement en les mettant à l'abri du besoin par la satisfaction des besoins essentiels, mais en leur donnant les moyens de se développer. Le vrai dénuement est ce qui limite les capacités dont dispose un individu, c'est-à-dire les libertés fondamentales qui lui permettent de mener le genre d'existence auquel il aspire (Sen, 1999c). Ce qui suppose que pour réaliser l'objectif d'accès aux soins pour tous, le Cameroun doit s'attaquer aux mécanismes qui alimentent les inégalités (inégalité de condition de vie, de condition de travail, de potentialité) afin de donner à chacun sa chance de se développer, de s'autonomiser, de devenir pleinement citoyen et acteur social.

Le gouvernement camerounais devrait envisager de véritables programmes politiques de lutte contre la vulnérabilité, c'est-à-dire trouver des stratégies efficaces de renforcement des *capabilités* au plan humain et économique. Selon les résultats de nos recherches, notamment des entrevues menées sur le terrain, les travailleurs vulnérables du secteur informel urbain au Cameroun connaissent une vulnérabilité qui s'exprime plus en termes de manque de dotations en *capabilités* humaines et économiques. La lutte contre le sous-développement qu'entendent mener les pouvoirs publics et les partenaires de développement du Cameroun doit désormais

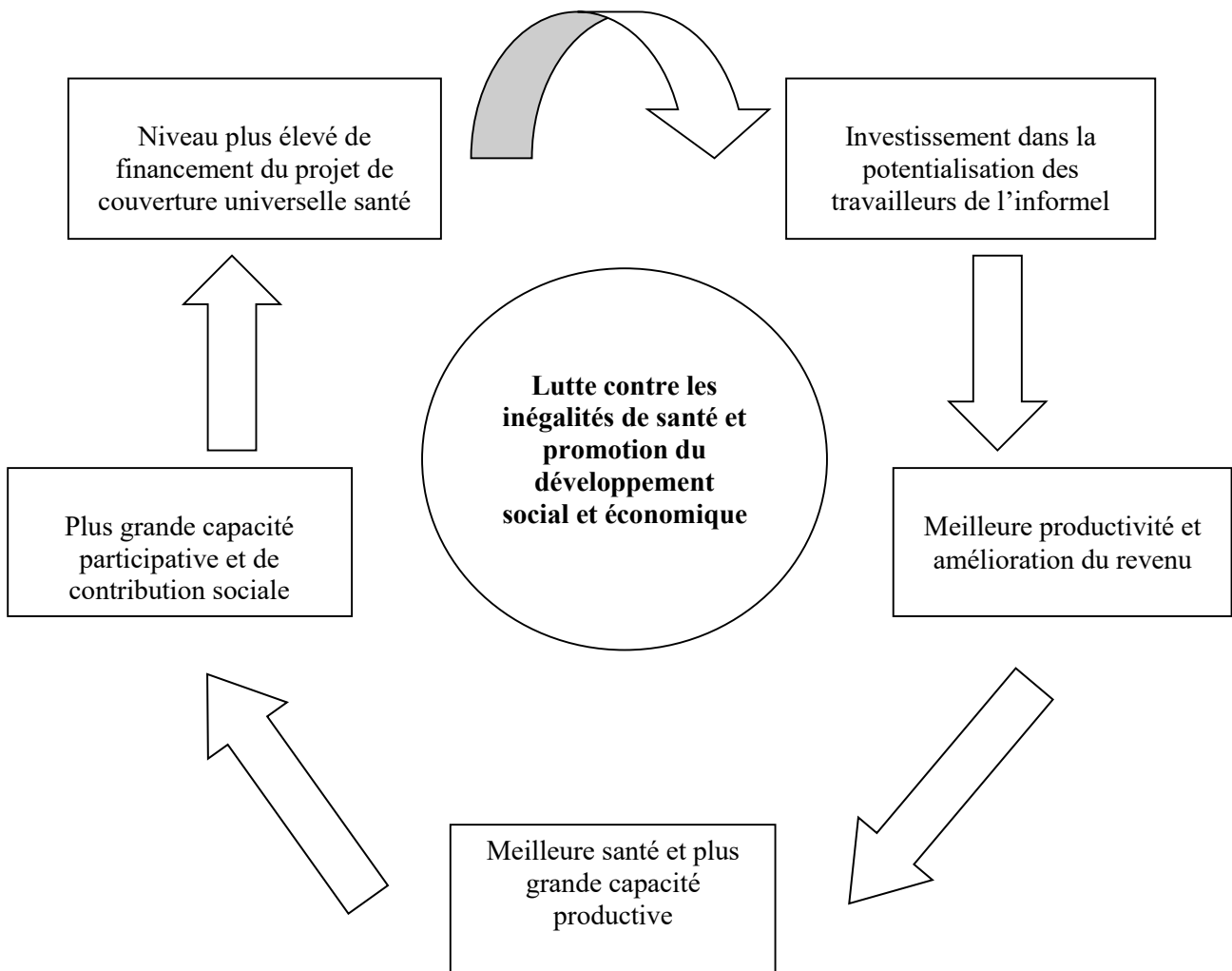
¹⁹¹En ce qui concerne la protection sociale de la santé, Rochdi (2015) fait remarquer en précisant l'importance que les recommandations issues du dialogue national organisé dans plusieurs pays ont identifié l'accès aux soins de santé essentiels pour tous comme une prestation prioritaire sur les autres et qu'il faut impérativement mettre en place dans le cadre des socles nationaux de protection sociale. En effet, dans les pays où la protection sociale de la santé est peu développée, les populations sont soumises à des risques financiers importants ou contraintes à des dépenses catastrophiques de santé qui influent sur leur productivité et le maintien de leur revenu. Ce qui constitue une contrainte considérable à leur développement et au développement national.

inclure sur le plan pratique, outre les revendications des libertés politiques¹⁹², la lutte pour les libertés sociales et économiques que provoque la pauvreté, l'inégalité des chances, le manque de protection et de sécurité (Sen, 1999c; Grosjean, 2000; Alkire, 2005; Ballet, Dubois et Mahieu, 2009). Une politique publique basée sur l'approche par les *capabilités* devrait permettre d'améliorer le champ des possibles et le pouvoir d'agir des travailleurs de l'économie informelle en situation de vulnérabilité. Une telle initiative leur donnera d'accroître leur potentiel productif, leur liberté et leur autonomie, en même temps qu'elle améliorera leurs capacités contributives aux projets sociaux, et par ricochet l'amélioration des revenus de l'État et sa capacité de financement des politiques sociales, en l'occurrence les initiatives visant la couverture universelle santé. C'est ce cycle vertueux que nous avons nommé stratégie de capabilisation/responsabilisation.

Il apparaît inévitable de lutter contre la pauvreté des capacités pour venir à bout de la pauvreté des conditions d'accès aux soins. La figure suivante (figure 9) présente le cycle vertueux de la capabilisation/responsabilisation. Elle intègre la problématique de la lutte contre les inégalités de santé, celle de la potentialisation des travailleurs de l'économie informelle et celle de la promotion d'un développement social et économique durable. Une stratégie qui vise une plus grande capacité contributive des travailleurs et l'impact de leur bien-être (bonne santé) sur la vie sociale en tant qu'agents producteurs et agents du changement social.

¹⁹²Bien que la question des libertés politiques n'entre pas directement dans l'intérêt de ce travail, il faut reconnaître, cependant, que la pauvreté et la vulnérabilité consistent aussi en l'incapacité à se faire entendre et à faire valoir son opinion ; en l'incapacité à être réellement citoyen. Cette forme d'exclusion s'additionne avec l'exclusion de la production et de la consommation, comme celle que connaissent les travailleurs vulnérables de l'informel, pour produire ensemble l'exclusion de l'organisation sociale. Alors il faut leur donner leur capacité d'acteurs sociaux.

Figure 9 : Cycle vertueux de la capabilisation/responsabilisation



7.4. Amélioration du potentiel productif et responsabilisation des travailleurs du secteur informel : vers une couverture universelle

Dans l’optique de la transition vers la couverture universelle santé, cette section envisage une stratégie de capabilisation/responsabilisation des travailleurs de l’informel dans le but d’améliorer leur potentiel productif et de leur donner un statut de citoyens pleinement fonctionnels et contributeurs. Cette stratégie fondée sur les résultats de nos enquêtes associe la transition de l’économie informelle vers la formalité, la transition vers la couverture universelle

santé et le développement économique et social. Le tableau suivant (tableau 15) reprend à ce sujet les thèmes pertinents ressortis des discours des participants à la recherche (voir tableau 13 du chapitre 5). Il présente le besoin de reconnaissance des travailleurs du secteur informel, les exigences de justice sociale à leur endroit et la nécessité de leur capabilisation.

Tableau 15 : Thématiques significatives des exigences de reconnaissance, de justice sociale et de capabilisation

Thématiques considérées comme des exigences	Nombre d'intervenants ¹⁹³ sur la thématique considérée	Réurrence des idées exprimées sur la thématique	Besoins
Précarité et vulnérabilité des travailleurs de l'informel	87	89	Conditions de travail décentes
Inégale distribution de pouvoir et des capacités	76	93	Acquérir du pouvoir pour agir (capabilisation)
Fortes inégalités de revenu et de condition	73	88	Justice sociale
Protection sociale des personnes vulnérables	68	85	Reconnaissance et protection sociale
Potentialisation de l'économie informelle	65	85	Renforcement des capacités productives (capabilisation)
Mutualisation des risques d'appauvrissement	65	80	Responsabilisation et réciprocité

Selon ces données, plus des 3/4 des 95 intervenants dans l'ensemble des entretiens (de groupe et individuels) ont déploré la précarité et la vulnérabilité des travailleurs de l'informel, et ont exprimé le besoin de reconnaissance et de justice sociale face à l'inégale distribution de pouvoir et des capacités. Aussi, plus des 2/4 des personnes interrogées ont revendiqué la protection sociale des personnes vulnérables et la potentialisation de l'économie informelle.

Dans le cadre des mesures de lutte contre la pauvreté, la relation entre croissance économique et développement humain fait aujourd'hui l'objet de plusieurs recherches et analyses (Olivier de Sardan, 1991; Sen, 1999 b; Nussbaum, 2000; Maldonado, Badiane, Miélot, 2004; Berthélemy, 2008; AISS, 2008; Lund, 2012; Banque mondiale, 2013; BIT, 2014). Ces analyses

¹⁹³ Le nombre total des participants dans les entretiens de groupe et les entrevues individuelles est de 95 (voir Chapitre 5).

pour la plupart envisagent la lutte contre la pauvreté sous l'angle de la vulnérabilité, de la précarité et de l'exclusion sociale et pas exclusivement en termes de pauvreté financière comme c'était le cas il y a quelques décennies. Elles intègrent de ce fait plusieurs problématiques qui touchent le droit d'accès à la protection sociale, qui inclut l'accès équitable aux soins de santé et le droit des travailleurs à bénéficier de conditions décentes de travail (Salignon et Paquet, 2014).¹⁹⁴ Dans cette perspective, le Gouvernement camerounais envisage des réformes sur les plans économique et institutionnel pour l'émergence d'un cadre favorable à la croissance et au travail décent. Il a placé l'emploi au centre de sa stratégie de développement comme principal levier de redistribution des richesses et de réduction de la pauvreté (INS, 2011).¹⁹⁵

Pour ce faire, il faut nécessairement, malgré les efforts qui ont été faits cette dernière décennie,¹⁹⁶ envisager des mesures efficaces pour faire face aux limites du contexte socioéconomique et aux faiblesses des performances du système productif. En effet, le *Document de stratégie pour la croissance et l'emploi* et la *Vision 2035* a adopté les concepts de

¹⁹⁴À la veille des indépendances, les premières études sur le développement posaient comme principe qu'il fallait se dévouer à la croissance économique et de la sorte, les pauvres finiraient par en bénéficier. Ce même postulat a sous-tendu les programmes d'ajustements structurels et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté du début des années 2000. Tout montre aujourd'hui qu'en l'absence de politiques axées sur l'emploi, la croissance ne peut se traduire en termes de meilleurs revenus et de qualité de vie pour tous. La façon dont les bénéfices sont distribués a une incidence déterminante sur la réduction de la pauvreté et la justice sociale (BIT, 2014 : 8).

¹⁹⁵ En effet, le gouvernement camerounais a fait une révision du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) qui a abouti à l'élaboration du document de stratégie de croissance et d'emploi (DSCE). Cette stratégie ambitionne de relever le défi de la croissance et de l'emploi et de proposer un cadre favorable à une meilleure répartition des fruits de la croissance économique. Elle pose la question de l'emploi en termes d'accroissement de l'offre d'emplois décents, de la mise en adéquation de la demande d'emploi, d'amélioration de l'efficacité du marché et de mise en place de programmes spécifiques. Et s'agissant du secteur informel, le gouvernement s'est fixé l'objectif de le résorber à l'horizon 2035 en accompagnant et en organisant les acteurs de ce secteur (INS, 2012. Bem et al., 2013; Nana Djomo et al., 2014).

¹⁹⁶Le ministère en charge du Travail et de la Sécurité Sociale a été créé en 2004 par le Décret présidentiel N° 2012/558 du 26 novembre 2012. La création de ce ministère traduit la volonté du Gouvernement de réduire la précarité et l'exclusion sociale et de promouvoir la Sécurité sociale pour tous. Un comité de concertation et de suivi du dialogue social a été aussi mis en place par l'Arrêté N° 067/CAB/PM du 14 juillet 2014 portant sa création, son organisation et son fonctionnement. Il a comme mission première de favoriser les rapports entre les différents partenaires du dialogue social. L'adhésion du Cameroun à l'OIT exprime sa disponibilité et son intérêt à promouvoir les droits au travail, à favoriser la création d'emplois décents, à améliorer la protection sociale et renforcer le dialogue social (MINTSS, 2015).

travail décent,¹⁹⁷ de *dialogue social* et d'*amélioration concrète des conditions de travail* comme des outils de lutte contre la pauvreté pour un développement inclusif et durable (INS, 2012; Système des Nations Unies/MINEPAT, 2013; Nana Djomo et al., 2014; Rochdi, 2015). Ces options stratégiques favorables à un développement et à une croissance inclusive devraient impliquer tous les acteurs économiques, en l'occurrence les travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité, donc la situation nécessite une amélioration adéquate du cadre normatif régissant leurs activités et un renforcement de leurs capacités. À ce sujet, Bem et alliés pensent que :

« Étant donnée la prédominance des activités informelles dans l'économie camerounaise, une stratégie efficace de réduction de la pauvreté devrait donc consister, d'une part, à améliorer la productivité du secteur informel pour induire la croissance des revenus et la création d'emplois supplémentaires, et d'autre part, à trouver les voies et moyens de migrations des unités informelles vers le statut formel de PME/PMI. Ce dernier volet nécessite la simplification des règles et procédures administratives, la réduction de la fiscalité et la simplification des procédures déclaratives, le développement de l'accès au crédit pour les petits investissements et une formation de base à la gestion et à la technologie. » (2013 : 2)

Mais pour atteindre les objectifs du *Document de stratégie pour la croissance et l'emploi* à l'horizon 2035 et se conformer aux termes de la Recommandation 202 de L'OIT sur l'établissement des socles nationaux de sécurité sociale, le gouvernement camerounais devra établir des socles de protection sociale comportant des garanties élémentaires de sécurité sociale pour les travailleurs de l'informel. Des garanties qui pourraient assurer le minimum de leurs besoins de protection, notamment l'accès à des soins de santé essentiels¹⁹⁸ et la sécurité de leurs revenus. L'accès effectif à ces biens et services essentiels leur est nécessaire pour une vie digne,

¹⁹⁷La notion de travail décent caractérise les aspirations du travailleur à exercer un travail productif et convenablement rémunéré, à exercer son travail dans des conditions de sécurité et à bénéficier avec sa famille d'une protection sociale. Le travail décent permet ainsi au travailleur de s'épanouir et d'être intégré socialement. La notion de travail décent fait référence aussi aux possibilités pour le travailleur d'être syndiqué et de prendre part aux décisions qui engagent son destin. Elle suppose une égalité de chances et de traitement entre les individus et entre les femmes et les hommes (BIT, 2014).

¹⁹⁸Il s'agit d'un accès à un paquet minimum de soins définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

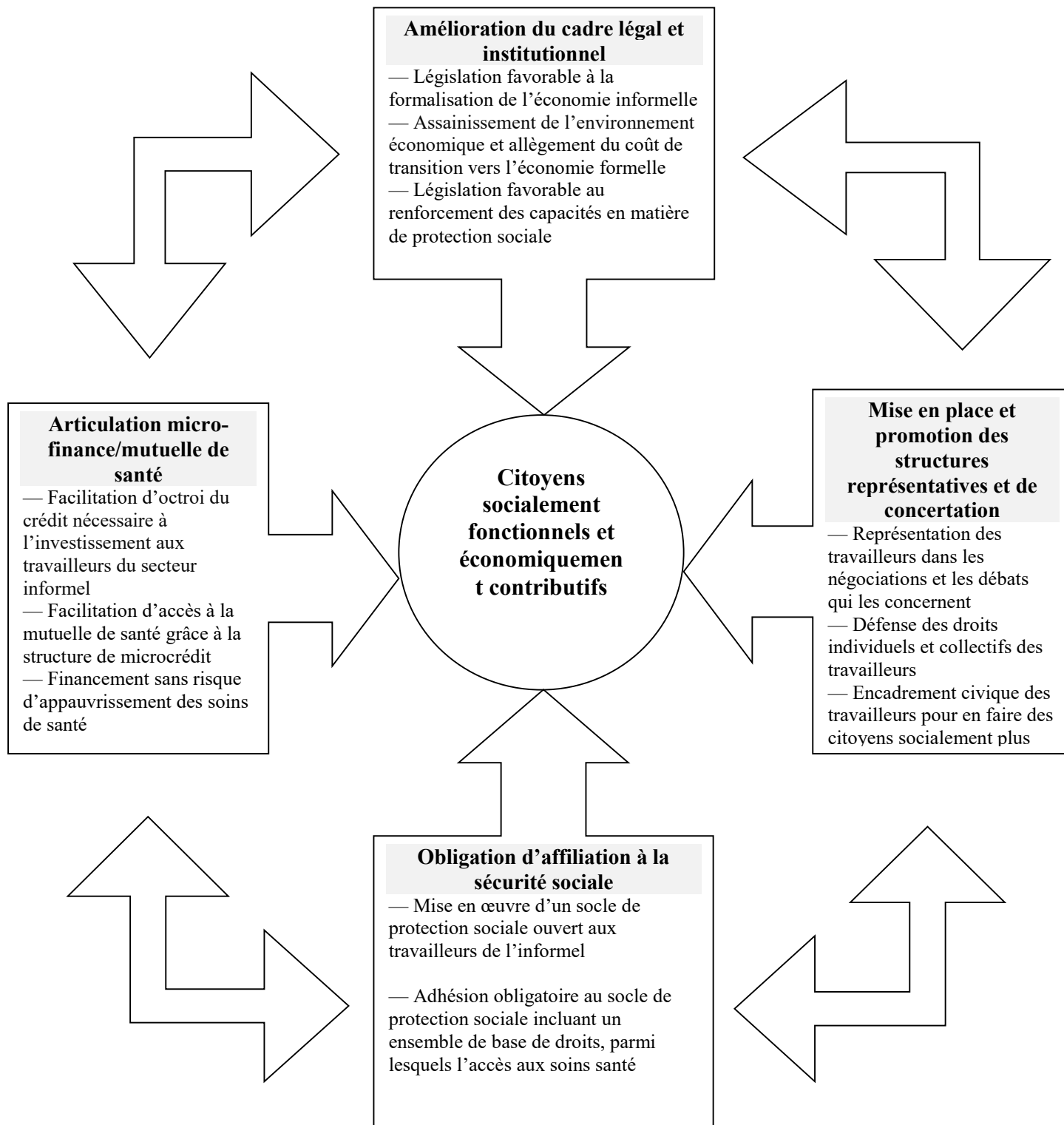
décente et économiquement productive (Van Ginneken, 2000; BIT, 2014; Harris, 2013; SNU/MINPAT, 2013; Rochdi, 2015).

Outre les mécanismes propres à assurer une bonne gouvernance, c'est-à-dire la capacité à faire respecter les règles et les normes définies dans le *Document de stratégie pour la croissance et l'emploi* à l'horizon 2035, la politique de développement social et économique — qui intègre celle de la transition vers la couverture universelle santé — exige donc que les pouvoirs publics adoptent une stratégie efficace de renforcement des capacités des travailleurs de l'informel (MINEPAT, 2009; INS, 2011; Fouomene, 2013; Nana Djomo et al., 2014). Un choix pragmatique qui leur permettra d'assurer des gains de productivité dans leurs activités et d'améliorer leurs compétences et leur revenu. Ceci à travers la création d'un environnement propice au développement de leurs activités et la reconnaissance de leurs droits sociaux et économiques.

Comme mentionné plus haut, la stratégie de capabilisation/responsabilisation suggère la création d'un cadre intégré qui favorise la reconnaissance sociale des travailleurs de l'informel à travers des réformes juridiques et institutionnelles (Maldonado, Badiane, Miélot, 2004; BIT, 2014). Une reconnaissance qui s'exprime à travers la restitution de leurs droits et l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie (socle de protection sociale, couverture sanitaire, etc.).¹⁹⁹ Parmi les mesures à prendre pour l'amélioration du cadre normatif qui régit les activités des travailleurs de ce secteur et pour le renforcement de leurs capacités, la sécurité sociale, l'accès aux financements et la représentation syndicale — pour un dialogue social qui permet la défense de leurs intérêts et de leurs droits — constituent les grands axes comme le représente la figure suivante (figure 10).

¹⁹⁹Cette approche concrétise l'option politique du Document stratégique pour la croissance et l'emploi qui exprime la volonté du gouvernement de constituer un capital humain fort susceptible de soutenir durablement la croissance et le développement humain et social à savoir relever le niveau de bien-être pour tous (MINEPAT, 2009; Briod, 2011; Banque mondiale, 2013). En fait, "L'emploi productif est de plus en plus considéré comme un objectif transversal des stratégies de croissance ou des plans nationaux de développement." (BIT, 2014 : 12).

Figure 10 : Initiatives à mener pour capabiliser et responsabiliser les travailleurs du secteur informel



7.4.1. Capabiliser par l'obligation d'adhésion aux mécanismes de la sécurité sociale

7.4.1.1. Le socle de protection sociale : un impératif social, politique et développemental

La mise en place d'un socle de protection sociale s'avère être un impératif social et politique pour le développement du Cameroun. Il s'agit d'un minimum de sécurité de revenu compris comme un soubassement matériel pour un fonctionnement acceptable des familles et des ménages, et nécessaire pour réaliser la cohésion sociale essentielle au développement et à la bonne marche de toute la société. Ce minimum devra être rehaussé suivant l'augmentation du niveau de développement économique du pays. Il est établi aujourd'hui que sans un minimum de protection sociale, la sécurité d'un pays et sa croissance économique ne peuvent être assurées (Van Ginneken, 2000; Banque mondiale, 2013; OMS, 2010, BIT, 2012; PNUD, 2014). Comme le souligne le BIT,

« La mise en place de socles de protection sociale constitue aujourd'hui un impératif majeur. La protection sociale est à la fois un droit humain et une politique rationnelle d'un point de vue économique. Elle contribue grandement à réduire la pauvreté, l'exclusion, la précarité et les inégalités tout en étant un facteur de stabilité politique et de cohésion sociale. » (2015 : 1)

Le concept de Socle de protection sociale est donc indispensable au développement socioéconomique et humain. Son adoption exprime un nouveau paradigme de développement que l'OIT considère comme un cercle vertueux de développement basé sur la croissance et l'équité. Il repose sur la logique suivant laquelle « sans régimes de sécurité sociale de base, aucun pays ne peut libérer pleinement son potentiel productif. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : 6). Et seul un système de sécurité sociale de base est en mesure d'assurer une bonne santé et d'autres biens sociaux de base aux individus et leur permettre d'être en mesure de réaliser leur potentiel productif. En effet, « Les investissements dans le domaine de la protection sociale de base sont incontournables pour que les travailleurs soient suffisamment en bonne santé, nourris et éduqués pour être aptes à l'emploi dans le secteur formel de l'économie. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : 6)

L'adhésion à un mécanisme de sécurité sociale par les travailleurs de l'informel constituerait au Cameroun une stratégie efficace de potentialisation. La sécurité sociale constitue en effet un filet de sécurité qui protège le niveau de revenu du travailleur et lui fournit un revenu de remplacement. Il donne accès aux soins médicaux et améliore la qualité de vie²⁰⁰. Lors de nos recherches sur le terrain, une participante a exprimé en ces termes ses difficultés à se soigner et à se réaliser comme travailleuse :

« Je gère ma propre cafétéria que j'ai créée. C'est un métier qui nécessite qu'on reste debout toute la journée, pourtant j'ai très mal aux pieds, depuis plusieurs années j'ai un problème de circulation veineuse et un problème de sciatique. Mon salaire de la cafétéria me permet à peine de nourrir mes enfants. C'est mon petit frère qui jusqu'ici prend soin de ma santé, de celle de ma sœur et de mes deux enfants. Mais à présent, il est débordé; et il ne veut plus que je travaille dans une cafétéria, car pour lui ce métier est incompatible avec mon état de santé. Mais je n'ai pas le choix; je n'ai rien trouvé d'autre à faire et il faut bien que je nourrisse mes enfants. Il m'a dit : « Tu vas me fermer cette cafétéria et retourner chez toi! Tu dois arrêter de faire un métier qui aggrave ta maladie et qui me coûte des dépenses importantes à chaque rechute. Ça suffit! Ta sœur et toi, arrêtez-moi tous ces travaux, tous ces petits métiers qui vous rendent malades. Vous gagnez combien par jour? On ne peut pas vous soigner avec le revenu de ces activités-là. » Au final, j'ai décidé de tout arrêter. Voyez-vous! Car il a raison. Mais, ne pas travailler et être à la charge de son petit frère qui a aussi sa propre famille dont il doit s'occuper c'est difficile. Notre réalité est rude, rude, rude. » (FG-2-9)

Cette travailleuse a besoin de se réaliser dans son travail. Mais, faute de protection sociale, elle doit se résigner à un chômage sans revenu pour continuer de bénéficier de l'aide de son frère dont elle dépend en tout et qui accuse ses activités de la rendre malade.

Les personnes en besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge au-dessus de leurs possibilités financières ni courir un risque d'appauvrissement résultant de l'accès aux soins de santé (Daniels, 2009; Banque mondiale, 2013; WHO, 2010; BIT, 2012). Chaque

²⁰⁰« L'extension de la protection sociale en matière de santé au profit des travailleurs de l'économie informelle contribue à améliorer l'état de santé de cette population et sa capacité à générer des revenus. En fournissant une protection financière contre l'appauvrissement lié à la santé, elle favorise la transition vers la formalité et permet d'éviter de basculer dans la pauvreté dans l'éventualité d'une santé défaillante. » (BIT, 2012 : 51)

ménage ou chaque famille devrait être protégé contre les risques sociaux ou économiques tels que la perte d'emploi du chef de famille ou une maladie coûteuse ayant un fort impact défavorable en terme de pauvreté (Lund, 2012; OMS, 2013a; 2013 b; Salignon et Paquet, 2014).

Les soins de santé sont, d'une importance éthique particulière du fait qu'ils contribuent à rendre effectif le statut de citoyens pleinement fonctionnel et contributif (Daniels, 2009; Sen, 2000). Au-delà du fait que l'absence de sécurité sociale constitue le déni d'un droit humain fondamental²⁰¹, il apparaît de plus en plus évident dans les pays à moyen et à faible revenu comme le Cameroun que la protection sociale constitue un moyen efficace d'impliquer les citoyens des couches vulnérables dans le processus de développement (Van Ginneken, 2000; Lund, 2012; BIT, 2014; ISSA, 2014)²⁰². La sécurité sociale est alors comprise comme un investissement dans les hommes et les femmes en termes de *capabilités* (Sen, 1999c; ISSA, 2014; Salignon et Paquet, 2014). Elle leur donne la capacité de s'adapter aux fluctuations de l'économie et aux changements qui interviennent dans le marché du travail; elle constitue un amortisseur social et économique favorable à une économie durable et prospère.²⁰³

La protection sociale peut en effet encourager les investissements et promouvoir la productivité. En cela, la sécurité sociale est considérée comme un investissement et non simplement comme un coût social. D'ailleurs, « L'absence de protection sociale est souvent une conséquence directe de l'informalité, et les stratégies d'extension de la sécurité sociale ont un rôle important à jouer

²⁰¹Cf. Article 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme ; Article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

²⁰²Et « De nombreux éléments indiquent que l'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle est à la portée de tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, y compris les pays à faible revenu. Même lorsqu'il n'est pas possible de mettre en œuvre sur-le-champ toutes les composantes d'un socle national de protection sociale, une approche par étapes peut donner des résultats immédiats en contribuant à réduire la pauvreté et en favorisant la transition vers la formalité. » (BIT, 2012 : 52)

²⁰³Dans un contexte de développement, « sans socle de protection sociale, bien des gens n'atteindront jamais un niveau de compétences et de productivité leur permettant d'entrer dans le secteur formel de l'économie. Au contraire, ils resteront prisonniers du secteur informel et de la faible productivité. Investir dans une couverture sociale de base, qui entraîne le cycle vertueux d'une productivité et employabilité renforcées, assurera la pérennité des régimes obligatoires puisque cela permettra à de plus en plus d'individus d'intégrer les régimes contributifs. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : i)

dans la transition vers la formalité » (BIT, 2014 : 50). L'importance du rôle que peut jouer la sécurité sociale en tant qu'instrument de développement économique, social et humain constitue aujourd'hui une certitude communément partagée par les institutions internationales en matière de développement (Lund, 2012; OMS, 2013a; BIT, 2014)²⁰⁴.

La protection sociale des plus pauvres et des travailleurs vulnérables, outre la croissance économique et la promotion du développement, joue donc un rôle essentiel dans la promotion de l'équité et la réduction des inégalités. Elle constitue un instrument efficace de redistribution des richesses entre les différentes catégories socioéconomiques au sein de la population (Van Ginneken, 2000; Bailey et al, 2004; Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011; OMS, 2013a; Fouomene, 2013; BIT 2014). Son objectif global est avant tout de promouvoir des transferts sociaux de base destinés à protéger, mais aussi à responsabiliser et à sortir de la pauvreté par le travail et la participation aux différents mécanismes solidarité (BIT, 2014; Banque Mondiale, 2013; SNU/MINPAT, 2013; Rochdi, 2015).²⁰⁵

Dans cette optique, la protection sociale n'est plus présentée comme un luxe de pays riches inaccessible aux pays à faibles revenus, ou un choix qui pénalise la croissance des pays émergents. Comme le souligne l'ISSA, « il est dorénavant acquis qu'il n'est ni nécessaire ni souhaitable qu'un pays attende d'avoir atteint un certain niveau de développement économique pour étendre la couverture » (2014 : 5). Car c'est dans la mesure où la population est mieux protégée contre les risques et les accidents de la vie que la croissance sera dynamique, durable et équitable. En d'autres termes, la protection sociale, loin de pénaliser l'économie, est l'un des facteurs de son développement et de sa bonne santé (Salignon et Paquet, 2014); en outre, le

²⁰⁴Le rapport Bachelet fait référence à ce sujet. Un rapport réalisé sous l'autorité de l'OMS, de l'OIT en particulier et de la Banque mondiale et remis au G20 en 2011.

²⁰⁵« Le socle de protection sociale vise à garantir l'accès à des paniers de biens, de services et de transferts de revenus essentiels définis à l'échelon national, pour que les gens ne connaissent pas la faim, et ne souffrent de maladies que l'on peut soigner, ne restent pas sans éducation, ne soient pas réduits à boire de l'eau insalubre ou de rester sans logis. Ceci repose sur l'idée simple que les personnes qui ont accès à un ensemble de biens, services et transferts de base peuvent se hisser hors de la pauvreté ou de la précarité, et peuvent participer plus productivement aux économies. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : 5)

développement de la sécurité sociale contribue fortement à la cohésion sociale (Lund, 2012; ISSA, 2014).

Promouvoir l'extension de la sécurité sociale pour les travailleurs du secteur informel constitue un impératif moral et économique au Cameroun aujourd'hui. Mais ses retombées sociales et économiques positives ne peuvent se concrétiser que si cette dernière apporte des réponses en temps opportun et de manière appropriée (BIT, 2012; ISSA, 2014; Salignon et Paquet, 2014).

7.4.1.2. Responsabiliser par l'obligation d'adhésion et de contribution au socle de protection sociale

La stratégie de capabilisation/responsabilisation par l'extension de la sécurité sociale au Cameroun consisterait à établir un socle de protection sociale qui promeut la sécurité des revenus moyennant un ensemble de garanties²⁰⁶. Sur le plan sanitaire, il offrirait un ensemble de services sanitaires essentiels abordables et officiellement définis (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011; Lund, 2012; Léonard, 2012; Salignon et Paquet, 2014).

Le gouvernement camerounais envisage une modernisation de la sécurité sociale incluant l'accès universel aux soins de santé. Une extension et une modernisation de la sécurité sociale qui, de façon inévitablement passera par des réformes visant l'intégration des travailleurs de l'économie informelle conformément à la Recommandation 202 de l'OIT²⁰⁷. L'intégration des travailleurs du secteur informel au socle de protection sociale permettra que ceux qui n'ont pas

²⁰⁶« Le terme garanti implique que l'accès aux prestations soit garanti par des droits juridiquement reconnus (...) Définir les composantes du socle comme des garanties apporte une souplesse qui rend le concept de socle de protection sociale compatible avec tout type de régime national de protection sociale » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : 6).

²⁰⁷La Recommandation 202 de l'OIT rappelle la nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès de la sécurité sociale présentée comme un outil important pour prévenir et réduire la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale, l'insécurité sociale. Elle constitue aussi un moyen efficace de promouvoir l'égalité des chances et soutenir la transition de l'emploi informel à l'emploi formel. Cette recommandation définit des socles de protection sociale qui sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale et qui assurent une protection visant la réduction de la pauvreté et à lutter contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale. (BIT, 2014)

de revenus pour des raisons de chômage, de sous-emploi ou de maladie bénéficient d'une sécurité minimale de revenu par le truchement de programmes de transferts sociaux en espèces ou en nature.

La solidarité sur laquelle se fonde la sécurité sociale est un lien social d'engagement et de dépendance réciproques entre des personnes membres d'une communauté de destin et donc qui ont des responsabilités les uns envers les autres (Paugam, 2007). De ce fait, l'obligation d'adhésion peut constituer un moyen efficace d'initiation à la solidarité nationale et donc à la notion de citoyenneté sociale au Cameroun²⁰⁸. Alors les transferts dans le socle de protection sociale s'organiseront sous la forme de régimes d'assurance sociale avec une couverture complète de la population. Une couverture subventionnée pour les groupes de population qui ne peuvent contribuer afin que personne ne soit mis en situation d'exclusion²⁰⁹. En effet, si pour une raison ou une autre une catégorie sociale est mise hors de la protection sociale, il est fort probable que le système souffre à la longue du manque d'acceptabilité sociale et qu'elle soit mal soutenue. La solidarité fonctionne le mieux quand elle offre des prestations à tous (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011)²¹⁰.

²⁰⁸Il faut cependant dire avec Cichon, Behrendt et Wodsak que « sans investissements dans un socle de protection sociale, beaucoup de gens ne pourraient atteindre le niveau de compétences et de productivité nécessaires pour intégrer l'économie formelle et resteraient au contraire prisonniers du secteur informel. Investir dans une couverture de base qui déclenche un cycle vertueux de rendement et d'aptitude à l'emploi améliorés assure la pérennité des régimes obligatoires en donnant la possibilité à de plus en plus de personnes de passer dans un régime contributif. Une base de cotisants et une mutualisation du risque plus large rendent ces régimes financièrement plus stables et politiquement moins vulnérables. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011 : 9)

²⁰⁹En effet, « Différents mécanismes de financement sont souvent combinés : systèmes nationaux de santé basés sur l'impôt, régimes nationaux d'assurance sociale et de santé financés par des cotisations et/ou des primes, régimes d'assurance-maladie communautaires et régimes privés d'assurance-maladie. La protection sociale en matière de santé peut être étendue aux travailleurs du secteur informel au moyen de divers mécanismes de financement, dont les soins de santé financés par l'impôt (comme en Thaïlande) ou les cotisations subventionnées à des régimes nationaux d'assurance-maladie pour les pauvres (Colombie, Ghana, Philippines et Rwanda, notamment) » (BIT, 2012 : 51)

²¹⁰« Il est donc capital de veiller à ce que les régimes publics de la sécurité sociale incluent et soient soutenus par toutes les couches de population, y compris par les nantis et les mieux lotis, de manière à préserver et cimenter un large appui public et la solidarité nationale. Un tel consensus national élargi protégera la marge de manœuvre budgétaire nécessaire et maintiendra la pression qui garantit la qualité de services. Un tel consensus national se préserve au mieux en veillant à ce que tout le monde perçoive les prestations potentielles comme étant des piliers précieux de leurs propres stratégies de gestion du risque. » (Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011:9)

La stratégie d'obligation d'adhésion servira donc à introduire les 90 % de travailleurs de l'économie informelle dans des régimes contributifs de sécurité sociale. Mais, il faudra tenir compte dans la réforme du caractère hétérogène des situations qu'ils vivent, et adapter le régime le mieux possible à leur situation. Il serait tout aussi pertinent de « créer des incitations pour que les travailleurs concernés adhèrent à des régimes formels au moyen de règles et de procédures souples et de mécanismes de financement appropriés » (BIT, 2014 : 50). Parmi les responsabilités importantes qui incombent à l'État dans la réforme qui s'impose, on peut citer les suivantes : assurer la solidarité sociale en matière de financement des risques sociaux suivant les méthodes et les approches qui conviennent au contexte; garantir une gestion financière et administrative saine, responsable et transparente; s'assurer de la pérennité financière, budgétaire et économique des mécanismes mis sur pied en tenant dûment compte de l'exigence de la justice sociale et de l'équité; définir un équilibre possible entre les responsabilités et les intérêts parmi ceux qui financent et bénéficient des régimes de sécurité sociale; assurer une cohérence entre les politiques sociales, économiques et celles de l'emploi (Lund, 2012; BIT, 2014; Harris, 2013; Salignon et Paquet, 2014).

Cependant, la sécurité sociale ne peut de toute évidence réellement se développer que dans un cadre économique, financier et juridique bien défini. Alors, à ce propos, les pouvoirs publics devront travailler en concertation et en collaboration avec des économistes, des juristes spécialisés en droit social. Si la question de l'importance, voire de la nécessité, de la sécurité sociale dans le développement économique et humain est clairement établie aujourd'hui au Cameroun, celle de la volonté politique et de la capacité économique de promouvoir pour les travailleurs de l'informel de réelles possibilités de travail décent et productif soutenues par un système de protection sociale efficace reste entière (Walther, 2006; Fouomene, 2013; Nana Djomo et al., 2014).

La promotion des socles nationaux de protection sociale constitue une stratégie efficace de développement économique, social et humain. Mais cette stratégie pour être efficace doit aller de pair avec celle de la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle. En ce sens, Cichon, Behrendt et Wodsak soulignent que :

« Ce n'est qu'à condition que les personnes puissent passer de l'économie informelle à l'économie formelle et, donc, faire la transition d'activités de subsistance à faible rendement pour devenir des contribuables et cotisants qu'une économie peut croître; et que les revenus puissent être soumis à l'impôt pour financer l'appareil d'État et les régimes de sécurité sociale qui permettent d'atteindre des niveaux de bien-être et de croissance supérieurs. Une fois que les personnes sont en mesure d'intégrer le marché de l'emploi structuré, les niveaux plus élevés de sécurité sociale, si bien conçus, fourniront les incitations nécessaires pour conserver un emploi formel et donneront une sécurité financière qui permettra aux individus de s'adapter aux évolutions économiques et technologiques par des mesures de formation et de reconversion. Les investissements dans le capital humain qui garantissent, d'une part, un certain niveau de bien-être et de compétences, et, d'autre part, des niveaux de sécurité sociale supérieurs sont interdépendants et se renforcent mutuellement — l'un n'est pas viable sans l'autre. » (2011 : 6-7)

Alors, au regard de la situation actuelle du Cameroun, comment orienter et améliorer le cadre institutionnel et légal de manière à favoriser la formalisation de l'économie informelle et faire fonctionner durablement un socle de protection sociale? Quelles sont les dispositions légales et institutionnelles susceptibles de protéger les travailleurs de l'informel contre la vulnérabilité et de renforcer le capital humain pour un développement (économique, sociale et humain) équitable, durablement prospère?

7.4.2 Améliorer le cadre institutionnel et réglementaire de l'économie informelle

La nécessité d'une amélioration du cadre juridique et institutionnel du secteur informel de l'économie tient au fait qu'il y a un coût social et économique de l'économie informelle. L'économie informelle de par sa nature présente des caractéristiques négatives. Elle peut emprisonner les individus qui travaillent dans ce secteur et toute l'économie nationale dans une spirale de faible productivité et de pauvreté (Maldonado, Badiane et Miélot, 2004; BIT, 2014; Nana Djomo et al., 2014). Alors, comment peut-on parvenir à favoriser la croissance

économique et le bien-être social à travers une organisation et un encadrement efficace et favorable des activités des travailleurs du secteur informel, notamment dans les villes du Cameroun?

7.4.2.1. Réformer pour optimiser la réalisation du potentiel productif et promouvoir un développement équitable

Les travailleurs du secteur informel au Cameroun ne sont pas réglementés dans l'exercice de leurs activités. Ils sont peu organisés et bénéficient d'un accès très faible aux services publics. Cette situation les rend particulièrement vulnérables aux abus. Ils ne sont par ailleurs pas protégés par la législation du travail et ne bénéficient d'aucune protection sociale. Par conséquent, ils n'exercent et ne revendiquent pas leurs droits fondamentaux. Ils ne sont quasiment pas représentés collectivement auprès des autorités publiques. Les avantages qu'ils tirent des conditions informelles dans lesquelles ils travaillent sont, en termes de bien-être, largement négligeables vu les inconvénients de leurs conditions de travail et leur niveau de revenu (Bem et al., 2013; Fouomene, 2013; BIT, 2014).

Les conséquences sociales et économiques de ce déficit de travail décent sont multiples. Et l'option adoptée par le gouvernement de promouvoir un développement économique, social et humain équitable et l'exigence de redistribution équitable des fruits de la croissance exigent au Cameroun aujourd'hui une amélioration du cadre institutionnel et réglementaire du secteur informel. Une exigence qui rentre dans le cadre des stratégies intégrées de formalisation de l'économie informelle en vue d'optimiser la réalisation du potentiel productif des travailleurs de ce secteur de l'économie²¹¹. Le Cameroun devrait donc de façon bénéfique créer un cadre

²¹¹ « Ces dernières années, de nombreux pays ont consacré beaucoup d'attention à l'emploi informel, et des tentatives ont été faites pour comprendre les mécanismes par lesquels les bénéfices de la croissance peuvent ou non se transmettre aux pauvres. Un nouveau consensus se dégage sur le fait que, si la croissance économique n'est pas associée à la création d'emplois formels, à une amélioration des possibilités d'emploi dans l'économie formelle et à une amélioration des conditions d'emploi dans le secteur informel, une telle croissance restera une source d'inégalités, de pauvreté et de vulnérabilité (...) Face aux revendications pour la justice sociale concernant notamment le travail décent, exprimées principalement par les jeunes, la nécessité de faciliter la transition vers

réglementaire et institutionnel qui met en adéquation les choix politiques de développement et de croissance équitables avec la création d'emplois productifs, l'amélioration des conditions de travail et de vie et l'extension des droits des travailleurs. Une initiative qui en réalisant socialement les travailleurs de l'informel promouvra le développement social et rendra effective la dynamique de transition vers la couverture universelle santé.

Sur le plan légal, les activités de ce secteur se heurtent à de nombreuses contraintes. Elles souffrent du peu de soutien de l'État et de la faiblesse du système législatif. Éliminer ces contraintes constitue un enjeu socioéconomique et de développement majeur. Pour le faire, le Cameroun pourrait se doter d'un Service national de l'économie informelle à l'instar du Ghana qui en 2010 s'est doté d'un Secrétariat national de l'économie informelle (*National Secretariat of the Informal Economy*) (Chambwera, MacGregor et Baker., 2011). Ce Service national chargé de l'économie informelle aurait pour attributions de reconnaître et de favoriser le potentiel du secteur informel, de renforcer les capacités des acteurs de ce secteur, de créer des dispositions qui favorisent la mise à leur service des ressources de production, de les sensibiliser sur leurs droits et d'entreprendre avec eux le dialogue dans le but d'améliorer leurs conditions de travail (Maldonado, Badiane et Miélot, 2004; Chambwera, MacGregor et Baker., 2011)²¹². Pour ce faire, un cheminement participatif est nécessaire.

7.4.2.2. Réformer par le moyen d'un processus de dialogue social pour un cheminement participatif

Si l'importance du secteur informel dans le développement socioéconomique des pays en développement comme le Cameroun est une évidence, les aspects opérationnels de la gestion

l'économie formelle apparaît de plus en plus comme un élément essentiel des stratégies nationales de développement. » (BIT, 2014 : 11-12)

²¹²Dans la réalisation d'une telle option politique, « le contexte institutionnel et la capacité des institutions revêtent une importance vitale : des lois et règles bien pensées sont inutiles en l'absence d'institutions solides et efficaces chargées de leur application. Il est donc primordial de préciser en quoi consiste le cadre institutionnel actuel et de déterminer les raisons pour lesquelles certaines activités économiques ou catégories de travailleurs ne sont pas couvertes par des dispositions formelles, ainsi que les réformes ou les changements susceptibles de remédier à cette situation. » (BIT, 2014 : 39)

de ce secteur dans la perspective d'un développement économique et social réussi sont encore peu examinés. L'approche participative — au sens du développement participatif²¹³ — est proposée par certains chercheurs comme une stratégie pouvant conduire à faire des travailleurs du secteur informel de véritables partenaires stratégiques à travers un processus de création de la « voix » et de dialogue social (BIT, 2000; PNUD, 2010 ; Chambwera, MacGregor et Baker., 2011; Djadé, 2011; Wadie Hobson, 2012; Aly Mbaye, 2014).²¹⁴

Cette stratégie consiste à mobiliser les travailleurs de l'économie nationale, de leur donner la parole, pour qu'ils fassent comprendre leurs logiques d'action et pour qu'ils expriment les difficultés qui entravent leurs activités et leur épanouissement comme travailleur. Ce qui a l'avantage de faire d'eux de véritables partenaires stratégiques du développement socioéconomique et de l'amélioration du bien-être social. Cette approche permet aussi de lever les obstacles à leur bonne performance et à renforcer leurs capacités (Misati, 2007; Djadé, 2011; Léonard, 2012; Aly Mbaye, 2014). Un plan de développement socioéconomique des

²¹³Le concept de participation est lié à celui de responsabilisation sociale et d'engagement civique et citoyen. Il fait référence à un processus où la population prend part à l'élaboration des politiques et à leur mise en œuvre à travers la consultation, le partenariat, la représentation, l'échange d'informations, des campagnes de sensibilisation et des initiatives pédagogiques, etc. La participation des citoyens est la condition sine qua non de la responsabilisation sociale. La participation inclusive des citoyens à l'action politique favorise la création et le renforcement des institutions gouvernementales responsables et réceptives (PNUD, 2010 : 15).

²¹⁴Le terme « voix » utilisé ici désigne divers mécanismes pouvant permettre aux travailleurs du secteur informel de se faire entendre, d'exprimer leurs préférences, leur opinion et leur point de vue. Ce concept de « voix » est important pour plusieurs raisons : « La « voix » a une valeur intrinsèque du point de vue des droits civiques et politiques. Il est bon que chacun ait la liberté d'exprimer ses convictions et ses préférences. S'ils ne s'expriment pas, les citoyens ont peu de chances de voir leurs préférences, opinions et points de vue reflétés dans les priorités et politiques gouvernementales. La « voix » est l'un des piliers de la responsabilisation. Pour qu'un détenteur de pouvoir réponde à un besoin ou à un désir, il faut que celui-ci ait été exprimé. Cela va dans les deux sens, d'ailleurs : la responsabilisation encourage l'expression en montrant qu'en s'exprimant, on fait bouger les choses. Le processus de création de la « voix », c'est-à-dire les interactions entre groupes et individus faisant usage de leur droit d'expression, joue un rôle important, car il permet aux communautés d'arriver collectivement à des normes (des valeurs et des normes relatives à la justice et à l'éthique) permettant de juger les actions des autres. La capacité des individus et des groupes à se faire entendre pour exiger le respect de leurs droits et demander des comptes dépend d'un certain nombre de conditions préalables : l'autonomie individuelle, qui présuppose qu'on soit conscient de ses droits et qu'on comprenne que l'État est dans l'obligation de faire respecter ceux-ci; la présence d'un forum où divers intérêts et revendications peuvent être exprimés et organisés en un agenda commun; la capacité d'arriver à formuler un agenda commun pour exiger des informations, y avoir accès, les étudier et ensuite agir. » (PNUD, 2010 : 13-14)

acteurs du secteur informel pourrait ainsi être clairement défini dans le but de développer leur potentiel et satisfaire leurs besoins. Ce dialogue permettra par exemple au gouvernement d'avoir une meilleure connaissance de leur environnement de travail, d'explorer au mieux les opportunités de leurs activités et de leur offrir une protection adaptée et efficace de leur revenu en les protégeant contre les risques sociaux (Maldonado, Badiane et Miélot, 2004; Chambwera, MacGregor et Baker., 2011; Aly Mbaye, 2014).

L'économie informelle étant une réalité diversifiée et aux multiples facettes²¹⁵, une telle opération ne peut se faire qu'à travers des étapes progressives qui peuvent être fastidieuses et nécessiter beaucoup de patience et de temps. Ces étapes sont les suivantes :

- **Définition des groupes de travail sur le sujet**

Dans ces groupes de travail composés d'experts, des décideurs et d'autres partenaires sociaux, les travailleurs du secteur informel de différentes catégories devront être fortement impliqués puisque le secteur informel mobilise différentes catégories de travailleurs aux caractéristiques diverses (Chambwera, MacGregor et Baker., 2011; Bem et al., 2013; BIT, 2014; Aly Mbaye, 2014; Nana Djomo et al., 2014). Cette implication, qui devra être idéalement équitable et paritaire ²¹⁶leur donnera une influence importante sur les décisions, car ils connaissent mieux les besoins de ce secteur. Par les informations qu'ils pourront transmettre sur les difficultés auxquelles ils font face, ils contribueront à définir les moyens de renforcer leurs capacités pour

²¹⁵L'économie informelle fait référence à des situations différentes, ayant des causes différentes, posant des problèmes différents requérant des solutions différentes. La première étape de la conception d'interventions efficaces pour faciliter la transition vers l'économie formelle consiste à prendre conscience du caractère hétérogène de l'économie informelle, des nombreuses catégories de travail différentes en jeu, et des divers éléments moteurs de la croissance de l'économie informelle et de l'informalisation de l'économie formelle. » (BIT, 2014 : 4)

²¹⁶La contribution à la création d'emplois du secteur informel au Cameroun est de 90 %. Sa contribution au PIB est estimée à 52 %. La proportion de femmes dans le secteur est de 55.2 % et leur contribution dans l'économie informelle de 68,5 % (INS, 2007 ; 2011). Les femmes devront être impliquées à hauteur de leur contribution à l'économie nationale suivant ces statistiques. Leur forte implication permettra de considérer les enjeux sexospécifiques du secteur de l'informel.

surmonter ces obstacles²¹⁷. Cette étape permettra au gouvernement de mieux comprendre et d'analyser efficacement le caractère hétérogène de l'économie informelle, en considérant les processus particuliers qui contribuent à la générer ou à la maintenir.

- **Élaboration participative des politiques de formalisation et de potentialisation**

Dans l'étape de l'élaboration participative des politiques, les décideurs — à travers l'éclairage des interactions avec les experts et les travailleurs du secteur informel qui proposeront des idées sur les initiatives à mettre en œuvre — seront en mesure de prendre des décisions éclairées. Elles porteront par exemple sur :

- L'amélioration du cadre légal portant sur l'enregistrement au registre du commerce, les conditions de la fiscalité, les mesures de réduction des tracasseries des agents de l'État, les mesures de lutte contre la corruption et les abus, leur protection à la fois juridique et sociale, la sécurisation de leurs droits, etc.
- L'amélioration de l'environnement des affaires et la facilitation de l'accès au financement des activités. Les pouvoirs publics pourraient assurer les moyens de financement des activités par une dotation ou en assurant une certaine médiation entre les institutions financières et les acteurs du secteur informel²¹⁸.
- Le renforcement des compétences par des formations théoriques et pratiques en gestion de petites et moyennes unités de production, en gestion financière et fiscale, en droit du travail et en communication. Il est question ici de les outiller dans l'optique de

²¹⁷Il faut donner les possibilités « aux citoyens de participer au débat politique et d'être ainsi en mesure de peser sur les décisions publiques » (Sen, 2004).

²¹⁸« Dans certains pays, les décideurs ont adopté des règlements en matière d'inclusion financière incitant ou obligeant les banques et les compagnies d'assurances à fournir leurs services à l'économie informelle. En Inde, par exemple, les institutions financières sont tenues de consacrer une portion de leurs portefeuilles aux secteurs rural et social. L'approche volontaire adoptée par l'Afrique du Sud, par laquelle les institutions financières ont participé à l'établissement des objectifs de sa Charte du secteur financier, a eu des effets spectaculaires. » (BIT, 2012 : 42)

l'amélioration de leurs compétences et d'optimiser leur rendement pour une autonomisation et une cotisation sociale substantielle.

Après la mise en œuvre des choix stratégiques opérés dans la démarche participative, une opération de suivi/évaluation permettra de mesurer les impacts de l'initiative sur les performances des travailleurs du secteur. Il est important que ces travailleurs soient associés à cette opération pour apporter leurs expériences dans l'évaluation des difficultés rencontrées, mais aussi pour une meilleure appropriation du projet.

Cette démarche permet d'identifier et de surmonter les obstacles et les difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs du secteur informel dans l'optique d'améliorer leurs capacités, de promouvoir des conditions de travail décent et d'optimiser leur productivité et leur revenu. Cependant, le dialogue social pour un cheminement participatif nécessite un pré-requis. Il s'agit d'un appui à la création des structures de concertation, de représentativité et de dialogue. Ces structures permettront aux travailleurs du secteur informel de se mettre ensemble pour défendre collectivement leurs intérêts et leurs droits. Ce regroupement aura l'avantage pour les autorités publiques d'avoir des interlocuteurs organisés dans les échanges en faveur de l'organisation de ce secteur de la vie économique du pays (Chambwera, MacGregor et Baker., 2011; BIT, 2014; Aly Mbaye, 2014; Nana Djomo et al., 2014).

7.4.3. Capabiliser par la mise en place des structures représentatives, de concertation et de dialogue

La représentation associative et syndicale, comme les autres modes de représentations d'intérêts, est essentielle comme forme d'expression de la démocratie sociale dans un pays. Elles permettent à une portion particulière importante de la société d'exprimer et de défendre ses intérêts, et de contribuer ainsi au développement social équitable du pays. Alors, ces structures représentatives doivent être dûment incluses dans le processus décisionnel politique et économique qui engage la destinée des travailleurs qu'elles représentent. Elles doivent être par ailleurs équitablement représentatives, compétentes et efficaces (Maldonado, Badiane et Miélot, 2004; Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011; Aly Mbaye, 2014).

L'économie informelle constitue un enjeu socio-économique majeur au Cameroun puisqu'elle concerne la grande majorité des travailleurs. L'encadrement associatif et syndical permettra à ces travailleurs précaires d'être représentés, encadrés et défendus. Le besoin d'être encadré est d'autant plus grand que ces travailleurs sont pour la plupart peu formés et moins conscients de leurs droits. Ils ont besoin d'être défendus parce qu'ils sont non protégés, et d'être représentés parce qu'ils ne sont pas reconnus et surtout pas entendus. En fait, le Cameroun devrait, pour arriver à élaborer des politiques efficaces concernant l'informalité, promouvoir l'organisation des travailleurs du secteur informel et leur représentation dans les négociations et les débats qui les concernent. Car des décisions sont souvent prises sans vraie concertation avec ces travailleurs qui sont les personnes concernées et qui vivent les réalités du terrain. De ce fait, leur impact reste très souvent limité. On ne peut répondre efficacement aux problématiques touchant l'amélioration des conditions de travail et de productivité des travailleurs de l'informel que dans une concertation effective et rapprochée avec eux sur la réalité de leurs besoins. Et cette concertation ne peut s'opérer efficacement qu'avec des organisations associatives ou syndicales responsables de la promotion et de la défense de leurs droits (Maldonado, Badiane et Miélot, 2004; BIT, 2014).

La syndicalisation des travailleurs de l'informel et leur organisation en association sont donc nécessaires d'un double point de vue : elles permettront de veiller durablement à une amélioration des conditions de ces travailleurs et assureront la représentativité en tant que moyen de défense de leurs droits individuels et collectifs; elles constituent des structures adaptées pour mener un combat juste et efficace contre la précarité de ces travailleurs et faire reconnaître la valeur ajoutée de leur travail. La quête d'une éthique de reconnaissance et de justice sociale — qui constitue la raison d'être des syndicats et qui peut aussi être la mission que s'assigne une association de travailleurs — permettra de promouvoir l'intégration durable des travailleurs de l'informel dans une économie qui offre des chances égales et dans une société égalitaire et inclusive.

Aussi, dans l'encadrement syndical et associatif, la solidarité trouve un espace d'expression multiple. L'association d'entraide ou le syndicat, qui sont par essence des structures de solidarité et de soutien, peuvent offrir des appuis ciblés aux différentes catégories de travailleurs

informels, satisfaire leurs besoins de formation avec l'appui du gouvernement et d'autres partenaires, les orienter pour une meilleure insertion sur le marché du travail, etc. Ce soutien offrira des réponses utiles, pratiques et concrètes aux difficultés quotidiennes auxquelles sont confrontés de nombreux travailleurs de l'informel²¹⁹. Le transfert bien encadré et reconnu des compétences aux travailleurs de l'économie informelle est d'autant plus important qu'il peut contribuer à la transition vers la formalité, en ce sens qu'il améliore l'employabilité du travailleur de l'économie informelle en augmentant ses chances d'accéder à des emplois plus productifs dans ce secteur (BIT, 2012; Aly Mbaye, 2014; Nana Djomo et al., 2014).

Les travailleurs de l'économie informelle qui vivent une situation d'exclusion sociale doivent donc pouvoir faire entendre leurs voix de manière organisée dans un dialogue social que facilitent les structures représentatives. Ils pourront exercer par ce moyen leur droit à la représentation, à l'action collective et à la négociation. Le dialogue social à travers ces structures permettra de faire converger les intérêts des travailleurs du secteur formel et ceux des travailleurs du secteur informel, car la reconnaissance des travailleurs de l'informel ne se fera de façon effective et productive qu'à travers le dialogue social. Ceci grâce au travail d'encadrement, de représentation et de négociation des associations et des structures syndicales qui sauront refléter les préoccupations de tous les travailleurs du secteur informel.

Le dialogue social dans le domaine de l'emploi aujourd'hui au Cameroun a tendance à n'impliquer que les travailleurs de l'économie formelle marginalisant ainsi une large majorité de travailleurs qui œuvrent dans le secteur informel. L'encadrement syndical et associatif des

²¹⁹Les déficits de compétences sont les plus grands dans l'Économie informelle. « Dans de nombreux pays en développement, le faible niveau d'instruction et de qualification professionnelle des travailleurs de l'économie informelle provoque un cercle vicieux : faible productivité, bas revenus et investissement limité dans le développement des compétences. C'est pourquoi il est primordial que les travailleurs de l'économie informelle améliorent leurs compétences pour avoir accès à des emplois productifs et bien rémunérés. Le perfectionnement des compétences a des effets bénéfiques immédiats sur les entrepreneurs et les travailleurs de l'économie informelle en contribuant à améliorer leur productivité, leurs revenus et la qualité des produits, à réduire le gaspillage, à encourager l'innovation, à améliorer les conditions de travail, à relever le niveau de connaissances en lecture, écriture et calcul, à améliorer l'aptitude à la négociation et à la communication, et à renforcer le pouvoir de négociation. » (BIT, 2012 : 43)

travailleurs de l'informel, par ses capacités de mobilisation, de formation, de protection et de négociation peut donc contribuer à une distribution du pouvoir, à donner à l'économie une prospérité et à la société une stabilité. La création des syndicats et l'appui à une organisation en association dans le secteur de l'économie informelle permettront en outre que les intérêts du travailleur de l'informel soient portés plus directement au sein des structures de dialogue social pour une reconnaissance de son identité de travailleur et d'acteur social et économique. Dans une stratégie gagnant-gagnant, l'encadrement associatif et syndical pourra contribuer à l'éducation civique des travailleurs de l'informel en termes de participation aux différents projets sociaux.

Le milieu associatif et syndical, bien orienté et bien encadré, peut ainsi devenir un vivier de citoyens solidaires et responsables mieux disposés à coopérer à la réalisation des projets sociaux plus englobants comme la protection sociale, en l'occurrence la couverture universelle santé. Cette approche a l'avantage de consolider efficacement leurs capacités citoyennes et de les capabiliser davantage à agir plus efficacement sur les causes interreliées de leur vulnérabilité (Bem et al., 2013; Nana Djomo et al., 2014; Aly Mbaye, 2014).

L'institution d'un véritable dialogue social porté par des associations et des structures syndicales de travailleurs informels contribuera aussi à la création des conditions de l'emploi décent et un accès aux mécanismes de protection sociale pour les travailleurs de l'économie informelle. Ce qui contribue à un développement social et économique juste. Le travail décent, permettant une augmentation de la productivité et une avancée en matière de justice sociale, s'inscrit dans le processus de transition vers la couverture universelle santé par le potentiel qu'il apporte aux travailleurs et à l'économie nationale.

Les difficultés d'accès aux financements constituent un autre obstacle majeur à l'épanouissement socioéconomique des travailleurs du secteur informel compte tenu du fait qu'ils n'aient pas de statut juridique reconnu. Aussi, leur faible engouement à adhérer aux mutuelles de santé et les difficultés à payer leur cotisation ne facilitent pas leur accès au système de soins.

7.4.4. Capabiliser par une articulation entre micro-finance et mutuelle de santé

7.4.4.1. Les avantages du développement de la micro-finance

Les travailleurs de l'économie informelle ont un accès limité au financement. De ce fait, ils prospèrent difficilement dans leurs activités et n'améliorent pas facilement leur productivité. Ne possédant pas un statut légal et des garanties nécessaires, ils accèdent difficilement aux institutions de crédit. Cette limite les contraint à recourir à des prêteurs ou à des tontines pour obtenir un financement d'urgence (Labie, Nyssens et Wélé, 2007; Bem et al., 2013; Nana Djomo et al., 2014). Les causes du non-financement des activités de l'informel par les institutions financières classiques sont nombreuses. En plus du statut juridique qui leur fait défaut, ces établissements de financement ont des difficultés à traiter directement avec ces travailleurs, car peu d'informations sont disponibles sur eux et sur leurs activités; et l'absence d'antécédents de crédit officiels n'arrange pas les choses pour eux. Aussi, ces activités sont très souvent de très petite taille et les coûts de transaction élevés vu la modestie des sommes financières demandées (BIT, 2012; Bem et al., 2013; Nana Djomo et al., 2014).

Le système bancaire classique et le système de couverture sanitaire basé sur la politique de recouvrement des coûts dans les pays en développement comme le Cameroun ont montré leurs limites par l'exclusion des populations à faible pouvoir économique. En guise de relais, on assiste aujourd'hui à l'émergence de dispositifs parallèles, à savoir les micro-finances qui, dans les prestations qu'elles proposent, octroient des microcrédits²²⁰ (Labie, Nyssens et Wélé, 2007). L'objectif de ces micro-finance est « d'offrir des produits et services financiers adaptés aux

²²⁰Le microcrédit désigne de faibles emprunts avec un taux d'intérêt relativement faible à des micro-entrepreneurs qui ont des difficultés d'accès aux services financiers traditionnels pour leur permettre de développer une activité génératrice de revenus. Muhammad Yunus en est le promoteur. Il a popularisé le microcrédit en créant au Bangladesh une *banque des pauvres* (la Grameen Bank) (Schürings, 2011; Gloukoviezoﬀ et Rebière, 2013). « L'organisation de Nations unies ONU a décidé de miser sur l'exemple du Bangladesh pour encourager et reproduire cette forme de coopération dans d'autres pays dits en développement. L'année 2005 a été décrétée « l'année du microcrédit » par l'ONU, ce qui montre bien toute l'importance accordée à ce phénomène. » (Gilbert, 2009 : 1)

personnes qui n'ont pas accès aux services bancaires traditionnels à cause de leur pauvreté afin qu'ils soient en mesure d'agir économiquement de manière autodéterminée et que leur vulnérabilité économique diminue » (Schürings, 2011 : 11-12).

La micro-finance, contrairement aux structures de microcrédit, en plus de simples initiatives d'octroi de microcrédits, offre des prestations d'épargne et vise par d'autres formes de services l'amélioration des conditions de vie des populations défavorisées. Ainsi elle ne se limite pas seulement à l'augmentation des revenus monétaires (Kala Kamdjoug, 2005; Labie, Nyssens et Wélé, 2007; Gilbert, 2009 ; MINFI, 2011). Les micro-finances ont fait leurs preuves dans un bon nombre de pays en développement en termes d'augmentation du pouvoir économique des personnes ou des groupes de personnes bénéficiaires, de réduction de la vulnérabilité et de l'exclusion. Elles constituent un outil efficace d'émancipation et d'autonomisation des populations à faible pouvoir économique (Gilbert, 2009; Schürings, 2011; Gloukoviezoff et Rebière, 2013)²²¹.

Au Cameroun, parmi les différentes stratégies de lutte contre la pauvreté, a été adopté le développement du secteur de la micro-finance. Celle-ci constitue aujourd'hui une activité dont l'importance va croissante²²². Les établissements de micro-finances qui, au départ, se limitaient

²²¹ En effet, le BIT pense qu'« Une approche novatrice pour favoriser la formalisation consiste à utiliser les institutions de micro-financement. Les prêts, dépôts et autres contrats de service de micro-financement contiennent des éléments de l'économie formelle, sans être aussi complexes que les services bancaires courants. En outre, pour prospérer, les institutions de microfinancement incitent leurs clients à se développer et à passer d'activités de subsistance à la micro-entreprise en bonne et due forme, puis de la micro-entreprise à la petite et moyenne entreprise. » (2012 : 43)

²²²Le développement de la micro-finance au Cameroun a connu trois grandes périodes : 1960-1980, 1980-1990 et 1990 à nos jours. *La période 1960-1980* est marquée par le développement autonome des coopératives d'épargne et de crédit. Une première expérience des coopératives s'est construite autour de l'Union des caisses populaires de Yaoundé grâce à l'appui de l'Église catholique en partenariat avec le mouvement québécois Desjardins en 1970. Cette expérience a connu un échec et le réseau a dû être déclaré en faillite en 1977. La seconde expérience visant le développement des coopératives est celle de CAMCCUL (Cameroon Cooperative Credit Union League) qui s'est fait avec l'appui technique des volontaires néerlandais et américains. *La période 1980-1990* est caractérisée par la faillite des banques de développement et par l'explosion du phénomène des COOPEC (coopératives d'épargne et de crédit) qui tentent de combler le vide laissé par ces banques. *La période de 1990 à nos jours*. Dans cette dernière période, la micro-finance va connaître un essor remarquable à la faveur des lois n° 90/053 du 19 décembre 1990 sur la liberté d'association, et la loi n° 92/006 du 14 août 1992 relative aux sociétés coopératives et aux groupes d'initiative commune (MINFI, 2011 : 24).

à accorder de petits prêts à des micro-entreprises ont évolué vers une offre de services financiers divers, comprenant le crédit, l'épargne, la micro-assurance et le transfert de fonds aux entreprises et ménages pauvres (Kala Kamdjoug, 2005; Schürings, 2011; MINFI, 2011). Une étude menée au Cameroun, notamment dans la province de l'Extrême-Nord en 2011, sur l'impact de la micro-finance révèle qu'« en donnant accès aux services financiers aux régions rurales, le réseau des CEC (Clubs d'Épargne et de Crédit) offre à ses membres non seulement un lieu sûr pour leurs revenus, mais aussi un accès à des produits financiers qui leur permettent de décider de manière autonome de leur engagement économique et de diminuer les risques financiers. » (Schürings, 2011 : 18). Les analyses à ce sujet montrent que la réduction de la vulnérabilité, le meilleur échange entre les personnes et l'augmentation des revenus que produit la micro-finance, contribuent au renforcement du pouvoir d'action (empowerment) de la population au Cameroun (Schürings, 2011). Le Ministère des finances dans son évaluation du rôle des micro-finances affirme que :

« L'importance de la micro-finance au Cameroun se précise au fil des ans et le gouvernement du Cameroun en a fait l'un des véhicules essentiels dans le cadre de la promotion de la croissance et de l'emploi. En effet, les établissements de la micro-finance contribuent à hauteur de 10 % dans le financement de l'économie nationale. » (2011 : 24)

Le secteur de la micro-finance au Cameroun est varié et diversifié. Tous les établissements qui y opèrent évoluent tous dans un cadre juridique bien défini. Les principales catégories sont les suivantes : les coopératives d'épargne et de crédits, les mutuelles, les associations financières, les sociétés anonymes. Bien que ce secteur soit diversifié et qu'il offre des facilités de financement, de nombreuses contraintes font obstacle à l'adhésion des travailleurs du secteur informel qui sont dans le besoin de financement pour leurs activités. Ces principales contraintes, notamment dans les centres urbains sont les suivantes : l'ignorance du fonctionnement des établissements de micro-finance; le caractère informel de la clientèle qui fait que les établissements de micro-finance, bien qu'ils acceptent généralement d'ouvrir des comptes à des

entités n'ayant aucune existence juridique, ils sont plus réticents à leur accorder des crédits; la volatilité de la clientèle; le faible réflexe de solidarité en ville qui rend difficile le recours au système de prêts de groupe qui constituent pourtant une alternative à l'absence de garanties et à la volatilité des clients; les antécédents négatifs avec les structures financières les rendent très réticents pour le financement de nouvelles initiatives (MINFI, 2011 : 67).

Compte tenu de toutes ces difficultés et de celles liées à l'adhésion aux mutuelles de santé, comment les pouvoirs publics peuvent-ils y apporter un appui organisationnel?

7.4.4.2. Les avantages du couplage micro-finance et mutuelles de santé

La micro-finance est désormais un élément essentiel de l'économie camerounaise. Elle apparaît aujourd'hui comme un outil irremplaçable de construction à la fois de l'individu et de la société. Son impact à long terme, sur la réduction de la pauvreté et sur le développement social et humain par sa capacité d'inclusion des exclus du fonctionnement « normal » de l'économie dans le flux économique par la mobilisation de leurs capacités, a été démontré (MINFI, 2011). De même, la recherche de solutions alternatives pour rendre accessibles les soins de santé aux populations économiquement défavorisées a conduit les pouvoirs publics comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents à adopter la stratégie de création des mutuelles de santé²²³. Les mutuelles de santé constituent des structures d'assurance volontaire qui permettent à leurs membres de financer leurs dépenses de soin dans un esprit de partage solidaire et volontaire des risques. Leur promotion au Cameroun constitue une priorité dans la stratégie de développement des

²²³ Les termes micro-assurances santé et assurance maladie communautaire sont des termes équivalents à celui de mutuelle de santé. Le terme mutuel de santé est très utilisé en Afrique occidentale et centrale. Tandis que celui d'assurance maladie communautaire est très utilisé en Afrique orientale. Certains auteurs y trouvent quelques nuances. Cependant, nous pouvons dire avec Ndiaye que « Les mutuelles de santé sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies. Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non-lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaire, les barrières géographiques à l'accès à ces soins. » (2006 : 4)

mécanismes de protection sociale. Malheureusement, cette politique de promotion de mutuelles de santé ne connaît pas jusqu'ici son plein essor, et nécessite des initiatives innovantes (MINEPAT, 2009 ; INS, 2011 ; Fouomene, 2013 ; Mendo Me Mfou, 2013 ; MINTSS/MINSANTE, 2015).

Même si la création des mutuelles de santé semblait être une solution toute trouvée au Cameroun, on note aujourd'hui beaucoup de difficultés à assurer une forte adhésion aux mutuelles qui se sont créées et de leur garantir une durabilité. Parmi les différentes causes, on peut citer la non-prise en compte des particularités socioéconomiques des adhérents potentiels et la faible mobilisation des ressources nécessaires à leur financement (MINSANTE, 2006 ; MINTSS/MINSANTE, 2015). Elles s'essoufflent notamment dans la collecte des cotisations. Leur couplage, au vu de ces difficultés, avec les institutions de micro-finance pourrait être une stratégie pertinente (Poursat, 2004 ; Labie, Nyssens et Wélé, 2007 ; Gningue, 2009 ; Ndiaye, 2012).²²⁴

En effet, des études menées en Afrique de l'ouest montrent que « le passage du paiement cash de la cotisation au paiement par l'intermédiaire d'un système de crédit suscite beaucoup d'intérêt de la part des mutualistes. De même, le secteur de la micro-finance éprouve un intérêt à la fois commercial et social à diversifier ses services aussi bien financier que non-financier » (Ndiaye, 2012 : 18-19). Alors des schémas de partenariat gagnant-gagnant sont aujourd'hui développés dans plusieurs pays entre les mutuelles de santé et les établissements de micro-finance qui développent une synergie centrée sur une population cible commune. Un système de partenariat bien pensé, bien règlementé et bien géré entre les institutions de micro-finance et

²²⁴Notre approche s'inspire essentiellement d'un certain nombre d'études exploratoires sur la pertinence de l'articulation entre micro-finance et micro-assurance santé, et les différents modèles institutionnels d'articulation de ces institutions au Cambodge et en Afrique de l'ouest, notamment au Sénégal, au Bénin et au Burkina Faso (Poursat, 2004 ; Labie, Nyssens et Wélé, 2007 ; Ndiaye, 2012).

des mutuelles de santé peut permettre aux mutuelles de prendre appui sur ces structures financières pour répondre à leurs besoins de financement (Gningue, 2009; Ndiaye, 2012).

Le couplage micro-finance/mutuelle de santé — deux instruments de lutte contre l'exclusion sociale des populations économiquement faibles et exclues de la protection sociale —, combiné à l'obligation d'assurance maladie pour les travailleurs notamment pour ceux du secteur informel (obligation d'adhérer à une mutuelle de santé) présente un certain nombre d'avantages :

- Sur le plan de la protection sociale, ces nouvelles dispositions peuvent stimuler une plus grande adhésion des travailleurs de l'informel aux deux formes de structures. Le couplage leur offrira une facilité de gestion de la contrainte d'adhésion à une mutuelle santé en plus de la garantie d'accéder aux soins sans risque de se ruiner financièrement. En effet, l'obligation d'adhésion à une mutuelle de santé et le besoin d'accès au crédit pour développer des activités génératrices de revenus — qui permettra de payer régulièrement ses cotisations — pourraient faire augmenter le nombre d'adhérents dans les deux institutions.²²⁵ Ce qui permettra un renforcement des deux institutions au plan économique, participatif et de réalisation de leur mission respective (la réduction des vulnérabilités).²²⁶

²²⁵« les micro-entreprises ont besoin essentiellement de prêts qui leur permettent d'augmenter leurs revenus et de créer des emplois, tandis qu'en matière de protection les travailleurs du secteur informel ont besoin d'épargne, de prêts d'urgence et d'assurances qui leur permettent de faire face aux chocs et aux risques » (BIT, 2012 : 47). En effet, le système de micro-finance facilite le développement d'activités génératrices de revenus et permet aux individus adhérents de posséder plus de revenus pour faire face au paiement des cotisations dans les mutuelles de santé. Les auteurs qui proposent le couplage micro-finance et mutuelle de santé estiment que grâce à l'accès facilité au financement, les personnes peuvent plus aisément accéder aussi aux systèmes de mutuelle santé (Poursat, 2004; Labie, Nyssens et Wélé, 2007).

²²⁶Poursat soutient qu'« Il existe une logique de complémentarité entre les services financiers offerts par les institutions de micro-finance et la micro-assurance santé. Pour un ménage à faible revenu, le microcrédit aide assurément à maintenir ou à développer des activités et l'épargne permet une stratégie de prévoyance face aux dépenses futures, programmées ou non. Cependant, une situation de crise imposant des dépenses bien au-delà de l'épargne accumulée peut avoir un impact décisif sur ce ménage (l'obliger à se surendetter, à vendre une partie de l'outil productif) et compromettre ainsi parfois plusieurs années d'accumulation liée au crédit. Un service d'assurance permettant de faire face à ces difficultés serait donc un outil complémentaire cohérent » (2004 : 56).

- En plus de permettre aux travailleurs de l’informel de mieux assumer leurs obligations en termes de cotisation dans leur mutuelle santé, l’établissement de micro-finance pourra servir d’intermédiaire entre son adhérent et la mutuelle de santé pour tous les problèmes liés au paiement de la cotisation. En outre, la cotisation pourra être payée en un seul versement et ensuite intégrée dans le coût total du crédit.
- Les personnes bénéficiaires d’une couverture médicale ont un accès financier garanti aux soins. De ce fait, elles ont plus de chance d’être en meilleure santé que celles qui n’en bénéficient pas. Dans cette logique, le système de mutualisation des soins améliore la productivité du travailleur — un travailleur en bonne santé étant *a priori* plus productif qu’un travailleur malade —, ce qui logiquement entraîne une meilleure rentabilité et donc une plus grande probabilité d’être à même de faire face à ses obligations financières et d’améliorer sa qualité de vie (Poursat, 2004; Labie, Nyssens et Wélé, 2007; Ndiaye, 2012).
- Le couplage des deux systèmes permet de générer des synergies; différentes institutions pourront s’associer à ces actions communes. C’est le cas par exemple des actions de communication et de sensibilisation pour une couverture plus large de la cible commune.

L’articulation micro-finance et mutuelle de santé peut induire une meilleure inclusion économique et sociale. Mais il faudra trouver une articulation adéquate et efficace entre les deux domaines et apporter au projet tous les appuis nécessaires en termes d’organisation et de gouvernance pour promouvoir une culture de protection sociale. De nombreux bailleurs de fonds se sont intéressés au secteur de la micro-finance au Cameroun²²⁷. En effet, « depuis que la micro-finance a été érigée en instrument privilégié de lutte contre la pauvreté, la plupart des partenaires au développement lui donnent une place importante dans leur plan d’activités » (MINFI, 2011 : 72). L’aide au développement pour la santé pourrait être orientée plus vers le financement de ce

²²⁷On peut citer entre autres : La Banque Africaine de Développement (BAD); Le Programme des Nations unies pour le Développement; L’Agence Canadienne de Développement International (ACDI); L’Agence Française de Développement (AFD); La Société Néerlandaise de Développement (SNV); l’Œuvre d’Église catholique en Allemagne chargée du développement, MISEREOR; Le Programme des Nations Unies pour le Développement (MINFI, 2011; Schürings, 2011).

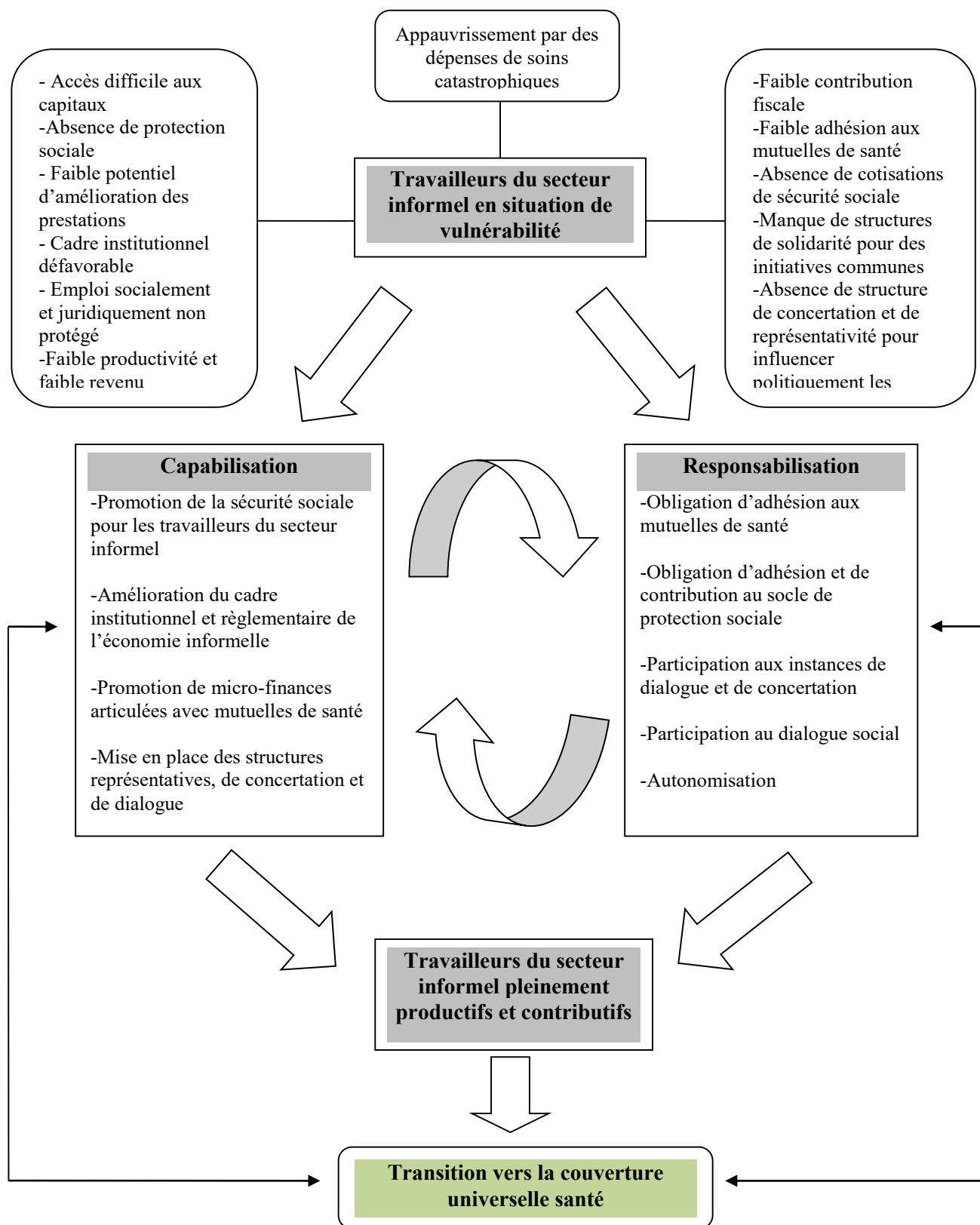
secteur stratégiquement intégré aux mutuelles de santé. Leur appui sous différentes formes constituerait une garantie de durabilité.

Cependant, l'option politique d'articulation de la micro-finance et des mutuelles de santé nécessiterait des réformes structurelles importantes à savoir : l'amélioration du cadre institutionnel et légal, le renforcement des réseaux de micro-finance harmonisés avec les réseaux de mutuelles de santé²²⁸, l'organisation du partenariat entre l'État, les bailleurs de fonds, les établissements de micro-finance et les bénéficiaires, pour une stratégie concertée et efficace inscrite dans une dynamique de synergie.

En conclusion, il est opportun de rappeler que l'option stratégique de création d'un cercle vertueux de Capabilisation/responsabilisation des travailleurs de l'informel en vue de renforcer leur contribution sociale et d'optimiser leur accès aux soins de façon durable constituait l'objet de ce chapitre. Une option visant à plus ou moins long terme l'atteinte de l'objectif de la couverture universelle vers laquelle s'oriente la politique nationale d'accès aux soins au Cameroun. Cependant, l'atteinte de cet objectif dépendra, comme il a été démontré dans les analyses, de la capacité des pouvoirs publics à créer les conditions politiques, sociales et économiques nécessaires à son financement et sa soutenabilité. La figure ci-dessous présentée (figure 11) récapitule les différentes dimensions de cette stratégie de capabilisation/responsabilisation.

²²⁸Tout comme les mutuelles de santé, il est avantageux que les établissements de micro-finance s'organisent en réseaux. Ils pourraient ainsi mieux faire face à leurs problèmes de fonctionnement et de perfectionnement. Au Cameroun, on distinguait déjà en 2011 cinq réseaux agréés d'Établissements de micro-finance au Cameroun pour un total de 244 établissements de micro-finance (MINFI, 2011). Le couplage micro-finance et mutuelle de santé pourrait s'organiser au niveau des collectivités locales avec une structure faîtière au niveau national qui assurera l'encadrement de l'ensemble des établissements et le renforcement des capacités.

Figure 11 : Figure récapitulative des dimensions de la stratégie de capabilisation/responsabilisation



L'approche de capabilisation/responsabilisation réconcilie l'autonomie des individus avec leurs droits sociaux et leurs obligations de coopération sociale; en même temps elle aide à pallier les défaillances de la collectivité dans ses capacités à satisfaire les attentes sociales. Alors, les principes de responsabilité et de solidarité, en réalisant la transition vers la couverture universelle, peuvent, au-delà des problématiques liées à l'accès financier équitable aux soins, contribuer à une initiative d'innovation sociale qui profite prioritairement aux plus défavorisés, notamment aux travailleurs en situation de vulnérabilité.

Conclusion

Comme il a été démontré tout au long de cette thèse, le Cameroun ne dispose pas encore d'un système de couverture universelle de santé. C'est cette situation qui a motivé notre recherche menée dans le cadre de notre doctorat. Nous avons voulu apporter une contribution à l'amélioration de l'effectivité du droit à la santé des personnes défavorisées au Cameroun, notamment les travailleurs vulnérables de l'économie informelle. Il s'agissait précisément à travers le cas des travailleurs vulnérables du secteur informel urbain d'apporter une contribution à la réalisation de l'objectif de la couverture universelle santé et la protection contre le risque financier des personnes vulnérables au Cameroun telle que définie par l'OMS (2013a) comme un impératif.²²⁹

L'objectif de cette thèse était donc d'analyser sur la base des principes de responsabilité et de solidarité l'efficacité des stratégies gouvernementales qui sont actuellement mises en œuvre. Pour ce faire, nous avons exploré les potentialités analytiques, normatives et pratiques des principes de responsabilité et de solidarité en vue de la réalisation de l'objectif du gouvernement camerounais d'atteindre à moyen ou à long terme la couverture universelle santé pour tous. Un objectif qui ne pourra se réaliser qu'à travers une bonne distribution des capacités et des responsabilités et une organisation efficace de la solidarité. La thèse a donc exploré et analysé comment les principes de responsabilité et de solidarité peuvent être opérationnalisés de façon à assurer efficacement et durablement le financement nécessaire pour l'accès équitable aux soins de santé de qualité au Cameroun. L'objectif de l'assurance universelle santé pour tous que poursuit le gouvernement camerounais, et qui est aujourd'hui largement soutenu par les institutions internationales (OIT, Banque mondiale, PNUD, OMS, etc.), justifie donc le choix

²²⁹Ce rapport qui porte sur *la recherche des solutions pour la couverture sanitaire universelle* postule que: « L'objectif de la couverture sanitaire universelle est de veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin (prévention, promotion de la santé, traitement, rééducation et soins palliatifs) sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir aujourd'hui et à l'avenir. » (OMS, 2013a : 4)

que nous avons fait d'analyser à partir de ces deux principes éthiques (responsabilité et solidarité) la pertinence des stratégies choisies pour atteindre ces objectifs.

En effet, le rapport susmentionné de l'OMS précise que « chaque pays doit déterminer ses priorités sur le plan de l'amélioration de la santé, des services nécessaires et des mécanismes appropriés pour la protection contre le risque financier » (2013a : 4). Dans cette perspective, les questions de justice et d'équité en matière d'accès aux soins et celle du financement et de pérennisation de cette initiative — à la fois de l'accès et du financement — ont été au centre de nos recherches théoriques et empiriques. Notre travail de terrain a confirmé le grand intérêt et le caractère impératif de ces questions dans la société camerounaise. Les participants à notre recherche ont confirmé le caractère fondamental de ces questions tout en insistant sur la nécessité d'une éthique de bonne gouvernance, de la solidarité et de la responsabilité qui conditionnent une redistribution sociale équitable des ressources, notamment dans le domaine de la santé.

Ainsi, deux problèmes fondamentaux à résoudre ont été identifiés au Cameroun pour progresser vers la couverture universelle santé à savoir : celui de l'iniquité dans l'accès financier aux ressources en santé et celui de la gestion efficiente des ressources disponibles. Par ailleurs, cette thèse a permis de voir comment la structure de l'économie camerounaise est dominée par les emplois informels. Une situation qui se caractérise par des salaires bas, une faible contribution sociale des travailleurs de ce secteur et une difficulté réelle de prélèvement de l'impôt sur le revenu par l'État pour couvrir les charges sociales, dont celle des soins de santé. Face à cette situation, ce travail a montré comment les personnes socialement défavorisées éprouvent des difficultés considérables à accéder financièrement aux soins formels du fait de l'exigence du paiement direct. Nous avons vu comment un piège de pauvreté est associé à l'accès financier aux soins pour cette catégorie sociale, car une famille qui fait face financièrement à la maladie de l'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de son revenu. Plusieurs d'entre elles qui font face à ce risque finissent par choisir le recours aux soins informels. À ce sujet, l'OMS (2005a; 2010; 2013a) estime que tout type de paiement direct imposé aux particuliers, même s'il est relativement faible, peut les dissuader d'utiliser les services de santé ou pousser sous le seuil de pauvreté les personnes qui les utilisent. Selon

l’OMS, la couverture universelle santé constitue le mode de financement d’un système de santé équitable. Et les pays se doivent d’accélérer, chacun suivant ses réalités et ses particularités, leur progression vers une couverture universelle en réduisant le recours aux paiements directs par la mise en commun des ressources (OMS, 2005a; 2013a).

La question du financement de la santé est une question cruciale en raison de ses enjeux à la fois politiques, économiques et sociaux (Audibert et al., 2011; OMS, 2005 b; 2010; 2013 b; Mendo Me Mfou, 2013). Cette thèse a considéré l’ampleur des contraintes liées à la modicité des ressources disponibles au Cameroun pour satisfaire financièrement l’accès aux soins des plus défavorisés dans un contexte de précarité et d’absence de couverture sociale. Le choix des travailleurs urbains de l’économie informelle en situation de vulnérabilité s’est révélé comme un choix raisonné et stratégique. Un choix qui considère le potentiel de cette catégorie de personnes défavorisées qui présente l’avantage d’un grand pourcentage d’actifs et qui a une contribution considérable dans l’économie nationale. Une catégorie socio-économique potentiellement capable de prendre une part plus active dans la poursuite de l’objectif de couverture sanitaire universelle posé comme horizon de la nouvelle politique du système de soins au Cameroun. Mais cette thèse a également montré que cette catégorie de travailleurs ne peut jouer ce rôle —qui apparaît incontournable au vu de son importance dans la population active— que si elle est convenablement capabilisée et responsabilisée au sens que suggère Sen (1992; 1999a; 2000).

Vu le caractère complexe, multifactoriel et systémique du problème d’accès aux soins et la nature transversale et multisectorielle des thématiques touchant la santé, il était nécessaire, pour y apporter une solution qui couvre les différents aspects du problème, de mobiliser une multitude de leviers dans une approche interdisciplinaire (éthique, sociologique, politique et socio-économique). En effet, la santé est un bien particulier qui tout en relevant des sciences de la vie relève aussi des champs de la sociologie, de l’économie, de l’éthique et de la morale, en tant qu’un besoin social et humain (Sanni Yaya et Bonet, 2009; Mendo Me Mfou, 2013).

En outre, pour proposer des solutions et des réformes à mener pour atteindre la couverture d’assurance santé pour tous, il a fallu surmonter — vu la nature du sujet — le dilemme qui oppose le paradigme de la rationalisation à celui de besoin social et humain qui relève de

l'éthique sociale et de la morale (Sanni Yaya et Bonet, 2009; BIT, 2012; 2014). Mais la thèse a montré que la santé est un bien non marchand; un bien qui relève des services collectifs et qui ne peut faire l'objet d'une discrimination entre les différentes couches de la population. De ce fait, l'efficacité et la fonction principale d'un système de santé relèvent avant tout de sa capacité à assurer une égalité d'accès géographique, culturel, financier à l'ensemble des membres de la collectivité (Sanni Yaya et Bonet, 2009; OMS, 2009a; 2013 b). Le dilemme entre rationalisation et besoin social humain s'est d'autant plus posé dans la difficulté d'opérationnalisation de la formule de couverture universelle santé dans un contexte aux ressources limitées comme celui du Cameroun. Une situation qui appelle à affronter deux défis majeurs pour atteindre les objectifs de la couverture universelle. Ces défis sont les suivants : le défi de la mise sur pied d'un mécanisme de financement approprié pouvant capter les ressources nécessaires suivant les catégories de contributeurs, en l'occurrence ceux des travailleurs de l'économie informelle, et le défi de la bonne gouvernance et de l'adoption des mécanismes de gestion et de participation performants pour optimiser l'efficacité et l'efficience du système. Il était donc question de proposer un mode de financement approprié suivant la structure de l'économie qui présente un niveau d'emplois informels très élevé; d'opérationnaliser efficacement la solidarité sociale entre riches et pauvres à travers la mutualisation des risques; de donner une fonctionnalité à la solidarité sociale; d'organiser la responsabilisation des fournisseurs et prestataires de soins et d'assurer l'efficience des structures et du système de santé.

Comme solution possible au problème de recherche, la thèse aboutit au résultat qu'une approche inclusive et intégrée de promotion de l'économie informelle (dynamisation de ses activités et potentialisation de ses acteurs) pourrait faire de ce secteur un véritable levier de développement économique et social. Un développement social et solidaire durable et susceptible, sur le long terme, de réaliser l'objectif de la couverture universelle des soins. Une réalisation qui repose sur une politique d'accès équitable aux ressources et sur celle d'une participation sociale convenablement croisée dans une stratégie de capabilisation/responsabilisation. Comme il a été démontré tout au long de notre thèse, il y a un coût social et économique de l'économie informelle, puisque mal organisée, elle « constitue un obstacle à la croissance économique durable et équitable et contribue pour une bonne part aux déficits de la sécurité sociale. » (BIT, 2014 : 50) Et de toute évidence, la persistance d'une vaste économie informelle qui prolifère sur

la pauvreté des capacités et qui produit un revenu de subsistance s'avère incompatible avec la réalisation de l'objectif de transition vers la couverture universelle santé.

Cependant, si cette thèse aboutit à des propositions de réformes importantes et même indispensables à mener pour une transition effective vers la couverture universelle santé, elle comporte quelques limites. Bien qu'elle traite de la question de l'amélioration de la qualité des services de santé en termes de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, elle n'approfondit pas pour autant la problématique des capacités administratives de rendre opérationnel ce choix politique. Aussi, elle évoque sans approfondir la question des modalités d'information, de sensibilisation et de vulgarisation des stratégies visant l'atteinte des objectifs de cette politique. En effet, pour que l'objectif de la couverture universelle santé soit pleinement atteint, il faudra explorer davantage les modalités adaptées et efficaces de renforcement des capacités institutionnelles et administratives, de sensibilisation et d'information pour une bonne appropriation de ce choix social afin de stimuler une forte adhésion et une contribution substantielle. Aussi, une action intersectorielle visant à coordonner le secteur de la santé et d'autres secteurs déterminant l'accès financier aux soins de qualité (économie, finance, administration, travail, protection sociale, recherche, etc.) est d'une importance capitale pour garantir la cohérence politique nécessaire à l'atteinte de l'objectif de la couverture universelle santé (OMS, 2005a; 2010; 2013 b). Ces limites constituent des problématiques qu'il serait nécessaire d'explorer dans d'autres recherches complémentaires à cette thèse pour une transition efficace vers la couverture universelle santé au Cameroun²³⁰.

Malgré ces limites, cette thèse suggère des stratégies et des actions concrètes qui visent l'effectivité du droit à la santé, du droit à la protection sociale et la justice sociale que nous pouvons nommer comme étant la trame et le socle opérationnel de la politique de la couverture

²³⁰ En effet, comme le signifie l'OMS, « On ne peut parvenir à la couverture sanitaire universelle, englobant l'accès intégral à des services de qualité pour la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la rééducation, les soins palliatifs et la protection contre le risque financier, sans s'appuyer sur les données produites par la recherche. La recherche a le pouvoir de répondre à un large éventail de questions sur les moyens de réaliser la couverture sanitaire universelle, et les réponses qu'elle apporte contribuent à améliorer la santé humaine, le bien-être et le développement. » (OMS, 2013 : xi)

universelle santé. Des stratégies qui ont pour principe directeur les principes de responsabilité et de solidarité redéfinies et reconfigurées par rapport aux réalités du contexte camerounais pour une politique efficiente, efficace et opérationnelle de couverture universelle santé. Pour une meilleure visibilité des solutions envisagées par la thèse, ces différentes stratégies sont récapitulées dans le tableau suivant :

Tableau 16 : Récapitulatif des dimensions de l’approche stratégique

Stratégies	Dimensions	Résultat
<p>Approche systémique intégrant les problématiques de l’économie informelle et celles de la couverture universelle santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration des politiques pertinentes de formalisation de l’économie informelle - Reconnaissance de la santé comme aptitude fonctionnelle nécessaire aux travailleurs et priorisation des politiques visant la protection sociale et de la santé - Lutte contre la pauvreté des capacités pour venir à bout de la pauvreté des conditions d’accès aux soins par une stratégie de potentialisation -Optimisation des capacités contributives des travailleurs de l’informel 	<ul style="list-style-type: none"> -Une politique intégrée et cohérente qui favorise l’amélioration des conditions de travail et l’effectivité du droit à la santé -Une économie significativement formalisée qui offre aux travailleurs les possibilités d’exploiter de façon optimale leur potentiel - La formalisation de l’économie informelle fonctionne comme un levier de développement économique et social qui favorise la transition vers la couverture universelle santé -L’autonomie des individus est réconciliée avec leurs droits sociaux et leurs obligations de coopération sociale
<p>Organisation efficiente de la solidarité et responsabilisation pour un accès équitable aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Création des espaces de négociation, de collaboration et de coopération entre parties prenantes -Élaboration et renforcement des mécanismes de responsabilisation pour rendre les gestionnaires et prestataires de soins plus responsables, plus efficaces et plus transparents - Recours à des financements innovants pour optimiser les fonds de financement de la couverture universelle santé -Opérationnalisation efficace de la solidarité sociale à travers la mutualisation des risques 	<ul style="list-style-type: none"> -Le care devient une disposition morale et une pratique sociale - Les citoyens devenus plus solidaires et responsables sont disposés à coopérer à la réalisation des projets sociaux plus englobants comme la protection sociale -Les plus vulnérables sont protégés contre les risques sociaux liés aux dépenses catastrophiques de santé -La transition vers la couverture universelle comme mode de financement équitable des soins est effective

Tout compte fait, le principal défi de la couverture universelle santé au Cameroun est celui d'une approche politique cohérente, inclusive et volontariste. Une politique qui, pour assurer sa durabilité, devra impliquer les différents acteurs sociaux et favoriser une coordination efficace de leur participation sur la base des principes de responsabilité et de solidarité sociale. Une option politique stratégique qui vise les conditions de création d'une société plus impliquée, plus responsable et plus solidaire, avec des modalités de répartition des biens sociaux qui répondent à la nécessaire redistribution équitable des ressources, en l'occurrence les soins de santé. Cette approche est susceptible, en effet, de matérialiser le droit à l'accès aux soins de santé en répondant efficacement au besoin d'accès financier équitable aux soins de base pour tous, notamment des plus défavorisés. Elle sera d'autant plus efficace qu'elle saura assurer la viabilité financière et la pérennité du système.

Cependant, s'il est vrai que la réalisation du projet de la couverture universelle santé relève d'une volonté politique forte, il n'en reste pas moins vrai que l'atteinte des objectifs de ce projet nécessitera un temps relativement long et ne se fera que progressivement, dans une démarche politique volontariste empreinte d'audace et de réalisme²³¹.

²³¹Il faut relever qu'au dix-neuvième et vingtième siècle, pour de nombreux pays, le temps qui s'est écoulé entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie obligatoire et la mise en œuvre de la couverture universelle s'est comptée en décennies. Par contre, le Mexique a récemment mis en œuvre un dispositif public d'assurance-maladie appelé *Seguro Popular* qui lui a permis contre toute attente de parvenir à la couverture sanitaire universelle en moins de 10 ans. Les pays comme le Ghana, le Rwanda constituent aussi des exemples d'une avancée rapide en Afrique (OMS, 2013; Elkhadiri, Himmich et Chouaib, 2013).

Bibliographie

- ABEGA, S. C. et NGOYEBGA, N. S. (2001). « La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé) ». Dans *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Bulletin de l'APAD, n°21. Repéré à <http://apad.revues.org/9>
- ABRIC, J.-C. (1999). *Psychologie de la communication*. Théories et méthodes. Paris : Armand Colin.
- ACKERMAN, J. M. (2005). *Responsabilisation sociale dans le secteur public. Réflexion conceptuelle*. Participation et engagement civique. Série développement social, Publication n°85.
- AISS (2008). *Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique : une stratégie pour le développement*. Genève: Association internationale de la sécurité sociale.
- AKINDÈS, F. (2003). « Le lien social en question dans une Afrique en mutation ». Dans Boulad-Ayoub, J. (dir), *Souveraineté en crise*. Collection Mercure du Nord, p.379-403. Québec : L'Harmattan et Les presses de l'université Laval.
- ALKIRE, S. (2005). *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction*. New York: Oxford University Press.
- ALKIRE, S. (2008). « Using the capability approach: prospective and evaluative analyses ». In Alkire, Sabina; Comim, Flavio; Qizilbash, Mozaffar, *The capability approach: concepts, measures and applications*, p. 26–50. Cambridge: Cambridge University Press.
- ALKIRE, S. (2009). “The capability approach as a development paradigm”. In Chiappero-Martinetti, Enrica, *Debating global society: reach and limits of the capability approach*. Milan : Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.
- ALLARS-POESI, F. (2003). « Coder les données ». Dans Giordano Y. (dir) *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, p. 245-290. Paris : EMS.
- ALY MBAYE, A. (2014). *Secteur informel, emplois et transformation structurelle. Recommandations opérationnelles pour une politique efficace envers le secteur informel*. Document préparé pour l'Organisation internationale de la Francophonie. Dakar : Sénégal.
- ANR (2013). « Vulnérabilité : A l'articulation du sanitaire et du sociale ». Dans *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, Colloque organisé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANS) et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), 14 et 15 novembre 2013, Paris.

- APPEL, K-O. (1996). *Discussion et responsabilité : 1. L'éthique après Kant*. Paris : Cerf.
- APPEL, K-O. (1998). *Discussion et responsabilité : 2. Contribution à une éthique de la responsabilité*. Paris : Cerf.
- ARENDDT, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*, coll. Pocket Agora. Paris : Calmann-Lévy.
- ARISTOTE (2004). *Éthique à Nicomaque*. Paris : Flammarion.
- ATIM, C. (1998). *The contribution of Mutual Health Organizations to financing, delivery, and access to health care in west and central Africa: a synthesis of research in nine countries*. Technical Report, n°18, Partnerships for Health Reform Projects, Abt Associates Inc, Bethesda.
- AUBRY-CAMUS, M.-E. (2008). *La solidarité internationale : une action publique territoriale*. Collège Coopératif en Bretagne, Diplôme des hautes études en pratiques sociales, Titre Homologué de niveau II, France.
- AUDARD, C. (2005). « Care ». Dans CASSIN, B. (dir.), *Vocabulaire Européen des Philosophies*. Paris : Seuil.
- AUDARD, C. (2009). *Qu'est-ce que le libéralisme? Éthique, politique, société*. Paris : Gallimard.
- AUDIBERT, M., MATHONNAT, J. et DE ROODENBEKE, E. (2004). « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis ». Dans *Médecine tropicale*, n°64, p.552-560.
- AUDIBERT M., et al. (2011). *Amélioration de l'accessibilité financière aux soins et orientations pour des stratégies de financement de la gratuité*, vol. 1, Burkina Faso; vol. 2, Mali; vol. 3, Niger. Clermont-Ferrand : CERDI, Institut d'économie de la santé et de santé publique (IESSP).
- AUERBACH, C. F., and SILVERSTEIN, L. B. (2003). *Qualitative data: An introduction to coding and analysis*. New York : NYU Press.
- BACCHETTA, M., ERNST, E. et BUSTAMANTE, J. P. (2009). *Mondialisation et emploi informel dans les pays en développement*. Genève : Organisation internationale du travail et Organisation mondiale du commerce.
- BAILEY, C. et al. (2004, Janvier). *Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique : rapport du BIT*. Intervention faite au Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, tenu à Limbé du 28 au 30 janvier 2004. Genève : BIT/AISS.

- BAKANG MBOCK, C. (2014, février). *Promouvoir l'autonomisation dans les domaines de la pauvreté, de l'intégration sociale, du plein emploi et du travail décent pour tous*. Communication présentée pour le Ministère des affaires sociales du Cameroun à la cinquante-deuxième session de la Commission du développement social des Nations unies, New York.
- BACKINY-YETNA, P. (2009). « Secteur informel, fiscalité et équité : l'exemple du Cameroun ». Dans *African Statistical Journal*, n°9, p. 315-376.
- BALIQUE, H. (2003). *Rapport d'étape de la consultation d'appui à la réforme hospitalière au Cameroun*. Yaoundé : MINSANTE.
- BAILLART, J. F. (1964). *L'État au Cameroun*. Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques.
- BALLET, J., DUBOIS, J.-L et MAHIEU, F.-R. (2004). « À la recherche du développement socialement durable : concepts fondamentaux et principes de base ». Dans *Développement durable et territoires*. Repéré à <http://developpementdurable.revues.org/1165>
- BALLET, J., DUBOIS, J.-L. et MAHIEU, F.-R. (2005). *L'autre développement : le développement socialement soutenable*. Paris : L'Harmattan.
- BALLET, J., DUBOIS, J.-L. et MAHIEU F.-R. (2009) « Sen, libertés et pratiques du développement : l'incomplétude comme source d'innovation ». Dans *Revue Tiers-Monde*, n°198.
- BANQUE MONDIALE (2006). *Analyse de la situation du secteur de la santé au Cameroun*. Washington: World Bank.
- BANQUE MONDIALE (2013). « Vers une plus grande équité. Numéro spécial sur la santé ». Dans *Cahier économique du Cameroun*. Washington : International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- BARDIN, L. (1989). *L'analyse de contenu* (5e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- BAUDOIN, J.-L. (1985). *La responsabilité civile délictuelle*. Cowansville : Yvon Blais Inc.
- BAUMARD, P. et IBERT, J. (2007). *Quelles approches avec quelles données ?*. Dans Thiétart R.-A. et al. (dir), *Méthodes de recherche en management*, p. 82-103. Paris : Dunod.
- BEAUCHAMP, T. et CHILDRESS, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York/Oxford : Oxford University Press.

- BEC, C. et PROCACCI, G. (dir.), (2003). *De la responsabilité solidaire. Mutations dans les politiques sociales d'aujourd'hui*. Paris : Syllepse.
- BEC, C. (2009). « De quelques usages récents des notions de solidarité et de responsabilité ». Dans *Vie sociale*, n° 3, p. 57-70.
- BEC, C. (2014). *La sécurité sociale. Une institution de la démocratie*. Paris : Gallimard.
- BECK, U. (2001). *La société du risque*. Paris : Aubier.
- BECKER, L. C. et BECKER, C. (1992). *Encyclopedia of Ethics*. vol.II, p.1089-1094. New York : Garland Publishing, Inc.
- BEKOLO EBE, B. (2005). « Solidarité nationale et développement social ». Dans *Actes du premier forum sur la solidarité nationale au Cameroun*. Yaoundé : MINAS.
- BEM, J., SAMO TCHEEKO, T. M., NGUETSE TEGOUM, P. J. et ESSOH, J. (2013). *Efficiencie de production du secteur informel non-agricole et réduction de la pauvreté au Cameroun*. Yaoundé: Partnership for economic policy.
- BENGTSON, V. L. (2001). "Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. The Burgess Award Lecture". In *Journal of Marriage and Family*, n°63, p. 1-16.
- BENGTSON, V. L. (2005). *Sourcebook of Family Theory and Research*. Thousand Oaks: Sage.
- BENNETT, S. CREESE, A. and MONASCH, R. (1998). *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Current Concerns*, (WHO/ARA/CC/98.1). Geneva: World Health Organization.
- BENOIST, J. (2007). « Présentation ». Dans Diop, M.-C. et Benoist, J. (dir), *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*, p. 9-14. Paris: Karthala.
- BEN YAHMEN, D. (dir), (2006). *Cameroun*, coll Atlas de l'Afrique. Paris : Les éditions J.A.
- BERG, B. L. (2007). *Qualitative research methods for the social sciences* (6th ed.). Toronto: Pearson Education.
- BERELSON, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. New York : The Free Press.
- BERTHÉLEMY, J-C. (2007). *Santé et développement en Afrique. Relation entre santé, développement et réduction de la pauvreté*. Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement. Paris : Académie des sciences Morales et politiques.

- BERTHÉLEMY, J-C. (2008). « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », dans *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, vol.331, n°12, 2008, p. 903-918.
- BERTHÉLEMY, J-C. et SEBAN, J. (2009). « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement ». Dans *Revue d'Économie du Développement*, vol.17, n°1-2, p. 33-72.
- BEYEME ONDOUA, J.-P. (2002). « Le système de santé camerounais ». Dans *adsp*, n° 39, p.61-65.
- BIJLMAKERS, L., DUSSELJEE, J. and JURGENS, E. (2006). *The role of user fees and health insurance in health care financing. A position paper*. Leusden : The Netherlands.
- BIT (1991). *Le dilemme du secteur non structuré*, Rapport du Directeur général, Conférence internationale du Travail, 78^e session. Genève : Bureau international du travail.
- BIT (1993). *Quinzième Conférence internationale des Statisticiens du Travail: Résolution concernant les statistiques de l'emploi dans le secteur informel*, Annexe II, Genève : Bureau international du travail.
- BIT (1999). « Sécurité sociale pour le secteur informel: Un nouveau défi pour les pays en Développement », Dans *Revue internationale de la sécurité sociale*, vol.1, n°99.
- BIT (2000). *Emploi et protection sociale dans le secteur informel*, 277^{ième} session, GB.277/ESP/1/2. Genève : Bureau International du travail.
- BIT (2002). *Travail décent et économie informelle*. Sixième question d'ordre du jour, 90^e session Conférence internationale du Travail, Genève, Bureau international du Travail.
- BIT (2003). « Le travail décent au service du développement de l'Afrique : rapport du Directeur général », Bureau International du Travail, dixième Réunion régionale africaine, Addis-Abeba.
- BIT (2010). *Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale*. Genève : Bureau international du Travail. Repéré à <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=19141>
- BIT (2011). *Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du socle de protection sociale. Le plan d'action*. 12^e Réunion régionale africaine, 11-14 octobre 2011, Johannesburg, Afrique du Sud. Genève : Bureau international du Travail. Repéré à <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=25522>

- BIT (2012). *Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012*. Genève : Bureau international du Travail.
- BIT (2013). *Mesurer l'informalité: Manuel statistique sur le secteur informel et l'emploi informel*. Genève : Organisation internationale du Travail.
- BIT (2014). *La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle*. Conférence internationale du Travail, 103e session, ILC.103/V/1. Genève : Bureau international du Travail.
- BIT (2015). *Domaine de première importance : Création et extension de socles de protection sociale, 323e session du Conseil d'administration, 12-27 mars 2015*. Genève : Bureau international du travail. Repéré à http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_346509.pdf
- BLAIS, M.-C. (2007). *La solidarité, histoire d'une idée*. Paris: Gallimard.
- BOETSCH, G. (2010). «Préface». Dans Aboussad, A., Cherkaoui, M., Vimard, P. (Edit.) *Santé et vulnérabilités au Maroc*. Marrakech : El Watanya.
- BOIDIN, B. (2011). «La bonne gouvernance et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon ». Dans *Éthique et économique/Ethics and Economics*, vol. 8, n°2, 2011, p.191-214.
- BONVIN, J-M. et FARVAQUE, N. (2008). *Amartya Sen : une politique de la liberté*. Paris : Michalon.
- BORDE, M. B. (2003). « *Justice et Démocratie. La philosophie politique de John Rawls* ». Dans *Bulletin de Littérature Ecclésiastique*, n°1, p. 43-60.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.
- BOURGEOIS, B. (1992). *Solidarité*. Lille : Presses du Septentrion.
- BOUQUET, B. et JAEGER, M. (2009). « La responsabilité entre philosophie, éthique et droit ». Dans *Vie sociale*, n° 3. p. 5-162.
- BOWEN, H. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman*. New York: Harper et Brothers.
- BRIOD, P. (2011). *Les déficiences du secteur informel camerounais. Pourquoi les petits entrepreneurs s'en sortent mieux dans l'informalité*, Travail de séminaire sur Secteur privé, développement et inclusion sociale, Institut des Hautes Études Internationales et du Développement, Genève.

- BRODIEZ-DOLINO, A. (2013). « Vulnérabilité sanitaire et sociale ». Dans *Le mouvement Social*, n°242, p. 3-8.
- BROWN, C. (1999). « Minimum wages, employment, and the distribution of income ». Dans Ashenfelter, O. et D. Card (dir.), *Handbook of Labor Economics*. Édition 1, 3, pp.2101-2163.
- BUCREP (2011). *Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Rapport technique de l'analyse des données*, vol.1, Tome 8. Yaoundé : Bureau central des recensements et des études de population.
- BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE (2009). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015*. Cameroun, Brazzaville, OMS.
- BUREAU DE LA REPRÉSENTATION DE L'OMS AU CAMEROUN (2012). *50 ans de coopération Cameroun-OMS. Rapport annuel 2012*. Yaoundé : Bureau de la représentation de l'OMS au Cameroun.
- BUREAU UNICEF AU CAMEROUN (2009). *Pauvreté et disparité chez les enfants du Cameroun*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- BURKHAUSER, R. V. et SABIA, J. J. (2007). « The Effectiveness of Minimum-Wage Increases in Reducing Poverty: Past, Present, and Future ». In *Contemporary Economic Policy*, 25(2), p.262-281.
- BYK, C. (2007). « Bioethics and Social Responsibility », Dans *Journal International de Bioéthique*, vol. 18, p. 15-18.
- CALVÈS, A. E. et MARCOUX, R. (2007). « Sociétés africaines en mutation : entre individualisme et communautarisme ». Dans *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 2, p.151-171.
- CARRIN, G., JAMES, C. et EVANS, D. (2005). « Atteindre la couverture universelle: le développement du système de financement ». Dans *Résumés techniques pour décideurs*, Organisation mondiale de la santé, n°1, p.149-162.
- CASTEL, R. 1995. *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- CASTEL, R. (2003). *L'Insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*. Paris : Seuil.
- CALLICOTT, B. (1994). *Earth's Insights. A Multicultural Survey of Ecological Ethics from the Mediterranean Basin to the Australian Outback*. California: Press University of California.

- CARRIN, G. (2003). *Régimes d'assurance-maladie communautaires dans les pays en développement : faits, problèmes et perspectives*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- CAILLÉ, A. (dir), (2007). *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. Paris : La Découverte.
- CASTEL, R. (2009). *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Seuil.
- CAPRON, M. (2009). « La responsabilité sociale des entreprises ». Dans *Encyclopédie du développement durable*, n° 99. Paris : Des Récollets.
- CAPRON, M. et QUAIREL-LANOIZELEE, F. (2007). *La responsabilité sociale d'entreprise*. Paris : La Découverte.
- CARRIN G., JAMES C. et EVANS, D. (2006). « Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement ». Dans Dussault, G. et Fournier, P, Letourmy A, (Ed), *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p.149-161, p.149-161. Washington DC : Banque mondiale.
- CICHON, M., BEHRENDT, C. et WODSAK, V. (2011). *L'Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies. Renverser le cours des choses à la Conférence internationale du travail 2011*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung/Department for Global Policy and Development.
- CHAMBWERA, M., MACGREGOR, J. et BAKER, A. (2011). *Le secteur informel: plaidoyer pour une meilleure prise en compte dans les politiques de développement d'un pays*. London : International Institute for Environment and Development (IIED). Repéré à http://www.gret.org/wp-content/uploads/le_secteur_informel.pdf
- CHANIAL, P. et LAVILLE J.-L. (2001). « Société civile et associationnisme : une analyse sociohistorique du modèle français d'économie sociale et solidaire ». Dans *Politique et Sociétés*, vol. 20, n° 2-3, p. 9-36.
- CHAPPUIS, R. (1999). *La solidarité : l'éthique des relations humaines*. Paris : Presses universitaires de France.
- CHÂTEL, V. (2004). « La solidarité : une exigence de « responsabilité-pour-autrui ? ». Dans Soulet, M.-H. (dir.), *La solidarité : exigence morale ou obligation publique ?* , p. 138-162. Fribourg : Academic Press Fribourg.
- CHAMBERS, R. (1989). "Vulnerability, coping and policy". In *IDS Bulletin* (Institute of Development Studies, University of Sussex), vol.20, n°2, p.1-7.

- CHARMES, J. (2003). *Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel*. Paris, IRD.
- CHAUVIÈRE, M. et MESSU, M. (2003). « Les apories de la solidarité familiale. Contribution à la sociologie des configurations de justice entre les familles et l'État ». Dans *Sociologie du travail*, vol.45, n° 3, p. 327-342.
- CHEN, M. A., VANEK, J. et CARR, M. (2002). *Mainstreaming informal employment and gender in poverty reduction: A handbook for policy-makers and other stakeholders*. London, Commonwealth Secretariat.
- CHOSSUDOVSKY, M. (1998). *La mondialisation de la pauvreté*. Montréal : Ecosociété.
- CHUNG, R. 2007. « Domination, vulnérabilité et inégalité d'accès aux soins de santé ». Dans *Philosophique*, vol. 34, n°1, p.133-152.
- CLEMENT, V., LE CLAINCHE C. et SERRA, D. (2008) *Théorie de la justice et de l'équité*. Paris : Economica.
- CNPS (1979). *Recueil des textes de base*, 2e édition, Yaoundé, Caisse Nationale de Prévoyance Sociale.
- CNPS (1998). « L'avenir de la sécurité sociale : contribution de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun ». Dans *Problèmes et perspectives de la sécurité sociale dans les pays francophones d'Afrique*, n° 20, Série africaine, AISS, Abidjan.
- COGNEAU, D. (2003). « Opportunités et risques des nouvelles stratégies de réduction de la pauvreté ». Dans Cling, J-P. et al (dir) *Pauvreté, inégalité des conditions et inégalité des chances*, p.57-82. Paris : Economica.
- COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE (2007). *Measuring the informal sector in Africa*, Addis-Abeba : Nation unies.
- COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE (2009). *Étude sur la Mesure du Secteur informel et de l'emploi informel en Afrique*, E/ECA/ACS. Addis-Abeba : Nation unies.
- COMMEYRAS, C. et NDO, R. (2002). *Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun*. Yaoundé : Ministère de la santé publique.
- COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- COMMISSION ÉCONOMIQUE DES NATIONS UNIES POUR L'AFRIQUE (2009). *Étude sur la Mesure du Secteur Informel et de l'emploi informel en Afrique*. New-York : Nation unies.
- CONA (2010). *Stratégie nationale de lutte contre la corruption 2010-2015*. Yaoundé : Commission nationale anti-corruption.
- CONAC (2011). *Rapport sur la corruption au Cameroun*. Yaoundé : Commission nationale anti-corruption.
- CORNIA, G. A., JOLLY, R. et STEWART, F. (dir.). (1987). *L'ajustement à visage humain: protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*. Paris: Economica.
- CRANE, A. et al. (2008). *The Oxford Handbook of Corporate Social Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- CRIEL, B. et DORMAEL, M. V. (1999). « Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire: l'histoire Européenne se répétera-t-elle? ». Dans *Tropical Medicine and International Health*, vol.4, n°3, p 155-159.
- CRIEL, B. et VAN DOORMAEL, M. (1999). « Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire ». Dans *Tropical Medicine and International Health*, vol. 4, n° 3, p. 155-159.
- CREESE, A. and KUTZIN, J. (1997). “Lessons from cost recovery in health”. In C. Colclough, *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?*. Oxford: Clarendon Press, p. 37-62.
- DANIELS, N. (1981). “Health-Care Needs and Distributive Justice”. In *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, n° 2, p. 146-179.
- DANIELS, N. (1985). *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press.
- DANIELS, N. (2003). “Democratic Equality: Rawls’s Complex Egalitarianism”. In S. Freeman (dir.), *The Cambridge Companion to Rawls*, p. 241-277. Oxford: Cambridge University Press.
- DANIELS, N. (2009). « L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé ». Dans *Raisons politiques*, n° 34, p.9-29. DOI : 10.3917/rai.034.0009.
- DANIELS, N. and SABIN, J. (1997), « Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers ». In *Philosophy and Public Affairs*, vol. 26, no 4, p. 303-350.

- DANIELS, N. and SABIN, J. (2002). *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources ?*. New York: Oxford University Press.
- DANDURAND, R. B. et OUELLETTE, F.-R. (1992). *Entre autonomie et solidarité. Parenté et soutien dans la vie de jeunes familles montréalaises*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, IQRC Montréal.
- DEMERS C. (2003). « L'entretien ». Dans Giordano, Y. (dir) *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, p. 174-210. Paris : EMS.
- DEATON, A. (2003). "Health, Inequality, and Economic Development". In *Journal of Economic Literature*, n°41, p.113-158.
- DEBORDEAU, D. (1994). « Désaffiliation, disqualification, désinsertion ». Dans *Recherche et prévision*, n°38, p.93-100.
- DJADÉ, K. (2011). *L'économie informelle en Afrique subsaharienne*. Paris: L'Harmattan.
- DE LA ROSA, J. et SCHEIL-ADLUNG, X. (2007). *Permettre une transition vers la formalisation en fournissant un accès aux soins de santé : Les exemples de la Thaïlande et du Ghana*, Material for the Tripartite Interregional Symposium on the Informal Economy : Enabling Transition to Formalization, 27-29 November 2007, Geneva. Repéré à http://www.ilo.org/emppolicy/events/WCMS_125995/lang--fr/index.htm
- DÉPARTEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE L'OIT, (2007). *La sécurité sociale pour tous : un investissement dans le développement social et économique mondial. Document de réflexion 16*. Genève : Organisation internationale du Travail.
- DE SAINT-EXUPERY, A. (1939). *Terre des hommes*. Paris : Livre de Poche.
- DE SOTO, H. (1989). *The Other Path: The Invisible Revolution in the Third World*. New York: Harper & Row.
- DE VREYER, P. et ROUBAUD, F. (dir.) (2012). *Marchés du travail urbains en Afrique*. Paris/Marseille : IRD et AFD.
- DESCHAMPS, J.-P. (2000). « Les enjeux de santé publique dans le pays en voie de développement ». Dans *Médecine et Sciences*, n° 16, p. 1211-1217.
- DJEUTCHOUANG SAYANG, C. (2010). *Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme sur le coût et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun*, Thèse soutenue à la faculté de médecine, Université de Marseille.

- DIMÉ, N. M. (2007). « Remise en cause, reconfiguration ou recomposition? Des solidarités familiales à l'épreuve de la précarité à Dakar ». Dans Marcoux, R. et Calvès, A. *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 2, p. 173-198.
- DIOP, M.-C. et BENOIST, J. (2007). *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*. Paris : Karthala.
- DRECHSLER, D. et JÜTTING, J. (2005). « L'assurance maladie privée dans les pays en développement : une solution pour les pays pauvres ? ». Dans *Repères*, n° 11. Paris : Centre de Développement de l'OCDE.
- DUBOIS, C.-A. (2002). *Transformation des systèmes de soin de santé et pratiques d'imputabilité*, Thèse de doctorat soutenue en santé publique, option organisation des soins, Université de Montréal.
- DUBOIS J.-L., et al. (dir.), (2008). *Repenser l'action collective : une approche par les capacités*, Réseau IMPACT. Paris: L'Harmattan.
- DUBRESSON, A., MARCHAL, J.-Y. et RAISON, J.-P. (1994). *Les Afriques au sud du Sahara*, coll Géographie Universelle. Paris/Montpellier: Belin-Reclus.
- DUFOULON, S. et METHNI, M. (2011). "The logic of the Gift. From Local Traditional Exchange to Modern Globalization". In *Sociological Problems*, 3-4, p 271-286.
- D'UNRUG, M.-C. (1974). *Analyse de contenu*. Paris : L'Édition Universitaires.
- DURKHEIM, É. (2007). *De la division du travail social* (1re éd., 1893). Coll. « Quadrige ». Paris : Presse universitaire de France.
- DUSSAULT, G. (2006). « Introduction ». Dans G. Dussault, P. Fournier et A. Letourmy, (dir.) *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série : Santé, Nutrition et population. Washington DC : Banque mondiale.
- DUSSAULT, G., FOURNIER, A. et LETOURMY, A. (2006). *Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington DC : Banque Mondiale.
- EDIMO, F. (2013). « Regard sceptique sur le droit à la santé au Cameroun ». Dans *Juridical Tribune*, vol.3, n°2, p.65-80.
- ELIAS, N. (1991). *La société des individus*. Paris : Fayard.

- ELKHADIRI, M., HIMMICH, H. et CHOUAIB, J. (2013). *Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé*. Rapport de la Commission permanente marocaine chargée des affaires sociales et de la solidarité. Marrakech : SIPAMA.
- ELOUNDOU-ENYEGUE, P. (1992). « La solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun? ». Dans *Les dossiers du CEPED*, n°22.
- EMPAIRE, G. (2009). « Égalité, justice et équité ». Dans Ten Have, H. A. M. J., et S. Jean, M. (dir), (2009). *UNESCO : La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*, p.187-200. Paris : UNESCO.
- ELOUNDOU, P. (1992). *Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun*. Paris: CEPED.
- EVANS, D. (2010). « Remarques introductives ». Dans *Rapport du Comité international de bioéthique of the International de bioéthique de l'UNESCO (CIB) sur la responsabilité sociale et la santé*. Paris: UNESCO.
- EZZY, D. (2002). *Qualitative analysis: Practice and innovation*. London: Routledge.
- FARRELL, D. (2004). "The hidden dangers of the informal economy". In *McKinsey Quarterly*, n° 3, p. 26-37.
- FARRUGIA, F. (1997). « Exclusion : mode d'emploi ». Dans *Cahiers internationaux de sociologie*, vol.102, p. 29-57.
- FAVREAU, L. et Fréchette, L. (2002). *Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- FELDMAN, M. S. (1995). *Strategies for interpreting qualitative data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- FLEURBAEY, M. (2007). « Solidarité, égalité, libéralisme ». Dans *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, p.71-85. Paris : Presses Universitaires de France.
- FLEISCHACKER, S. (2004). *A short history of distributive justice*. Cambridge : Harvard University Press.
- FOUOMENE, E. (2013). *Les protections traditionnelles et le développement du système de sécurité sociale au Cameroun*. Thèse soutenue à la Faculté de droit, Université de Genève.
- FORMARIER, M. (2007). « La relation de soin, concepts et finalités ». Dans *Recherche en soins infirmiers*, n° 89, p. 33-42.

- FORTIN, A. (1987). *Histoires de familles et de réseaux. La sociabilité au Québec d'hier à demain*. Montréal : Saint-Martin.
- FRASER, N. (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale ?*. Paris : La Découverte.
- GAGNON E. et SAILLANT, F. (DIR.) (2006). *De la responsabilité : Éthique et Politique*. Montréal : Liber.
- GAILLARD, P. (1989). *Le Cameroun*, Tome I. Paris : L'Harmattan.
- GARGA, H. et ONGOLO-ZOGO, P. (2013). *Améliorer l'accueil et la prise en charge dans les services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun*. Yaoundé: Supporting the Use of Research Evidence (SURE).
- GAUCHET, M. (2003). « À la charnière de l'individuel et du collectif ». Dans BEC, C. et PROCACCI, G. (dir.), *De la responsabilité solidaire. Mutations dans les politiques sociales d'aujourd'hui*. Paris : Syllepse.
- GENDRON, C. (1995). *L'entreprise comme vecteur du progrès social*, Cahiers de la Chaire de Responsabilité sociale et de développement durable, Montréal.
- GILARDONE, M. (2007). *Contexte, sens et portée de l'approche par les capacités de Amartya, Kumar Sen*. Thèse de doctorat soutenue à la faculté des sciences économiques et de gestion, Université de Lyon 2.
- GILBERT, V. (2009). *Étude de la Grameen Bank ; le microcrédit au Bangladesh comme moyen d'empowerment*. Les Cahiers de la Chaire C.-A Poissant, Collection Mémoire n° 21. Montréal : Université du Québec à Montréal (UQAM).
- GENTILINI, U., HONORATI, M. et YEMTSOV, R. (2014). *The state of social safety nets 2014*. Washington, DC: Banque mondiale.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- GILLIGAN, C. (2008). *Une voix différente : Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion.
- GIORDANO, Y. (2003), « Les spécificités des recherches qualitatives ». Dans GIORDANO, Y. (dir.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, p. 11-39. Collombelles : EMS.
- GLOUKOVIEZOFF, G. et REBIERE, N. (2013). *Le microcrédit contre la pauvreté*. Ivry-sur-Seine : Éditions de l'Atelier.

- GNINGUE, P. S. (2009). *Partenariats mutuelles de santé et institutions de finance : Études de cas sur les expériences du Sénégal*. Dakar : Programme de santé de l'USAID/Projet de financement et politique de santé.
- GODARD, O. (dir.), (1997). *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*. Paris : Maison des Sciences de l'Homme/ INRA.
- GODARD, B., HUNT, M. et MOUBÉ, Z. (2014). « Éthique de la recherche en santé mondiale: la relation nord-sud quel partenariat pour quelle justice sociale? ». Dans *Global Health Promotion*, vol.21, n°2, p.80-87.
- GODELIER, M. (1996). *L'énigme du don*. Paris: Fayard. GONIDEC, P. F. (1976). *La République unie du Cameroun*. Paris : Berger Levrault.
- GONIDEC, P. F. (1976). *La République unie du Cameroun*. Paris : Berger Levrault.
- GOYDER, G. (1961). *The Responsible Corporation*. Oxford: Basil Blackwell.
- GROSJEAN, P. (2000). «La pensée d'Amartya Sen sur le développement». Dans *Revue Quart Monde*, n°176. Repéré à document.php?id=2253
- GUESLIN, A., et GUILLAUME, P. (dir.), (1992). *De la charité médiévale à la sécurité sociale. Économie de la protection sociale du Moyen Âge à l'époque contemporaine*. Paris : Éditions ouvrières.
- HABERMAS, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome 1. Paris: Fayard.
- HABERMAS, J. (1992). *L'éthique de la discussion*. Paris : Cerf.
- HARRIS, E. (2013). «Financement des socles de protection sociale : réflexions sur l'espace budgétaire». Dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 66, n° 3-4, p. 117-153.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (2004). *Droits économiques, sociaux et culturels. Manuel destiné aux institutions nationales des droits de l'homme*, Série sur la formation professionnelle, n°12. New York et Genève : Nation unies.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, (2007). *Pratiques de bonne gouvernance pour la protection des droits de l'homme*. New York et Genève : Nation unies.
- HAUSEMER, H. (2006). *Philosophie de l'engagement*, conférence. Repéré à http://www.lvn.asso.fr/IMG/pdf/PHILOSOPHIE_DE_L_ENGAGEMENT_HH_2006_2.pdf

- HERRERA, J., RAZAFINDRAKOTO, M. et ROUBAUD F. (2007). «Governance, democracy and poverty reduction: Lessons drawn from household surveys in sub-Saharan Africa and Latin America». In *International Statistical Review*, vol. 75, n°1.
- HARRINGTON, M. (1999). *Care and Equality*. New York : Knopf.
- HONNETH, A. (2002). *La Lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.
- HORKHEIMER, M. (1978). *Théorie critique*. Paris : Payot.
- HENRIOT, J. (1995). « Responsabilité ». Dans *Encyclopaedia Universalis*, Corpus 19. Paris : Encyclopaedia Universalis.
- HUGON, P. (1990). « L'impact des politiques d'ajustement sur les circuits financiers informels africains ». Dans *Revue Tiers-Monde*, vol.31, n° 122, p.89-112.
- IGALENS, J. (2012). *La responsabilité sociale des entreprises : Défis, risques et nouvelles pratiques*. Paris : Eyrolles.
- INS (2005), *Enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun en 2005, Phase 1 : Enquête sur l'emploi, Rapport principal*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- INS (2006). *Enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun en 2005, phase 2 : Enquête sur le secteur informel, Rapport principal*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- INS (2007). *Troisième enquête sur les conditions de vie des ménages (ECAM 3)*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- INS (2008). *Conditions de vie des populations et Profil de Pauvreté au Cameroun en 2007. Rapport principal de la troisième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- INS (2010). *Rapport Principal Volet Santé: Enquête PETS 2*. Yaoundé : Institut National de la Statistique.
- INS (2011). *Deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun (EESI 2)*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- INS (2012a). *Deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun (EESI 2), Yaoundé, Institut national de la statistique. Distorsion et mobilité sur le marché du travail*. Yaoundé : Institut national de la statistique.

- INS (2012b). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*. Calverton: Institut National de la Statistique/ICF International.
- INS et ICF INTERNATIONAL (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. Calverton, Maryland : INS et ICF International.
- INS (2013). *Annuaire statistique du Cameroun. Recueil des séries d'informations statistiques sur les activités économiques, sociales, politiques et culturelles du pays jusqu'en 2013*. Yaoundé : Institut national de statistique.
- ISSA (2014). *Afrique : Approches stratégiques pour renforcer la sécurité sociale. Développements et tendances 2014*. Genève : Association internationale de sécurité sociale.
- JAEGER, M. (2009). « Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation ». Dans *Vie sociale*, n° 3, p. 71-81.
- JOBIN, G. (2004). « Le paradigme de la responsabilité comme condition de l'éthique théologique ». Dans *Laval théologique et philosophique*, vol. 60, n°1, p. 129-148.
- JONAS, H. (1990). *Le principe responsabilité*. Paris : Cerf.
- JONAS, H. (2000). *Une éthique pour la nature*. Paris : Desclée de Brouwer.
- JACQUET, P. et al. (2004). « Amartya Sen, la pauvreté comme absence de capacité ». Dans *Revue Projet*, vol. 3, n° 280, p. 72-77.
- JASPER, K. (1986). *Philosophie : orientation dans le monde, éclaircissement de l'existence, métaphysique*. Paris : Springer-Verlag.
- JONAS, H. (1990). *Le principe responsabilité*. Paris : Cerf.
- KALA KAMDJOUNG, J. R. (2005). *La micro-finance, outil de financement pour l'économie sociale et informelle en Afrique Centrale*, GRIAGES, Journées de la micro-finance, 3 et 4 novembre. Yaoundé : Presses de l'UCAC.
- KANDEL, L. (1972). « Réflexions sur l'usage de l'entretien, notamment non-directif, et sur les études d'opinion ». Dans *Épistémologie scientifique*, n°13, p.25-46.
- KANT, E. (1985). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Gallimard.
- KANTÉ, S. (2001). *Le secteur informel en Afrique subsaharienne francophone: vers la promotion d'un travail décent*, Document de travail sur l'économie informelle. Genève : Bureau international du Travail. Repéré à www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/.../wcms_122219.pdf

- KELODJOUE, S. LIBITÉ, P. R. et JAZET, E. (2012). « Caractéristiques du pays et présentation de l'enquête ». Dans INS et ICF international, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*, p.1-16. Calverton, Maryland : INS et ICF International.
- KEMP, P. et RENDTORFF, J. D. (2001). « Vulnérabilité (Principe de) ». Dans Hottois, G. et Missa, J.N. (dir), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: Boeck Université.
- KRIPPENDORFF, K. (2003). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- KOTTO EPEE, H. (2004). « L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes : rapport du Cameroun ». Dans *Développement de la sécurité sociale en Afrique francophone : communication, extension, performance*, Document de sécurité sociale, Série africaine, n° 26. Abidjan : AISS.
- LABIE, M., NYSSSENS, M. et WÉLÉ, P. (2007). « Micro-finance et micro-assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso ». Dans *Mondes en développement*, vol.3, n° 139, p. 57-71.
- LACHAUD, J.-P. (1994). *Pauvreté et marché du travail urbain en Afrique subsaharienne: analyse comparative*. Genève : Institut International d'Études Sociales.
- LACHAUD, J.-P. (1997). *Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso*, Bordeaux, série de recherche, Centre d'économie du développement, Université Montesquieu-Bordeaux 4.
- LACHAUD, J.-P. (2006). « Urbanisation, pauvreté et capacités : nouveaux défis des stratégies de développement. Une approche spatio-temporelle au Burkina Faso », Dans *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n°3, p. 451-486.
- LACROIX, I. et ST-ARNAUD, P.-O. (2012). « La gouvernance : tenter une définition ». Dans *Cahiers de recherche en politique appliquée*, vol. 4, n° 3, p.19-37.
- LADOUCEUR, B. (2008). « Serge Paugam, *Le lien social* », Les comptes rendus, mis en ligne le 28 août 2008, consulté le 16 janvier 2015. Repéré à <http://lectures.revues.org/653>
- LAHMITI S. et ABOUSSAD A. (2010). « La promotion de la santé dans le contexte des vulnérabilités. L'exemple du Maroc ». Dans Aboussad A., Cherkaoui M., Vimard P. (édit.) *Santé et vulnérabilités au Maroc*. Marrakech : El Watanya.
- LALANDE, A. (1988). *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*. Paris : Presse Universitaire de France.

- LARRÈRE, C. (1997). *Les philosophies de l'environnement*. Paris : Presse Universitaire de France.
- LA ROSA, E. et al. (2007). « La responsabilité sociale en santé et la situation sanitaire mondiale. À propos des nouveaux indicateurs sanitaires et sociaux ». Dans *Santé Publique*, vol. 19, p. 217-227.
- LAUGIER, S. et PAPERMAN, P. (dir.) (2005). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : EHESS.
- LECA, J. et GRAWITZ, M. (1986). *Traité de science politique*, vol. 4. Paris : Presses Universitaires de France.
- LELART, M. (éd.), (1990). *La tontine: pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*. Paris : John Libbey Eurotext /AUPELF-UREF.
- LENOIR, F. (1991). *Le temps de la responsabilité. Entretiens sur l'éthique*. Paris : Fayard.
- LENOIR, R. (2003). *Généalogie de la morale familiale*. Paris : Seuil.
- LENOIR, R. (2007). « La solidarité familiale : une question morale? ». Dans Paugam, S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, p.169-186. Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France.
- LEONARD, C. (2012). « La responsabilisation capacitante : un nouveau paradigme pour refonder l'État-providence? Application au secteur des soins de santé ». Dans *Éthique et économique/Ethics and Economics*, vol.9, n°2, p.46-65. Repéré à <http://ethique-economique.net/>
- LÉONARD, C. (2006). *Croissance contre santé. Quelle responsabilisation du malade?*. Bruxelles : Couleur livres.
- LÉONARD, C. (2009). « L'équité dans les approches post-welfaristes de la justice et la responsabilité individuelle du patient. Vers une responsabilisation capacitante ». Dans *Revue des Questions Scientifiques*, n°180, p. 173-216.
- LÉONARD, C. (2010). « Un nouveau paradigme pour les assurances sociales : la responsabilisation capacitante ». Dans F. Degavere et al. (dir), *Transformations et innovations économiques et sociales en Europe : quelles sorties de crise ? Regards interdisciplinaires*, Actes du Colloque de l'Association d'Économie Sociale, p.113-131. Louvain : Presse Universitaires de Louvain.
- LÉONARD, C. (2012). « La responsabilisation capacitante : un nouveau paradigme pour refonder l'État-providence? Application au secteur des soins de santé ». Dans *Éthique et économique/Ethics and Economics*, vol.9, n°2, p.46-65.

- LE CLAINCHE, C. (2008). « Politiques de santé et approche par les capacités ». Dans Reboud, V. (dir) *Amartya Sen : un économiste du développement ?*. Paris : AFD.
- LE TOURNEAU, P. (2003). *La responsabilité civile*. Paris : Presses Universitaire de France.
- LETOURMY, A. (2003, Janvier). *État et assurance maladie dans les pays africains*. Communication faite aux XXVIème Journées des Économistes français des santés, organisées par le Centre d'études et de recherche sur le développement international (CERDI), 9-10 janvier 2003, Clermont-Ferrand. Repéré à <http://cerdi.org/uploads/sfCmsContent/html/194/Letourmy.pdf>
- LETOURMY, A. (2006). « Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone », Dans *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Série santé, nutrition et population. Washington DC : Banque Mondiale.
- LEVINAS, E. (1982). *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard.
- L'HUILLIER, H. (2003). « Qu'est-ce que le développement durable ? ». Dans *Cahiers d'éthique sociale et politique*. n°78, p. 80-91.
- LIBITÉ, P. R. et JAZET, E. (2012). « Morbidité, recours aux soins et dépenses de santé dans les ménages ». Dans INS et ICF international, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*, Calverton, Maryland, INS et ICF International, pp. 294-307.
- LUND, F. (2012). « Pour une protection sociale liée au travail en faveur des travailleurs du secteur informel ». Dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 65, n°4, p.11-36.
- MACH, A. (1999). *Amartya Sen, développement et santé*. Intervention faite à la 52e Assemblée mondiale de la santé tenue du 17-25 mai 1999, Genève. Genève : Organisation mondiale de la santé. Repéré à https://apps.who.int/infwha52/to_our_health/developpement_et_sante.html
- MAGUAIN, D. (2002). « Les théories de la justice distributive post-rawlsienne: une revue de littérature ». Dans *Revue économique*, vol.53, n°2, p. 165-199.
- MALENA, FORSTER et SINGH, (2004). Responsabilisation sociétale. Introduction au concept et pratique naissante. Washington, DC : The World Bank.
- MALDONADO, C. BADIANE, C. et MIÉLOT, A.-L. (2004). *Méthodes et Instruments d'Appui au Secteur Informel en Afrique Francophone*, Programme focal de promotion de l'emploi par le développement des petites entreprises. Genève : Bureau international du travail.

- MAMA FOUA, A. (2015, février). *Discours d'ouverture des travaux des ateliers de formation sur la protection sociale en santé et de validation du projet de plan d'action pour la mise en œuvre d'une assurance maladie de base à accès universel au Cameroun*. Intervention faite à l'Ateliers sur la protection sociale en santé, 02 au 06 février 2015, Yaoundé, Cameroun.
- MARCUS, G.E., and FISHER, M. M. J. (1986). *Anthropology as cultural critique: an experimental moment in the human sciences*. Chicago : University of Chicago Press.
- MARIE, A. (1997). *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Paris: Karthala.
- MARIE, A. (2007). « Communauté, individualisme, communautarisme : hypothèses anthropologiques sur quelques paradoxes africains ». Dans Marcoux, R. et Calvès, A. (dir), *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 2, p.173-198.
- MARTÍNEZ-PALOMO, A. (2009). « Responsabilité sociale et santé ». Dans H, HAVE, et S. JEAN. (dir.), *UNESCO : La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Paris : UNESCO.
- MASSÉ, R. (2007). « Les mouvements associatifs dans le domaine de la santé. Enjeu politique et éthique ». Dans Diop, M.-C. et Benoist, J. (dir), *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*, p. 175-180. Paris : Karthala.
- MASSI GAMS, D. (2012). *Rapport sur l'état de la lutte contre la corruption au Cameroun 2011*. Yaoundé : Commission nationale anti-corruption.
- MAUSS, M. (1968). « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives ». Dans *Sociologie et anthropologie*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- MAY, L. (1991). "Metaphysical guilt and moral taint". In May, L. and Hoffman, S., *Collective Responsibility*. Savage: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- MBA, R.-M. et ONGOLO-ZOGO, P. (2011). *Améliorer la gouvernance pour la viabilisation du district de santé au Cameroun*. Yaoundé : Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé (CDBPS).
- MBEBE, A. (1990, novembre). « Comment organiser le sauvetage des économies Africaines ». Dans *Le Monde diplomatique*, p.18-19.
- MBONDA, E.-M. (2006). « Crises politiques et refondation du lien social : quelques pistes philosophiques ». Dans *Les Classiques des sciences sociales*. Repéré à <http://classiques.uqac.ca/>

- MCPAKE, B. KARA, H. and MILLS, A. (1994). "Community financing of health care in Africa: And evaluation of Bamako Initiative". In *Social Science and Medecine*, vol.36, n°11, p.1383-1395.
- MEAD, J. H. (1965). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Presses Universitaires de France.
- MÉDAR, J. F. (2001). « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun ». Dans *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Bulletin de l'APAD, n°21. Repéré à <http://apad.revues.org/35>
- MÉDARD, J-F. (2006). *Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun*, in *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [En ligne], mis en ligne le 27 mars 2006. Repéré à <http://apad.revues.org/document35.html>
- MENDO ME MFOU, E. M. I. (2013). *Les micro-unités de santé informelles au Cameroun. Quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables?*. Thèse de doctorat soutenue à la faculté des sciences économiques et sociales, Université de Lille1.
- MERCIER, S. (2004), *L'éthique dans les entreprises*. Paris : La Découverte/Collection Repères.
- MESSU, M. (2006). *Nouveaux clivages sociaux, nouvelles formes de solidarité*. Colloque international tenu le 26 mars 2006, Université de Nantes.
- MILES, M. B. et HUBERMAN, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : Bruxelles, De Boeck.
- MINAS (2005). *Premier Forum sur la Solidarité Nationale au Cameroun*, du 21 au 24 juin 2005. Yaoundé : Ministère des affaires sociales.
- MINFI (2011). *Évaluation du secteur de la microfinance au Cameroun*. Yaoundé : Ministère des finances.
- MINEPAT (2003). *Document stratégique de réduction de la pauvreté*. Yaoundé : Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire
- MINEPAT (2009a). *Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi*. Yaoundé : Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire du Cameroun.
- MINEPAT (2009b). *Cameroun. Vision 2035*. Yaoundé : Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire

- MINPROFF (2012). *Femmes et hommes au Cameroun en 2012. Une analyse situationnelle de progrès en matière de genre*. Yaoundé : Ministère de la promotion de la femme et de la famille.
- MINSANTE (2006). *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé au Cameroun (2005-2015)*. Yaoundé: Ministère de la santé publique.
- MINSANTE (2007a). *Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme au Cameroun 2007-2010*, Yaoundé, Ministère de la santé publique du Cameroun.
- MINSANTE (2007b). *Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010*, Orientations du Gouvernement contenues dans les documents « *Vision 2035* » et « *DSCE* ». Yaoundé: Ministère de la santé publique.
- MINSANTE/ BAD (2009). *Stratégie sectorielle de la santé*. Yaoundé : Ministère de la santé publique/ Banque Africaine de Développement.
- MINSANTE (2011). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*. Yaoundé : Ministère de la santé publique.
- MINTSS (2015). *Construire l'avenir du Cameroun dans la paix, la solidarité et le travail décent*, Dossier de presse du 1er mai 2015. Yaoundé : Ministère du travail et de la sécurité sociale.
- MINTSS/MINSANT (2015). *Atelier de validation du projet de plan d'action pour la mise en œuvre d'une assurance maladie de base à accès universel au Cameroun*, Rapport de synthèse des travaux. Yaoundé : Ministère du travail et de la sécurité sociale/ Ministère de la santé publique.
- MISATI, R. N. (2007). "The Role of the Informal Sector in Investment in Sub Saharan Africa". Submitted to ACDC for Presentation in South Africa, December 2007. Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis (KIPPRA).
- MOLINIER, P. (2005). « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets ». Dans Laugier, S. et Paperman, P. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, p. 299-316. Paris : EHESS.
- MONTEILLET, N. (2005). *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris : Karthala.
- MORELLE, A. et TABUTEAU, D. (2010). *La santé publique*. Paris : Presses universitaires de France.
- MOTAZE, L. P. (2008). *L'Afrique et le défi de l'extension de la sécurité sociale : l'exemple du Cameroun*. Paris : La Case africaine pour le social et l'économique.

- MOTAZE AKAM (2009). *Le social et le développement en Afrique*. Paris : L'Harmattan.
- MUCCHIELLI, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France.
- MULGAN, R. (2000). *Accountability: An Ever-Expanding Concept?*. Document de travail n°72, Programme de 3e cycle en politique publique, Université nationale australienne.
- MÜLLER, D. et SIMON, R. (édit.) (1993). *Nature et descendance, Hans Jonas et le principe « responsabilité »*. Genève : Labor et Fides.
- MUNDAYA BAHETA, A. (2005). *La coopération Nord-Sud, l'éthique de la solidarité comme alternative*. Paris: L'Harmattan.
- MUSSO, P. (2015). « Généalogie d'un concept sociologique ». Dans Supiot, A. (dir) *La solidarité. Enquête sur un principe juridique*, p.93-107. Paris : Odile Jacob.
- MVENG, E. (1969). *Histoire du Cameroun*, Tome I. Yaoundé : CEPER.
- NANA DJOMO, J. M. et al. (2014). *L'analyse socio-économique du secteur et de l'emploi informel au Cameroun*. Yaoundé : PEP-PAGE (Policy analysis on growth and employment).
- NATION UNIES (2007). *Enquêtes sur les ménages dans les pays en développement et les pays en transition*, Études méthodologiques, série F, n° 96. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques.
- NATIONS UNIES (2008), *Objectifs du Millénaire pour le développement*, Rapport 2008. New York : Nations Unies.
- NDBEMBOU, S. (2006). « La solidarité africaine relève de la générosité », Dans Courade, G. (dir.), *L'Afrique des idées reçues*, p. 207-212. Paris : Belin.
- NDIAYE, P. (2006). *Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts*. Research Matters, Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI). Repéré à <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33571/1/125140.pdf>
- NDIAYE, M. (2012). *Évaluation de la viabilité des mutuelles de santé couplées institutions de microcrédit : cas de la mutuelle sociale des transporteurs (Transvie) au Sénégal*. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'études supérieures spécialisées en économie de la santé, Institut supérieur de management de la santé de Dakar.
- NDOUDOUMOU, J.-J. (2001). « Bonne gouvernance et principes sous-jacents : l'expérience du Cameroun ». Dans *The African Anthropologist*, vol.8, n° 1, p.39-52.

- NEGURA, L. (2006). « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales ». Dans *SociologieS*, Théories et recherches. Repéré à <http://sociologies.revues.org/993>
- NGOH, V. J. (1990). *Cameroun 1884-1985 : cent ans d'Histoire*. Yaoundé : CEPER.
- NGUEDAM DEUMENI, S. (2015). *De la théorie à la pratique des droits de la personne en Afrique subsaharienne : pour une analyse sociologique de l'individualisme. Le cas du Cameroun*. Thèse soutenue à la faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.
- NGUETSE TEGOUM (2009). *Estimating the returns to education in Cameroon Informal sector*. Yaoundé : Cameroon Ministry of Economy, Planning and Regional Development.
- NGOH, V. J. (1990). *Cameroun 1884-1985 : cent ans d'Histoire*. Yaoundé : CEPER.
- NICOLOPOULOU, H. (2009). « La gouvernance de médiété pour un développement responsable en liberté, en santé et en équité durable ». Dans *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le tiers-monde. Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, p.305-327. Québec/Paris : Presse de l'Université Laval/L'Harmattan.
- NKOA, F. et ONGOLO-ZOGO, P. (2009). *Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun*. Yaoundé : Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH.
- NKOA, F. et ONGOLO-ZOGO, P. (2012). *Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun*. Yaoundé : Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH.
- NUSSBAUM, M. (2000). *Women and Human Development*. Cambridge : Cambridge University Press.
- NUSSBAUM, M. (2006). *Frontiers of Justice. Disability, Nationality and Species membership*. Cambridge : Harvard University Press.
- OBRIST, B. (2006). « Risque et vulnérabilité dans la recherche en sante urbaine ». Dans *Revue électronique en sciences de l'environnement*, Hors-série 3. Repéré à <http://vertigo.revues.org/1483>
- OFFE, C. (2012). « Responsabilité sociale partagée. Un sens politique et des applications qui restent à définir ». Dans *Responsabilité sociale partagée : de la théorie à la mise en œuvre*, Tendances de la cohésion sociale, n° 24, p.29-50. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

- OIT (1998). *La mesure du sous-emploi*, Rapport de la Seizième conférence internationale des statisticiens du travail, du 6-15 octobre 1998. Genève : Organisation internationale du travail.
- OIT (2013). *Mesurer l'informalité : manuel statistique sur le secteur informel et l'emploi informel*. Genève : Organisation internationale du Travail 2013.
- OKALLA, R. et Le VIGOUROUX, A. (2001). « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire ». Dans *Bulletin de l'APAD*, n°21. Repéré à <http://apad.revues.org/181>
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (1991). « L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? ». Dans *Bulletin de l'APAD*. Repéré à <http://apad.revues.org/296>
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (2007). « Gouvernance despotique, gouvernance chefferiale et gouvernance postcoloniale ». Dans *Entre tradition et modernité, quelle gouvernance pour l'Afrique ?*, p. 109-131. Actes du colloque de Bamako, 23, 24 et 25 janvier 2007, Bamako.
- OMS (2000). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2005a). *Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale*, Résolution WHA58/33, adoptée à la 48ème session de l'Assemblée mondiale de la Santé, 16–25 May 2005, Genève, Document WHA58/2005/REC/1. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2005b). *Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement*. Résumé pour décideurs. Organisation mondiale de la santé. Repéré à http://www.who.int/health_financing/pb_number_1_fr.pdf
- OMS (2008). *Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2009a). *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2009b). *Soixante-deuxième assemblée mondiale de la santé*, Document WHA62/2009/REC/1. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- OMS (2010). *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Rapport sur la santé dans le monde. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2011). *Structures durables de financement de la santé et couverture universelle*, Soixante-quatrième assemblée mondiale de la santé, 24 mai 2011, Genève, Document WHA64.9. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2013a). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2013*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2013b). *Le droit à la santé*, Aide-mémoire n°323. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/index.html>
- ONANA, H. F. (2011). *Pratique de la gouvernance au Cameroun*. Entre désétatisation et démocratisation. Paris : L'Harmattan.
- OWONA, A. (1996). *La naissance du Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- OWOUNDI, J. P. (2013). *Poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages au Cameroun*. Intervention au XXVIIe Congrès international de la population (UIESP) tenu du 26 au 31 aout 2013, Busan, Corée du Sud.
- PAILLÉ, P., et MUCCHIELLI, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- PAIRAULT, T. (1990). « Sociétés de tontines et Banques de petites et moyennes entreprises à Taiwan ». Dans Lelart, M. (dir.), *La tontine: pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*, p.281-308. Paris: John Libbey Eurotext/AUPELF-UREF.
- PALYS, T. (2008). "Basic Research". In Given, L. M., *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, vol.1, p.57-59. Thousand Oaks, CA : Sage.
- PATTARONI, L. (2005). « Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique ». Dans Paperman, P. et Laugier, S. (dir), *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Paris : EHESS.
- PAUGAM, S. (1991). *La disqualification sociale*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PAUGAM, S. (dir.) (2007a). *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France.
- PAUGAM, S. (dir.) (2007b). « Vers un nouveau contrat social ». Dans Paugam, S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France.

- PAUGAM, S. (2008). *Le lien social*. Paris : Presse Universitaire de France.
- PAUGAM, S. (2012). *Le lien social*, Entretien avec A. Châteauneuf-Malclès, publié sur Le site des sciences économiques et sociales (SES-ENS). Repéré à <http://ses.ens-lyon.fr/le-lien-social-entretien-avec-serge-paugam-158136.kjsp>
- PAUGAM, S. (2013). *L'avenir de la solidarité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- PEIGNOT, J. (2014). *Pierre Leroux l'inventeur du socialisme*. Paris : Chryséis.
- PERALVA, A. (2007). *Sociologie de la démocratie*, Cours pour le Master 2, Recherche 2007-2008. Repéré à <http://www.fflch.usp.br/ds/pos-graduacao/sites/trajetorias/txts/Les%20sociologues%20et%20la%20democratie.pdf>
- PIGENET, M. et TARTAKOWSKY, D. (dir), (2014). *Histoire des mouvements sociaux en France. De 1814 à nos jours*, Paris, La Découverte.
- PILON, M. (1996). « Familles africaines en plein remue-ménage ». Dans *La Chronique du CEPED*, n° 21, p. 1-4.
- PNUD (2004). « Rapport Mondial sur le Développement Humain » Dans *Economica*, p. 184-187.
- PNUD (2009). *Lever les barrières : Mobilité et développement humains. Rapport mondial sur le développement humain*. New York : PNUD.
- PNUD (2010). *Encourager la responsabilisation sociale : comment passer des principes à la pratique*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.
- PNUD (2014). *Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience*, Rapport sur le développement humain 2014. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.
- POCHÉ, F. (2004). *Une politique de la fragilité. Éthique, dignité et luttes sociales*. Paris : Cerf.
- POLÈRE, C. (2013a). « Solidarisme : les discours fondateurs ». Dans *Vision Solidaire*, n°1, p. 28-31.
- POLÈRE, C. (2013b). « Solidarité et cohésion sociale, est-ce la même chose? ». Dans *Vision Solidaire*, n°1, p. 35-39.
- PORTES, A., CASTELLS, M., et BENTON, L. (1989): *The informal economy. Studies in advanced and less developed countries*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

- POSTONE, M. (2009). *Temps, travail et domination sociale. Une réinterprétation de la théorie critique de Marx*, (trad. O. Galtier et L. Mercier). Paris : Mille et une nuits.
- POURSAT, C. (2004). « Micro-assurance santé et microfinance : quelques enseignements du programme pilote du GRET au Cambodge, Dans Guérin, I. et Servet, G. M. (dir), *Exclusion et liens financiers*, Rapport 2003 du Centre Walras. Paris : Economica, p.56-66.
- POLICAR, A. (1997). « Sociologie et morale : La philosophie de la solidarité de Célestin Bouglé ». Dans *Recherches sociologiques*, vol.28, n°2, p. 85-110.
- PROMUSCAM (2006). *Rapport de la rencontre de la Plate-forme des promoteurs des mutuelles de santé au Cameroun*, Séminaire tenu le 18 et 19 Mai à Kribi, Cameroun.
- PROMUSCAM (2011). *Plaidoyer pour la mise en place urgente d'une assurance maladie pour tous au Cameroun*, Yaoundé.
- RAWLS, J. (1993). *Justice et démocratie*, Recueil d'articles traduits par Cathérine Audard. Paris : Seuil.
- RAWLS, J. (1995). *Libéralisme politique*, traduction (édition 1993) par C. Audard. Paris : Presses Universitaires de France.
- RAWLS, J. (2004). *La justice comme équité. Une reformulation de la théorie de la justice*, traduction (édition de 2001) par Bertrand Guillaume. Paris : La Découverte.
- RAWLS, J. (2009). *Théorie de la justice*, Traduction (édition de 1971) par C. Audard. Paris : Point.
- RAYNAUD, P. (1999). « L'équité dans la philosophie politique ». Dans *Egalité et Équité, antagonisme ou complémentarité*. Paris : Economica.
- REBOUD, V. (2008). « Approche par les capacités et développement ». Dans Reboud, V. (dir) *Amartya Sen : un économiste du développement ?*. Paris : AFD.
- RENAULT, E. (2004). *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*. Bègles : Passant.
- RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN (2003). *Document de stratégie de réduction de la pauvreté*. Yaoundé : Gouvernement.
- REY-DEBOVE, J. et REY, A. (dir), (2007). *Nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris : millésimée.

- RICHARD, V. (2004) : « Le financement de la Santé en Afrique Subsaharienne. Le recouvrement des coûts ». Dans *Med Trop*, n°64, p. 337-340.
- RICŒUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- RICŒUR, P. (1991a). « Postface ». Dans LENOIR, F., (dir.) *Le temps de la responsabilité, Entretiens sur l'éthique*. Paris : Fayard.
- RICŒUR, P. (1991b). *Lectures 1. Autour du politique*. Paris : Seuil.
- RICOEUR, P. (1995). *Le juste 1*. Paris : Esprit.
- RICŒUR, P. (2001). *Le juste 2*. Paris : Esprit.
- RIDDE, V. et GIRARD, J-E. (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». Dans *Santé publique*, n ° 41, p. 37-51.
- RIDDE, V. (2005). *Politique publique de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec.
- RIDDE, V. et BLANCHET, K. (2009). « Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « retour vers le futur » ? ». Dans *Cahiers Santé*, vol. 19, n° 2, p.101-106.
- ROBERT, E. et RIDDE, V. (2012). « Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale ». Dans *Les Cahiers du CIRDIS – Collection recherche*, n°3, p.1-31.
- ROBEYNS, I. (2005). « Selecting Relevant Capabilities ». In B. Agarwal et al., *Amartya Sen's Work and Ideas: A Gender Perspective*, p. 63-94. London/New York : Routledge.
- ROCHDI, N. (2015). *Allocution d'ouverture. Cérémonie d'ouverture des ateliers sur la Protection sociale en santé*. Atelier tenu du 02 au 06 février 2015 à Yaoundé, Cameroun. Yaoundé : Système des Nations Unies.
- ROUBAUD, F. and TORELLI, C. (2013), “Employment, Unemployment and Working Conditions in Urban Labor Markets of SubSaharan Africa: Main Stylized Facts,” in Philippe de Vreyer and Francois Roubaud, (ed.), *Urban Labor Markets in Sub-Saharan Africa*, World Bank, pp. 37-80.
- PROMUSCAM (2011). *Plaidoyer pour la mise en place urgente d'une assurance maladie pour tous au Cameroun*, Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun. Yaoundé : PROMUSCAM.

- ROSSMAN, G. B. and RALLIS, S. F. (2003). *Learning in the Field: An Introduction to Qualitative Research*. (2nd ed.) , p. 31-60, p. 31-60. Thousand Oaks, CA: Sage.
- RYAN, G. W. and BERNARD, H. R., (2003). “Techniques to Identify Themes”, *Field Methods*, vol.15, n°1, 85-109.
- RYOA, C. (2007). « Domination, vulnérabilité et inégalité d'accès aux soins de santé ». Dans *Philosophiques*, vol. 34, n° 1, p. 133-152.
- SALDANA, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: Sage.
- SANNI YAYA, H. (2009). « Transition épidémiologique et santé dans le tiers-monde : entre diversité et complexité, quels diagnostics pour l’Afrique ? ». Dans, *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le tiers-monde. Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, p. 1-30. Québec/Paris : Presse de l'Université Laval/L'Harmattan.
- SALIGNON, P. et PAQUET, C. (2014). « Protection sociale et couverture santé universelle : nouveaux défis de l’agenda du développement post 2015 ». Dans *Revue Humanitaire*, n° 37, p. 86-95.
- SANNI YAYA, H. (dir) (2010). *Les mots et les choses de la santé. Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- SAN MARTIN, H. (1983). *Santé Publique et Médecine Préventive*. Paris : Masson.
- SAUNDERS, R. (2003). *Defining Vulnerability in the Labour Market*, Ottawa : Canadian Policy Research Networks. Research Paper W/21.
- SAUVE, L. (2000). « À propos des concepts d'éducation, de responsabilité et de démocratie ». Dans Jarnet, A., Jickling, B., Sauvé, L., Wals, A. et Clarkin, P. (dir.). *The Future of Environmental Education in a Postmodern World?* , p. 81-84. Whitehorse: Yukon College.
- SAVOIE-ZAJC, L. (2000). « La recherche qualitative/interprétative en éducation ». Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (Éds), *Introduction à la recherche en éducation*, p. 171-198. Sherbrooke : CRP.
- SAVOIE-ZAJC, L. (2003, novembre). *Les critères de rigueur de la recherche qualitative/interprétative : du discours à la pratique*. Communication présentée dans le cadre du Colloque annuel de l'ARQ tenu à Trois-Rivières, Québec, Canada.
- SAVOIE-ZAJC, L. (2009). « L’entrevue semi-dirigée ». Dans *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec : Presse de l'Université de Québec.

- SCHRÖDER-BUTTERFILL, E. et MARIANTI, R. (2006). « A framework for understanding old-age Vulnerabilities ». In *Ageing and Society*, 26, (1), 9-35.
- SCHNEIDER, F. and ENSTE, D. H. (2000). « Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences ». In *Journal of Economic Literature*, vol.38.
- SCHRÖDER-BUTTERFILL, E. and MARIANTI, R. (2006). « A framework for understanding old-age Vulnerabilities ». In *Ageing and Society*, vol.26, n°1, p.9-35.
- SCHÜRINGS, H. et al. (2011). *Réduction de la pauvreté par la microfinance ? Analyse participative des Clubs d'épargne et de crédit au Cameroun*. Série de publications du SLE – S 244, Formation Post-Universitaire en Coopération Internationale de l'Université Humboldt, Berlin (SLE).
- SEN, A. (1983). « Poor, Relatively Speaking » *Oxford Economic Papers*, New Series, vol. 35, n°2, p.153-169.
- SEN, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam : North Holland.
- SEN, A. (1992). *Inequality reexamined*. New York : Russell Sage foundation.
- SEN, A. (1999a). *Un Nouveau Modèle Economique, développement, justice, liberté*. Paris: Odile Jacob.
- SEN, A. (1999b). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- SEN, A. (1999c). *L'économie est une science morale*. Paris : La Découverte.
- SEN, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris : Édition du Seuil.
- SEN, A. (2003). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris : Odile Jacob.
- SEN, A. (2009). *L'idée de justice*. Paris : Flammarion.
- SEVE, B. (1990). « Hans Jonas et l'éthique de la responsabilité ». Dans *Esprit*, n°165, p. 72-88.
- SILVERMAN, D. (2001). *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- SLOTE, M. (1998). « The Justice of Caring ». In Frankel, P., E., Miller J., F. D. and Paul, J. (dir.), *Virtues and Vice*. New York: Cambridge University Press.
- SLOTE, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. New York : Routledge.

- SNU/MINEPAT (2013). *Pour une croissance inclusive et la protection des personnes vulnérables*. Plan-cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement du Cameroun pour la période 2013-2017 (UNDAF 2013-2017). Yaoundé : Système des Nations Unies.
- SPITZ, J.-F. (2008). *Abolir le hasard ? Responsabilité individuelle et justice sociale*. Paris : Vrin.
- SOULET, M.-H. et CHÂTEL, V. (dir.). (2003). *Agir en situation de vulnérabilité sociale*, Québec : Presses de l'université Laval.
- SOULET, M.-H. (2004a). « De quelques enjeux contemporains de la solidarité ». Dans Soulet, M.-H. (dir.), *La solidarité : une exigence morale ou une obligation publique?*. Fribourg : St Paul.
- SOULET, M.-H. (2004b). « La solidarité chez Jean-Georges Lossier : une valeur en mal de politique ». Dans Soulet M.-H, (dir.) *La solidarité : exigence morale ou obligation publique?*. Fribourg : Academic Press et Saint Paul.
- SOULET, M.-H. (2007). « Une solidarité planétaire ». Dans Soulet, M.-H. (dir.) *La solidarité à l'ère de la globalisation*. Fribourg : Academic Press Fribourg/Saint Paul.
- STEPHANY, D. (2003). *Développement durable et performance de l'entreprise*. Paris : Liaisons sociales.
- SUPIOT, A. (2015). *La solidarité. Enquête sur un principe juridique*. Paris : Odile Jacob.
- SYSTÈME DES NATION UNIES /MINEPAD (2013). *Pour une croissance inclusive et la protection des personnes vulnérables*. Plan cadre des Nations unies pour l'assistance au développement du Cameroun pour la période 2013-2017. Yaoundé : Système des Nation Unie/MINEPAD.
- TANTI-HARDOUIN, N. (2007). « Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement ». Dans *Bulletin Amades*, n° 70, p. 1- 6. Repéré à <http://amades.revues.org/429>
- TCHAGNENO-TENO, C. (2011). « Formalisation de l'informel au Cameroun. Un défi majeur pour la paix et le développement au Cameroun ». Dans *Cameroon Journal on Democracy and Human Right*, vol.5, n°2, p. 56-74.
- TEN HAVE, H. A. M. J., et S. JEAN, M. (dir), (2009). *UNESCO : La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire, principes et application*. Paris : UNESCO.

- TESCH, R. (1990). *Qualitative research: analysis, types and software tools*. Bristol : Falmer Press.
- THÉRY, I. (2007). « Transformation de la famille et « solidarité familiale » : question sur un concept ». Dans Paugam, S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, p. 149-168. Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France.
- THOMAS, J. J. (1993). *Informal economic activity*, Ann Arbor : University of Michigan Press.
- THOMAS, H. (2008). « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. ». Dans *Recueil Alexandries, Collections Esquisses*, n°13. Repéré à <http://www.reseau-terra.eu/article697.html>).
- TIZIO, S. et FLORI, Y-A. (1997). *L'initiative de Bamako, dans, « Santé pour tous » ou « maladie pour chacun »?*. Dans *Revue Tiers Monde*, n° 38, p. 837-58.
- TREMBLAY, R. (2009). *Le Code pour une éthique globale, vers une civilisation humaniste*. Montréal : Liber.
- TOURÉ, E. H. (2010). « Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité ». Dans Guillemette, F., Luckerhoff, J. et Baribeau, C. (dir), *Recherches qualitatives. Entretiens de groupes : concepts, usages et ancrages I, Association pour les recherches qualitatives*, vol. 29, n°1, p. 5-27.
- TRANI, J-F. (2000). « Les jeunes et le travail à Douala : la galère de la deuxième génération après l'indépendance ». Dans Courade, G. (dir.), *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, p. 153-172. Paris: Karthala.
- TRONTO, J. C. (1987). « Beyond Gender Difference. To a Theory of Care ». In *Signs*, vol.12, n°4, p.644-663. Traduit de l'anglais par Bruno Ambroise, « Au-delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care ». Dans LAUGIER, S. et PAPERMAN, P. (dir.), (2005). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, p. 25-49. Paris : éd. de l'EHESS.
- TRONTO, J. C. (2006). "Vicious Circles of Unequal Care". In Hamington, M. and Miller, D. (dir.), *Socializing Care*, p. 3-25. Boulder (Co): Rowman and Littlefield.
- TRUC, G. (2005). « Simmel, sociologue du cosmopolitisme ». Dans *Tumultes*, n° 24, p. 49-77.
- UNESCO (1949). *Les Droits de l'homme, problèmes, vue et aspects: textes originaux publiés par l'UNESCO, avec une introduction de Jacques Maritain*. New York : Columbia University Press.
- UNESCO (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Paris: UNESCO.

- UNESCO 2010. *Rapport du Comité international de bioéthique of the International de bioéthique de l'UNESCO (CIB) sur la responsabilité sociale et la santé*. Paris: UNESCO.
- UNITED NATIONS (2006). *The Millennium Development Goals, Report 2006*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs - DESA.
- VACQUIN, M. (dir.), (1995). « *La responsabilité* ». Dans *Série Morales*, n° 14. Paris : Autrement.
- VAN DER MAREN, J-M. (2010). « La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité ». Dans Guillemette, F. *Recherches qualitatives* (dir). *Entretien de groupe : concepts, usages et ancrages*, vol. 29, n°1, p.129-139.
- VAN GINNEKEN, W. (2000). *Sécurité sociale pour la majorité exclue : étude de cas dans les pays en développement*. Genève : Bureau international du travail.
- VAN PEVENAGE, I. et al. (2009). *Pour agir : comprendre les solidarités familiales. La recherche : un outil indispensable*. Montréal : Partenariat familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles/ INRS.
- VIDAL, C. (1994). « La "solidarité africaine" : un mythe à revisiter ». Dans *Cahiers d'études africaines*, n° 34, p.687-691.
- VIDAL, D. (2008). « Serge Paugam, La pratique de la sociologie ». Dans *Archives de sciences sociales des religions*, n°144, p.163-274.
- VIÉVARD, L. (2013). « Les fondements théoriques de la solidarité ». Dans *Vision Solidaire*, n°1, p. 16-24.
- VIMARD, P. ABOUSSAD, A., CHERKAOUI, M., (dir.) (2010). *Santé et vulnérabilités au Maroc*. Marrakech : El Watanya.
- VUARIN, R. (2000). *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation*. Paris : L'Harmattan.
- WADIE HOBSON, E. (2012). « L'importance du secteur informel pour le développement économique local en Afrique ». Dans *Dossier d'information LEDNA*, n° 1, p.1-10.
- WARD, J. (2009). « L'éthique au quotidien : quand le rappel des règles professionnelles et institutionnelles ne suffit pas », Dans *Vie sociale* vol.3, n° 3, p. 27-41.

- WEBER, F. (2002). « Pour penser la parenté contemporaine ». Dans Debordeaux, D. et Strobel, P. (dir.) *Les Solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, p. 73-106. Paris : LGDJ, coll. « Droit et Société ».
- WEBER, M. (1971). *Économie et société*, Tome I. Paris : Plon.
- WEBER, M. (1985). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon, Collection « Agora ».
- WHO (2006). *Working together for health: World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2010). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
- WIJFFELS, A. (2015). « Des droits savants au droit publics de l'Europe ». Dans Supiot, A. (dir) *La solidarité. Enquête sur un principe juridique*. Paris : Odile Jacob, p.48-68.
- WORLD BANK (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. Washington, DC: World Bank.
- YAAKOUBD A. I. (2010). « La dimension sociale de la santé au Maroc ». Dans Aboussad, A., Cherkaoui M. et Vimard P. (dir.), *Santé et vulnérabilités au Maroc*. Marrakech : El Watanya.
- YORO, B. M. (2012). « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique ». Dans *Recherche qualitatives en contexte africain, Association pour la Recherche qualitative*, vol. 31, n°1, p. 47-61.
- YOUNG-BRUEHL, E. (1999). *Hannah Arendt. Biographie*. Paris : Calman-Lévy.
- ZERBO, A. (2001). *Les économies urbaines subsahariennes et le problème de la mobilisation de ressources via le secteur informel*. Document de Travail n°62, Centre d'économie de développement, Université Montesquieu - Bordeaux IV.
- ZIELINSKI, A. (2010). « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin ». Dans *Études*, Tome 413, p. 631-641.
- ZWARTHOED, D. (2009). *Comprendre la pauvreté, John Rawls - Amartya Sen*. Paris : Presse Universitaire de France.

Annexes 1 : Grilles des entretiens individuels

1. Que pensez-vous des conditions de travail et de vie des plus vulnérables parmi les travailleurs du secteur informel ? Quelles sont les conséquences de leurs problèmes de santé sur leur ménage ?
2. Quelle appréciation faites-vous de leurs besoins d'accès aux soins et services de santé ? Comment financent-ils leurs soins de santé ?
3. Quelles peuvent être leurs aspirations, leurs souhaits et leurs espoirs par rapport à cette situation ?
4. L'environnement économique, politique et social ne contribue-t-il pas à entretenir la situation? Comment ?
5. Quelles seraient selon vous les valeurs humaines, éthiques et culturelles qui font défaut et qui contribueraient par leur manque à entretenir cette situation ?
6. Comment peut-on favoriser ou faciliter l'accès aux soins de qualité ? Qu'est-ce qui pourrait être envisagé comme solution ?
7. Ce problème n'est-il pas essentiellement un problème de justice sociale ? Que pensez-vous des notions de responsabilité sociale et de solidarité citoyennes ? Comment l'État peut-il les rendre effectives et opérationnelles par rapport à la situation qui nous préoccupe ?
8. Comment l'esprit de solidarité peut-il aider à trouver une solution au problème d'accès aux soins de santé pour les plus pauvres? Comment pourrait-elle être organisée efficacement ? Qui devrait l'organiser ?
9. Parler de solidarité fait forcément appel à la responsabilité. Comment peut-on combiner solidarité et responsabilité dans la recherche de solution à cette situation ? Quelles seraient alors les responsabilités des individus, celles de la communauté et celles de l'État ?
10. Quelles peuvent être dans la société camerounaise les avantages et les obstacles à la valorisation de la solidarité et de la responsabilité dans la recherche de solution au problème d'accès aux soins de bonne qualité pour tous ?

- 11.** Que pensez-vous du fonctionnement des mutuelles de santé que vous connaissez ? Pourquoi ne sont-elles pas performantes ? Considérant l'environnement social et institutionnel, quelles seraient la meilleure façon d'organiser la mutualisation des risques maladie au Cameroun?
- 12.** Quelles actions pourraient être menées en faveur de l'émergence d'une société civile forte et responsable, capable de promouvoir le respect des droits et particulièrement le droit à la santé ?
- 13.** Considérant l'environnement social et institutionnel camerounais, quel lien peut-on faire entre les politiques sociales²³² et les inégalités de santé au Cameroun ? Comment distribuer les responsabilités?
- 14.** Certains choix politiques ne génèrent-ils pas des inégalités en santé au Cameroun ? Quels en sont les perspectives? Que pouvez-vous suggérer notamment par rapport aux conditions sociales et de travail de ceux qui sont dans le secteur informel de l'économie ?

²³² Par politiques sociales, nous entendons toutes les actions politiques délibérées qui ont un impact sur l'accès aux biens et aux ressources dans une société donnée.

Annexes 2 : Grille des entretiens de groupe

Thème1 : Exploration sur l’appréciation du droit à la santé et les moyens de satisfaction des besoins d’accès aux soins

- 1- Comment comprenez-vous la notion de droit à la santé? Comment vivez-vous ce droit?
- 2- Comment sont généralement financés vos soins de santé et l’achat de vos médicaments ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez et comment les résolvez-vous ?
- 3- Pensez-vous que la situation économique, politique et sociale du pays contribue à entretenir la situation difficile d’accès aux soins de qualité que vous vivez ? Comment ?
- 4- Quels sentiments vivez-vous lorsque des facilités d'accès aux soins ne vous sont pas offertes? Comment vivez-vous le sentiment d’appartenance nationale ? Que signifie être citoyen pour vous ?

Thème 2 : Exploration de la considération de chaque individu dans la société et des moyens de satisfaction des besoins de tous et de chacun

- 1- Comment appréciez-vous la société Camerounaise telle qu’elle est organisée et fonctionne ? Peut-on dire que les valeurs de justice, de considération de la vie et de la dignité de chacun font défaut et de ce fait contribuent à entretenir les inégalités de santé ?
- 2- Au regard de ce qui vient d’être dit, comment peut-on favoriser l’accès de tous et de chacun sans aucune discrimination aux soins de qualité ? Qu’est-ce qui pourrait être proposé comme solution ?
- 3- Comment la responsabilité des uns et des autres peut-elle jouer dans la recherche de solution à cette situation? Quelles seraient alors les responsabilités des individus et celles de l’État ?
- 4- Y aurait-il aussi un problème de gestion des ressources? Comment en distribuer les responsabilités? Comment pourrait-on développer un esprit de responsabilité et assurer une gestion juste et transparente des ressources ?

Thème 3 : Comment organiser la mutualisation des risques pour un accès aux soins des plus défavorisés et pour un développement équitable ?

- 1- Pensez-vous que l’esprit de solidarité peut aider à trouver une solution au problème d’accès aux soins de santé pour les plus défavorisés de la société ? Comment pourrait-elle être organisée efficacement ?

- 2- Que pensez-vous des organisations traditionnelles d'entraide et de solidarité appelés communément « tontine » fonctionnant au Cameroun?²³³ Pourquoi n'apportent-elles pas une solution suffisante au problème d'accès aux soins?
- 3- Considérant la société camerounaise telle qu'elle est organisée et fonctionne, quelles seraient selon vous les chances de réussite et les risques d'échec d'une organisation de mutualisation des risques maladie ? Autrement dit, pourquoi les mutuelles de santé créées au Cameroun ne donnent pas entière satisfaction ?

Thème 4 : Comment agir sur l'environnement politique, institutionnel, économique et social en faveur de l'autonomie et de l'efficacité socioéconomique des travailleurs du secteur informel ?

- 1- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez comme travailleurs de l'économie informelle dans l'exercice de vos activités? Quelles peuvent être vos souhaits, vos aspirations par rapport à vos conditions de travail et d'accès financier aux soins de santé?
- 2- Comment vous qui êtes dans le secteur informel de l'économie pouvez-vous contribuer à faire fonctionner durablement et efficacement une organisation de mutualisation des risques maladie ?
- 3- Pensez-vous qu'une plus grande capacité productive des travailleurs du secteur informel leur permettrait de contribuer plus activement à la vie de la société, de participer plus efficacement à l'évolution économique et au développement du pays ? Comment y arriver alors ?
- 4- Quelles sont selon vous d'autres actions possibles, des mesures et des stratégies efficaces que l'État pourrait adopter pour vous rendre plus productifs et pleinement participatifs à la vie sociale ?

²³³ Il existe au Cameroun une variété de systèmes informels traditionnels d'épargne-crédit rotatif avec une composante sociale et culturelle fonctionnant sur la base de l'entraide et de la solidarité (Programme Stratégique et Technique contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP, 2002).

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues individuelles

Renseignements généraux

Nous vous sollicitons pour une entrevue dans le cadre d'une recherche intitulée « Du principe de responsabilité sociale et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun ».

Cette recherche financée par la bourse du CRDI 2013 est menée par Moubé Moubé, Candidat au PhD en sciences humaines appliquées option bioéthique, sous la direction de Mme Béatrice Godard, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Deux auxiliaires de recherche recrutés sont chargés d'enregistrer les informations et d'assurer certains services secondaires nécessaires au bon déroulement des travaux.

N.B. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Objectifs et description du projet de recherche

Cette recherche est menée pour comprendre et définir une organisation de la solidarité en vue de permettre l'accès financier de toutes les personnes défavorisées aux soins et services de santé, plus précisément des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun.

Les « travailleurs pauvres du secteur informel » sont des travailleurs qui ont de faibles revenus, vivent dans une situation précaire (et/ou ils sont vulnérables), et sont victimes d'exclusion. Leurs occupations variées (porteurs, colporteurs, vendeurs de pâtisserie, vendeurs de friperies, vendeurs de médicaments, vendeuses de nourritures, vendeurs de beignets et pain, vendeurs de journaux, cordonniers, etc.) constituent des stratégies de lutte pour la survie dans un contexte de pauvreté, de conjoncture économique et de chômage rampant. Ces activités sont assez éprouvantes pour la santé et peuvent provoquer des hernies, des rhumatismes, des douleurs musculaires et autres fragilités physiques liées aux conditions dans lesquelles ces travailleurs exercent. Ce secteur qui, comprend la large majorité des emplois au Cameroun, se caractérise par la précarité des plus défavorisés que nous appelons « travailleurs pauvres du secteur informel ». Ceux-ci constituent 70 % des travailleurs de ce secteur avec un salaire mensuel compris entre 15 000 et 65 000 FCFA. Cette recherche vise donc à établir les bases qui permettront à ces travailleurs d'accéder à des soins et services de santé de qualité malgré les limites de leur revenu.

Nature, durée et conditions de la participation

Nous sollicitons votre participation en tant qu'informateurs. La technique que nous utilisons pour réaliser cette recherche s'appelle « les entrevues individuelles ». C'est-à-dire que si vous acceptez de participer, nous allons vous poser quelques questions sur l'accessibilité aux soins de santé des travailleurs pauvres du secteur informel. L'entrevue durera environ 1h 30 mn et

sera programmée selon votre propre disponibilité et vos commodités par rapport au lieu. Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

Nous vous proposons un enregistrement audio de l'entretien pour faciliter notre écoute et éviter des erreurs dans notre prise de notes. Si vous le désirez, nous vous remettons la bande d'enregistrement une fois que nous aurons transcrit les informations qui sont nécessaires à notre étude, sinon nous la détruirons. Vous êtes libre cependant de refuser l'enregistrement sans aucun effet négatif pour vous.

Avantages risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Les avantages à la participation sont essentiellement les modestes retombées qu'une telle recherche pourrait apporter pour l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé pour les personnes défavorisées au Cameroun. La recherche permettra d'avancer le débat sur ce sujet. Il faut noter que vous ne retirerez aucun avantage personnel direct à participer à ce projet de recherche. Le seul inconvénient sera le temps que vous aurez consenti à consacrer à cette recherche.

Confidentialité et anonymat des informations

Les entrevues se dérouleront en toute confidentialité. Votre nom sera remplacé par un code dans tout le matériel et les données de la recherche et il ne paraîtra dans aucun rapport. Le matériel rendu anonyme sera conservé sous clé et les données électroniques protégées par un mot de passe et encryptées. Ces données seront conservées au bureau de travail situé à la résidence de l'étudiant chercheur. Ils ne seront accessibles qu'à l'étudiant-chercheur et ne serviront qu'au présent projet. 7 ans après la recherche, tous les matériels permettant de ré-identifier les données (incluant les enregistrements) seront détruits.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal ou du CERB (Centre d'étude et de recherche en éthique et bioéthique) au Cameroun. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les deux collaborateurs sont tenus au respect de la confidentialité des propos des entretiens et des données sur les intervenants.

Droit de retrait

Vous avez le droit de refuser de participer à cette entrevue et vous êtes libre de l'interrompre et de vous soustraire de l'enquête sans préjudice et ce, par simple avis verbal. Vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négatives pour vous. En cas de votre retrait, vous pourrez refuser que vos données soient utilisées pour le projet et exiger leurs destructions sans préjudice et ce, par simple avis verbal.

Si vous souhaitez vous retirer, veuillez communiquer avec M. Moube Moube, étudiant chercheur.

Diffusion des résultats

Si vous le désirez, un retour des résultats vous sera fait sous forme d'un résumé vulgarisé. Ce résumé vous sera transmis par courriel ou par la poste à l'adresse que vous indiquerez dans l'espace destiné à cet effet à la fin du formulaire.

Personnes-ressources

Si vous souhaitez avoir des éclaircissements sur le projet et sur les implications de votre participation, veuillez contacter M. Moube Moube étudiant chercheur. Par téléphone ou par courriel.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants et pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____ (en lettres majuscules) consens librement à participer à la recherche intitulée : « **Du principe de responsabilité et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun** ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

_____ Date _____

Signature du participant, de la participante

Je désire recevoir un résumé vulgarisé des résultats de recherche : oui () non ()

Par courriel à l'adresse suivante : _____

Par la poste à l'adresse suivante : _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

_____ Signature du chercheur et date

_____ Signature de la directrice de recherche et date

Votre collaboration à la réalisation de cette recherche nous est précieuse.
Merci d'y participer.

N.B. Ce projet de recherche a reçu l'approbation de :

CÉRES (comité d'éthique de la recherche en santé)
Université de Montréal

CERB (Centre d'étude et de recherche en éthique et bioéthique) au Cameroun. Société Camerounaise de Bioéthique / Cameroon Bioethics Society (**CBS**).

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues de groupe

Renseignements généraux

Nous vous sollicitons pour une entrevue dans le cadre d'une recherche intitulée « Du principe de responsabilité sociale et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun ».

Cette recherche financée par la bourse du CRDI 2013 est menée par Moubé Moubé, Candidat au PhD en sciences humaines appliquées option bioéthique, sous la direction de Mme Béatrice Godard, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Deux auxiliaires de recherche recrutés sont chargés d'enregistrer les informations et d'assurer certains services secondaires nécessaires au bon déroulement des travaux.

N.B. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Objectifs et description du projet de recherche

Cette recherche est menée pour comprendre et définir une organisation de la solidarité en vue de permettre l'accès financier de toutes les personnes défavorisées aux soins et services de santé, plus précisément des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun.

Les « travailleurs pauvres du secteur informel » sont des travailleurs qui ont de faibles revenus, vivent dans une situation précaire (et/ou ils sont vulnérables), et sont victimes d'exclusion. Leurs occupations variées (porteurs, colporteurs, vendeurs de pâtisserie, vendeurs de friperies, vendeurs de médicaments, vendeuses de nourritures, vendeurs de beignets et pain, vendeurs de journaux, cordonniers, etc.) constituent des stratégies de lutte pour la survie dans un contexte de pauvreté, de conjoncture économique et de chômage rampant. Ces activités sont assez éprouvantes pour la santé et peuvent provoquer des hernies, des rhumatismes, des douleurs musculaires et autres fragilités physiques liées aux conditions dans lesquelles ces travailleurs exercent. Ce secteur qui, comprend la large majorité des emplois au Cameroun, se caractérise par la précarité des plus défavorisés que nous appelons « travailleurs pauvres du secteur informel ». Ceux-ci constituent 70 % des travailleurs de ce secteur avec un salaire mensuel compris entre 15 000 et 65 000 FCFA. Cette recherche vise donc à établir les bases qui permettront à ces travailleurs d'accéder à des soins et services de santé de qualité malgré les limites de leur revenu.

Nature, durée et conditions de la participation

Nous sollicitons votre participation en tant qu'informateurs. La technique que nous utilisons pour cette recherche s'appelle « entretiens de groupes ». C'est-à-dire que si vous acceptez de participer, nous allons vous joindre à un groupe de 7 à 12 autres participants travaillant comme vous dans le secteur informel et vivant comme vous dans la ville de Douala; vous serez invités à échanger ensemble sur l'accessibilité aux soins de santé des travailleurs pauvres du secteur informel. Chaque séance d'échange durera environ 1h 30 mn. Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Ces entretiens de groupes seront enregistrés.

Avantages risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Les avantages à la participation sont essentiellement les modestes retombées qu'une telle recherche pourrait apporter pour l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé pour les personnes défavorisées au Cameroun. La recherche permettra d'avancer le débat sur ce sujet. Il faut noter que vous ne retirerez aucun avantage personnel direct à participer à ce projet de recherche. Le seul inconvénient sera le temps que vous aurez consenti à consacrer à cette recherche.

Confidentialité et anonymat des informations

Les entretiens se dérouleront en toute confidentialité. Votre nom sera remplacé par un code dans tout le matériel et les données de la recherche et il ne paraîtra dans aucun rapport. Le matériel rendu anonyme sera conservé sous clé et les données électroniques protégées par un mot de passe et cryptées. Ces données seront conservées au bureau de travail situé à la résidence de l'étudiant chercheur. Ils ne seront accessibles qu'à l'étudiant-chercheur et ne serviront qu'au présent projet. 7 ans après la recherche, tous les matériels permettant de ré-identifier les données (incluant les enregistrements) seront détruits.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal ou du CERB (Centre d'étude et de recherche en éthique et bioéthique) au Cameroun. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité. Les deux collaborateurs sont tenus au respect de la confidentialité des propos des entretiens et des données sur les intervenants.

Droit de retrait

Vous avez le droit de refuser de participer à cette entrevue et vous êtes libre de l'interrompre et de vous soustraire de l'enquête sans préjudice et ce, par simple avis verbal. Vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négatives pour vous. En cas de votre retrait, vous pourrez refuser que vos données soient utilisées pour le projet et exiger leurs destructions sans préjudice et ce, par simple avis verbal.

Si vous souhaitez vous retirer, veuillez communiquer avec M. Moube Moube, étudiant chercheur.

Diffusion des résultats

Si vous le désirez, un retour des résultats vous sera fait sous forme d'un résumé vulgarisé. Ce résumé vous sera transmis par courriel ou par la poste à l'adresse que vous indiquerez dans l'espace destiné à cet effet à la fin du formulaire.

Personnes-ressources

Si vous souhaitez avoir des éclaircissements sur le projet et sur les implications de votre participation, veuillez contacter M. Moube Moube étudiant chercheur. Par téléphone ou par courriel.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants et pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____ (en lettres majuscules) consens librement à participer à la recherche intitulée : «**Du principe de responsabilité et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun** ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise. Je m'engage à respecter la confidentialité des échanges qui auront lieu lors des entrevues de groupe.

_____ Date _____

Signature du participant, de la participante

Je désire recevoir un résumé vulgarisé des résultats de recherche: oui () non ()

Par courriel à l'adresse suivante: _____

Par la poste à l'adresse suivante: _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur et date

Signature de la directrice de recherche et date


Votre collaboration à la réalisation de cette recherche nous est précieuse.
Merci d'y participer.

N.B. Ce projet de recherche a reçu l'approbation de :

CÉRES (comité d'éthique de la recherche en santé)
Université de Montréal

CERB (Centre d'étude et de recherche en éthique et bioéthique) au Cameroun. Société Camerounaise de Bioéthique / Cameroon Bioethics Society (CBS).

Annexe 5 : Approbations éthiques

Centre d'Etude et de Recherche en Ethique et en Bioéthique CERB Ethics and Bioethics Research Centre		Cameroon Bioethics Society CBS Société Camerounaise de Bioéthique
<small>Récépissé de Déclaration d'Association N°00036/BD/JO6/BAPP du 13/02/1995</small>		

ATTESTATION DE CLEARENCE

En sa session du 23 juillet 2013, le Comité d’Ethique du Centre d’Etudes et de Recherche en Ethique et Bioéthique (CERB) de la Société Camerounaise de Bioéthique : Cameroon Bioethics Society (CBS), réuni à Yaoundé, Mvolyé, a examiné le protocole de recherche intitulé *“Du principe de responsabilité sociale et de solidarité pour l’accès financier équitable aux soins de santé : le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun,”* présenté par M. MOUBE MOUBE, étudiant au Département des Sciences Humaines Appliquées, Option Bioéthique, de la Faculté des arts et sciences, Université de Montréal – Canada.

Les avis du Comité ont porté sur : l’intérêt du projet de recherche, l’impact du projet, la conformité du protocole de recherche aux principes universels de la Bioéthique, avec un accent particulier sur le paradigme africain de la Bioéthique promu par le Mouvement Africain d’Ethique et de Bioéthique dont le porte drapeau est le Congrès Pan Africain d’Ethique et de Bioéthique (COPAB) i.e. le réseau de Bioéthique de l’Union Africaine, la méthodologie et enfin le suivi de la réalisation de l’étude sur le terrain.

Le Comité d’évaluation a recommandé au candidat : de se rapprocher des services compétents du Ministère de la Santé Publique du Cameroun pour l’actualisation de ses données relatives à la mutualisation du risque-maladie et du CERB – CBS pour mieux s’imprégner des préoccupations de Bioéthique des communautés africaines, notamment en ce qui concerne la réalisation sur le terrain et le suivi de sa mise en œuvre.

Le Comité donné la clearance éthique à ce projet pour sa mise en œuvre.

L’Equipe chargée du suivi du projet est constituée comme suit :

- Président : M. BETSI Emmanuel
- Secrétaire : Docteur ADIOGO Dieudonné
- Membre : Mme NGONGANG Charlotte.

En foi de quoi la présente ATTESTATION DE CLEARENCE est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 23 juillet 2013.

RAPPORT D'EVALUATION

Du protocole de recherche de M. Moubé Moubé, Doctorant à l'Université de Montréal, Faculté des Arts, et des Sciences Humaines Appliquées, option Bioéthique postulant d'une Clearance éthique sur le thème :

Du principe de *responsabilité sociale* et de *solidarité* pour l'accès financier équitable aux soins de santé : le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun.

Adressé au Comité d'éthique de la recherche du CERB
(Centre d'Etude et de Recherche en Ethique et Bioéthique).

Intérêt du projet. Le projet apparaît intéressant, notamment au regard de la souffrance, en matière d'accès aux soins santé, des couches pauvres, défavorisées et vulnérables de la population camerounaise. Cette prise en charge académique est susceptible de déclencher un mouvement opérationnel qui n'était peut-être que latent, de la part des pouvoirs administratifs.

Conformité du protocole aux principes de bioéthique. Les principes de responsabilité sociale et de solidarité rappellent bien la morale professée par Albert Camus dans *La peste*, à travers le docteur Rieux : « Il y a de la honte à être heureux tout seul ». L'adaptation serait : « à jouir tout seul des soins de santé ». Ces principes sont également et parfaitement conformes aux termes de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* en matière de santé.

Méthodologie. La méthode que déroule le candidat pour son projet est conforme aux enseignements canoniques des manuels de sciences sociales en la matière. C'est l'application sur le terrain qui servira d'arbitrage.

Réalisation de l'étude de terrain. Les séquences et délais annoncés apparaissent raisonnables. Notamment le temps consacré à la collecte des données (06) mois ainsi que la technique d'échantillonnage. Cependant, le manque d'équité dénoncé dans le projet pourrait exiger une analyse comparative sur l'accès aux soins de santé avec les autres travailleurs pauvres du secteur public ou administratif. Il serait également souhaitable de déborder l'échantillon programmé, pour interroger aussi des personnes autres que celles ciblées. Ce décalage pourrait permettre une certaine falsifiabilité au sens poppérien du terme.

Remarque générale. Que la sociologie et les statistiques d'accès aux soins de santé n'absorbent ni n'éclipsent l'éthique et la bioéthique qui sont les préoccupations originaires.

Fait à Yaoundé, le 22 Juillet 2013

17 septembre 2013

Objet: Approbation éthique – « Du principe de responsabilité sociale et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun »

M. Moubé Moubé,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/RS/rs
c.c. Gestion des certificats, BRDV
Béatrice Godard, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive
p.j. Certificat #13-075-CERES-P

11 novembre 2014

Objet: Certificat d'approbation éthique - 1er renouvellement - « Du principe de responsabilité sociale et de solidarité pour l'accès financier équitable aux soins de santé: le cas des travailleurs pauvres du secteur informel urbain au Cameroun »

M. Moubé Moubé,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré
Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Béatrice Godard, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive
p.j. Certificat #13-075-CERES-P