

**La façon dont le  
« Performance-Based Financing »  
responsabilise la communauté  
et améliore l'accès aux services de qualité  
dans les régions de l'Est et du Nord-ouest  
du Cameroun**

**SHU ATANGA Joseph (AAP Nord-Ouest-Cameroun)  
TSAFACK Jean Pierre (AAP Est-Cameroun )  
MOUSSOUME EKOUANGUE (AAP Est-Cameroun )  
KUM GHABOWEN IWI (AAP Nord-Ouest-Cameroun )**

## Abbreviations

<b>AAP</b>	Agence d'Achat des Performances
<b>ASC</b>	Agents de Santé Communautaires
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>COSA</b>	Comité de Santé
<b>COSADI</b>	Comité de Santé du District
<b>COGE</b>	Comité de Gestion
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>DS</b>	District de Santé
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>NO</b>	Nord-Ouest
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PBF</b>	Performance-Based Financing (Financement Basé sur la Performance)
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financières
<b>RCA</b>	La République Centrafricaine
<b>REDSSEC</b>	Redynamisation des Soins de Santé à l'Est Cameroun
<b>Réo-SPP</b>	Réorientation des Soins de Santé Primaires

## Contexte

Dans le cadre de la recherche de l'amélioration de son système de santé, le Cameroun a adopté la Réorientation des Soins de Santé Primaires (Réo-SSP) à travers l'initiative de Bamako en 1987. Cette initiative prônait entre autre, la participation communautaire à travers le cofinancement et la cogestion des services de santé. Ce cofinancement induisait le paiement des services de santé par la communauté au détriment de la gratuité antérieure. La cogestion quant à elle induisait la participation active de la communauté dans la gestion des problèmes de santé à travers les structures de dialogue (Comité de Santé « COSA » et Comité de Gestion « COGE » au niveau de l'Aire de santé) qui servaient d'interface entre les Formations Sanitaires (FOSA) et la communauté. Le COSA est composée de deux représentants pour chaque village ou quartier élus par leurs pairs.

Au niveau des District de Santé (DS), les présidents des différents COSA forment le Comité de Santé du District (COSADI). Ils élisent en leur sein un bureau appelé « bureau du COSADI ». Les COSA comme structures de dialogue se réunissant trimestriellement au sein de la FOSA devaient discuter de tous les problèmes de santé et proposer des solutions ou actions correctrices avec un échéancier de mise en œuvre en commun accord avec le staff médical. Leurs interventions étaient à la fois au niveau de la FOSA (gestion de la pharmacie) que dans la communauté (mobilisation sociale).

Un enthousiasme certain a été observé au début de la mise en œuvre de cette Réo-SSP. Mais au fil du temps, cet enthousiasme a cédé la place au découragement pour plusieurs raisons<sup>i</sup>. Premièrement, les membres du COSA selon la Réo-SSP devaient offrir leurs services dans un esprit de bénévolat. Mais, au vu de la charge du travail et des revenus engendrés par la FOSA, ils ont commencé à réclamer une compensation qu'ils n'ont jamais reçue. En plus, la perception des chefs de certaines FOSA était que le COSA a limité son rôle au contrôle du personnel de la FOSA au lieu de travailler en collaboration avec eux, créant ainsi des conflits. D'autres se sont érigés en personnel de santé au lieu de représentants de la communauté, aggravant ainsi ce conflit. D'autre part, certains responsables de FOSA ont vu en le COSA des intrus qui limitent la confidentialité de la gestion. A la longue, la plus part de ces COSA n'ont plus été renouvelées créant ainsi un dysfonctionnement de la participation communautaire. Par conséquent, les points de vue de la communauté n'étaient plus pris en compte dans la résolution de ses problèmes de santé. L'introduction de l'approche « Financement Basé sur la Performance » (« *Performance-Based Financing* », PBF) par le Gouvernement Camerounais en 2011, vient aider à corriger les manquements observés.

## Le pouvoir de la communauté dans le cycle de mise en œuvre du PBF : les résultats

Le PBF connaît plusieurs définitions, dont « transfert de ressources en fonction de la performance<sup>ii</sup> », « incitation à la performance<sup>iii</sup> », « paiement en espèces ou un transfert non monétaire fait à un gouvernement national ou sous-national, un gestionnaire, un prestataire, ou un utilisateur de services de santé en fonction des résultats prédéfinis atteints et vérifiés : le paiement est subordonné à des actions mesurables entrepris<sup>4</sup> ». L'approche peut être considérée comme « changement du système qui comprend des changements dans les rapports entre les acteurs, les structures et les processus<sup>5</sup> ».

Cette approche ou mécanisme de financement basé sur la performance est fondée sur des « bonnes pratiques » ou « principes de base » dont le renforcement de la voix et de la participation de la communauté font partie. D'après le cycle de mise en œuvre du PBF présenté dans la figure 1 plus bas, la communauté intervient au niveau du montage des business plans, de la production des résultats, de la vérification qualitative (concernant la qualité perçues des soins) et de l'évaluation des business plans.

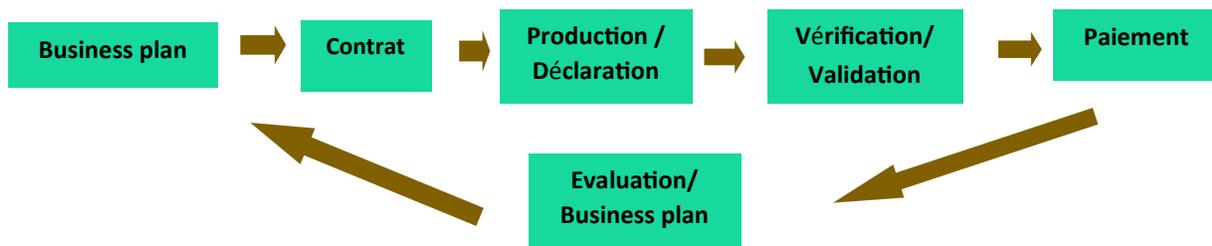


Figure 1: Cycle de mise en œuvre du PBF

<sup>i</sup>. Rapports annuels du projet « Redynamisation des Soins de Santé à l'Est Cameroun », REDSSEC

<sup>ii</sup>. Witter et al (2013). *Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation*. BMC Health Services Research 2013, 13:367. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/367>

<sup>iii</sup>. L'incitation à la performance des prestataires de services de santé. Discussion Paper Numéro 1. OMS, 2010. Available at : [http://www.who.int/contracting/DP\\_10\\_1\\_FR.pdf](http://www.who.int/contracting/DP_10_1_FR.pdf)

<sup>4</sup>. Musgrove P: Rewards for good performance or results: a short glossary. Washington, D.C.: World Bank; 2011.

<sup>5</sup>. Witter et al. 2013

Dans les régions du Nord-Ouest (NO) et de l'Est du Cameroun, la mise en œuvre de la « participation communautaire et le renforcement de la voix de la communauté » dans l'approche PBF a contribué à l'amélioration de la couverture des services, notamment l'acceptabilité et l'utilisation. Dans ces régions, le PBF cherche à renforcer la participation de la communauté à travers les aspects suivants<sup>6</sup>:

## MOBILISATION DES RES-SOURCES

## ORGANISATION DES SERVICES

## EVALUATION DES BESOINS

## LEADERSHIP

## GESTION DES SERVICES

1. L'organisation du partage des risques maladies par la communauté à travers les mutuelles de santé.
2. L'identification des indigents afin de les permettre à accéder aux soins de santé gratuitement ou à moindre coût.
3. La réalisation des activités sanitaires par la communauté sur la base des sous contrats avec les FOSA.
4. L'évaluation et utilisation de la perception de la communauté sur la qualité des soins.
5. La participation de la communauté dans le développement des plans business des FOSA.
6. L'amélioration de la qualité de soins à travers le recrutement et contractualisation du personnel qualifié par le COSA sur avis technique du responsable de la formation sanitaire.

Ces six points sont expliqués comme suite :

### 1. Organisation du partage des risques maladies à travers les mutuelles de santé

La région de l'Est abrite les populations parmi les plus pauvres du Cameroun. Parmi ces populations on peut citer les réfugiés venant de la République Centrafricaine (RCA), les Baka et les Bororos. Pour faire face aux exigences actuelles de prise en charge des cas de maladie par les FOSA, les populations se sont organisées en mutuelles de santé avec l'appui d'une ONG (FAIR MED), qui leur apporte un accompagnement institutionnel et managérial) pour améliorer l'accès aux soins de santé pour tous. Ces mutuelles sont pour la plus part basées dans les zones à forte concentration des communautés Baka. Pour se faire des fonds, les adhérents s'organisent autour des activités génératrices de revenus dont les recettes sont orientées pour la plus part dans le paiement des frais d'adhésion aux mutuelles de santé au bénéfice de ceux qui ont effectué le travail.

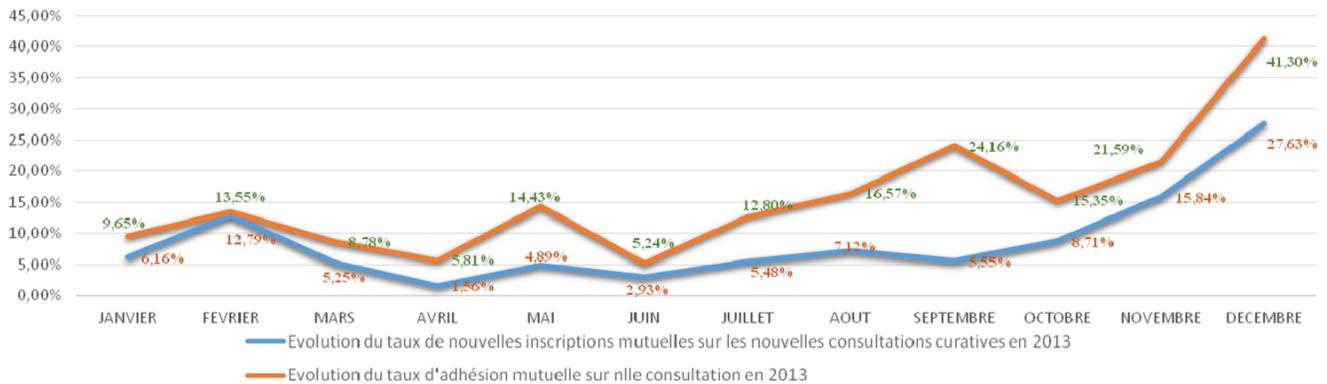


150<sup>TH</sup> / 187  
ON THE HUMAN  
DEVELOPMENT  
INDEX

En outre, les mutuelles reçoivent des subventions de l'AAP en fonction de l'augmentation de ses membres. L'AAP achète la performance des FOSA, mais ces subsides ne sont pas suffisants pour compenser les coûts additionnels de la prise en charge des indigents. Les frais médicaux des mutuelles et le recouvrement des coûts aident à couvrir ce manque à gagner. L'AAP achète donc aussi les nouvelles adhésions aux mutuelles : les mutuelles de santé présentent des business plans et signent des contrats de performance avec l'AAP, avec les nouvelles adhésions comme indicateur de performance. Les subsides générés par l'AAP aux mutuelles à travers des nouvelles adhésions constituent une bonne partie de revenus de la mutuelle de santé lui permettant de payer les factures des FOSA. Le fait que le FOSA devient plus performant à cause du rôle de l'AAP comme « acheteur » pour les mutuelles, fait de sorte que les mutuelles reçoivent des nouveaux adhérents, ainsi leurs contributions font que les mutuelles disposent de sommes plus importantes pour subsidier les indigents, surtout les Baka, et de faciliter leur accès aux soins.

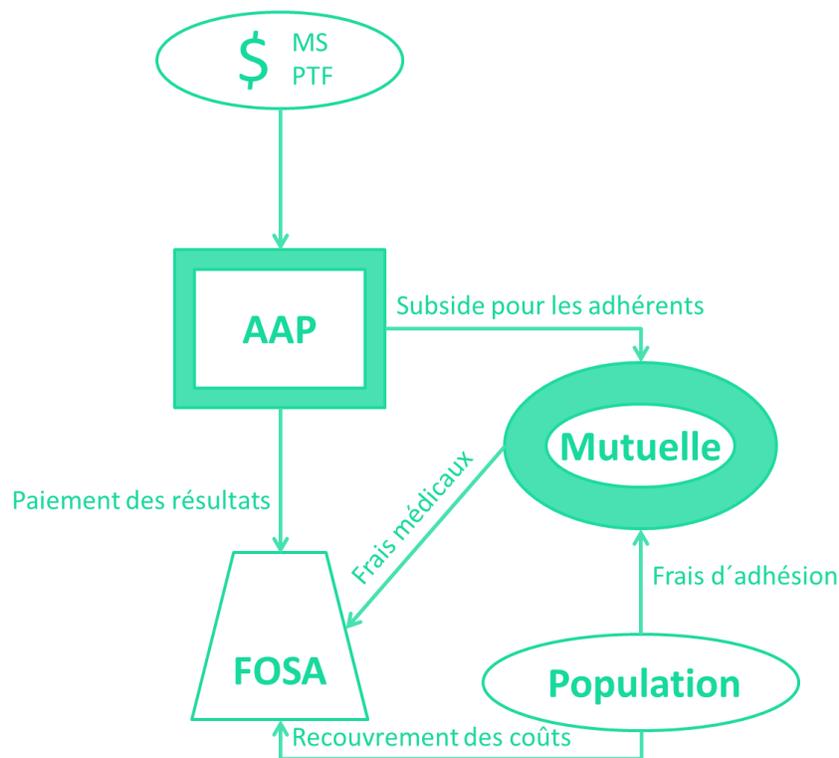
<sup>6</sup>. Selon la conceptualisation de la participation communautaire comme développé par Rifkin et al. (1988).

Le graphique 1 ci-dessous montre que les mutualistes se font de plus en plus soigner dans les formations sanitaires. Le graphique présente l'évolution du nombre de nouvelles adhésions aux mutuelles de santé en termes de pourcentage de nouvelles consultations curatives, reflétant une progression lente mais progressive de 9.65% en janvier 2013 à 41.30% en décembre 2013.



**Graphique 1 :** Evolution du nombre d'adhésion aux mutuelles de santé et de l'utilisation des FOSA pour la période janvier à décembre 2013.

Le partage du risque maladie avant le PBF est resté une affaire de quelques fortunés qui souscrivaient à des assurances privées très coûteuses et hors de portée pour la plus grande partie de la communauté. L'avènement du PBF et le fait que des mutuelles indépendantes ont vu le jour pour certaines FOSA, a permis aux FOSA d'opérer des baisses des coûts directs pour la population de certaines prestations à cause du financement supplémentaire (paiement des résultats et augmentation des mutualistes) pour augmenter l'accès financière des populations aux soins. Ces flux de fonds sont présentés dans la figure 2.



**Figure 2** Cadre institutionnel: la relation entre l'AAP, les mutuelles et les FOSA.

## 2. L'identification des indigents

Afin d'améliorer la couverture sanitaire universelle, l'un des objectifs majeurs du projet PBF au Cameroun est d'améliorer l'accès financier aux soins de qualité pour les indigents. Depuis l'introduction du PBF, un recensement passif (lors des contacts avec le système de santé ou les FOSA) et actif des indigents (dans les communautés par les membres des COSA) est engagé dans les deux régions<sup>7</sup>. Les listes des indigents validées par le COSA sont désormais disponibles dans les communautés et les FOSA. Cette liste est dynamique et révisée chaque année parce que le statut d'indigent peut changer. Chaque équipe sanitaire décide des quotas de gratuité à accorder à chaque indigent selon ses propres critères dynamiques et la disponibilité des ressources financières. L'amélioration de l'accès financière va de la gratuité complète à un pourcentage de réduction. Comme exemple d'un processus d'identification, l'Hôpital catholique de Njinikom, avec l'appui de la communauté, a mis sur pied des cartes pour indigents. Ces listes et cartes pour l'identification des indigents ont facilité l'accès des indigents aux soins de santé.

Par ceci, la communauté encourage les indigents à utiliser les services de santé. Par conséquent, le nombre des indigents utilisant les services des FOSA est en nette augmentation comme le montre le tableau ci-dessous : dans la région du NO, le nombre de nouveaux cas d'indigents ayant eu accès aux soins est augmenté de 176 au début de 2013, jusqu'au 2,383 au début de 2014. Dans la même période, on voit aussi dans l'Est une augmentation de plus de 14 fois (!) du nombre de nouveaux cas d'indigents ayant eu accès aux soins.<sup>8</sup>

**Tableau 1 : Evolution du nombre de personne indigente ayant utilisé le service entre le 1<sup>er</sup> trimestre 2013 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2014 dans les régions du Nord Ouest et de l'Est**

Nouveaux cas d'indigents ayant eu accès aux soins	1 <sup>er</sup> Trim 2013	2 <sup>ème</sup> Trim 2013	3 <sup>ème</sup> Trim 2013	4 <sup>ème</sup> Trim 2013	1 <sup>er</sup> Trim 2014
Nord- Ouest	176	724	1 080	2 171	2 383
Est	1 229	2 317	6 287	9 109	17 810

Le tableau 1 démontre que le fait d'identifier les indigents et de les encourager à fréquenter les FOSA a contribué à améliorer l'utilisation. Du point de vue du côté de l'offre, cette utilisation à son tour a augmenté la production financière de la FOSA à travers les primes de performance pour les indicateurs de l'Agence d'Achat des Performances (AAP) liés à l'utilisation des services par les indigents.

## 3. Réalisation des activités de santé communautaire sur la base des sous contrats avec les FOSA

Pour améliorer l'utilisation des services par la communauté, les Agents de Santé Communautaires (ASC) ont été contractés par les FOSA afin d'aider à atteindre les objectifs liés à la santé maternelle et infantile identifiés par les FOSA. Ces ASC sont chargés de mener, entre autres, les activités suivantes:

- La réalisation du recensement dans le village pour déterminer les populations cibles ;
- L'identification des indigents ;
- La référence et/ou l'accompagnement des patients vers la FOSA ;
- La construction et utilisation des latrines ;
- Le traitement du paludisme à base communautaire ;
- Le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans ;
- L'organisation des séances de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) avec les différents groupes socioculturels.

La FOSA assure leur rémunération sur la base des fiches de références ou un voucher portant leur signature. Cette rémunération est basée sur une entente préalable entre les deux parties sur des paiements basés sur la performance. Ceci exige que chaque ASC soit payé sur la base des performances produites dans la période, entraînant ainsi une émulation entre les différents ASC ; chacun voulant donner le meilleur de lui-même. La vérification est faite d'abord par la FOSA, qui déclare les résultats à l'AAP. Les résultats

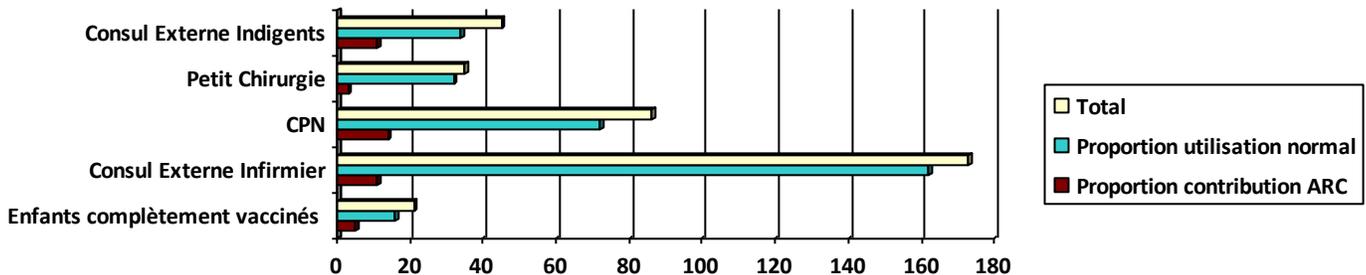
---

<sup>7</sup>. Dans les communautés un indigent est connu de tous selon les critères contextuels : « quelqu'un qui n'a rien », un individu qui vit dans les conditions difficiles et alors ne peut payer entre autres les frais médicaux. Par exemple, les malades épileptiques sont pris en charge à 100% dans la plupart des FOSA.

<sup>8</sup>. La base de données suivante comprend les données PBF vérifiées et contrevérifiées : [www.fbrcameroun.org](http://www.fbrcameroun.org)

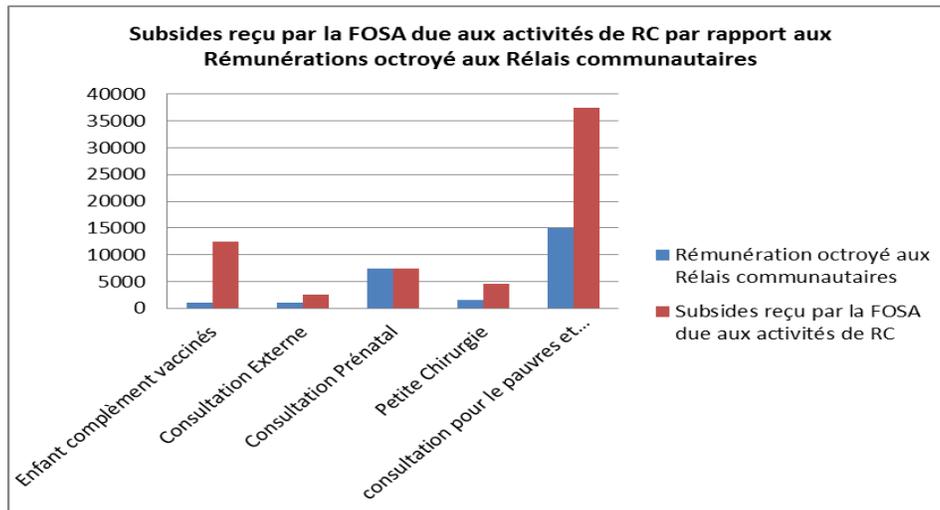
suivent par la suite le cycle PBF de vérification et de contre-vérification. La mise à contribution des ASC est une solution à prendre très au sérieux et particulièrement en milieu rural où les comportements ne sont pas toujours très évolués avec parfois une grande influence de certaines croyances. L'action des ASC permet de surmonter la pente avec des ressources locales et de manière très efficace.

De façon générale, la réalisation de ces activités par des ASC semble avoir contribué à l'amélioration nette des indicateurs, comme montre l'exemple du Centre de Santé Intégré (CSI) d'Achain DS de Fundong dans le NO. Pour améliorer l'utilisation de ses services, le personnel de cette FOSA a décidé de sous contracter les indicateurs contenus dans le graphique 2 avec les ASC. Ces ASC identifient les malades ou clients dans la communauté qui sont éligible pour recevoir les soins ou services (selon le cas) dans les FOSA et les encourage à le faire. L'ASC remet un voucher signé à chaque malade ou client envoyé (ou référé) à la FOSA. A la fin de chaque mois, le nombre de vouchers de chaque ASC sont comptabilisé et il est payé en fonction de ceci.



**Graphique 2 : Proportion des malades venant d'eux même et celle des malades référés par les ASC au CSI d'Achain pour le mois de Novembre 2013**

Le graphique 2 présente la proportion des malades qui ont utilisé le CSI d'Achain venant eux-mêmes et celle des malades envoyé ou référé par les ASC sur voucher, pour une période d'un mois. Il montre que les ASC ont effectivement contribué à 10% de l'utilisation des différents services de cette FOSA. Il nécessiterait plus de recherche afin d'être en mesure de dire jusqu'au quel niveau les ASC ont augmenté aussi l'utilisation totale de la FOSA.



**Graphique 3 : Financement apporté par les interventions des agents communautaires au FOSA par rapport aux rémunérations octroyés aux ASC.**

Le graphique 3 ci-dessus montre que la FOSA a augmenté son gain de 52 000 FCFA. De ce gain, elle a dépensé 15 000 FCFA pour assurer le paiement de ces ASC pour un bénéfice de 37 000 FCFA.

Au bout de la mise en œuvre de ce processus de sous contractualisation, les effets suivants sont manifestes :

- La collaboration entre la communauté et la FOSA sort renforcée par la contractualisation ;
- Le financement de ces résultats de la communauté résout le problème de bénévolat prôné par les Réo-SSP et décrié par la communauté ; et
- Par le biais des sous contrats, la FOSA améliore ses indicateurs, réalise plus de recettes, fait plus de bénéfiques et rémunère les ASC.

#### 4. La perception de la qualité des soins est prise en compte par les prestataires pour amélioration

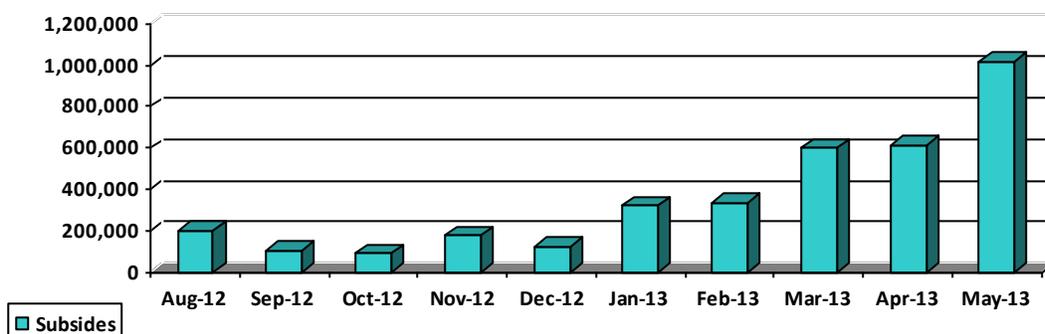
L'introduction du PBF dans son processus a conduit à la sélection et formation d'une association locale devant mener les enquêtes communautaires visant à recueillir la perception de la communauté relative à la qualité socioculturelle des soins à eux fournis par leur FOSA. Cette activité vise non seulement à cette perception, mais aussi à confirmer l'existence des patients déclarés par la FOSA pour la période et de récolter en même temps les suggestions. L'enquête communautaire permet à une proportion de 3 à 5% des patients qui a été en contact avec la FOSA, tirés au hasard, de donner un jugement sur la qualité des soins reçus en ce qui concerne les accouchements assistés, la consultation prénatale, les consultations externes, les enfants complètement vaccinés, et les hospitalisations. Le questionnaire administré contient entre autre les questions sur le temps d'attente, l'accueil, les coûts des soins, la propreté, etc. Elle est trimestrielle et participe à l'attribution de la note de qualité aux FOSA en vue du paiement du bonus de qualité y afférent d'une part et d'autre part de l'amélioration de la qualité des soins. Les différentes suggestions récoltées lors de cette enquête permettent à la FOSA lors qu'elles sont prises en compte d'améliorer l'accès aux soins tant sur le plan financier, technique, socioculturel, relationnel, etc.

**Exemple 1 :** Dans le CSI de Mentang, DS Fundong, région du NO, à l'issue des enquêtes communautaires trimestriel en 2012, les patients tirés au hasard ont décrié l'état de dégradation avancée de la FOSA, le manque de médicaments et l'équipement de base qui empêchaient son utilisation. Ces problèmes ont été répercutés auprès des responsables de la FOSA et ont été pris en compte à travers des stratégies de résolution développées dans le montage de business plan. Le contrat de location du premier local a été rompu au profit d'un nouveau plus attrayant en Janvier 2013. Ceci est une mesure transitoire en attendant la construction d'un local définitif tel que montré dans les photos ci-dessous. Dans le nouveau local, une pharmacie a été ouverte rendant ainsi les médicaments disponibles pour les malades avec l'acquisition d'un équipement médical de base.



Figure 3: Loyer 1, loyer 2 et fondation du CSI de Mentang

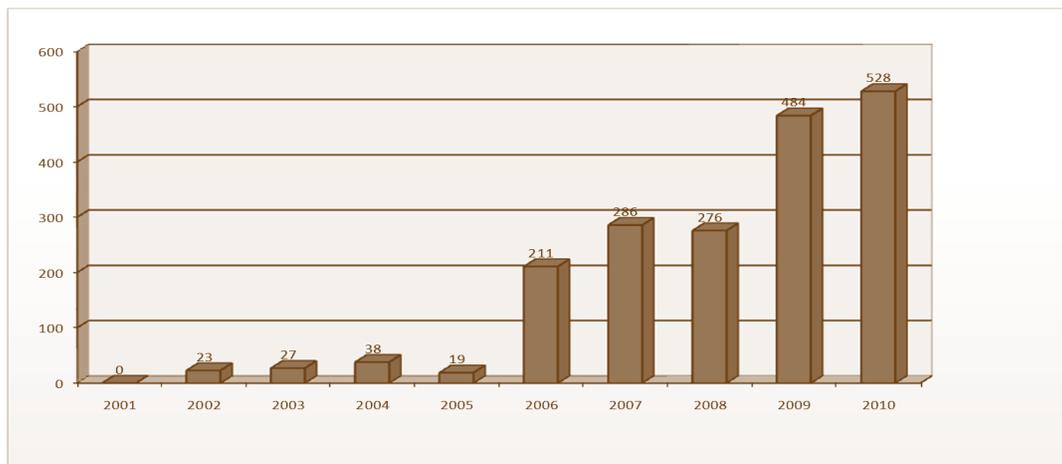
On a ainsi observé une augmentation de la fréquentation qui se matérialise par celle des recettes comme le montre le graphique 4 ci-dessous à partir du mois de Janvier 2013. Ceci a incité le COGE à commencer la construction du futur local définitif comme le montre cette photo de la fondation ci-dessus.



Graphique 4: Evolution des subsides dans le CSI de Mentang d'octobre 2012 à mai 2013

**Exemple 2:** Dans la réserve de la Dja, DS de Yokadouma, région de l'Est, le peuple Baka (pygmée) qui ne fréquente pas les villes pour des raisons culturelles, a demandé à la Sœur responsable du centre de santé catholique de Masséa de réaliser leurs interventions chirurgicales sur place. La recherche de solution à cette demande a conduit cette Sœur à mettre en place un bloc opératoire et contacter des médecins vacataires permettant à ce peuple d'avoir accès à une chirurgie de qualité. Au cours du premier mois, 12 Baka ont bénéficié des interventions chirurgicales et ce service est toujours offert aujourd'hui.

**Exemple 3:** Dans les Centre de Santé (CS) catholique de Batouri à l'Est, et celui d'Achain, DS de Fundong dans la région du NO, la première enquête communautaire dans la cadre du FBP en 2006 à Batouri a révélé que la communauté était contre l'offre des soins par un personnel masculin en maternité. Les responsables de ces FOSA ont entrepris de remplacer ces hommes par des femmes et le nombre d'accouchements s'est nettement amélioré, comme le montre le graphique 5 ci-dessous.



**Graphique 4:** Evolution du nombre annuel d'accouchement au Centre de Santé Catholique de Batouri, Région de l'Est, avant et après l'introduction du PBF en 2006. Source : Rapports annuels du Centre de Santé Catholique de Batouri – ces données ont été vérifiées et contrevérifiées.

## 5. Développement des Business Plan (BP)

Le business plan ou plan d'affaire est une prévision trimestrielle de la structure de santé dont les auteurs sont le personnel de santé, les membres des COSA et d'autres personnes ressources localement reconnues comme les maires. Ce document est à la base des négociations et de la signature du contrat entre la FOSA et l'AAP. Les membres du COSA ont bénéficié de la formation sur les bonnes pratiques du PBF et le montage de cet outil au même titre que le personnel soignant pour leur permettre de participer efficacement au montage de ce dernier. Ils participent trimestriellement dans les négociations et avec un pouvoir décisionnel à cette activité en y apportant la vision de la communauté dans la résolution de leurs problèmes de santé. La signature du business plan est obligatoire par le responsable du COSA, ce qui donne le droit au COSA d'accorder ou de refuser des activités ou dépenses qu'ils ne trouvent pas pertinentes. Leur représentativité est assurée par le fait que le COSA est composée de deux représentants pour chaque village/quartier élus par leurs pairs (habitants du village/quartier). Le bureau du COSA est élu pour deux ans ; entretemps et les représentants peuvent être changés en cas de non activité ou démission.

Le montage de tout nouveau business plan est précédé par l'évaluation du précédent. Cette intervention de la communauté a montré des résultats ci-dessous :

- La bonne compréhension des problèmes de santé avec priorisation ;
- La contribution au choix des stratégies de résolution adaptées à leur contexte ;
- L'engagement à travers ce business plan à la réalisation des activités communautaires ;
- Le suivi mensuel de la mise en œuvre du business plan ;
- Le suivi et l'évaluation de l'utilisation des ressources de leur FOSA à travers l'outil indice mensuel.

A titre d'illustration de résultats de participation communautaire:

Dans les deux régions, la signature du business plan est obligatoire par le responsable du COSA. Au début du projet, certains COSA n'existaient pas. Pour les existants, la fonctionnalité était insuffisante. Les responsables de ceux qui existaient signaient les business plans sans même participer au montage dudit document et sans en maîtriser le contenu. Actuellement aucun responsable n'accepte signer sans être impliqué au montage. C'est le cas actuel de la Polyclinique MAEH (polyclinique privée laïque) dans le district

de santé de Bertoua à l'Est dont le président de COSA refuse de signer le business plan pour n'avoir pas été impliqué. Le conflit est traduit à l'AAP et le Président a eu raison et le verdict est de reprendre le dit document avec la pleine participation du COSA. Ils sont actuellement en cours de montage de ce document. Ceci démontre que le PBF a contribué à réanimer la participation communautaire à travers les COSA.

En plus, l'utilisation des moyens financiers est plus rationnelle à cause de la redevabilité du personnel de santé à sa communauté à travers l'utilisation de l'outil « INDICE ». Cet outil est un instrument de gestion financière transparente du PBF et une composante du business plan. Dans cet outil, toutes les sources de revenus sont identifiées en même temps que les dépenses. Pour le développement des nouveaux plans business, les anciens sont évalués et le niveau d'exécution du budget est déterminé. Alors les représentants de la communauté (COSA/COGE) participent au développement du plan business, au suivi de sa mise en œuvre et à l'évaluation des résultats atteints. Ceci induit une efficience allocutive du financement qui bénéficie par exemple le plateau technique en termes d'équipement, de personnel en quantité et qualité, la disponibilité des médicaments et la continuité des services. En exemple, dans une FOSA les femmes ont demandé de changer la table d'accouchement. De plus, avant le début du projet, la plus part des centres de santé avaient un seul personnel et très souvent non qualifié. Actuellement, la situation s'améliore : une étude réalisée dans 149 FOSA (18 hôpitaux et 131 centres de santé) de la région de l'Est Cameroun montre cette amélioration entre le premier trimestre 2013 et le premier 2014<sup>9</sup>. Les détails sont contenus dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2 : Evolution de la proportion des FOSA avec un effectif de 1 à 2 personnels de santé et celle des FOSA avec une moto en bon état entre le 1<sup>er</sup> trimestre 2013 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2014**

Rubriques	1 <sup>er</sup> Trimestre 2013	1 <sup>er</sup> Trimestre 2014
FOSA avec un effectif de 1 à 2 personnels de santé	54%	11%
FOSA avec une moto en bon état	57%	60%

Le tableau ci-dessus montre que la proportion des FOSA ayant un effectif de 1 à 2 personnels de santé est passée de 54% au 1<sup>er</sup> trimestre 2013 à 11% un an après. Soit une diminution de 43% à cause du recrutement du personnel par les COSA. Ceci est encore loin des normes du Ministère de la Santé Publique qui en prescrit 6. Mais cette nouvelle situation permet de garder la FOSA ouverte quand un des personnels est en déplacement au lieu d'être fermée comme avant. Celle des FOSA ayant une moto en bon état est passée de 57% à 60% pour la même période, soit une augmentation de 3%.

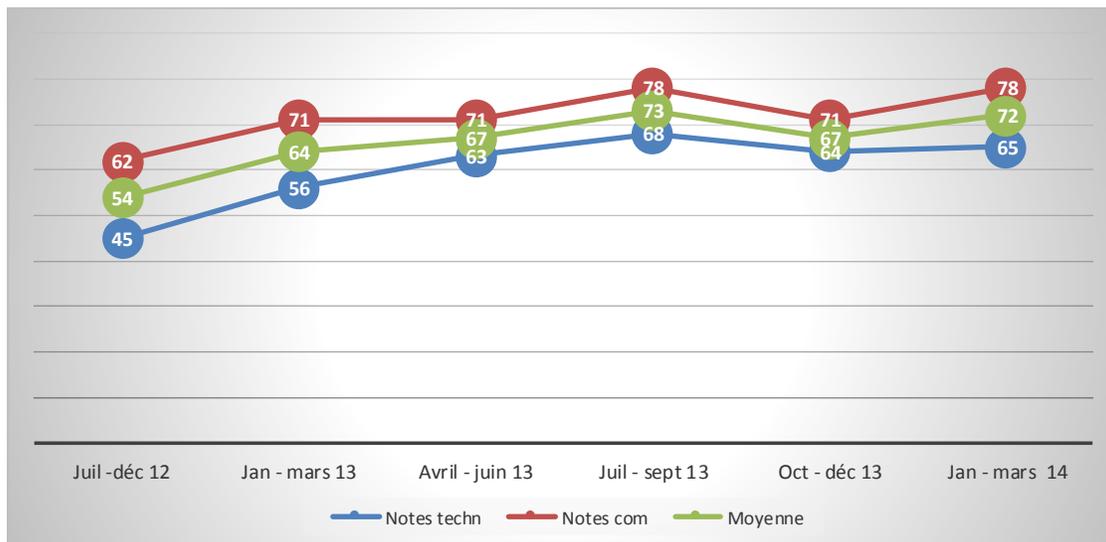
Grâce à la participation de la communauté dans le montage du business plan, les stratégies de résolution des problèmes sont plus adaptées, surtout ceux du domaine socioculturel. Dans le village de Mbitom, DS de Bétaré-Oya, par exemple, la vaccination se fait désormais le jour du marché. C'est le seul jour de la semaine où il est possible de voir tout le monde. Dans le NO, les activités communautaires ont été jugées plus efficaces le jour de repos obligatoire fixé par la tradition.

## 6. Recrutement du personnel

La communauté joue aussi un rôle important dans le recrutement du personnel. Dans l'application du principe de l'autonomie de gestion, les FOSA publiques ont été confrontées au problème de recrutement du personnel supplémentaire parce que n'ayant pas un statut juridique. Cette tâche a été confiée au COSA à cause de son existence légale. Ces dernières ont recruté et singé les contrats de travaux avec un personnel qualifié qu'ils ont mis à la disposition des FOSA, sur avis technique du responsable de la formation sanitaire. Le salaire de ce personnel est payé grâce aux recettes propres (recouvrement des coûts et financement PBF) de la FOSA.

L'autonomie de gestion et la présence des subsides ont permis à ces FOSA d'améliorer leurs effectifs. C'est ainsi qu'à l'Est Cameroun, le nombre de personnels est passé de **673** au premier trimestre 2013 dans 149 FOSA à **791** au premier trimestre 2014 dans 159 FOSA, soit une augmentation d'une moyenne de 4,5 personnels par FOSA en 2013 à 4,9 personnels par FOSA en 2014. L'augmentation de l'effectif de personnel en quantité et en qualité pourrait avoir contribué à l'amélioration de la qualité globale des soins de 64% (janvier-mars 2012) à 72% (janvier-mars 2014) à l'Est Cameroun, soit une augmentation de 8%. Le graphique 6 montre représente les notes de qualité technique (la courbe en rouge), les notes de qualité communautaire (la courbe en bleu) et la moyenne des deux courbes (la courbe en vert).

<sup>9</sup>. Rapport de l'enquête de base 2014 dans les formations sanitaires sous contrat PBF dans la région de l'Est.



**Graphique 6 : Evolution des notes de qualité dans la région de l'Est Cameroun**

### Discussion

Le FBP renforce effectivement la participation communautaire. Premièrement, la perception de la communauté sur la qualité des soins a une influence directe sur la fourniture des services par les FOSA. Même si c'est la FOSA qui possède le pouvoir de prendre en compte les jugements des ménages ou non, la communauté a le pouvoir d'influencer la hauteur de leur bonus à travers la note de qualité communautaire. De plus, les COSA influencent les stratégies de la FOSA à travers leur influence dans la revue et le développement du plan business qui sert comme base des négociations des contrats entre les FOSA et l'AAP. Ensemble, ces éléments incitent les FOSA de fournir des services **acceptables** et de bonne **qualité**, comme a montré l'exemple de l'installation d'un bloc opératoire et son opérationnalisation par les médecins consultant sur place comme souhaité par la communauté Baka dans la Région de l'Est.

Par ailleurs, les paiements PBF permettent aux COSA de recruter du personnel qualifié, ce qui améliore la **disponibilité** des services et du personnel de **qualité** et **acceptables**: la qualité du personnel est garantie par le fait que la demande est celle du responsable de la FOSA ; tant que l'acceptabilité par la communauté est due au fait que c'est la communauté qui recrute. Egalement, les paiements PBF permettent aux FOSA de contractualiser les ASC et donc d'impliquer la communauté dans la réalisation directe des services. L'exemple du Centre de Santé Intégré (CSI) d'Achain DS de Fundong dans le NO a démontré que la contractualisation des ASC a eu une influence directe sur l'**utilisation** des services.

En combinaison avec l'amélioration de l'**accessibilité** financière à travers l'organisation du partage des risques maladies par la communauté (comme les Baka) par les mutuelles de santé et l'identification des indigents afin de les permettre à accéder aux soins de santé gratuitement ou à moindre coût, le PBF au Cameroun a contribué d'une façon importante à la couverture universelle (la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et la qualité des services)<sup>10</sup> de la santé.

En résumé, la participation communautaire se matérialise par un droit de regard et d'opinion (sur le plan de business, le recrutement du personnel, la qualité des soins offerts par la FOSA et l'identification des indigents) et d'une contribution directe (à travers les mutuelles, le recouvrement des coûts et les ASC). Cette participation donne un pouvoir sérieux à la communauté par rapport aux activités des FOSA. Cependant, le PBF donne aussi une opportunité d'étendre encore plus ce pouvoir de la communauté, par exemple par le droit de cosigner le plan business (approbation « ex ante ») avec un pouvoir sur le paiement des résultats (approbation « ex post »). Un tel mécanisme changerait le rôle de la communauté de conseiller à un rôle de décideur dans le processus et pourrait encore mieux garantir la couverture effective des soins. Si on prend en compte dans le design du projet PBF la voix et la participation de la communauté, le PBF donne une excellente opportunité de réanimer le principe de participation communautaire afin de contribuer à une meilleure couverture universelle de santé.

<sup>10</sup>. La couverture a été défini par Tanahashi (1978) comme la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et la qualité des services