



Le Financement Basé sur la Performance Renforce les Partenariats Public-Privé dans le Secteur de la Santé – une Étude de Cas de la Région du Littoral au Cameroun

Taptue Fotso J. C.^a ; Nji V.^b ; Bangue B.^c

a: Gestion de l'Agence d'Achat de la Performance du Littoral; b: Assistant chargé de l'Information Médicale, 'Agence d'Achat de la Performance du Nord-ouest; c: Suivi et Evaluation du PAISS/ MDS

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, beaucoup de pays africains cherchent des stratégies susceptibles de renforcer les partenariats public-privé (PPP) afin d'aligner les prestataires privés avec les politiques nationales de santé et réaliser des objectifs de santé publique, incluant la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le but de cette étude est d'analyser la façon dont le Financement Basé sur la Performance (FBP), en tant qu'approche contractuelle, peut contribuer à renforcer les partenariats public-privé.

Méthodes. Cette étude rétrospective analyse les données (validées à travers les mécanismes de vérification du FBP) de 66 formations sanitaires (FS) dans quatre des 19 districts de la Région du Littoral du Cameroun. Elle compare les données des formations sanitaires privées à but lucratif (PBL) ainsi que celles des formations sanitaires confessionnelles et publiques qui bénéficient d'un contrat dans le cadre du FBP. Les données incluent (i) le paquet de services de santé offert ; (ii) la qualité des services ; et (iii) les patients aiguillés. Les données recueillies à partir du premier trimestre 2011, et lorsque chaque formation sanitaire a intégré le projet, ont été comparées avec les données collectées au cours du second trimestre 2013 au sein des mêmes 66 formations sanitaires. Elles ont été analysées à l'aide du logiciel EPI INFO.

Résultats. Avec le FBP, un nombre croissant de formations sanitaires bénéficiant d'un FBP ont étendu le paquet de services qu'elles offrent, incluant des soins préventifs, comme la planification familiale (PF) et la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Au cours de la période étudiée, le nombre de bénéficiaires par trimestre de la contraception moderne et des médicaments antirétroviraux pour la PTME s'est accru de 21 à 361 et, de 3 à 24 au sein des formations sanitaires privées. La qualité des services offerts s'est améliorée de manière considérable dans tous les types de formations sanitaires, avec les scores de qualité des PBL augmentant de 12.6% à 61.7%, ceux des formations sanitaires publiques passant de 15.3% à 67.3% et ceux des formations sanitaires confessionnelles augmentant de 17.9% à 63.2%. La collaboration opérationnelle entre les différents types de formations sanitaires s'est également améliorée, menant à des aiguillages et des contre-aiguillages de patients plus efficaces entre les centres de santé et les hôpitaux de district.

Conclusion. Le FBP représente une approche efficace pour renforcer les PPP dans le secteur de la santé et pour motiver les prestataires privés afin qu'ils fournissent des services essentiels, atteignent des objectifs de santé publique et contribuent à la Couverture Sanitaire Universelle. Par conséquent, les décideurs politiques doivent considérer l'utilisation du FBP afin de renforcer les PPP dans le système de santé – où le secteur privé gagne du terrain – de réguler les prestataires privés et les aligner aux objectifs de santé publique.

Mots Clés: FBP, privé à but lucratif, partenariat public-privé; secteur privé, environnement urbain.

ABRÉVIATIONS

AAP	Agence d'Achat de la Performance
AQT	Assurance Qualité Technique
ARV	Antirétroviraux
CSU	Couverture de Santé Universelle
DIU	Dispositif Intra-Utérin
EI	Évaluation d'Impact
EMD	Équipe Médicale de District
FBP	Financement Basé sur la Performance
FS	Formation Sanitaire
GPS	Système Mondial de Localisation
MDS	Ministère de la Santé
OBC	Organisation à Base Communautaire
OC	Organisations Confessionnelles
PBL	Privé à but lucratif
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PPP	Partenariat Public-Privé
S&E	Suivi et Évaluation
SNIGS	Système National de l'Information et de la Gestion Sanitaire

INTRODUCTION

Aujourd'hui dans beaucoup de pays africains, les systèmes de santé sont pluralistes, particulièrement dans les zones urbaines où l'importance du secteur privé dans la prestation de services s'accroît (1-4). Cependant, le rôle du secteur privé à but lucratif (PBL, aussi identifié comme « privé ») est souvent limité (4). Les Ministères de la Santé (MDS) tendent à principalement travailler avec les formations sanitaires (FS) publiques ou confessionnelles (OC) qui reçoivent des subsides ou des intrants sans lien clair avec des résultats (6). Collaborer avec des prestataires privés comporte quatre défis importants : (i) le secteur public ne détient pas les capacités nécessaires à la gestion des collaborations ; (ii) il manque une organisation cadre permettant aux prestataires privés de négocier des contrats ; (iii) les prestataires publics et privés ne sont pas harmonisés en matière de paquets de services et en matière de standards pour la prestation de services; (iv) les rapports des prestataires privés sont souvent incomplets (7). Néanmoins, le secteur privé fournit également l'occasion d'accroître les ressources disponibles (personnel, infrastructures, équipements et connaissances) dans le pays, et cela pour atteindre des objectifs de santé publique. En outre, si le secteur privé n'est pas adéquatement régulé et supervisé, ses clients risquent de pâtir des conséquences de services de santé de pauvre qualité. Ainsi, il est de plus en plus nécessaire de réguler les prestataires privés à but lucratif et les prestataires confessionnels afin de faciliter un alignement avec les politiques nationales et atteindre des objectifs de santé publique, incluant Couverture de Santé Universelle (CSU).

Le Cameroun fait face à un secteur privé en pleine expansion, particulièrement au sein de ses zones urbaines. Par exemple, dans le district de santé de la "Cité des Palmiers" à Douala, il existe 203 prestataires privés alors qu'il n'y a que cinq formations sanitaires publiques et cinq formations sanitaires confessionnelles. A Douala, le contrôle et la régulation du système de santé sont faibles : beaucoup de formations sanitaires privées fournissent des soins sans autorisation *légitime*. Dans le district de santé de la Cité des Palmiers, plus de 54% de la population ayant sollicité des soins de santé se sont rendus dans des formations sanitaires privées ou confessionnelles (8)¹. Dans ce cadre, les partenariats public-privé (PPP) sont non seulement clairement nécessaires, mais ils offrent également une occasion d'atteindre des objectifs de santé publique. Le gouvernement autorise actuellement la création et l'opérationnalisation de formations sanitaires accréditées, mais avant 2011, il n'existait aucune stratégie permettant d'aligner les services avec les objectifs de santé publique du MDS. La contribution potentielle du secteur privé dans l'amélioration de la prestation de services à Douala est claire. Il est néanmoins nécessaire de mettre en œuvre des stratégies efficaces afin d'intégrer adéquatement le secteur privé dans le système national de santé.

Les partenariats public-privé ne bénéficient pas de définition internationale. Globalement, les PPP se réfèrent à des modalités, généralement à moyen et à long termes, établies entre les secteurs public et privé à travers lesquelles certains services qui relèvent de la responsabilité du secteur public sont octroyées au secteur privé, et cela avec un accord clair sur des objectifs communs en matière de prestation de services. Les PPP ne comportent généralement pas de contrats de services ou de contrats de construction dit « clés-en-main » selon lesquels le secteur privé bénéficie d'un rôle limité, mais continu (10).

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) peut fournir l'occasion d'améliorer les partenariats public-privé. Dans le FBP, les formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles sont traitées de manière égale, sans discrimination : elles sont contractées pour obtenir les mêmes résultats (11). Des conditions partagées sont requises afin de fournir ce paquet d'activités – comme l'amélioration des standards de qualité et du contenu du paquet essentiel de services, incluant les soins préventifs. Le processus de contractualisation ainsi que le contenu des contrats et, le suivi et l'évaluation sont identiques entre les prestataires publics et privés – ils sont reliés par une même Agence d'Achat de la Performance (AAP).

Cet article représente une étude de cas de la Région du Littoral au Cameroun où le FBP renforce les PPP dans le secteur de la santé.

¹ 46% de la population ont sollicité des services auprès des cinq formations sanitaires publiques, incluant l'hôpital le plus important du Cameroun : l'Hôpital Général de Douala. Les patients préfèrent aussi fréquenter les sites d'aiguillages des prestataires de santé primaire. Des études africaines ont indiqué que la majorité (61–82%) des utilisateurs des centres hospitaliers se sont « aiguillés eux-mêmes » (9).

Le Financement Basé sur la Performance au Cameroun

Dans le cadre de ce document, nous exposons le FBP mis en œuvre dans la Région du Littoral du Cameroun en nous concentrant particulièrement sur les PPP. Le Cameroun a initié la phase pilote de son projet de FBP dans quatre régions : l'Est, le Littoral, le Sud-ouest et le Nord-ouest. Dans la Région du Littoral, le projet de FBP a été lancé en 2011 grâce à un financement de la Banque Mondiale. Il ciblait 4 des 19 districts de santé de la Région, incluant la Cité de Palmier, Edea, Loum et Yabassi, dans lesquels un total de 308 formations sanitaires (237 privées, 45 publiques, 26 confessionnelles) couvre une population de 636'000 habitants, selon les projections de 2005 pour 2010 (12). Soixante-six pourcent (66%) de la population résident en milieu urbain (particulièrement à Douala), où se situent 80 pourcent des formations sanitaires selon un recensement effectué en 2013 (13). Toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles sont éligibles pour le projet alors que seules les formations sanitaires privées qui satisfont aux normes et aux standards requis par la politique nationale (documents administratifs qui permettent leur création et leur fonctionnement selon la législation ; infrastructures adéquates, ressources humaines et équipement) peuvent être incluses dans le projet. Sur la base de ces critères un chargé médical de district évalue chaque formation sanitaire privée avant d'octroyer une autorisation à l'AAP afin que celle-ci puisse signer un contrat de performance. Ainsi, si le prestataire (public, privé ou confessionnel) n'exécute pas ses tâches tel que cela est escompté, son contrat trimestriel de performance n'est pas renouvelé par l'AAP.

Modalités institutionnelles du FBP au Cameroun

La gestion des contrats de FBP au Cameroun repose sur plusieurs principes importants :

1. L'ensemble des services acheté par l'AAP ainsi que leur prix unitaire sont les mêmes pour les formations sanitaires (FS) privées, publiques et confessionnelles. Le FBP ne couvre pas d'équipement spécifique aux FS privées, publiques ou confessionnelles. Les FS qui manquent d'équipement essentiel peuvent néanmoins utiliser des revenus générés localement ainsi que des subsides du FBP afin d'acquérir des équipements.
2. Le nombre de personne qui utilise les différents services du paquet minimum de santé (récompensé par le programme de FBP) est déclaré chaque mois par les formations sanitaires par l'entremise d'un formulaire de déclaration/validation. Il est ensuite validé par l'AAP. Le formulaire de déclaration/validation comprend 23 indicateurs pour le Paquet Minimum (*pour les centres de santé primaire*) et 25 pour le Paquet Complémentaire (*pour les hôpitaux*).
3. Dans les zones de santé ayant plus d'un centre de santé, les centres les plus performants (qu'ils soient privés, publics ou confessionnels) signent un contrat principal avec l'AAP, alors que les autres signent un contrat de sous-traitance avec les contractants principaux. Les résultats du contractant principal ainsi que ceux de ses sous-traitants sont fournis par l'entremise d'un seul formulaire de déclaration soumis à l'AAP par le contractant principal. Les agents de vérification de l'AAP vérifient ensuite le niveau de prestation de services en se basant sur les registres du contractant principal et de ceux de ses sous-traitants.
4. Le contractant principal reçoit les paiements et paie ensuite ses sous-traitants. La performance de ces centres est évaluée trimestriellement. Si un sous-traitant fournit davantage de services que le contractant principal, il signe un contrat principal et le contractant principal signe un contrat de sous-traitance. Les contractants principaux effectuent des pré-vérifications et supervisent les sous-traitants. Ils retiennent 20% des subsides pour couvrir les coûts liés à cette supervision.

Méthodologie

Concepts et variables

Nous avons étudié la façon dont le FBP renforce les PPP dans le secteur de la santé au Cameroun en nous concentrant sur quatre dimensions :

- le nombre de formations sanitaires privées qui ont signé un contrat de performance;
- le paquet de services fournis par les prestataires privés contractés ;
- la qualité des services fournis par les prestataires privés contractés ; et
- la participation opérationnelle des prestataires privés dans le système d'aiguillage et de contre-aiguillage des patients entre les centres de santé et les hôpitaux.

- **Nombre de formations sanitaires privées qui ont signé un contrat de performance**

Cette variable a été utilisée pour évaluer le nombre de formations sanitaires privées qui ont signé un contrat de performance avec l'AAP. Une formation sanitaire privée qui signe un tel contrat indique sa volonté d'entrer dans un partenariat avec le secteur public ; de coopérer pour renforcer l'offre en matière de services de santé ; et d'atteindre des objectifs de santé publique.

- **Paquet de services fournis par les prestataires privés contractés**

Cette variable a été utilisée pour évaluer la mesure dans laquelle les prestataires privés contractés ont étendu le paquet de services fourni à la population afin d'intégrer les soins préventifs. Nous avons évalué les changements dans le nombre de formations sanitaires qui offrent des soins préventifs, comme la PTME et la Planification Familiale ainsi que les changements dans le nombre de bénéficiaires desservis qui ont eu lieu entre le premier trimestre du projet et le deuxième trimestre 2013.

- **Qualité des services fournis par les prestataires privés contractés**

Après avoir signé un contrat de performance, les prestataires privés, publics et confessionnels doivent améliorer la qualité des services offerts à la population. Deux dimensions de la qualité ont été évaluées : la qualité d'un point de vue technique et la qualité telle que perçue par les patients.

- o *La qualité "technique" des formations sanitaires*

Ce score se base sur une évaluation trimestrielle, effectuée par l'Équipe Médicale du District, de la qualité technique des formations sanitaires. Une première évaluation de la qualité est menée avant que les formations sanitaires ne signent leur premier contrat. L'équipe utilise une liste de vérification composée « d'indicateurs composites », établie en fonction des normes et des standards. Le poids des indicateurs inclus dans cette liste est déterminé en fonction de leur importance en matière de santé publique (voir l'Encadré 1).

Encadré 1: Mesurer le score en matière de qualité technique

Un indicateur composite peut contenir plusieurs éléments, qui doivent être satisfaits afin de cumuler des points. La pondération des indicateurs peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 points, selon leur importance en matière de santé publique. Un exemple d'indicateur composite est « une gestion solide de la chaîne du froid ». Pour obtenir des points dans ce cadre, une formation sanitaire doit remplir les critères suivants : 1) présence d'un frigidaire ; 2) thermomètre disponible et contrôle régulier de la température ; 3) disponibilité d'un formulaire pour la température qui est rempli deux fois par jour et qui spécifie les dates de visites ; 4) la température demeure entre deux et huit degrés Celsius dans le formulaire ; 5) le superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre ; 6) la température entre deux et huit degrés Celsius est également visible sur le thermomètre ; 7) le capteur de température ne change pas de couleur. Au total, X points peuvent être obtenus et le score est documenté en spécifiant le nombre de points cumulés en pourcentage du nombre maximum de points pouvant être acquis. L'évaluation de la qualité technique d'un centre de santé peut prendre de quatre à six heures. Aux termes de la revue de la qualité technique, l'équipe de supervision (l'Équipe Médicale du District) organise une réunion de rétroaction avec le personnel afin d'échanger sur les forces et les faiblesses de la formation sanitaire et, pour fournir des recommandations destinées à améliorer la formation sanitaire.

- o *Qualité telle que perçue (perceptions de la communauté)*

Même si les normes et les standards du gouvernement sont respectés, cela ne signifie pas nécessairement que les clients sont satisfaits de la qualité des services offerts. Une évaluation de la qualité des services telle que perçue par les bénéficiaires est, par conséquent, menée trimestriellement par des associations locales au moyen d'un questionnaire. Cette évaluation est supervisée par l'AAP. À l'aide des registres, l'AAP sélectionne de manière aléatoire un échantillon de 44 patients ayant reçu des soins de santé au cours du trimestre. Les enquêteurs des associations locales utilisent ensuite les informations contenues dans les registres pour trouver les patients au sein de la communauté et les questionner. L'évaluation communautaire a deux objectifs principaux: (i) Vérifier que les patients déclarés par les

formations sanitaires se sont effectivement rendus dans ces formations sanitaires et qu'ils ont bien reçu des soins ; (ii) Evaluer leur perceptions quant à la qualité des services reçus.

Encadré 2: Mesurer le score en matière de qualité perçue

A la fin de chaque trimestre, un échantillon de 44 patients par formation sanitaire est établi par l'AAP. Cet échantillon contient des patients ayant sollicité un des services couverts par le contrat de performance auprès d'une formation sanitaire au cours du trimestre. Les questionnaires utilisés contiennent l'information requise pour retrouver les patients sélectionnés aléatoirement au sein de la communauté (nom, adresse, numéro de téléphone ou personne de contact). Ces questionnaires sont administrés par les membres d'associations locales pour : 1) établir si le patient existe et a effectivement reçu des soins au cours de la période donnée ; et 2) recueillir des informations sur la perception du patient quant aux services reçus. Après avoir collecté cette information, les associations locales soumettent les questionnaires à l'AAP. L'AAP vérifie cette information en la comparant à la liste de l'échantillon pour déterminer si le patient a été identifié de manière appropriée. Si ce n'est pas le cas, le questionnaire est rejeté et le patient est considéré comme « n'ayant pas été retrouvé ». La seconde étape consiste à analyser les questionnaires validés. Cinq indicateurs sont utilisés pour évaluer la perception de la communauté en matière de qualité des soins : 1) l'hospitalité ; 2) le temps d'attente ; 3) la disponibilité des médicaments prescrits ; 4) la perception des coûts ; et 5) la façon dont a été effectué le paiement (auprès du caissier ou auprès du personnel de santé) pour identifier toute corruption potentielle.

- **Participation opérationnelle des prestataires privés dans le système d'aiguillage et de contre-aiguillage des patients entre les centres de santé et les hôpitaux.**

Afin d'évaluer la mesure dans laquelle les prestataires privés contractés collaborent au niveau opérationnel avec les hôpitaux publics et confessionnels dans le cadre de l'aiguillage des patients, nous avons analysé le nombre de patients référés par les centres de santé privés vers des hôpitaux – majoritairement publics ou confessionnels puisqu'il n'existe pas d'hôpitaux privés fournissant le paquet complémentaire de services dans la zone du projet – ainsi que le nombre de patients ayant été référés par des hôpitaux vers des centres de santé.

Conception de l'étude

Cette étude a été menée rétrospectivement. Les données recueillies sur le nombre de services fournis, la qualité technique des services et la qualité telle que perçue par les patients au début du projet (premier trimestre 2011) ont servi de données de référence. Les données collectées au cours du second trimestre 2013 dans les mêmes formations sanitaires ont servi de données finales. Des comparaisons ont ensuite été effectuées entre les données de référence et les données finales des formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles.

Collecte de données

Les données utilisées pour cette évaluation sont extraites des données de routine du FBP. Une des particularités du projet de FBP est que les résultats déclarés par une formation sanitaire sont vérifiés et validés dans leur intégralité, et cela mensuellement par l'AAP indépendante au niveau de la formation sanitaire et, trimestriellement par les organisations à base communautaire au niveau des ménages. Ce processus de validation, de vérification et de contre-validation confère une grande validité aux données du FBP.

Échantillonnage

Notre échantillon inclut les formations sanitaires qui ont signé un contrat de performance avec l'AAP depuis le début du projet (premier trimestre 2011) jusqu'au deuxième trimestre 2013. Ces formations sanitaires ont donc participé au projet au cours d'un minimum de trois trimestres. Elles n'ont ni abandonné le projet ni été suspendues. Nous évaluons l'évolution du nombre total de formations sanitaires privées qui ont signé un contrat de performance chaque trimestre. Seules les formations sanitaires contractées pour le paquet minimum de services (centres de santé primaire) ont été inclus. Nous évaluons également l'évolution du paquet de services fourni ; du nombre de bénéficiaires ; de la qualité des services pourvus ; et du nombre de patients aiguillés vers des hôpitaux par les formations sanitaires contractées.

Analyse des Données

Après validation, les données de FBP au Cameroun sont enregistrées et sauvegardées dans une base de données en ligne (www.fbrcameroun.org). Elles ne peuvent être modifiées après leur publication. A la suite d'une exportation dans le logiciel Excel, le logiciel EPI INFO a été utilisé pour analyser les données. Lorsque la répartition était normale, le système T de Student a été utilisé pour analyser les données continues. Lorsque la répartition s'est avérée anormale, la méthode d'essai non-paramétrique (test Wilcoxon - Mann-Whitney) a été utilisée. Le test du Chi-carré a été utilisé pour comparer les proportions. Lorsque les conditions nécessaires à l'utilisation n'étaient pas réunies, la méthode exacte de Fisher a été utilisée.

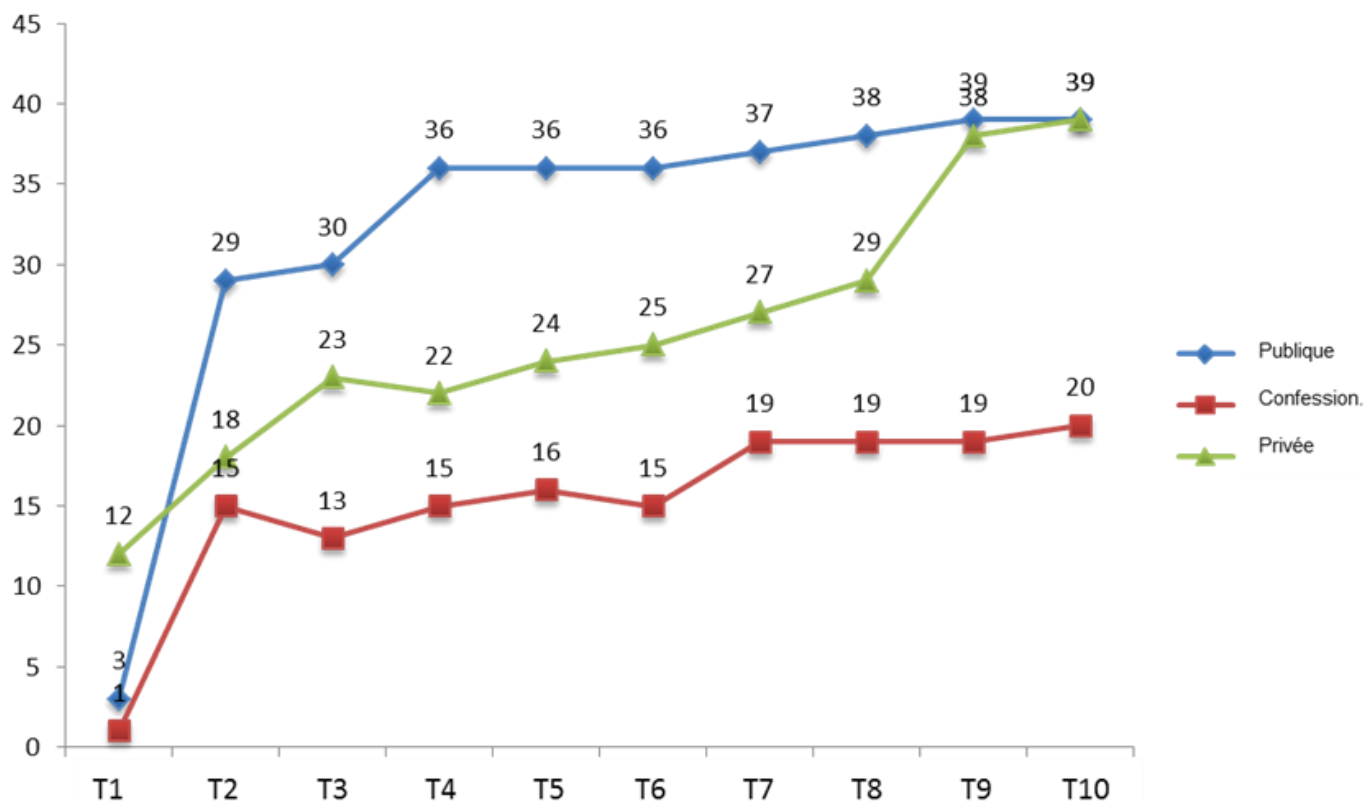
Autorisation éthique

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont dérivées d'une base de données existante ; aucune donnée primaire n'a été collectée. Les renseignements sur les patients étaient anonymes. Les vérificateurs de l'AAP, qui contrôlent les données dans les registres avant qu'elles ne soient saisies dans la base de données, sont des infirmières tenues à la confidentialité.

RÉSULTATS

Les formations sanitaires incluses dans l'étude

Le Graphique 1 ci-dessous indique l'évolution du nombre total de formations sanitaires contractées, et cela par trimestre et par type de formation sanitaire jusqu'au deuxième trimestre 2013, représentant les dix mois du projet. Chaque trimestre, les formations sanitaires peuvent être suspendues à cause d'une faible performance ou à cause de tricheries et de nouvelles formations sanitaires peuvent être contractées. Parmi toutes ces formations sanitaires, nous en avons sélectionné 66 qui remplissent le critère de notre étude (ont déjà passé au moins neuf mois au sein du projet et n'ont jamais été suspendues). Le Tableau 1 ci-dessous montre le trimestre de commencement des 66



formations sanitaires du projet.

Graphique 1: Évolution du nombre de formations sanitaires (par statut) dans la Région du Littoral qui ont signé des contrats avec l'AAP entre le premier trimestre 2011 (T1 2011) et le deuxième trimestre 2013 (T2 2013- dixième trimestre du projet).

Avant le deuxième trimestre 2013, 66 formations sanitaires ont passé au moins neuf mois au sein du projet, et cela sans interruption. Ces formations sanitaires ont intégré le projet à différents moments. Les onze premières formations sanitaires incluses dans cette étude ont commencé le projet au T1 2011. Trente-sept ont commencé au T2 2011, six au cours du T3 2011, une au cours du T4 2011, deux au cours du T2 2012 et neuf au cours du T3 2012. Le Tableau 1 montre la répartition des formations sanitaires par rapport à leur statut (privé, public, et confessionnel).

Tableau 1: Date d'intégration dans le projet de FBP pour les différents types de formations sanitaires inclus dans l'étude (cumulativement N=66)

Statut	T1 2011	T2 2011	T3 2011	T4 2011	T1 2012	T2 2012	T3 2012	<u>TOTAL</u>
Public	3	18	4	1	0	0	2	<u>28</u>
Confessionnel	0	11	0	0	0	0	3	<u>14</u>
Privé	8	8	2	0	2	0	4	<u>24</u>
TOTAL	11	37	6	1	2	0	9	<u>66</u>

Le projet a été initié le district de santé de la Cité de Palmiers au cours du T1 2011. Il a ensuite été étendu à trois autres districts (Edéa, Yabassi, Loum) au T2 2011. Cela explique pourquoi le plus grand nombre de formations sanitaires incluses dans notre étude a intégré le projet au cours du T2 2011. Au T2 2013, 16% des formations sanitaires publiques et 12% des formations sanitaires confessionnelles des quatre districts n'avaient pas encore incorporé le projet, même si dès le début toutes les formations sanitaires publiques et confessionnelles étaient automatiquement éligibles au projet. Bien que les formations sanitaires privées fussent majoritaires parmi les formations incluses dans le projet, 83% d'entre elles ne l'avaient toujours pas intégré. Cela s'explique par le fait que beaucoup d'entre elles n'avaient pas reçu d'autorisation du Gouvernement ce qui constituait un critère d'éligibilité (moins de 30% des formations sanitaires privées étaient juridiquement approuvées). En outre, certaines redoutaient que l'invitation du gouvernement à participer au projet cache quelque chose.

Paquet de services fournis par les prestataires contractés

Au début du projet, beaucoup de formations sanitaires n'offraient pas de services préventifs. Cependant, avec l'introduction du FBP et la signature de contrats entre les prestataires privés et l'AAP, certaines ont commencé à offrir des services préventifs comme la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) et la Planification Familiale. Les formations sanitaires privées ont considérablement augmenté la prestation de ces services préventifs, comme cela est souligné dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Comparaison de la proportion de formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles qui offraient des services préventifs (PTME, Planification Familiale) au moment de l'intégration et au T10 du projet.

Formation Sanitaire (FS)	Nombre de FS incluses dans l'étude (N)	Au moment de l'intégration (absolue et relative)	Au T10 (absolue et relative)	Différence dans la proportion de FS offrant le service	Probabilité (p)
Nombre et proportion des formations sanitaires offrant la PTME					
Publiques	28	10 (36%)	15 (54%)	5 (+18%)	0.183
Confessionnelles	14	3 (21%)	4 (29%)	1 (+7%)	0.668
Privées	24	1 (4%)	9 (38%)	8 (+33%)	0.005*
TOTAL	66	14 (21%)	28 (42%)	14 (+21%)	0.009
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH placés sous ARV prophylactiques dans les formations sanitaires incluses (N=66)					
Publiques	28	48	71	23 (+48%)	0.212
Confessionnelles	14	6	8	2 (+33%)	0.650
Privées	24	3	24	21 (+700%)	0.006*
TOTAL	66	57	103	46 (+81%)	0.011
Proportion des formations sanitaires qui offrent des services de planification familiale (N=66)					
Publiques	28	7 (25%)	28 (100%)	21 (+75%)	0.000*
Confessionnelles	14	1 (7%)	6 (43%)	5 (+36%)	0.320
Privées	24	4 (17%)	22 (92%)	18 (+75%)	0.000*
TOTAL	66	12 (18%)	56 (85%)	44 (+67%)	0.000
Nombre de clients prenant des pilules contraceptives ou des injectables dans les formations sanitaires incluses (N=66)					
Publiques	28	71	1150	1079 (+1519%)	0.000*
Confessionnelles	14	3	75	72 (+2400%)	0.068
Privées	24	21	361	340 (+1619%)	0.000*
TOTAL	66	95	1586	1491 (+1596%)	0.000
Nombre de clients utilisant des dispositifs intra-utérin et des implants dans les formations sanitaires incluses (N=66)					
Publiques	28	9	82	73 (+811%)	0.026*
Confessionnelles	14	0	79	79	0.150
Privées	24	17	144	127 (+747%)	0.000*
TOTAL	66	26	305	279 (+1073%)	0.004

* P Valeur Statistiquement Significative

La proportion de FS qui fournissent des services de PTME a considérablement augmenté. Cette augmentation était plus importante pour les formations sanitaires privées, qui connaissent un accroissement de 4.2% à 37.5%. Le taux d'utilisation des services s'est également accru. Le nombre de femmes enceintes séropositives placées sous ARV prophylactiques a considérablement augmenté (à raison de huit fois) dans les formations sanitaires privées. Dans les formations sanitaires publiques et confessionnelles, l'augmentation n'était, en revanche, pas statistiquement significative.

La proportion de formations sanitaires offrant des services de planification familiale a également augmenté significativement dans les formations sanitaires publiques et privées. Les formations sanitaires confessionnelles dans la Région du Littoral étant majoritairement de confession catholique, elles ne fournissent pas ce type de services, et cela pour des raisons religieuses.

Le tableau montre que le nombre de clients utilisant des méthodes contraceptives modernes et réversibles, comme la pilule, les injectables, les dispositifs intra-utérin et les implants, connaît la plus forte augmentation. Cette augmentation est particulièrement significative dans les formations sanitaires publiques et privées. Dans les formations sanitaires confessionnelles, l'augmentation était également importante bien que statistiquement insignifiante.

Les données montrent qu'avant le FBP, le MDS se reposait principalement sur les formations publiques et confessionnelles pour fournir des services préventifs et de promotion de la santé, comme la PTME et la Planification Familiale. Bien qu'ils fussent les prestataires principaux en zones urbaines, les formations sanitaires privées ne fournissaient pas ces services. Avec l'introduction du FBP, les prestataires privés ont commencé à s'organiser pour offrir des services préventifs, et cela avec le soutien et la supervision de l'Équipe Médicale du District.

Qualité des services fournis par les prestataires contactés

Comme cela est souligné dans le Tableau 3, la qualité technique des services (QTS) offerts à la population dans la Région du Littoral avant le FBP était médiocre dans les formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles.

Tableau 3: Moyenne des scores en matière de qualité technique des services dans les formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles avant l'intégration dans le projet ainsi qu'au T10.

Statut de la Formation Sanitaire	Nombre de Formations Sanitaires	Moyenne de la QTS avant l'intégration	Moyenne de la QTS au T10	Valeurs - P
Public	28	15.3%	67.3%	0.000*
Confessionnel	14	17.9%	63.2%	0.000*
Private	24	12.6%	61.7%	0.000*
Privé	66	14.9%	64.4%	0.000*

* Changement Significatif

Il y a eu une amélioration importante dans la moyenne des scores de QTS pour tous les types de prestataires. Cela peut être expliqué par le fait que, depuis le début du FBP et avec l'établissement de contrats entre les prestataires (publics, privés et confessionnels) ainsi que la ratification de contrats de performance entre les Régulateurs (Délégation Régionale de Santé et Équipes Médicales de District - EMD) et l'AAP, la supervision a changé. Elle est plus régulière (trimestrielle) et menée efficacement à l'aide d'outils appropriés (liste de vérification pour l'évaluation technique). En outre, les formations sanitaires privées considèrent à présent la supervision comme une activité utile susceptible de les aider non seulement à s'améliorer mais aussi connaître les normes et les lignes directrices du Ministère de la Santé qu'elles doivent respecter au même titre que les formations sanitaires publiques. Auparavant, les EMD ne considéraient pas la supervision des formations sanitaires privées comme faisant partie de leurs responsabilités. D'autre part, les formations sanitaires publiques, pour leur part, n'acceptaient pas la supervision des EMD. Avant le FBP, la supervision fournie était irrégulière, menée sans outils appropriés ; elle était inefficace et ne permettait pas d'améliorer la qualité des services de santé.

Évaluation communautaire des services de santé fournis

Une évaluation de la qualité des services telle que perçue par les bénéficiaires est menée trimestriellement en fonction d'un échantillon de 44 patients par FS établi par l'AAP. L'échantillon inclut les patients qui ont sollicité un des services couverts par le contrat de performance auprès de la formation sanitaire au cours du trimestre concerné. Les enquêteurs, issus d'associations locales, se rendent dans la communauté pour retrouver les patients sélectionnés à l'aide des registres ainsi que pour les questionner sur la façon dont ils perçoivent la qualité des services des formations sanitaires. Pour ce faire, un questionnaire composé de questions standards est utilisé. Le Tableau 4 montre le nombre de patients sélectionnés trimestriellement et le nombre de patients qui ont été ensuite retrouvés au sein de la communauté.

Tableau 4: Proportion de patients retrouvés au sein de la communauté et leur perception quant à la qualité des services reçus.

Type de Formation Sanitaire (FS)	Nombre de FS incluses dans l'étude (N)	A l'intégration		T10 du FBP		Différence	Probabilité (p)
		Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)		
Nombre de patients sélectionnés et proportion de ceux retrouvés dans la communauté (vérification)							
Publics	28	940	38%	1232	82%	44%	0,000*
Confessionnels	14	439	41%	616	76%	35%	0,000*
Privés	24	834	28%	1056	77%	49%	0,000*
TOTAL	66	2213	35%	2904	79%	44%	0,000*
Nombre de patients questionnés et proportion de ceux qui perçoivent la qualité des services comme étant bonne							
Publics	28	352	93%	994	98%	5%	0.000*
Confessionnels	14	166	98%	451	98%	0%	0.887
Privés	24	217	93%	777	99%	6%	0.000*
TOTAL	66	735	94%	222	98%	4%	0.000*
Nombre de patients questionnés et proportion de ceux qui perçoivent le temps d'attente comme étant raisonnable							
Publics	28	352	88%	982	95%	7%	0.000*
Confessionnels	14	166	95%	451	94%	-1%	0.953
Privés	24	352	88%	982	95%	7%	0.000*
TOTAL	66	735	90%	2209	96%	6%	0.000*
Nombre de patients questionnés et proportion de ceux qui ont eu accès aux médicaments prescrits auprès de la pharmacie du centre de santé							
Publics	28	274	77%	696	82%	5%	0.051
Confessionnels	14	125	90%	321	84%	-6%	0.087
Privés	24	160	59%	531	70%	11%	0.013*
TOTAL	66	559	75%	1548	78%	3%	0.032*
Nombre de patients questionnés et moyenne du paiement effectué par le patient (selon les déclarations des patients)							
Publics	28	296	12652	784	10482	-2170	0.492
Confessionnels	14	146	13951	362	18073	4122	0.185
Privés	24	185	31489	599	22798	-8691	0.261
TOTAL	66	627	18512	1745	16284	-2228	0.785
Nombre de patients questionnés et proportion de ceux qui ont perçu les coûts des services de santé comme étant élevés							
Publics	28	296	25%	784	26%	1%	0.819
Confessionnels	14	146	35%	362	31%	-4%	0.454
Privés	24	183	29%	599	24%	-5%	0.138
TOTAL	66	625	29%	1745	26%	-3%	0.260

* Statistiquement Significative

Nombre de patients questionnés et proportion de ceux qui ont payé leur facture auprès du caissier du centre de santé							
Publics	28	305	72%	784	88%	16%	0.000*
Confessionnels	14	146	90%	362	94%	4%	0.099
Privés	24	183	80%	599	96%	16%	0.000*
TOTAL	66	634	79%	1745	92%	13%	0.000*

* Statistiquement Significatif

Parmi les patients retrouvés, certains ne pouvaient pas répondre à toutes les questions car elles ne les concernaient pas. Par exemple, les questions liées aux coûts ou à la disponibilité des médicaments ne concernent pas une mère sollicitant une vaccination pour son enfant puisque les vaccins sont gratuits et qu'aucun médicament n'est prescrit à la suite d'une vaccination. Au cours de l'évaluation, la proportion de patients retrouvés au sein de la communauté a considérablement augmenté dans tous les types de formations sanitaires. Les formations sanitaires privées ont connu la plus forte augmentation.

Au début du projet, la faible proportion de patients retrouvés s'explique par un enregistrement médiocre ainsi que par des sur-déclarations. La qualité des données enregistrées était faible car il n'existait aucune incitation pour documenter les services fournis de manière appropriée. Lorsque les premiers contrats de performance ont été signés, les formations sanitaires privées ont commencé à enregistrer les patients reçus. Ils ont néanmoins continué à effectuer des sur-déclarations pour recevoir des subsides supplémentaires. Malheureusement, ils ont également continué à réaliser des enregistrements erronés car aucune vérification leur permettant de savoir comment procéder n'avait été menée.

Dans le cadre des patients retrouvés, cinq indicateurs ont été utilisés pour évaluer la perception de la communauté : 1) l'hospitalité ; 2) le temps d'attente ; 3) la disponibilité des médicaments prescrits ; 4) la perception des coûts ; et 5) la façon dont a été effectué le paiement (auprès du caissier ou auprès personnel de santé) afin de détecter toute corruption potentielle.

La perception de l'hospitalité des formations sanitaires publiques et privées s'est considérablement améliorée. La perception de l'hospitalité des formations sanitaires confessionnelles était déjà élevée. Elle n'a pas changé outre mesure. Il est à noter cependant que la perception de l'hospitalité représente une appréciation subjective des patients ayant bénéficié de soins.

La perception en matière de temps d'attente s'est considérablement améliorée dans les formations sanitaires publiques et privées. La perception en matière de temps d'attente dans les formations sanitaires confessionnelles était déjà élevée. Elle n'a pas changé outre mesure. La proportion de patients qui ont eu accès aux médicaments prescrits par les pharmacies des formations sanitaires a considérablement augmenté dans les formations sanitaires privées. Cela est dû au fait qu'à travers le FBP, les prestataires privés ont pu acheter des médicaments génériques auprès des mêmes fournisseurs que les formations sanitaires publiques et confessionnelles – ce qui n'était pas le cas avant le projet. Dans les formations sanitaires publiques et confessionnelles, l'augmentation n'est pas statistiquement significative.

Le coût moyen payé par la population a décliné dans les formations sanitaires publiques et privées alors qu'il a augmenté dans les formations sanitaires confessionnelles. Ces différences ne sont néanmoins pas statistiquement significatives. Les coûts ont décliné, car dans le cadre du FBP, les gestionnaires de formations sanitaires réduisent les prix pour stimuler l'utilisation des services et, par extension, pour recevoir davantage de subsides du FBP.

La proportion de patients qui ont perçu les coûts des services comme étant élevés s'est sensiblement réduite dans les formations sanitaires confessionnelles et privées. Elle a sensiblement augmenté dans les formations sanitaires publiques. Néanmoins, ces changements ne sont pas statistiquement significatifs. La perception en matière de coûts est subjective : elle peut être influencée par la qualité des services reçus.

La proportion de patients qui ont payé leurs factures auprès des caissiers des centres de santé s'est considérablement accrue dans les formations sanitaires publiques et privées. Cette augmentation n'est pas significative pour les formations sanitaires confessionnelles – elle était déjà élevée pour les formations sanitaires confessionnelles avant le projet. Ces résultats indiquent une réduction dans les paiements effectués auprès des prestataires, et cela en dessous de table.

Aiguillage des patients vers des hôpitaux

Tableau 5: Aiguillage trimestriel des patients des formations sanitaires de santé primaire vers des hôpitaux au moment de l'intégration dans le projet et au T10 du FBP

Statut de la Formation Sanitaire (FS)	Nombre de FS incluses dans l'étude (N)	Nombre de cas référés par des Centres de Santé vers des Hôpitaux au moment de l'intégration	Nombre de cas référés par des Centres de Santé vers des Hôpitaux au T10 du FBP	Valeurs – P
Public	28	5	234	0.001*
Confessionnel	14	1	50	0.029*
Privé	24	10	63	0.013*
Total	66	16	347	0.000*

* Statistiquement Significatif

Le Tableau 5 montre que le nombre de cas (enregistrés) aiguillés vers des hôpitaux chaque trimestre s'est considérablement accru dans les formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles.

Tableau 6: Contre-aiguillage des patients des hôpitaux vers les centres de santé avant et après l'introduction du FBP

Statut de la Formation Sanitaire (FS)	Nombre de FS incluses dans l'étude (N)	Nombre de cas référés par des Centres de Santé vers des Hôpitaux au moment de l'intégration	Nombre de cas référés par des Centres de Santé vers des Hôpitaux au T10 du FBP	Valeurs – P
Public	4	0	123	0.047*
Confessionnel	3	0	212	0.037*
Privé	0	0	0	N/A**
Total	7	0	335	0.009*

* Statistiquement Significatif

** Il n'existe pas d'hôpital de référence privés dans le projet de FBP (voir le Tableau 3).

Les résultats indiquent que, depuis l'introduction de FBP, les contre-aiguillages (l'enregistrement des contre-références) des hôpitaux publics et confessionnels vers les centres de santé publics, privés et confessionnels se sont considérablement accrus, passant de 0 à 335. Malgré le fait qu'il n'existe pas d'hôpital privé, les hôpitaux publics et confessionnels qui reçoivent les patients des centres de santé privés peuvent effectuer un contre-aiguillage vers les centres de santé privés d'où le patient est venu.

DISCUSSION

Le FBP a amélioré la qualité des données pour le suivi et l'évaluation (S&E)

Les données utilisées pour cette étude ont été obtenues à partir de la base de données du projet de FBP de la Région du Littoral. Contrairement aux données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire dont la qualité est discutable, les données du FBP sont vérifiées et validées. Le processus de vérification et de validation est audité par des auditeurs internes et externes du MDS et de la Banque Mondiale. Ainsi, la qualité des données du FBP utilisées pour cette étude est proche de la vérité – cela met en lumière une vieille discussion : les coûts et les avantages des évaluations d'impact. Un des arguments en faveur d'une évaluation d'impact des interventions de santé – couteuse et collectant des données primaires (ex : au niveau des ménages) – est que les données secondaires issues de la base de données du SNIGS ne sont pas fiables. Les bases de données du FBP sont susceptibles d'être bien plus fiables et les coûts inhérents sont beaucoup moins élevés que pour une évaluation d'impact (EI) – cela ne signifie pas qu'une EI n'est plus nécessaire dans le cas du FBP mais que moins d'EI doivent être mises en œuvre : les données du FBP sont disponibles pour tirer des leçons, suivre les progrès et apprécier le travail du FBP. Cependant, pour générer des leçons sur le *comment* et le *pourquoi*, davantage de recherches qualitatives sont nécessaires.

Le FBP a régulé le secteur privé ainsi que les contrats établis

Le programme de FBP a été en mesure de contracter les trois types de prestataires dans les mêmes conditions. Les résultats de cette étude révèlent que le FBP aide à réguler les formations sanitaires privées à travers une contractualisation ainsi qu'une vérification. Il permet d'aligner les prestataires privés avec les objectifs de santé publique en les contractants pour fournir des services préventifs et de promotion de la santé. Cela est particulièrement vrai dans les zones urbaines où le gouvernement utilisait uniquement des prestataires publics et confessionnels pour offrir des services préventifs et de promotion de la santé à la population. Avant le FBP, les intrants pour ces activités étaient essentiellement fournis aux prestataires publics et confessionnels.

Le rôle d'une supervision ainsi que d'un suivi et d'une évaluation améliorés dans l'accroissement de la qualité des services dans le FBP au Cameroun

Avant le FBP, la qualité des services au Cameroun était médiocre, même si les prestataires confessionnels et publics bénéficiaient d'une certaine supervision. Cette supervision n'était néanmoins pas organisée et mise en œuvre de manière appropriée : elle était irrégulière et ne se concentrait pas sur la qualité des services. Notre étude montre qu'après l'introduction du FBP, la qualité technique des services (telle que documentée) s'est considérablement accrue dans tous les types de formations sanitaires de la Région du Littoral du Cameroun. Cela est probablement dû à la supervision de qualité fournie dans le cadre du FBP. La supervision trimestrielle de chaque formation sanitaire se concentre sur la qualité des services et sur les indicateurs inhérents aux paquets minimum et complémentaire d'activités. À l'aide d'une liste de vérification composée d'indicateurs composites, l'équipe de supervision peut passer en revue les normes et les standards liés à chaque service. Après chaque séance de supervision, des recommandations sont émises et, celles-ci servent de point de départ pour l'évaluation suivante. Dans le FBP, les scores de qualité des formations sanitaires sont utilisés pour calculer le paiement de subsides. En d'autres mots : respecter le critère de qualité (ou non) comporte des conséquences financières.

L'étude a aussi montré qu'avant le FBR, le nombre de cas référés par des centres de santé vers des hôpitaux de district et le nombre de cas contre-référés par des hôpitaux vers des centres de santé étaient très bas. L'aiguillage et le contre-aiguillage étaient inadéquats entre les centres de santé offrant le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau primaire et les hôpitaux offrant le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau secondaire. Ce type de collaboration était quasiment inexistant entre les formations sanitaires privées et les hôpitaux publics, qui étaient en concurrence. Chaque formation sanitaire essayait de résoudre les problèmes sanitaires des patients de manière isolée. Dans ce contexte, les patients restaient trop longtemps au sein des formations sanitaires, et cela souvent sans amélioration significative de leur état de santé. Cette situation causait des retards dans le traitement des patients et, par conséquent, un rétablissement médiocre des patients et parfois mêmes des décès.

Avec l'avènement du FBP au niveau opérationnel, les formations sanitaires des secteurs public, privé et confessionnel ont eu l'opportunité d'échanger avec l'Équipe Médicale de District et l'AAP au cours de réunions trimestrielles

d'évaluation. Ces échanges ont permis d'établir un mécanisme efficace d'aiguillage ; les prestataires ont pu mieux se connaître et établir un système d'aiguillage et de contre-aiguillage. En second lieu, ils ont cessé de parler négativement les uns des autres ; aujourd'hui, ils disposent d'une approche commune axée sur le patient et, ils opèrent selon les normes, standards et protocoles de santé du MDS, sous la supervision technique de l'EMD et de la Délégation Régionale de Santé Publique qui agit en tant que Régulateur. Cette collaboration contribue à améliorer les pratiques d'aiguillage et de contre-aiguillage des patients au sein des districts de santé, améliorant les résultats de santé des patients référés et, réduisant le nombre de décès évitables. Une recherche plus approfondie pourrait se concentrer sur l'impact des mécanismes d'aiguillage améliorés sur les résultats de santé.

Est-ce que la prestation de services du secteur privé améliore la qualité et l'utilisation des services ?

Certaines études ont montré que les formations sanitaires privées étaient devenues le premier choix de la majorité de la population en matière de santé primaire dans les pays en développement (16, 17, 18, and 19). Au Vietnam, ce choix est principalement motivé par le fait qu'elles sont perçues comme offrant une meilleure qualité de services ; les clients qui ont déclaré avoir sollicité des services auprès de prestataires publics et privés étaient davantage satisfaits avec ceux des formations sanitaires privées (22). Certaines études ont montré que le secteur public manque d'hospitalité envers les patients (20). L'étude de référence du FBP dans la Région du Littoral du Cameroun a montré que la qualité des services telle que perçue par la population était moindre dans les formations sanitaires publiques par rapport à celles des secteurs privé et confessionnel (8). L'étude actuelle montre que la perception en matière de qualité de l'hospitalité et de temps d'attente s'est améliorée dans les formations sanitaires privées et publiques. Aucun changement n'a été observé dans les formations sanitaires confessionnelles. Avant le début du FBP, 98% des patients percevaient la qualité des services dans les formations sanitaires comme étant bonne (8).

Attrait d'un contrat entre le secteur public et le secteur privé

Les contrats entre les prestataires privés et le Gouvernement, à travers l'AAP, ont créé une relation gagnant-gagnant. D'un côté, les formations sanitaires privées ont bénéficié non seulement des subsides du FBP en fonction de leur performance, mais aussi d'une supervision et d'un accompagnement de l'EMD et de l'AAP. Cette supervision et cet accompagnement les ont aidés à prendre conscience des normes et des standards du MDS, à renforcer les capacités de leur personnel, et à améliorer leurs compétences en matière de gestion. Ils ont également reçu des intrants gratuits de la part du Gouvernement, comme les vaccins, la vitamine A et, les ARV pour la PTME. Les contrats du FBP leur ont également octroyé le droit d'acheter des médicaments génériques auprès des fournisseurs du gouvernement, et cela à des prix moindres. Avant le FBP, les formations sanitaires privées n'avaient pas le droit d'acheter des médicaments génériques auprès des grossistes nationaux et, les formations sanitaires publiques n'avaient pas le droit d'acheter des médicaments auprès d'autres fournisseurs que les grossistes nationaux, et cela même dans le contexte d'une rupture de stock. Avec le FBP, les prestataires privés sont à présent en mesure d'acheter des médicaments génériques auprès des grossistes nationaux de produits pharmaceutiques². Les entretiens avec les patients, effectués par des organisations à base communautaire, aident les prestataires privés à mieux comprendre les attentes des patients et, la façon dont ils peuvent améliorer la qualité des services, et cela pour fidéliser les patients/attirer de nouveaux patients et, recevoir plus d'incitations.

D'un autre côté, contracter des prestataires privés à travers le système du FBP aide le Gouvernement à améliorer la qualité des services au sein des formations sanitaires, réduisant ainsi les risques de santé de la population et assurant un alignement des prestataires disponibles (en matière d'infrastructure, d'équipement et de personnel). Les prestataires privés se sont révélés être très réceptifs quant aux recommandations émises pour améliorer la qualité des services. Ils sont disposés à investir en matière de ressources humaines, d'équipement, d'infrastructures et d'organisation des services pour améliorer la qualité des services prestés à la population croissante des zones urbaines. Cela donne l'occasion au Gouvernement d'augmenter la disponibilité des ressources de santé dans les zones urbaines, et cela sans construire de nouvelles infrastructures.

² D'un autre côté, les formations sanitaires publiques peuvent acheter des médicaments auprès de grossistes en produits pharmaceutiques du secteur privé. Ils doivent néanmoins être accrédités et supervisés trimestriellement par la Délégation Régionale de la Santé Publique. Dans les formations sanitaires publiques et privées, la qualité et la quantité des médicaments disponibles sont contrôlées trimestriellement par l'EMD.

C'est ainsi que le FBP a développé un partenariat public-privé. Les prestataires privés qui signent un contrat de performance ont non seulement amélioré la qualité des services mais aussi étendu le paquet de services en introduisant des services préventifs comme la Planification Familiale et la PTME. Il a été suggéré que les stratégies visant à améliorer la qualité des services peuvent augmenter la demande et, par extension, étendre l'accès (21): une plus grande qualité des soins attirera plus de patients.

Certains auteurs indiquent que le défi principal d'une PPP est de convaincre les agents de santé du secteur public d'accepter et de soutenir la participation du secteur privé (22). Cela était effectivement le cas au Cameroun avant le FBP. Les formations sanitaires publiques étaient réticentes à collaborer avec des formations sanitaires privées. Certains agents de santé avaient même réprimandé leurs patients lorsque ceux-ci leur indiquaient avoir sollicité des soins auprès de prestataires privés avant de se rendre dans une formation sanitaire publique.

Est-ce que le FBP a amélioré le partenariat entre les secteurs public et privé?

Avant le FBP, les seules PPP existantes au Cameroun étaient celles établies entre les secteurs public et confessionnel. Elles n'étaient néanmoins pas axées sur les résultats. L'impact de ces partenariats demeure discutable. Avec le FBP, les PPP ont été étendues au secteur privé à but lucratif, adhérant ainsi au principe du FBP qui stipule qu'il est nécessaire de « *Promouvoir les partenariats public-privé avec des contrats similaires pour les prestataires public, privés et religieux* » (11). Dans la Région du Littoral, où les prestataires à but lucratif sont majoritaires, les formations sanitaires à but lucratif ont rejoint le projet de manière progressive alors que quasiment tous les prestataires publics et confessionnels existants dans les districts du projet avaient dès le début intégré le projet.

Le fait que les prestataires publics et confessionnels ont intégré le projet dès son lancement s'explique une collaboration existante avec le MDS et, par extension, par l'absence de réticence quant à une participation au projet – contrairement aux prestataires privés. Au départ, beaucoup des formations sanitaires à but lucratif ne fonctionnaient pas selon les normes et les standards du MDS ; elles ne pouvaient donc pas remplir les conditions (posséder des documents administratifs pour la création et le fonctionnement) d'éligibilité. En outre, certaines formations sanitaires ne désiraient pas intégrer le projet car elles n'étaient pas certaines d'être payées par le gouvernement et, redoutaient que quelque chose se cache derrière le projet. Mais, lorsque certaines formations sanitaires à but lucratif ont « pris le risque » de signer un contrat et qu'elles ont commencé à recevoir des fonds et bénéficié d'une supervision – avec des améliorations en matière de qualité ainsi que des résultats encourageants – la confiance s'est accrue et les réticences se sont transformées en enthousiasme. Désirant intégrer le projet du FBR, les formations sanitaires à but lucratif ont commencé à faire des efforts avec le soutien des EMD afin de remplir les conditions requises.

Le fait que beaucoup de formations sanitaires à but lucratif n'avaient pas signé de contrat de performance s'explique par le fait que beaucoup fonctionnaient de manière illégale et ne disposaient pas des infrastructures requises afin d'être considérés comme des centres de santé. Plusieurs formations sanitaires à but lucratif ont refusé d'incorporer le projet car elles avaient peur, étant donné qu'il s'agissait d'un projet du gouvernement. Elles craignaient particulièrement que le réel niveau de prestation de services soit révélé, les forçant à payer des impôts. Contrairement aux attentes initiales, il aucun problème n'a été déploré en ce qui concerne l'attrait des indicateurs parmi les prestataires privés.

Au second trimestre 2013 (T10 du projet), les formations sanitaires privées étaient majoritaires au sein du projet et, leur nombre est susceptible d'augmenter encore. Il est nécessaire que le MDS collabore avec les prestataires à but lucratif, et cela est possible à travers le FBP en tant que « stratégie d'achat » des services prioritaires du Gouvernement. Le FBP mobilise également les ressources dormantes (comme les infrastructures, les équipements et le personnel) du secteur privé qui ne fonctionnent pas de façon optimale. Ces changements aideront à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé, particulièrement dans les zones urbaines où le secteur privé joue un rôle central.

CONCLUSION

Notre étude a révélé que le FBP est un mécanisme efficace permettant de renforcer les partenariats public-privé dans le secteur de la santé et, de motiver les prestataires privés afin d'améliorer la qualité des services et de collaborer avec les formations sanitaires publiques et confessionnelles. Il permet également un aiguillage et un contre-aiguillage efficaces des patients ainsi qu'une extension des services de santé en incluant les services préventifs et de promotion de la santé qui sont essentiels pour atteindre des résultats de santé publique ainsi qu'une Couverture de Santé Universelle. Le FBP fournit l'occasion de réguler le secteur privé et de l'utiliser pour augmenter les ressources de santé disponibles à la population dans les zones urbaines. Les décideurs politiques au Cameroun et dans les pays en voie de développement devraient donc considérer le FBP comme une stratégie capable de créer et de renforcer des partenariats public-privé au sein du système de santé – où le secteur privé gagne du terrain – pour réguler et aligner les prestataires privés du secteur de la santé avec les objectifs nationaux de santé publique.

RÉFÉRENCES

- 1) Daniel Buor, Accessibility and utilisation of health services in Ghana, NIVEL 2004. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Accessibility-and-utilisation-of-health-services-in-Ghana-2004.pdf> (Consulted on 02/07/2014)
- 2) Private healthcare providers: The prognosis for growth. http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Indonesia/Local%20Assets/Documents/Private_Healthcare_Provider.pdf (02 /07/2014)
- 3) Shah Monir Hossain. Health Care Facilities in the Urban Areas and Way Forward. 2014 Bangladesh Urban Health Network. <http://www.uhnbd.net/index.php/resources/buhn-articles/20-health-care-facilities-in-the-urban-areas-and-way-forward> (consulted 02/07/2014)
- 4) WHO. Global Health Observatory (GHO). http://www.who.int/gho/urban_health/situation_trends/urban_population_growth_text/en/ (12/10/2014)
- 5) Partnerships with the Private Sector in Health: What the International Community Can Do to Strengthen Health Systems in Developing Countries April Harding, Chair November 2009. Final Report of the Private Sector Advisory Facility Working Group; http://www.cgdev.org/files/1423350_file_CGD_PSAF_Report_web.pdf (02/07/2014).
- 6) Cameroon National Institute of Statistics. 2010. 2nd survey on the monitoring of public expenditures and the level of recipients' satisfaction in the education and health sectors in cameroon (pets2). Main Report. http://www.statistics-cameroon.org/downloads/pets/2/Rapport_principal_Sante_anglais.pdf (Consulted on 02/07/2014)
- 7) World bank. Public-Private Collaboration in Health: Issues and Implementation. <http://www.worldbank.org/hsr/library/sa/shaw6.pdf> (12/10/2014)
- 8) Célestin Kimanuka, Taptue Fotso Jean Claude. 2011. Rapport de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base Pour le programme Achat des Performances dans quatre districts de santé Cité des Palmiers, Edea, Loum, Yabassi.
- 9) S.F. Murray, S.C. Pearson . Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 2205–2215
- 10) worldbank What are Public Private Partnerships? . <http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/what-are-public-private-partnerships> (09 october 2014)
- 11) Robert Soeters and al 2013. PBF in Action: Theories and Instruments, PBF Course Guide The Hague, 2013, www.sina-health.com
- 12) Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population. 3ème Recensement Général de la Population du Cameroun. 2005

- 13) Délégation Régionale de la Santé Publique. Rapport du recensement avec GPS des Formations sanitaires des District de santé PBF de la Région du Littoral. 2013
- 14) Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med.* 2011;8(4):e1000433
- 15) Ji shnu Das. The Quality of Medical Care in Low-Income Countries: From Providers to Markets. *PLoS Medicine.* 2011; 8(4)
- 16) Beogo I, Liu CY, Chou YJ, Chen CY, Huang N. Health-care-seeking patterns in the emerging private sector in burkina faso: a population-based study of urban adult residents in ouagadougou. *PLoS One.* 2014;9(5):
- 17) Duc HA, Sabin LL, Cuong le Q, Thien DD, Feeley R 3rd. Potential collaboration with the private sector for the provision of ambulatory care in the Mekong region, Vietnam. *Glob Health Action.* 2012;5.
- 18) Ha NT1, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Policy Plan.* 2002 ;17(1):61-70.
- 19)) Konde-Lule J, Gitta SN, Lindfors A, Okuonzi S, Onama VO, Forsberg BC. Private and public health care in rural areas of Uganda. *BMC Int Health Hum Rights.* 2010 ;10 (29):: 10-29.
- 20) Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(6):e1001244
- 21) Bitrán R. Efficiency and quality in the public and private sectors in Senegal. *Health Policy Plan.* 1995;10(3):271-83.
- 22) Anyaehie USB1, Nwakoby BAN, Chikwendu C, Dim CC, Uguru N, Oluka CPI, Ogugua C. Constraints, Challenges and Prospects of Public-Private Partnership in Health-Care Delivery in a Developing Economy. *Annals of Medical and Health Sciences Research.* 2014; 4: 61-6

ANNEXES
AAP/FSPSL

FICHE DE DECLARATION/VALIDATION DES PERFORMANCES REALISEES PAR LA
FORMATION SANITAIRE PMA SOUS CONTRAT AVEC L'AAP/FSPSL

District de santé	
Aire de santé	
Nom de la formation sanitaire	
Adresse	
Période (mois)	

N°	Services à contracter Indicateurs	Performance du mois				Prix Total
		Nbre déclaré	Nbre validé	% d'erreur	PU	
	PMA de Base					
01	Nouvelle consultation curative - médecin (nvx cas)				650	
02	Nouvelle Consultations curative -infirmier (nvx cas)				200	
03	Nle Consultations curative infirmier/médecin-épidémie, gratuité				1000	
04	Journée d'hospitalisation				400	
05	Journée d'hospitalisation -épidémie, gratuité				1500	
06	Petite chirurgie				1500	
07	Références arrivé à l'hôpital				1500	
08	Dépistage des cas TBC positifs par mois				10000	
09	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris				20000	
10	Enfants complètement vaccinés				2500	
11	VAT2 ou VAT3 ou VAT4 ou VAT5				1500	
12	Inspection des ménages :				2500	
13	Distribution Vit A				20	
	SANTE REPRODUCTION					
14	Accouchements eutocique				2500	
15	PF : Nouvelles ou Ancienne acceptantes pilules ou injectables				1200	
16	PF: Implants ou DIU				3000	
17	Curetage après avortement spontané(ou indication médicale)				3500	
18	CPN 1ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4				500	
19	TPI1 ou TPI2 ou TPI3				500	
	PMA VIH/SIDA					
20	Cas IST traité selon protocole				400	
21	Dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femmes enceintes				1000	
22	Femme enceinte VIH + mise sous prophylaxie ARV				7000	
23	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +				7000	
	Total 1					
	Prime d'équité					
	Total 2 = total 1 + prime d'équité					
	Bonus qualité = total 2 x 30% x _____ %					
	Total général = total 2 + bonus Qualité					
	Montant Total en lettres					

N B : % d'erreur > 10% ou < -10% annule l'indicateur

Déclarée à _____ le _____

Responsable de la formation sanitaire

Vérifiée à _____ le _____

Vérificateur d'AAP

Responsable de la formation sanitaire

Validée le _____

Manager Adjoint

**FICHE DE DECLARATION/VALIDATION DES PERFORMANCES REALISEES PAR LA
FORMATION SANITAIRE PCA SOUS CONTRAT AVEC L'AAP/FSPSL**

District de santé	
Aire de santé	
Nom de la formation sanitaire	
Adresse	
Période (mois)	

N°	Services à contracter Indicateur	Performance du mois				
		Nbre déclaré	Nbre validé	% d'erreur	PU	Prix Total
	SERVICE CURATIF					
1	Nouvelles consultations curative par médecins			650		
2	Nouvelles consultations curative par médecins épidémie, gratuité			1000		
3	Journées d'hospitalisation			600		
4	Journées d'hospitalisation épidémie, gratuité			1.500		
5	Contre référence arrive au CS			800		
6	Cas IST traités selon protocole			400		
7	Dépistage des cas TBC positifs			10.000		
8	Cas TBC traité et guéris			20.000		
9	Actes Chirurgie Majeure en dehors des césariennes			10.000		
10	Petite chirurgie			1.500		
11	Transfusion Sanguine			1.500		
	SANTE REPRODUCTION					
12	Accouchement eutocique			2.500		
13	césariennes			12.000		
14	Accouchement dystocique- ventouse, forceps			8.000		
15	PF: Implants ou DIU			3.000		
16	PF nouveaux ou anciennes acceptantes pilules ou injectables			1.200		
17	PF : méthode définitive –vasectomie ou ligature des trompes			12.000		
18	Curetage après avortement spontané(ou indication médicale)			3.500		
19	CPN1 ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4			500		
20	TPI1 ou TPI2 ou TPI3			500		
	VIH/SIDA					
21	Dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femme enceinte			1.000		
22	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophylaxie			7.000		
23	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +			7.000		
24	Nouveaux cas de VIH mis sous ARV			2.000		
25	Patients sous ARV suivis semestriellement			12.000		
	Total 1					
	Prime d'équité					
	Total 2 = total 1 + prime d'équité					
	Bonus qualité = total 2 x 30% x _____ %					
	Total général = total 2 + bonus Qualité					
	Montant Total en lettres					

N B : % d'erreur > 10% ou < -10% annule l'indicateur

Déclarée à _____ le _____

Responsable de la formation sanitaire

.....

Vérifiée à _____ le _____

Vérificateur d'AAP

.....

Responsable de la formation sanitaire

.....

Validée le _____ **Manager Adjoint**