

PBF CoP Working Paper

Series

WP 2

May 2011

Expérience pilote de financement basé sur la performance dans le Diocèse de Batouri au Cameroun: leçons pour l'extension du modèle

Basile Keugoung¹, Jean Pierre Tsafack², Florent Ymele Fouelifack³,
Isidore Sieleunou⁴, Isidore Ayissi Noubosse⁵, Delphine Boulenger⁶

¹ MD, MPH, Ministère de la Santé Publique ; Ecole de Médecine et de Pharmacologie Africaine, IAU Dschang, Cameroun

² MD, MPH, Coordonnateur du projet REDSSEC, Batouri, Cameroun

³ MD, Gynécologue Obstétricien, Ministère de la santé publique, Yaoundé, Cameroun

⁴ MD, MPH, Economiste de la santé, Ministère de la santé publique, Yaoundé, Cameroun

⁵ Coordonnateur diocésain santé, Diocèse de Batouri, Cameroun

⁶ MSC, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

La 'PBF CoP Working Paper Series' publie les travaux scientifiques des membres de la communauté de pratique 'Financement basé sur la Performance'. Elle vise la dissémination rapide des résultats empiriques ou des idées théoriques, en particulier ceux qui sont pertinents pour les membres de la CoP. La série accepte les papiers en français et en anglais. Les papiers sont revus par les pairs de façon non-anonyme. L'édition de cette série est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique ('Initiative des Talents Emergents'). Pour soumission ou toute autre requête, merci de contacter: cop.pbf@gmail.com

The PBF CoP Working Paper Series presents scientific work done by members of the African Performance-Based Financing Community of Practice. It aims for rapid dissemination of their empirical findings or theoretical ideas, especially those relevant for members of the CoP. The series welcomes papers in French or in English. Papers are open peer reviewed. Editing of the series is supported by the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ("Emerging Voices venture"). For submission or any other request, please contact: cop.pbf@gmail.com

Editorial committee: Bruno Meessen, Paulin Basinga, Nicolas de Borman, Gyuri Fritsche and Laurent Musango.

Support: Kristof Decoster and Rita Verlinden.

The PBF CoP is one of the communities of practice supported by the multi-agency initiative 'Harmonization for Health in Africa' (www.hha-online.org).

This paper can be downloaded at:

<http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>

The views expressed by the authors of this document do not necessarily reflect the views of their institutions, the PBF CoP or HHA.



1. Introduction

En dépit des ressources importantes injectées dans les systèmes de santé, certains pays d'Afrique sub-saharienne se caractérisent par la faible performance de leurs systèmes de santé. Ceci se traduit par les mauvais indicateurs de santé produits (WHO, 2010a). Le Cameroun n'échappe pas à ce paradoxe. On peut alors interroger les modalités d'utilisation des ressources financières.

Au Cameroun en effet, le taux de mortalité maternelle est passé de 523 (IC : 308-845), à 705 (IC : 399-1155) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2008. (Hogan et al. 2010). Concernant le VIH/SIDA, 10% seulement des femmes enceintes séropositives ont accès au traitement pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH et 46% des personnes vivant avec le VIH/SIDA et éligibles à la trithérapie y ont accès (CNLS Cameroun 2010). D'importantes ressources financières sont pourtant injectées dans le système de santé du Cameroun. En 2008, les dépenses totales santé se chiffraient à 1.288,14 million US\$¹, soit une dépense par habitant de 67,5 US\$ (WHO, 2010b). Les modalités de collecte de ces financements ne sont toutefois pas optimales. De ces dépenses en effet, 71,6% sont privées - dont 94,5% de paiements directs - et 28,4% sont publiques. Les paiements informels sont fréquents (Israr, 2000). En 2008, la proportion du budget public allouée au secteur santé était de 7,9% (WHO, 2010b).

De nombreux acteurs lient cette inefficience à un manque de rigueur et de transparence, ainsi qu'au phénomène de corruption. Médard (2001) note une "*absence généralisée de conscience professionnelle et d'esprit de service public, et des interférences de toute nature, et notamment politiciennes, dans la gestion des établissements*", ainsi qu'un problème de gouvernance affectant l'ensemble des domaines d'intervention de l'Etat. On constate par ailleurs une iniquité d'allocation des ressources entre zones rurales et urbaines, secteurs public et privé, de même qu'entre structures du premier échelon et hôpitaux. En 2001, environ 20% de la population étaient pratiquement exclus des soins de santé (Médard ,2001). En effet, la répartition des budgets entre les structures n'obéit à aucune logique : ni aux besoins des populations, ni à la qualité des infrastructures (nombre de lits ou de personnels), ni à la logique d'activités (nombre d'accouchements, de césariennes...), ni à la logique de lutte contre la pauvreté (Halajko, 2007). Vinard et Djateng (2007) ont identifié la corruption comme l'un des facteurs de cette mauvaise gouvernance. Elle se traduit par des paiements informels, la vente illicite des médicaments et le contournement des règles de gestion des budgets publics pour faire face à la rigidité des procédures. Les faibles salaires et la centralisation de la gestion du personnel - d'où la perte d'autorité au niveau périphérique-aggravent ces dysfonctionnements.

¹ Un dollar US équivalait à 441,87 FCFA en septembre 2009

Dès lors, toute stratégie susceptible d'améliorer la gouvernance - et par conséquent l'efficacité du secteur santé - au bénéfice de la population, doit être considérée. Le financement basé sur la performance (FBP) est l'un des instruments pouvant potentiellement réduire ces maux. De fait, des expériences ailleurs en Afrique semblent montrer que le FBP peut constituer un levier puissant de réforme (Meessen, Soucat, Sekabaraga 2011).

La présente étude documente une expérience pilote restreinte, menée depuis 2006 dans 4 Centres de Santé Catholiques (CSC) du diocèse de Batouri, dans la Région de l'Est du Cameroun.

A travers un financement de la Banque Mondiale, le Ministère de la Santé Publique envisage l'extension du FBP à quatre Régions du Cameroun : six districts de santé de la Région de l'Est et quatre districts de santé dans chacune des régions du Littoral, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. Egalement, CORDAID prévoit de financer l'introduction du FBP dans les formations sanitaires catholiques des Régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord et du Nord. Ainsi, des leçons intéressantes peuvent être tirées de cette expérience, en dépit de son caractère récent, limité en termes d'envergure géographique et de types de formations sanitaires. Ces leçons pourraient donc guider tant les acteurs au Cameroun, dans la perspective actuelle d'une extension du modèle, que d'autres pays qui expérimentent ou adopteront ce mécanisme de financement dans le futur.

Nous décrivons dans un premier temps le contexte, le processus de mise en place et le modèle du FBP adopté par le Diocèse de Batouri, pour présenter ensuite les résultats obtenus. Ces résultats seront discutés en référence à la définition des 6 composantes d'un système de santé fonctionnel (OMS, 2010c): leadership et gouvernance, système d'information sanitaire, ressources humaines, financement, technologies et produits médicaux essentiels, et prestations de services. Nous dégagerons enfin les leçons à tirer de cette expérience pour formuler des recommandations susceptibles de l'améliorer, et d'éclairer la mise en place de futures expériences de FBP.

2. Méthodologie

Notre travail repose sur une étude rétrospective, quantitative et qualitative, portant sur la période 2004-2010, et s'appuyant sur une analyse documentaire et huit interviews semi-structurées des acteurs de mise en œuvre du FBP et des bénéficiaires.

L'analyse documentaire a principalement porté sur les rapports d'activité et les rapports d'évaluation des formations sanitaires.

Le FBP ayant démarré effectivement au 2^e semestre 2007, l'analyse des indicateurs s'est focalisée sur la période 2007-2010. Elle inclut les données issues des quatre Centres de Santé Catholiques (CSC) - Batouri, Djouth, Mindourou et Ndélélé- du diocèse de Batouri. Ce diocèse

est l'un des quatre diocèses² de la Province Ecclésiastique de Bertoua, Région de l'Est. Les quatre CSC appartiennent à trois districts de santé.³ Nous avons utilisé les rapports d'activités des formations sanitaires, les rapports d'évaluation (trimestrielle puis semestrielle) de la qualité technique et socioculturelle, les rapports d'évaluation du Projet de Redynamisation des Soins de Santé dans la Région de l'Est Cameroun (REDSSEC) et l'enquête de base conduite en 2004 dans les CSC de la Province Ecclésiastique de Bertoua pour collecter les données sur les 15 indicateurs inclus (Boîte 1) dans le FBP, et sur le fonctionnement du projet. Ces données quantitatives ont été complétées par des interviews semi-structurées des acteurs du projet et des bénéficiaires pour décrire le fonctionnement du projet, analyser l'évolution des indicateurs et identifier les facteurs ayant potentiellement influencé les résultats. Les indicateurs inclus dans l'étude sont ceux utilisés par le FBP. Ces indicateurs concernent les soins curatifs, préventifs et promotionnels. Les données de l'enquête de base réalisée en 2004 nous ont permis de définir la situation prévalant avant l'introduction du FBP. Les taux de couverture et d'accroissement des outputs produits par les formations sanitaires ont été calculés afin de comparer l'évolution de 2007 à 2010. Les méthodes d'évaluation de la qualité socioculturelle et la qualité technique sont définies dans la partie « fonctionnement du projet ».

Tableau 1 : Population des zones d'action des 4 CSC du diocèse de Batouri

Année	2007	2008	2009	2010
Population totale des zones d'action	16914	17404	17909	18428
Femmes enceintes attendues (5%)	846	870	895	921
Enfants 0-11 mois attendus (4%)	677	696	716	737

Comme limites à cette étude, l'analyse des indicateurs s'est focalisée aux prestations rémunérées par le FBP. Les données sanitaires de routine n'ont été collectées dans les formations sanitaires qu'à partir du 2^e semestre de 2006. Compte tenu du fait que les patients 'hors zone' ne relèvent pas de la responsabilité des CSC, nous n'avons pas calculé les taux de couverture pour cette population. Nous nous sommes limités à l'analyse des outputs produits par les formations sanitaires, ce qui - en l'absence d'enquêtes communautaires - ne nous a pas permis d'évaluer dans quelle mesure l'objectif d'amélioration de la santé des populations en termes de résultats (« *outcomes* ») avait ou non été atteint.

² Batouri, Bertoua, Doumé et Yokadouma.

³ Batouri, Mbang et Ndélélé.

3. Description du projet et résultats

3.1. Historique

Le projet de Réorientation des Soins de Santé Primaires financé par la Coopération Hollandaise (représentée par CORDAID) et *Catholic Relief Service* (CRS) dans la province ecclésiastique de Bertoua et ses quatre diocèses, est parvenu à son terme en 2004. A cette même date, CORDAID a initié une évaluation quantitative et qualitative dans chaque centre de santé. Cette évaluation a révélé l'insuffisance de la collecte des données sanitaires et l'absence de suivi de la performance prévalant au niveau des formations sanitaires catholiques. La réforme du système de financement au développement des Pays-Bas et son orientation vers les résultats amène CORDAID, qui appuyait la province de Bertoua depuis 1995, à revoir sa stratégie de financement en proposant d'appliquer le mécanisme de FBP aux quatre Diocèses du Projet REDSSEC.

L'outil de collecte des données du système d'information de routine ('NHMIS') produit par le niveau central était tombé en désuétude depuis près d'une décennie. De ce système ne subsistait que la transmission par le premier échelon au district des données relatives aux programmes verticaux. L'équipe du projet a proposé le développement d'un système de collecte de données afin de pallier ce problème. Un outil a été développé à cet effet et un système de monitoring et de retro information a été mis en place (du CDS vers le niveau central du projet). Ce mécanisme a commencé à fonctionner au deuxième semestre 2006.

L'objectif du Projet REDSSEC était d'améliorer la santé des populations desservies par les CSC de la Région de l'Est. Batouri est alors le seul des quatre diocèses à valider la proposition de CORDAID ; le FBP est lancé dans les quatre CSC de Batouri au deuxième semestre 2006 (Phase I du projet). Les autres diocèses continuent de leur côté à recevoir l'appui financier de CRS. Les diocèses de Bertoua et de Yokadouma sont finalement inclus dans le projet CORDAID au 4^e trimestre 2008, (Phase II du projet).

Les quatre CSC cohabitent chacun avec un centre de santé public responsable de l'aire. Pour la stratégie avancée, les villages d'accès difficile de l'aire ont été confiés aux CSC qui disposent de moyens de locomotion en bon état et d'un personnel plus important. Ces villages sont appelés 'zone d'action' du CSC, ainsi nommée par opposition au reste de l'aire de santé, dite 'hors zone'. Les taux de couverture ont donc été calculés uniquement pour la population de la 'zone d'action'.

En 2006, les quatre structures de santé du diocèse de Batouri disposaient de 22 professionnels de santé, agents d'appui exclus: 6 infirmiers diplômés d'Etat, 13 infirmiers assistants et 3 laborantins; ce nombre est passé à 24 professionnels de santé en 2010 (7 infirmiers diplômés d'Etat, 13 infirmiers assistants, 4 laborantins) soit une augmentation de 8% en 4 ans. Ces personnels sont aujourd'hui essentiellement des nouveaux car les anciens ont été recrutés en 2009 par le Ministère de Santé Publique. Il existe une 'fuite de cerveaux'

importante du secteur confessionnel vers le secteur public. En effet, le secteur public offre une garantie de salaire pour une gestion moins rigoureuse du personnel.

3.2. Fonctionnement du projet

Chaque CSC envoie son rapport mensuel d'activités à la Coordination Diocésaine de la santé à la fin de chaque mois. La coordination réalise une synthèse mensuelle et trimestrielle qu'elle communique à la Coordination du Projet. L'exactitude des données est alors contrôlée par l'équipe du Projet à partir des registres des CSC. En cas de concordance, les fonds générés par la formation sanitaire sont estimés sur base des frais de rémunération des prestations réalisées (Boîte 1), éventuellement majorée d'un bonus d'équité et d'une prime d'isolement (respectivement 12% et 10% de la production). Aucun des quatre CSC du diocèse de Batouri ne reçoit de financement du Ministère de la Santé Publique.

Boîte 1 : Liste des 13 indicateurs des CSC inclus dans le FBP et leurs coûts	
Consultation curative : nouveau cas	200
3 ^e Consultation prénatale avec au moins VAT2	200
Femmes complètement vaccinées (VAT5)	500
Accouchement assisté	3 000
Enfant complètement vacciné	1 500
Acquisition/Ré imprégnation de la moustiquaire	1 000
Cas de tuberculose/Lèpre guéri	2 000
Référence des urgences hospitalières	Payés à l'Hôpital
Test VIH réalisé	2 000
Accouchement sous ARV	1 000
Test de VIH/SIDA chez un enfant né de mère séropositive	2 000
Enfant malnutri récupéré	2 000
Suivi de la croissance de l'enfant	2 000
Construction des latrines améliorées	3 000

L'évaluation du niveau d'équité est réalisée en fonction du niveau de pauvreté et de la densité de la population; le degré d'isolement est quant à lui défini sur la base des critères de dispersion de la population, d'état des routes, de distance entre le CSC et le siège du Diocèse, et de la disponibilité ou de l'absence de ligne téléphonique et de raccordement à l'électricité. L'identification des formations sanitaires éligibles aux bonus d'équité (CSC de Djouth et de Mindourou) et d'isolement (CSC de Djouth) s'est faite au début du projet.

Le CSC perçoit alors 80% des fonds. Les 20% restants ne sont versés à la formation sanitaire que si l'objectif de qualité technique et socioculturelle est atteint. La qualité technique est évaluée par le médecin chef de district – dit "régulateur" - lors de la supervision du CSC qui dure trois jours, sur la base d'une grille de supervision standard conçue par l'équipe du Projet.

Cette grille (Boîte 1) intègre l'organisation des soins, l'hygiène hospitalière, les modalités de déroulement des consultations, l'organisation du laboratoire, la gestion du Programme Élargi de Vaccination (PEV), la gestion des ressources et l'organisation du système de référence.

Boîte 2 Contenu de la grille de supervision ou d'évaluation de la qualité technique

1. Organisation générale des services : 20 points
2. Hygiène de la formation sanitaire : 20 points
3. Evaluation de la consultation curative : 20 points
4. Système de référence/contre référence : 20 points
5. Consultation prénatale : 30 points
6. Accouchement : 20 points
7. Consultation postnatale : 20 points
8. Laboratoire : 20 points
9. Programme élargi de vaccination : 20 points
10. Planification familiale : 20 points
11. Organisation et réalisation des activités communautaires : 40 points
12. Gestion des médicaments essentiels : 20 points
13. Gestion financière : 20 points
14. Surveillance de la croissance et réhabilitation nutritionnelle : 20 points
15. Planning et monitoring des activités : 20 points
16. Counselling VIH : 20 points

L'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires appelée dans ce projet "qualité socioculturelle" est conduite par une association locale non gouvernementale qualifiée de "bénéficiaire". Elle est effectuée sur la base d'enquêtes communautaires menées auprès des clients de la formation sanitaire pour vérifier l'authenticité des soins et la satisfaction des bénéficiaires. Pour chaque indicateur inclus dans le FBP, l'enquête communautaire tire au sort quatre patients reçus au CSC et cherche à établir s'ils ont effectivement été pris en charge et s'ils ont été satisfaits des soins prodigués.

Boîte 3 Contenu de la grille utilisée pour l'évaluation de la 'qualité socioculturelle'

1. Consultation curative
2. Consultation prénatale
3. Enfants complètement vacciné
4. Accouchement
5. Femme enceinte référée ou contre référée
6. Utilisation des moustiquaires
7. Référence vers l'hôpital
8. Femme complètement vaccinée au Vaccin antitétanique
9. Suivi de la croissance des enfants
10. Enfant malnutri récupéré
11. Construction et utilisation des latrines améliorées

Initialement trimestrielle, l'évaluation de la qualité est devenue semestrielle depuis octobre 2008. Le 'régulateur' et le 'bénéficiaire' attribuent chacun une note au CSC. La prime de

qualité est allouée si la formation sanitaire obtient une moyenne globale des deux notes supérieure ou égale à 50/100⁴.

Le CSC élabore un *business plan* pour le trimestre suivant (actuellement semestre) à partir des évaluations de la qualité et des résultats du contrôle. Ce document doit comporter un descriptif clair des sources de recettes (recouvrement des coûts, FBP, dons...) et des rubriques de dépenses. Il doit également proposer des solutions aux problèmes identifiés à l'occasion du contrôle, de la supervision et de l'enquête communautaire. Le *business plan* est analysé et, le cas échéant, approuvé par le Conseil de gestion du CSC, composé de cinq membres : le responsable du CSC, le représentant du personnel du CSC, le Curé de la Paroisse, le représentant des chefs de village et le représentant des Agents de Santé Communautaire, (Province Ecclésiastique de Bertoua Cameroun, 2009).

Le *business plan* élaboré par le CSC décrit entre autres les objectifs à atteindre, les activités à réaliser et les sources de financement. Ce *business plan* est validé par l'équipe du projet qui signe alors un nouveau contrat de performance semestriel (initialement trimestriel) avec le CSC (Province Ecclésiastique de Bertoua Cameroun, 2010). En dehors des salaires, les primes perçues par le personnel représentent 10% des bénéfices générés et les modalités de répartition dépendent du CSC. La gestion du personnel confessionnel est décentralisée du niveau central de l'Eglise vers le diocèse, voire vers la formation sanitaire qui recrute et gère son personnel. Dans le secteur public, on observe par contre une très forte centralisation, où recrutement, salaires, avancement, nominations, affectations, sanctions... sont réalisés par le niveau central du MSP.

3.3. Résultats

Nous traiterons ici essentiellement des *outputs* produits par les formations sanitaires, des résultats d'évaluation de la qualité ainsi que du financement. Le tableau 1 présente les outputs produits par les CSC de 2004 à 2010 pour les 15 indicateurs (Tableau 1). Comme précisé dans la section méthodologique, les données 2004 ont été obtenues à partir de l'enquête de base réalisée par l'équipe de projet et le système d'information sanitaire n'est devenu effectif qu'en fin 2006 avec le démarrage du projet REDSSEC. Les données 2005 et 2006 ne sont donc pas disponibles.

⁴ De la manière suivante : 50% de la prime pour une note comprise entre 50 à 60/100; 80% de la prime pour une note comprise entre 61 à 75/100 et 100% de la prime pour une note supérieurs à 75/100

Tableau 2 : Activités réalisées par les 4 CSC du Diocèse de Batouri de 2004 à 2010

Type de soins	Indicateurs	2004	2007	2008	2009	2010
Soins curatifs	Consultations curatives	10395	16768	17227	16484	17630
	Référence des urgences médicales	236	126	124	122	280
	Cas de tuberculose/lèpre guéri	ND*	0	239	213	285
	Test VIH	ND	1946	3301	2878	2697
Soins pré, per et postnataux	Femmes ayant suivi au moins 3 consultations prénatales et reçu 2 doses de Vaccin antitétanique	316	408	504	535	597
	Femme ayant reçu 5 doses de Vaccin antitétanique	ND	241	210	207	597
	Accouchement assisté	38	324	450	453	521
	Accouchement sous ARV	0	10	4	64	94
Soins enfants	Suivi de la croissance de l'enfant	ND	41	89	115	244
	Enfant complètement vacciné	432	392	495	507	586
	Test VIH chez l'enfant né de mère séropositive		51	32	64	10
	Enfant malnutri sévère récupéré	8	10	32	64	195
Soins promotionnels	Constructions de latrines améliorées	0	3	25	98	106
	Acquisition/ ré-imprégnation des moustiquaires	ND	0	889	1182	540

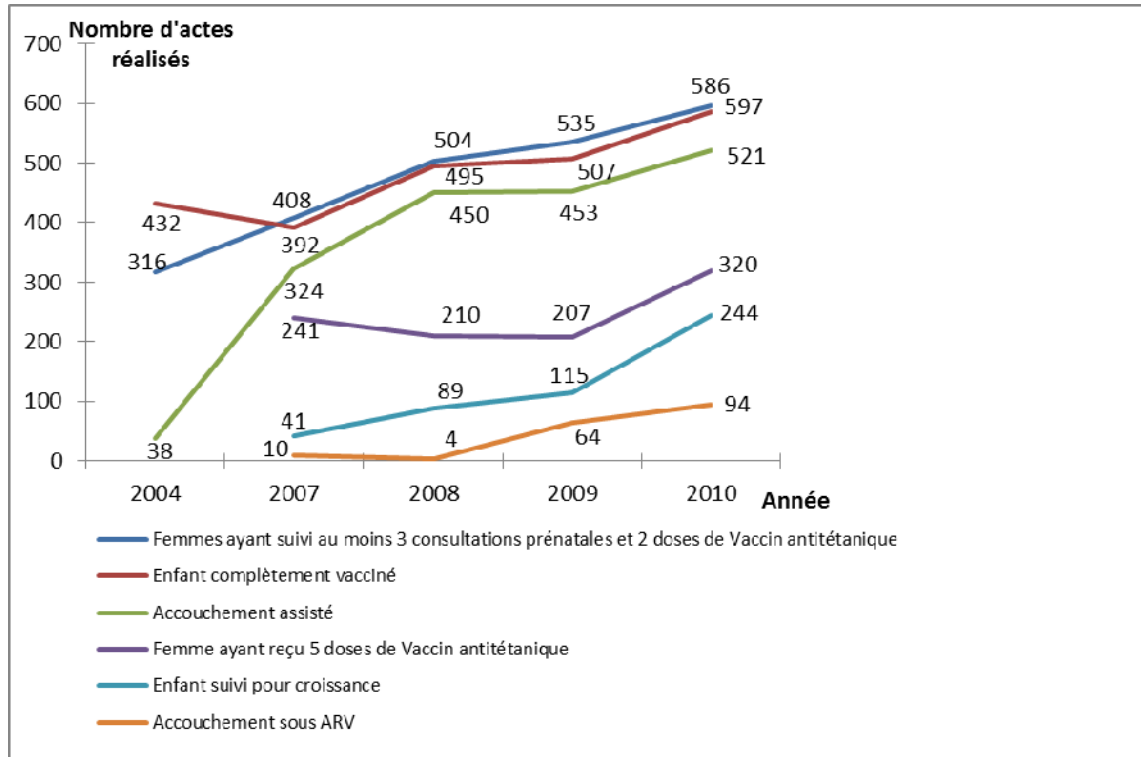
*ND : Non disponible

En 2004 ont été réalisées 10 395 consultations curatives. Une forte augmentation (38%) du nombre de consultations curatives a été enregistrée entre 2004 et 2007, puis entre 2007 et 2008 ; l'augmentation, d'abord légère (2,7%) a été suivie d'une baisse de 4,5% en 2009 (Tableau 2). Dans le domaine des soins prénataux, le pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 consultations prénatales (CPN) a connu une progression de 23% sur 3 ans, entre 2004 et 2007. Cette augmentation avait été respectivement de 19% et 5,8% entre 2007-2008 et 2008-2009.

En 2007, 324 accouchements (soit 88% d'augmentation entre la période 2004-2007) ont été réalisés dans les 4 CSC. Avec 450 accouchements, le taux d'accroissement entre 2007 et 2008 était de 28%, taux qui s'est stabilisé entre 2008 et 2009 à 0,7%. Le taux de couverture des enfants de 0 à 11 mois des 36 villages de zone ayant reçu l'ensemble des vaccinations prescrites a connu une progression modérée, de 48% en 2008 à 51% en 2009 et 54% au premier semestre 2010.

Certains indicateurs ont connu une augmentation tandis que d'autres sont restés stationnaires ou ont baissé. La tendance générale des outputs bruts produits par les CSC est toutefois à l'augmentation, en particulier entre 2007 et 2008 (Figure 1).

Figure 1 : Evolution des indicateurs de soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans



A partir de 2008, les résultats des CSC spécifiaient si les patients habitaient dans la 'zone' ou 'hors zone'. Les taux de couverture relatifs à la population de la zone ont été calculés, la population cible étant connue (Tableau 3).

Tableau 3 : Evolution des taux de couverture pour les populations de la zone

Indicateurs et couverture	Année		
	2008	2009	2010
Nouveau cas consultation curative	6724	5316	5562
<i>Taux d'utilisation (nouveau cas/habitant/an)</i>	0,39	0,30	0,30
Femmes ayant suivi au moins 3 consultations prénatales et ayant reçu 2 doses de Vaccin antitétanique	208	162	165
<i>Couverture femmes ayant suivi au moins 3 consultations prénatales et ayant reçu 2 doses de Vaccin antitétanique</i>	24%	18%	18%
Accouchement assisté	188	146	158
<i>Couverture Accouchement assisté</i>	27%	20%	21%
Enfant complètement vacciné	337	367	352
<i>Couverture Enfant complètement vacciné</i>	48%	51%	48%
Test de VIH/SIDA	1236	674	646
<i>Proportion de la population testée au VIH</i>	7%	4%	4%

Concernant les populations de la zone, leurs taux d'utilisation en consultation curative sont de 0,39 et 0,30 nouveau cas par habitant en 2008 et 2009 respectivement. La proportion de la population de la zone (17 404 habitants en 2008) ayant passé un test de dépistage au VIH est passée de 7% en 2008 à 4% en 2009 et 2010. Les taux de couverture des enfants complètement vaccinés sont inférieurs à l'objectif national, fixé à 80%. Il importe ici de préciser que des ruptures de stocks - en vaccins, moustiquaires imprégnées, insecticides pour l'imprégnation des moustiquaires, et tests de dépistage VIH - ont été signalées par tous les acteurs pour les années 2009 et 2010. Par exemple, le test VIH gratuit fourni par le programme national de lutte contre le SIDA ne concerne que les femmes enceintes ; en cas de rupture de stock, ce test est alors payé aussi bien par les femmes enceintes que les autres patients.

La qualité socioculturelle a connu une progression globalement positive, avec un score passant de 71% à 91% entre 2007 et 2010 (Tableau 4). Au premier trimestre 2008, le plus faible niveau de qualité socioculturelle (45%) a été observé au CSC de Batouri, tandis que le plus élevé (98%) était enregistré dans les CSC de Ndélé et Batouri. Entre 2007 et 2010, la qualité technique se situe globalement entre 44 et 81% pour l'ensemble du diocèse de Batouri. Les plus mauvais scores en termes de qualité technique ont été observés dans le CSC de Batouri en 2008 (1^{er} et 3^e trimestre) tandis que le meilleur a été établi pour le CSC de Mindourou lors de l'évaluation couvrant la période allant d'octobre 2008 à mars 2009. Selon un interviewé, 'la variation de la qualité est due à la forte instabilité du personnel de santé qui fait des tests de recrutement pour la fonction publique à la moindre occasion'. Un autre répondant a ajouté que 'le secteur public offre une garantie de salaire, une pension retraite et une grande flexibilité dans la gestion'. Les nouveaux agents de santé nécessitent alors un temps d'adaptation et cela entraîne parfois une perte de confiance des populations.

Tableau 4 : Indicateurs qualitatifs des 4 CSC du Diocèse de Batouri

INDICATEURS QUALITATIFS	2007 trim* 4	2008 trim 1	2008 trim 2	2008 trim 3	Octobre 2008 mars 2009	avril-septembre 2009	Octobre 2009 mars 2010
Qualité technique							
CSC Batouri	64%	44%	64%	44%	70%	74%	72%
CSC Djouth	ND	ND	ND	ND	51%	60%	76%
CSC Mindourou	ND	84%	ND	60%	94%	85%	82%
CSC Ndéléélé	ND	87%	ND	81%	89%	92%	92%
Moyenne	64%	72%	64%	62%	76%	78%	81%
Qualité socioculturelle							
CSC Batouri	ND	45%	72%	98%	87%	87%	86%
CSC Djouth	ND	71%	73%	60%	60%	60%	91%
CSC Mindourou	ND	69%	70%	83%	83%	83%	93%
CSC Ndéléélé	ND	98%	88%	83%	83%	83%	93%
Moyenne	ND	71%	76%	81%	78%	78%	91%

trim : trimestre

Les fonds reçus par les CSC sont tributaires de leur production (Tableau 5). Ainsi, en 2007, 2008 et 2009, les fonds issus du FBP représentaient 2,1 ; 1,7 et 1,3 US\$ par an et par habitant de la zone de responsabilité des quatre CSC. L'essentiel du financement des quatre CSC (entre 77 et 87%) provient des paiements directs qui ont augmenté de 10% entre 2007 et 2008, et de 17% entre 2008 et 2009.

Les dépenses totales de santé sont d'environ 10 US\$ par habitant de la zone. Pour l'année 2007, les recettes PBF incluent les intrants alloués par le projet. Pour les acteurs du projet, la baisse des recettes entre 2008 et 2009 s'explique par la modification des indicateurs achetés. En effet, un interviewé a souligné que certaines activités communautaires telles que les séances d'éducation sanitaire ont été retirées de la liste alors qu'elles procuraient d'importantes ressources financières au CSC.

Concernant la gestion des fonds, un délégué du personnel a mentionné qu'il y a une *'totale transparence car tous les trois mois, le conseil de gestion se réunit pour adopter le business plan et le chef de centre respecte effectivement ce qui a été décidé'*.

Tableau 5 : Recettes et dépenses des 4 CSC du diocèse de Batouri de 2007 à 2009

Année	Recettes				Dépenses	
	Paiements directs	FBP	Autres	Total		
2004	Valeur (US\$)	80 709	0	7 278	87 987	
	%	92%	0%	8%	100%	
	Per capita	5,2	0	0,47	5,67	
2007	Valeur (US\$)	127 239	34 772	2 568	164 580	172 050
	%	77%	21%	2%	100%	
	Per capita	7,5	2,1	0,2	9,7	10,2
2008	Valeur (US\$)	139 957	29 779	5 129	174 865	134 259
	%	80%	17%	3%	100%	
	Per capita	8	1,7	0,3	10	7,7
2009	Valeur (US\$)	163 493	23 689	1 042	188 225	184 175
	%	87%	13%	1%	100%	
	Per capita	9,1	1,3	0,1	10,5	10,3

Pour l'ensemble des 18 formations sanitaires de la Province Ecclésiastique de Bertoua incluses aujourd'hui dans le FBP, 1 002 981 USD ont été dépensés par le Projet entre octobre 2007 et juin 2010. En extrapolant à la population totale de la région de l'Est en 2009 (801 968 habitants), ces dépenses correspondent à 1,25 US\$ per capita. De ces dépenses, 31,8% ont été consacrés au FBP et 68,2% au fonctionnement et à l'achat d'intrants. Il n'a pas été possible d'avoir les dépenses de fonctionnement par diocèse, la même équipe de projet couvrant l'ensemble des 4 diocèses.

Le FBP est globalement bien perçu par les acteurs. Un interviewé souligne que le FBP '*met le personnel en situation de travail permanent pour atteindre les performances*'.

4. Discussion

Nous nous proposons de discuter les résultats du FBP sur la base des 6 'composantes d'un système de santé fonctionnel' définies par l'OMS (WHO, 2010c).

4.1. Leadership et gouvernance

Au Cameroun, les comités de santé et de gestion dans les formations sanitaires sont peu fonctionnels et difficiles à mettre en place dans les structures privées (Fotsing, 2009). Le FBP a permis de responsabiliser les Conseils de Gestion des CSC en matière de planification grâce à la mise en place d'un système participatif. Les Conseils de gestion élaborent un plan prévisionnel incluant les recettes et les dépenses, les activités à réaliser et les stratégies à mettre en œuvre. Le financement de ce plan est conditionné par sa validation par l'équipe du

Projet. Une participation communautaire similaire a été notée au Rwanda (Soeters, 2006). Le levier financier utilisé par le projet semble contribuer à renforcer la participation du conseil de gestion tant dans le fonctionnement du CSC que dans la mise en œuvre des activités.

Cette situation locale contraste avec la situation globale du système de santé camerounais, affecté par la corruption et la mauvaise gestion des ressources financières allouées par l'Etat ou issues du recouvrement des coûts (Médard, 2006; Israr *et al.*, 2000). Moins du tiers des allocations budgétaires nominales offertes aux formations sanitaires par le Ministère de la Santé Publique sont réellement utilisées par celles-ci à cause des retards, des problèmes de liquidités, mais surtout de la corruption et des surfacturations (Halajko, 2007). Les contrôles et les évaluations (par l'équipe du projet), les supervisions (par l'équipe cadre de district) effectués dans les 4 CSC, tâches normalement dévolues à l'équipe cadre de district, sont effectivement réalisées depuis que le FBP a été mis en œuvre. Ces supervisions ne sont réalisées que trimestriellement alors que d'après les normes du Ministère de la Santé Publique, chaque centre de santé devrait théoriquement faire l'objet d'une supervision mensuelle. On sait que ces tâches, indispensables au bon fonctionnement des districts de santé, sont a contrario négligées dans de nombreux pays à faible revenu et contribuent à entretenir la faiblesse des systèmes de santé (Bosch-Capblanch & Garner, 2008).

Les Conseils de Gestion et l'association communautaire chargée de l'évaluation de la qualité socioculturelle contribuent ici à renforcer l'implication des bénéficiaires dans la gestion des activités de soins et à offrir le contrepoids indispensable à la défense des intérêts des bénéficiaires. Au total, les ressources allouées par le FBP sont directement liées à la production des soins faits par les CSC, répondant ainsi à la logique d'allocation en fonction des activités.

Néanmoins, la limite des supervisions, basées sur des grilles standards, est de se focaliser uniquement sur les indicateurs rémunérés par le système de performance, avec le risque de devenir de simples contrôles de routine. On peut également regretter la faible fréquence (semestrielle) de ces supervisions, notamment pour les services de santé de première ligne. Certains acteurs du secteur confessionnel, craignant pour la pérennité du modèle, une fois le projet clôturé, semblent par ailleurs avoir opposé une résistance à l'introduction du FBP.

4.2. Ressources humaines

Le renouvellement fréquent du personnel expliquerait en partie le plafonnement de la plupart des indicateurs de santé et la baisse observée en 2009. Il y a une tendance générale à migrer du secteur privé vers le secteur public qui offre une meilleure garantie des salaires, même si le secteur privé confessionnel a une meilleure réputation et qualité au Cameroun (Boulenger *et al.*, 2008).

Des supervisions plus régulières et l'élargissement des enquêtes communautaires à l'ensemble des soins effectués dans la formation sanitaire permettraient par ailleurs d'identifier les faiblesses éventuelles du personnel et de renforcer certaines de leurs

compétences spécifiques. La fréquence des supervisions – deux par an- est insuffisante pour renforcer de façon optimale les compétences du personnel.

La décentralisation joue un rôle fondamental dans l'organisation du travail et la mise en œuvre des décisions prises au sein des CSC. La bonne réputation - accueil, qualité des soins- du secteur confessionnel au Cameroun a un impact sur la fréquentation de ses structures de santé (Boulenger et al., 2008).

4.3. Financement

Le FBP a permis de mobiliser des ressources additionnelles au recouvrement des coûts. Ces ressources sont proportionnelles à la production des structures; dans le système de financement public du Cameroun, les autorisations de dépenses forfaitaires allouées semestriellement à certains services de santé ne tiennent au contraire pas compte de la performance, ni même de la population à couvrir et de ses besoins spécifiques.

Le système de financement des soins à l'œuvre dans le modèle de FBP développé à Batouri n'est toutefois pas exempt de faiblesses. En effet, les patients ont continué à devoir acquitter le paiement des actes et des médicaments à la formation sanitaire, le coût de ces actes n'ayant par ailleurs pas baissé avec l'introduction du FBP. Le modèle de Batouri n'a donc généré qu'un complément de financement au recouvrement des coûts.

Les recettes principales des CSC reposent sur le recouvrement des coûts sur les actes et les médicaments. Il a été montré dans d'autres contextes, que les paiements directs tendent à exclure les pauvres de l'accès aux soins (Ridde, 2004) ou à générer des dépenses catastrophiques contribuant à les appauvrir davantage (Van Damme *et al.*, 2003; Van Damme *et al.*, 2004).

Le tarif des soins n'ayant pas baissé avec l'introduction du FBP, le bénéfice pour le patient est de fait essentiellement indirect: l'amélioration de la qualité des soins résultant de la mise en œuvre du projet est en effet susceptible d'induire une diminution des dépenses irrationnelles. En l'absence d'autres subventions, le coût relatif aux indicateurs pris en compte par le FBP ne permet pas d'allouer suffisamment de ressources au premier échelon pour financer les soins essentiels. L'introduction du FBP dans le Diocèse de Batouri n'a en effet permis d'allouer que moins de 2 US\$ par habitant à la population des villages couverts par les CSC pour la stratégie avancée entre 2007 et 2009 ; une somme très inférieure aux dépenses d'environ 10 US\$ per capita faites par les CSC, ou aux 40 US\$ préconisés par la Commission Macroéconomique et Santé de 2000 pour assurer les soins essentiels (WHO, 2000). Les paiements directs étant maintenus par les structures, les pauvres restent probablement exclus de l'accès aux soins.

4.4. Médicaments, équipements médicaux et non médicaux

L'insuffisance de l'allocation en médicaments et équipements médicaux et non médicaux constitue le maillon faible du projet REDSSEC. Elle semble expliquer le fait que les CSC aient maintenu les paiements directs dans le souci de couvrir leurs dépenses. Un minimum de ressources (personnels, médicaments, équipements, logistique) reste en effet indispensable pour permettre à un service de santé de fonctionner et de gagner la confiance des populations. Une allocation additionnelle de ressources suffisantes et/ou d'intrants pourrait de plus se révéler nécessaire en cas d'augmentation importante de la demande consécutive à l'amélioration de la qualité des soins.

4.5. Système d'information sanitaire

La collecte, le traitement et l'analyse des données sanitaires sont devenus plus réguliers. Des mécanismes de contrôle leur sont par ailleurs appliqués, qu'il s'agisse du contrôle des registres opéré par l'équipe du projet ou des enquêtes menées par les associations communautaires. Ces points sont d'autant plus positifs que le système d'information sanitaire de routine est généralement affecté en Afrique sub-saharienne par le sous-reportage ou la falsification des données (Gething *et al.*, 2006; Mate *et al.*, 2009). Il serait souhaitable que des enquêtes sanitaires précèdent l'introduction du FBP afin de pouvoir à terme mesurer son impact par comparaison à la situation de base.

4.6. Offre de soins

On a noté une progression du nombre d'actes en valeur absolue dans les CSC du diocèse de Batouri, qui semble indiquer que l'attractivité des CSC a augmenté suite à l'introduction du FBP en 2006. Comme cela a été le cas dans d'autres expériences, la part réelle du FBP dans l'augmentation des prestations réalisées reste néanmoins difficile à apprécier (Meessen *et al.*, 2006; Meessen *et al.*, 2007). Au-delà du bénéfice que constitue la mise en place du financement, l'amélioration de la qualité constitue le progrès le plus notable. La baisse de certains indicateurs ne peut par ailleurs être que partiellement imputée au projet, puisqu'elle semble liée aux ruptures de stock enregistrées pour certains intrants (vaccins, moustiquaires et tests de dépistage VIH) dont la fourniture incombe au Ministère de la Santé Publique.

5. Leçons

Le FBP apparaît comme un levier potentiel de renforcement et d'amélioration du fonctionnement des structures de dialogue (comité de gestion, comité de santé), y compris dans les formations sanitaires à but non lucratif. Le FBP a, par ailleurs, introduit au niveau local des mécanismes réguliers de contrôle, de renforcement de la gouvernance et de la transparence de gestion des formations sanitaires. Il contribue par ailleurs à un meilleur exercice, par l'équipe cadre de district, de ses fonctions clés.

Le recours au FBP semble une piste intéressante à envisager dans le secteur public, qui se caractérise par des mécanismes bureaucratiques de gestion, lesquels alimentent le phénomène de corruption. Son application serait opportune dans le cadre du paiement des subventions de fonctionnement aux formations sanitaires. La mise en place d'un tel mécanisme nécessiterait toutefois la définition préalable de nouvelles règles de gestion financière des fonds publics.

Le modèle de FBP mis en œuvre à Batouri n'a eu que peu d'influence en matière d'accès financier aux soins, dans la mesure où le recouvrement des coûts y a été maintenu. Ceci s'est traduit par la faible augmentation des indicateurs produits par les CSC. Ce choix est compréhensible dans le cadre d'une approche projet, par définition limitée dans le temps. L'inscription envisagée du FBP dans la politique nationale demanderait par contre de réduire les paiements directs par le biais d'une baisse significative des frais des actes et des médicaments payés par les patients, ou une action sur la demande en structurant celle-ci autour des mécanismes de prépaiement. Une telle politique de changement, nécessairement progressive, devrait envisager à terme, un mécanisme de financement des soins pour les patients indigents.

Force est de constater que la disponibilité d'un minimum de ressources est indispensable pour garantir un niveau de service acceptable aux populations. Une évaluation des besoins devrait donc précéder l'extension du modèle à l'échelle nationale, afin de pouvoir combler d'éventuels déficits tant quantitatifs que qualitatifs.

L'expérience de Batouri dégage également la faisabilité du FBP dans le secteur confessionnel et la collaboration étroite qui en découle avec l'équipe cadre de district. La forte décentralisation de la gestion des ressources dans ce secteur est un facteur important de la mise en œuvre du FBP. Toutefois, le caractère « projet » de ce type de financement pose des problèmes de pérennité et d'équilibre financier des services de santé concernés à long terme.

6. Conclusion

Même si la mise à disposition de ressources financières additionnelles constitue un levier essentiel de l'amélioration des performances, ce sont surtout les effets conjoints de la régularité des supervisions, de la participation communautaire, du monitoring des données et de la gestion participative, qui la gouvernent en pratique. Or ces tâches-clés sont souvent dévolues aux équipes cadre de district et généralement réalisées de manière irrégulière ou inadéquate, contribuant ainsi à entretenir la faiblesse des systèmes de santé.

Il a été démontré, que dans un contexte de faible gouvernance, le FBP est susceptible de générer une amélioration quantitative des résultats avec des moyens limités et constitue un puissant levier de réformes (Soeters et al. 2010). Le processus de décentralisation en cours au Cameroun prévoit une dévolution des structures du premier échelon aux Communes ; ce projet offre une opportunité pour combiner la réforme politique à une réforme du financement du système de santé, dans une perspective d'amélioration de la performance.

Le FBP mis en œuvre à Batouri a montré que l'application d'un tel modèle de financement est réalisable au Cameroun et ce, même au niveau de structures confessionnelles. Il serait toutefois souhaitable, dès lors que le Ministère de la Santé Publique envisage de multiplier ces expériences, que des enquêtes préalables soient conduites pour permettre à terme d'évaluer l'impact réel du modèle sur les résultats de santé, la protection financière des populations et la qualité de la dépense des formations sanitaires. Une perspective de poursuite à long terme de l'expérience de Batouri implique par ailleurs d'en corriger préalablement les déficiences. Deux axes majeurs doivent ici être envisagés : un renforcement des capacités des services dans un but d'amélioration de l'offre, et la réduction des paiements comme levier de l'accès financier aux soins.

Remerciements

Nous adressons notre reconnaissance à nos relecteurs, Miriam Schneidman et Jean Bosco Kahindo, pour leurs remarques et suggestions pertinentes.

Nous remercions aussi toute l'équipe du Projet REDSSEC, le Médecin chef du district de santé de Batouri et le personnel de santé du Diocèse de Batouri pour leur entière disponibilité et leur participation à la collecte des données.

Enfin, nous remercions Rita Verlinden pour la mise en page.

Bibliographie

- Bosch-Capblanch X & Garner P (2008) Primary health care supervision in developing countries. *Tropical Medicine & International Health* 13, 369-383.
- CNLS Cameroun (2010) Rapport annuel 2009 des activités du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Yaoundé : Ministre de la santé publique, Cameroun.
- Fotsing R (2009) Les insuffisances de la participation communautaire à la santé au Cameroun: le cas du district de santé de Maga, 41 pp.
- Gething PW, Noor AM, Gikandi PW *et al.* (2006) Improving Imperfect Data from Health Management Information Systems in Africa Using Space-Time Geostatistics. *Plos Medicine* 3, e271.
- Halajko A (2007) Espace de financement pour la croissance et ledéveloppement humain au Cameroun, Secteur de la santé. Washington : Alter et Banque Mondiale.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naqavi M *et al.* (2010) Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 375, 1609-1623.
- Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, & Martiny P (2000) Coping strategies of health personnel during economic crisis: A case study from Cameroon. *Tropical Medicine & International Health* 5, 288-292.
- Mate KS, Bennett B, Mphatswe W, Barker P, & Rollins N (2009) Challenges for routine Health information system data management in a large public programme to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. *Plos One* 4, e5483.
- Médard JF (2006) Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines. *Bulletin de l'APAD* 21.
- Meessen B, Kashala JP, & Musango L (2007) Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 85, 108-115.
- Meessen B, Musango L, Kashala JP, & Lemlin J (2006) Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health* 11, 1303-1317.
- Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C (2010) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89:153-156.
- Province Ecclésiastique de Bertoua Cameroun (2009) Cadre de travail et de collaboration des Conseils de gestion des formations sanitaires catholiques. Bertoua : Projet REDSSEC.

- Province Ecclésiastique de Bertoua Cameroun (2010) Redynamisation des soins de santé à l'Est du Cameroun-Phase II. Rapport de la mission d'évaluation finale. Bertoua : Cordaid & CRS.
- Ridde V. 2004. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. Washington, HNP.
- Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 84, 884-89.
- Soeters, R, Peerenboom PB, Kimanuka C, Musgagulusa P (2010) Performance based health financing in a failed state: Congo. *Health Affairs*. A paraitre.
- Van Damme W, Meessen B, Por I, & Kober K (2003) Catastrophic health expenditure. *Lancet* 362, 996.
- Van Damme W, Van Leemput L, Por I, Hardeman W, & Meessen B (2004) Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical Medicine and International Health* 9, 273-280.
- Vinard P et Djateng F (2007) Anticorruption strategy and governance indicators in the health sector in Cameroon. Rapport de Mission. 24 mars - 12 Avril 2007. Banque Mondiale.
- WHO (2000) Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant. Geneva: WHO.
- WHO (2010a) World Health Statistics 2010. Geneva: WHO.
- WHO (2010b) National Health Account Cameroon. Geneva: WHO.
- WHO (2010c) Key components of a well functioning health system. Geneva: WHO.