

Analyse de l'impact de l'approche de financement basé la performance au Cameroun

Analysis of the impact of the performance-based financing approach in Cameroon

Alexis KANGATLAM, (Docteur)

*Ecole Nationale Supérieure Polytechnique de Maroua
 Département d'Agriculture, Elevage et Produits Dérivés
 Université de Maroua, Cameroun*

Adresse de correspondance :	Section Economie Agricole et Management des Entreprises Agricoles +237699816684/ 237675746334 www.enspm.univ-maroua.cm
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	KANGATLAM, A. (2024). Analyse de l'impact de l'approche de financement basé la performance au Cameroun. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 5(12), 730-767. https://doi.org/10.5281/zenodo.14583044
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: October 31, 2024

Accepted: December 29, 2024

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 5, Issue 12 (2024)

Analyse de l'impact de l'approche de financement basé la performance au Cameroun

Résumé

Ce travail analyse l'impact de l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur le développement des formations sanitaires et le bien-être des populations au Cameroun, en particulier dans la région de l'Extrême-Nord. Malgré des efforts gouvernementaux et des réformes, le pays continue de faire face à de graves défis socio-économiques, avec un taux de pauvreté de 38,6 % et une mortalité maternelle. Depuis l'introduction du FBP en 2012, des progrès ont été observés, notamment une augmentation de la fréquentation des établissements de santé. Cependant, des problèmes persistent concernant la qualité des soins, l'accès aux infrastructures et la répartition inégale du personnel médical. Ce travail vise à comprendre comment le contexte organisationnel influence l'efficacité du FBP et la satisfaction des besoins fondamentaux des populations. À travers une méthodologie mixte incluant des études de cas et des entretiens qualitatifs auprès des responsables de 14 formations sanitaires, cette recherche action a permis d'identifier les défis auxquels le FBP fait face, afin de formuler des recommandations pour améliorer durablement les services de santé au Cameroun.

Mots clés : transfert de fonds, contrats, subsides, performance, économie

JEL Classification : C93

Type du papier : Recherche empirique

Abstract

This work analyzes the impact of the Performance-Based Financing (PBF) approach on the development of health facilities and the well-being of populations in Cameroon, particularly in the Extreme North region. Despite government efforts and reforms, the country continues to face serious socio-economic challenges, with a poverty rate of 38.6% and alarming maternal mortality rates. Since the introduction of PBF in 2012, progress has been observed, including an increase in the attendance at health facilities. However, issues persist regarding the quality of care, access to infrastructure, and the uneven distribution of medical personnel. This study aims to understand how the organizational context influences the effectiveness of PBF and the satisfaction of the fundamental needs of populations. Through a mixed methodology including case studies and qualitative interviews with managers from 14 health facilities, this action research has identified the challenges faced by PBF in order to formulate recommendations for sustainably improving health services in Cameroon.

Key words : fund transfers, contracts, subsidies, performance, economy

JEL Classification : C93

Paper type : Empirical Research

1. Introduction

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^e et 13^e degrés de latitude Nord et les 9^e et 16^e degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 442 kilomètres carrés et possède au sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'est par la République Centrafricaine, et au nord-est par le Tchad où il est coiffé par le Lac Tchad. Le Cameroun est un pays bilingue ; il possède deux langues officielles le français et l'anglais. Le Cameroun fait partie des pays les plus pauvres du monde. Les principaux résultats de l'ECAM5 indiquent une économie qui résiste aux chocs environnementaux, mais aussi à une pauvreté extrême et à une vulnérabilité grandissante des ménages, face aux divers chocs auxquels ils sont exposés. En effet, avec un taux de croissance économique moyen annuel de 2,6 % sur la période 2020 à 2023, non loin du taux de croissance démographique de 2,5% l'an, le taux de pauvreté est à 38,6% en 2021. Comparé à l'objectif de 30,8% fixé pour la SND30 à l'horizon 2030, il y a près de 8 points d'écart à combler. L'accélération et le renforcement de la mise en œuvre de la SND30 et des stratégies sectorielles qui la sous-tendent sont les voies recommandations phares à la suite de cette présentation alarmante (ECAM, 2024). Cette recherche action rentre en droit ligne de l'orientation stratégique du cameroun pour la couverture sante universelle.

La couverture santé universelle (CSU) est un concept fondamental dans les domaines de la santé publique et des politiques sociales. Ce principe trouve ses racines dans les mouvements en faveur de l'équité en matière de santé et d'accès aux soins pour tous, sans distinction de leurs capacités financières. Dans son discours à la nation du 31 décembre 2017, le Chef de l'État, S.E.M. Paul Biya, a déclaré : « Nous allons poursuivre nos efforts, afin de faire profiter à nos populations des soins de santé de qualité et accessibles à tous. C'est dans cette optique que j'ai donné au Gouvernement l'instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle. » Pour atteindre cet objectif, le gouvernement camerounais a lancé un processus visant à établir un système de couverture santé universelle, guidé par un Groupe Technique National intersectoriel, dirigé par les Ministres de la Santé Publique et du Travail et de la Sécurité Sociale, créé en 2015 pour formuler des recommandations au gouvernement concernant ce système.

Le système de santé du pays reflète un contexte de sous-développement, typique de l'Afrique subsaharienne. Cette situation est exacerbée par la mauvaise gestion des ressources de santé, les effets dévastateurs de la crise financière, les changements climatiques, les catastrophes naturelles, la pauvreté extrême, les guerres et les conflits ethniques, ainsi que par de grandes pandémies comme le VIH/SIDA. Tous ces facteurs conjugués créent une complexité qui se traduit par une espérance de vie au Cameroun de 51,6 ans (PNUD, 2012). Malgré les réformes mises en place par le gouvernement dans le cadre de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015, en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux, la dégradation de la santé des populations demeure préoccupante.

Les maladies principales à l'origine de la morbidité et de la mortalité au Cameroun incluent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA et la tuberculose. Le profil épidémiologique est inquiétant : entre 1998 et 2011, le taux de mortalité maternelle a augmenté, passant de 430 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS II, III et IV). Ces données montrent que les programmes gouvernementaux, soutenus par des partenaires au développement, n'ont pas réussi à répondre efficacement à l'ampleur des défis. La gestion de la santé communautaire a été entravée par un manque d'orientations stratégiques, ce qui a conduit à des approches disparates et non coordonnées initiées par diverses ONG. La région de l'Extrême-Nord, qui couvre 34 260 km², est l'une des plus densément peuplées du Cameroun, avec 3,67 millions d'habitants en 2012, représentant

18,0 % de la population nationale (RGPH 2005). La pauvreté y est particulièrement marquée en milieu rural, où l'incidence atteint 56,3 %, contre 21,6 % en milieu urbain. Les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est affichent des niveaux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale (ECAM, 2024). En matière de santé, la région présente des indicateurs particulièrement défavorables. Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la réponse à ces problèmes reste insuffisante. Statistiquement, la région compte 3 hôpitaux régionaux, 30 districts de santé (dont 28 opérationnels) et 243 aires de santé, dont 40 sont non construites. Le soutien de l'OMS, de l'UNICEF, de la Croix-Rouge, de la GIZ, de l'Union européenne et de la Banque mondiale est noté, mais l'offre de services par les hôpitaux de district est encore déficiente, limitant l'accès et la qualité des soins. Le faible taux d'utilisation des services de santé résulte d'un manque d'infrastructures, d'un accès limité à des équipements techniques, et d'un personnel médical souvent mal réparti et peu qualifié.

À cela s'ajoute la déstabilisation sociale et économique provoquée par l'insurrection de Boko Haram, qui entraîne des déplacements de populations et des pertes humaines. Les efforts en matière de santé communautaire sont également limités. Bien que des réformes aient été mises en place par la GIZ sous l'égide du MINSANTE pour redynamiser les membres des Comités de Santé (COSA), leur implication reste faible, en raison d'infrastructures communautaires de base en très mauvais état. Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la réponse aux défis sanitaires demeure timide. Des politiques innovantes sont nécessaires pour renverser cette situation actuelle. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche-action, visant à expérimenter une approche de financement basée sur la performance.

La présente recherche action est la suite d'une approche (PBF) introduite dans la Région depuis 2012 à travers 14 FOSA catholique du Diocèse de Maroua-Mokolo. Sur la base du succès de cette phase, les autorités de la Région ont fait le plaidoyer pour l'extension de cette approche à l'ensemble des formations sanitaires (publiques et privées) de deux districts de santé (Tokombéré et Mokolo) depuis janvier 2014. L'approche du financement basé sur la performance s'annonce donc comme cet outil qui favorise la transformation des FOSA en redynamisant le personnel, renforçant l'organisation et améliorant le plateau technique. Au niveau des services de santé offert, on a noté une amélioration tant quantitative que qualitative. Il s'agit de l'augmentation de la fréquentation des FOSA et particulièrement des services de la maternité. Cette augmentation quantitative est le fruit l'amélioration de la qualité des services de santé offerts par les prestataires ; qui semble de plus en plus répondre aux attentes des utilisateurs. Au niveau communautaire, on a également noté un engouement singulier des membres des COSA à s'investir sans réserve dans les activités communautaires de santé.

2. Approche théorique de l'approche de financement basée sur la performance

2.1. Comprendre l'approche PBF

Le financement basé sur la performance (FBP) dans les établissements de santé repose sur plusieurs théories fondamentales. La théorie de l'incitation économique suggère que des incitations financières peuvent inciter les prestataires de soins à améliorer leur performance (Arrow, 1963). En liant les paiements à des résultats mesurables, tels que la qualité des soins ou la diminution des temps d'attente, cette approche vise à créer une motivation pour atteindre la qualité (Rosenthal et Frank, 2006). De plus, la théorie de la responsabilisation indique que le FBP renforce la responsabilité en rendant les prestataires de soins responsables des résultats obtenus (Christensen et al., 2006). En établissant des objectifs clairs et en alignant les incitations financières sur ces objectifs, les systèmes de santé cherchent à accroître la

transparence et la responsabilité des prestataires (Smith, 1994). En outre, la théorie du changement comportemental postule que les incitations financières peuvent influencer les comportements des prestataires et des gestionnaires de santé (Pauly, 1968). En récompensant les résultats positifs et en décourageant les pratiques inefficaces, le FBP vise à encourager des comportements qui améliorent la performance globale du système de santé. Enfin, la théorie de l'efficacité économique soutient que le FBP peut rationaliser l'allocation des ressources et optimiser l'utilisation des budgets de santé (Newhouse, 1996). En orientant les paiements vers des résultats mesurables, les systèmes de santé cherchent à maximiser le retour sur investissement et à promouvoir une utilisation plus efficace des ressources disponibles (Robinson, 2001). En intégrant ces différentes théories, le FBP aspire à favoriser l'innovation et l'amélioration continue des pratiques de soins de santé (Cutler, 2001). Les incitations visant à atteindre des objectifs de performance spécifiques encouragent les prestataires à expérimenter de nouvelles approches, potentiellement plus efficaces, pour obtenir de meilleurs résultats pour les patients. Ces théories, formulées par des chercheurs tels qu'Arrow, Rosenthal, et Christensen, doivent être adaptées et mises en œuvre de manière contextuelle afin de répondre aux besoins particuliers des établissements de santé et des populations qu'ils servent.

2.2. Approche PBF fonde sur la microéconomie

L'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) est une méthode conçue pour améliorer la qualité des services de santé en associant le financement aux résultats obtenus. S'appuyant sur des principes microéconomiques, cette stratégie vise à inciter les prestataires de soins à maximiser leurs performances. La plupart des pays du monde adoptent l'économie de marché libre comme la meilleure manière de répartir des ressources limitées. Ce modèle est généralement privilégié dans les sociétés qui adhèrent à la démocratie, recherchent des partenariats avec le secteur privé, encouragent le libre choix des consommateurs entre différentes offres et favorisent la concurrence entre les établissements. Cependant, dans certains pays, les décideurs estiment que les principes du marché libre ne doivent pas être appliqués, en raison des échecs de ce système à atteindre des objectifs sociaux. Ils préfèrent donc des systèmes basés sur une gestion centralisée, à l'image de ceux observés dans les pays communistes.

2.2.1. La loi de l'offre et de la demande

Dans le domaine de la santé, la loi de l'offre et de la demande en microéconomie est approfondie grâce aux contributions de divers auteurs de renom qui ont enrichi notre compréhension des mécanismes de marché spécifiques aux soins de santé. Alfred Marshall, dans son livre "Principles of Economics" (1890), a établi les bases de la théorie néoclassique de l'offre et de la demande, en définissant que le prix d'un bien ou d'un service résulte de l'intersection de l'offre et de la demande sur un marché compétitif. Dans le contexte de la santé, Marshall a fourni des fondements théoriques pour analyser les comportements des consommateurs et des fournisseurs de soins de santé. Kenneth Arrow, économiste et lauréat du prix Nobel, est reconnu pour son article innovant "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" (1963). Il y introduit le concept d'asymétrie d'information dans le secteur de la santé, soulignant que patients et médecins n'ont pas toujours accès aux mêmes informations. Cette asymétrie influence les choix en matière de soins de santé et peut engendrer des inefficacités économiques, impactant l'équilibre entre l'offre et la demande. Victor Fuchs, économiste de la santé influent, a étudié les enjeux économiques liés à l'accès aux soins dans son ouvrage "Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice" (1974). Il a analysé comment les préférences individuelles, les ressources disponibles et les politiques publiques influent sur la demande de soins de santé. Les travaux de Fuchs ont élargi notre compréhension des facteurs déterminants de la demande de soins et des implications

économiques des politiques de santé. Dans ce contexte, l'asymétrie d'information indique que patients et fournisseurs de soins de santé ne partagent pas les mêmes connaissances. Cette disparité peut entraîner des décisions de soins moins optimales et affecter la manière dont les prix et la quantité de services sont établis sur le marché. L'élasticité de la demande de soins de santé quantifie la sensibilité des consommateurs face aux variations de prix des services médicaux. Comprendre cette élasticité est essentiel pour anticiper les réactions des consommateurs face aux changements de prix et aux incitations économiques, ce qui influence la demande globale de soins. L'offre de soins de santé est déterminée par plusieurs facteurs, tels que le nombre de professionnels de santé, les technologies médicales disponibles et les politiques de régulation. L'équilibre entre l'offre et la demande joue un rôle crucial dans la disponibilité et la répartition géographique des services de santé, impactant ainsi l'accès aux soins et la qualité des services. Ces auteurs et leurs concepts ont largement contribué à notre compréhension des mécanismes économiques qui sous-tendent la fourniture et la consommation de soins de santé, orientant ainsi les politiques publiques et les stratégies de gestion dans ce domaine complexe et essentiel pour la société.

2.2.2. Les Conditional Cash Transfers (CCT)

Les Conditional Cash Transfers (CCT), ou transferts monétaires conditionnels, sont des programmes sociaux qui attribuent des paiements monétaires aux ménages les plus pauvres, sous condition de respecter certains comportements socio-économiques souhaités. Ces programmes ont vu le jour dans les années 1990 en Amérique latine, avec le programme Progreso au Mexique, lancé en 1997, souvent considéré comme un modèle pour les CCT modernes (Fiszbein & Schady, 2009). Ils visent à améliorer les conditions de vie des bénéficiaires et à réduire la pauvreté extrême en encourageant des investissements dans la santé et l'éducation des enfants, notamment par la condition de fréquentation scolaire et de visites médicales préventives (Adato & Bassett, 2009). De plus, certains programmes intègrent des conditions favorisant l'égalité des genres, comme l'inscription des filles à l'école (Owusu-Addo & Cross, 2014). La théorie des contrats est enrichie par plusieurs concepts clés. Herbert Simon, pionnier de la rationalité limitée, souligne que les individus et les organisations ne peuvent pas toujours agir de manière parfaitement rationnelle en raison de leurs limitations cognitives, ce qui impacte la formulation et l'exécution des contrats. George Akerlof, dans son article "The Market for Lemons" (1970), met en évidence comment l'asymétrie d'information perturbe les marchés, conduisant à des inefficacités économiques et à la nécessité de stratégies contractuelles pour atténuer ces asymétries. Ronald Coase, avec sa théorie des coûts de transaction dans "The Nature of the Firm" (1937), explique que les coûts liés à la négociation et à l'application des contrats influencent la structure des entreprises et leur existence, car elles cherchent à minimiser ces coûts par rapport aux marchés. Enfin, Michael Jensen et William Meckling, dans leur article "Theory of the Firm" (1976), développent la théorie de l'agence, mettant en lumière les conflits d'intérêts entre l'agent et le principal et l'importance des structures de gouvernance pour aligner les incitations et réduire les coûts d'agence. En somme, la théorie des contrats, enrichie par ces contributions, fournit un cadre analytique essentiel pour comprendre la structure, la négociation et l'exécution des contrats dans des contextes économiques et sociaux complexes, influençant ainsi la pratique de la conception de contrats efficaces et équitables.

2.2.3. L'économie planifiée dans le domaine de la santé

L'économie planifiée dans le domaine de la santé se réfère à un modèle où l'État joue un rôle central dans la régulation, la gestion et la fourniture des services de santé. Contrairement aux économies de marché où les décisions sont largement prises par le secteur privé et les mécanismes de marché, l'économie planifiée implique une intervention directe de l'État pour organiser et financer les systèmes de santé. Léon Blum (1946) a joué un rôle important dans la

création du système de sécurité sociale en France après la Seconde Guerre mondiale. Son travail a jeté les bases de l'intervention de l'État dans la santé publique, établissant des principes de solidarité et d'accès universel aux soins. Julian Tudor Hart (1971) a publié "The Inverse Care Law", où il a mis en évidence comment les systèmes de santé tendent à fournir moins de soins aux populations qui en ont le plus besoin, soulignant ainsi l'importance d'une planification efficace pour surmonter ces inégalités. Karl Polanyi (1944) a influencé la réflexion sur l'économie planifiée en général. Son ouvrage majeur, "La Grande Transformation", publié en 1944, explore les implications sociales et économiques des systèmes économiques planifiés, y compris leurs effets sur les services sociaux tels que la santé. Les décisions concernant l'allocation des ressources, la tarification des services, et la construction d'infrastructures de santé sont prises par l'État ou des organismes gouvernementaux centraux. L'objectif est souvent d'assurer un accès universel aux soins de santé, indépendamment du statut socio-économique des individus, favorisant ainsi l'équité et la solidarité. L'État intervient activement pour réguler les coûts, la qualité des soins et les normes professionnelles, visant à garantir des standards élevés de prestation de services.

2.2.4. L'économie de portée

L'économie de portée, également connue sous le nom d'économies d'envergure ou d'économies d'échelle dans le domaine de la santé, se réfère aux économies qui résultent de la réduction des coûts unitaires à mesure que la production ou la prestation de services de santé augmente. Cela peut se produire à différents niveaux dans le système de santé, que ce soit au niveau de la production de biens médicaux, des services hospitaliers ou des soins primaires. Kenneth Arrow (1963) a publié en 1963 "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". Il a introduit le concept d'asymétrie d'information dans le domaine de la santé, montrant comment cela peut affecter les économies de portée en influençant la demande et l'offre de services de santé. Mark V. Pauly (1980) a publié "Medical Care and the Health Care Market", explorant les économies d'échelle et d'envergure dans la production de soins de santé, et comment celles-ci peuvent influencer les coûts et l'efficacité des systèmes de santé. Victor R. Fuchs (1972) a abordé les aspects économiques de la santé et les économies de portée dans son livre "Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice" publié en 1972. Il a examiné comment les économies d'échelle peuvent être réalisées à travers une meilleure organisation et une allocation efficace des ressources de santé. Les fabricants de médicaments peuvent bénéficier d'économies de portée en augmentant la production, ce qui réduit les coûts unitaires de fabrication. Les hôpitaux peuvent réaliser des économies d'échelle en partageant les coûts fixes sur un plus grand nombre de patients, par exemple en investissant dans des équipements médicaux coûteux. Les programmes de soins primaires peuvent bénéficier d'économies de portée en réduisant les coûts par patient grâce à une meilleure gestion des maladies chroniques et à une prévention efficace.

2.2.5. Risque moral et sélection adverse dans le domaine de la santé

Le risque moral se réfère à la situation où une partie prend des risques supplémentaires parce qu'elle sait que quelqu'un d'autre assumera les conséquences financières ou autres de ces risques. En santé, cela peut se produire lorsque les individus ou les prestataires de soins de santé modifient leur comportement en raison de la présence d'une assurance santé ou d'autres mécanismes de couverture. Cela peut entraîner une utilisation excessive des services de santé ou une augmentation des coûts. Kenneth Arrow (1963) a discuté des inefficiences potentielles du marché de la santé en raison de l'asymétrie d'information, y compris le risque moral. Son travail a jeté les bases théoriques sur la manière dont les assurances santé peuvent entraîner des comportements à risque moral. Joseph Stiglitz (1976) a développé le concept de sélection adverse, qui est étroitement lié au risque moral. Il a montré comment les informations

asymétriques peuvent conduire à des résultats indésirables sur les marchés, notamment en santé, où les assureurs peuvent être confrontés à une mauvaise sélection de risques. La sélection adverse se produit lorsque les informations asymétriques conduisent à une mauvaise allocation des risques entre les parties impliquées dans une transaction. Dans le domaine de la santé, cela se manifeste lorsque les assureurs sont confrontés à une population assurée comprenant une proportion disproportionnée de personnes à risque élevé, ce qui augmente les coûts et peut entraîner une augmentation des primes. En résumé, le risque moral et la sélection adverse sont des concepts cruciaux en économie de la santé qui ont influencé la compréhension des comportements des agents économiques et des effets des politiques de santé. Ces concepts continuent d'être pertinents pour analyser les défis liés à l'assurance santé et à la gestion des systèmes de soins de santé.

2.3. Approche PBF fonde sur les contrats et la gouvernance locale

2.3.1. La théorie des contrats

La théorie des contrats est un domaine d'étude important en économie et en sciences sociales, qui examine les relations contractuelles entre individus, entreprises ou entités économiques. Ronald Coase est célèbre pour son article fondateur de 1937, "The Nature of the Firm", où il aborde la question de pourquoi les entreprises existent plutôt que d'utiliser des marchés pour l'allocation des ressources. Coase (1937) a introduit le concept de coûts de transaction, qui sont les coûts associés à la négociation et à l'établissement de contrats entre individus ou entreprises. Les travaux d'Hart et Hallström (1987), en particulier leurs recherches sur la théorie du principal-agent et les contrats incomplets, ont été fondamentaux pour comprendre comment les contrats peuvent être structurés pour aligner les incitations des parties impliquées. Hart a développé la théorie des contrats incomplets, qui traite des situations où les contrats ne peuvent pas prévoir toutes les éventualités possibles, et Holmström (1987) a contribué à la théorie de l'agence, analysant les relations où une partie (l'agent) agit au nom d'une autre partie (le principal). Jean Tirole (1999) a fait d'importantes contributions à la théorie des contrats, en particulier dans le domaine de l'économie industrielle et de la régulation. Il a étudié la conception des mécanismes incitatifs et les structures de gouvernance optimales pour les organisations, en mettant l'accent sur la manière dont les contrats peuvent être conçus pour aligner les incitations des parties. Les principaux postulats énoncés par les auteurs sont nombreux.

2.3.2. La décentralisation dans le domaine de la santé

La décentralisation dans le secteur de la santé désigne le processus par lequel les responsabilités et le pouvoir décisionnel sont transférés des niveaux nationaux ou centraux vers des entités gouvernementales inférieures, telles que les gouvernements locaux, régionaux ou communautaires. Ce concept a pour objectif d'améliorer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des services de santé en les adaptant davantage aux besoins spécifiques des populations locales. Cela implique le transfert de la planification, de la gestion et de la prestation des services de santé des autorités centrales vers des autorités locales ou régionales, permettant ainsi une meilleure adéquation des services aux réalités locales. Les décisions relatives aux priorités de santé, à l'allocation des ressources et à l'organisation des services peuvent être prises de manière plus efficace par les autorités locales, qui sont plus proches des réalités des communautés qu'elles desservent. En rapprochant les services de santé des populations, la décentralisation vise à diminuer les obstacles géographiques, culturels et économiques à l'accès aux soins, comme l'ouverture de centres de santé locaux ou la mise en place de programmes adaptés à des groupes spécifiques. Les gouvernements locaux sont souvent mieux positionnés pour rendre des comptes aux citoyens concernant la qualité des services de santé offerts. De plus, la décentralisation favorise une meilleure gestion des

ressources et une plus grande responsabilité dans l'utilisation des fonds publics, permettant aux autorités locales d'ajuster les politiques et programmes de santé pour mieux répondre aux besoins de leurs populations, ce qui peut renforcer l'efficacité des interventions de santé publique. La participation des communautés dans la planification et la mise en œuvre des services de santé peut également accroître leur acceptation et leur efficacité. Une décentralisation bien orchestrée peut réduire les inégalités en santé en ciblant les interventions vers les populations vulnérables ou marginalisées. Dans certains pays, la gestion des hôpitaux ou des programmes de santé primaire a été transférée aux autorités locales ou régionales. Parfois, l'allocation des ressources est liée à des résultats de santé mesurables, incitant ainsi les autorités locales à optimiser l'efficacité et la qualité des services. Richard Saltman (1991) a contribué à l'étude des politiques de santé et de la gouvernance en explorant les avantages et les défis de la décentralisation en santé. Ses travaux ont enrichi notre compréhension de l'impact de la gouvernance locale sur l'amélioration des systèmes de santé. Robert B. Mitchell (2001) a examiné les implications politiques et administratives de la décentralisation en santé, analysant comment le transfert de responsabilités influence la gestion des ressources et l'accès aux soins au niveau local, apportant ainsi une contribution significative à la théorie et à la pratique de la décentralisation en santé. Anne Mills (2005) s'est penchée sur l'évaluation des politiques de décentralisation en santé, en particulier dans les pays en développement, en analysant leurs impacts sur l'équité, l'efficacité et l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables. Les recherches de Saltman et Mitchell (1990) ont aidé à développer des cadres théoriques pour comprendre comment la décentralisation peut améliorer la gestion des systèmes de santé en permettant une prise de décision plus adaptée aux besoins locaux, influençant ainsi les politiques et réformes à l'échelle nationale. Les études empiriques de Mills ont mis en lumière les effets de la décentralisation sur l'accès aux soins de santé et l'équité, soulignant les réussites et les défis rencontrés dans divers contextes. Les contributions de ces chercheurs continuent de jouer un rôle crucial dans l'orientation des politiques de santé publique et des réformes institutionnelles, visant à améliorer l'accès aux soins, à renforcer la gestion des ressources et à promouvoir l'équité au sein des systèmes de santé dans le monde. En résumé, la décentralisation dans le secteur de la santé cherche à renforcer la gouvernance, l'efficacité et la responsabilité des systèmes de santé en transférant les décisions et ressources aux niveaux les plus proches des populations desservies. Cependant, sa mise en œuvre nécessite une planification rigoureuse, le renforcement des capacités locales et un engagement politique soutenu pour garantir son succès et ses bénéfices à long terme.

Un deuxième définition pourra être attribuée à la déconcentration dans la santé. Elle se réfère à un transfert partiel de pouvoirs et de responsabilités de l'autorité centrale vers des niveaux administratifs locaux ou régionaux, tout en maintenant une supervision et une coordination par l'entité centrale. Au Cameroun, cette structuration se manifeste à travers les aires de santé, les districts de santé et les délégations régionales, qui sont responsables de la planification, de l'exécution, de la surveillance et de la coordination des politiques de santé à leur niveau respectif. Ce concept est essentiel pour améliorer la réactivité des systèmes de santé face aux besoins locaux tout en garantissant une cohérence nationale dans les politiques de santé. Anne-Marie Thiesse (2001) a contribué de manière significative à ce sujet en examinant les implications organisationnelles et institutionnelles de la déconcentration dans les services de santé. Elle a élaboré des cadres théoriques permettant de comprendre comment cette approche peut renforcer la gouvernance locale et augmenter la responsabilité des acteurs régionaux pour améliorer les services de santé. La gestion autonome désigne la capacité des entités locales ou régionales à prendre des décisions indépendantes concernant la planification, l'allocation des ressources et la prestation des services de santé, sans supervision directe de l'autorité centrale. Cette approche vise à améliorer l'efficacité opérationnelle et l'adaptabilité

des systèmes de santé aux besoins spécifiques des communautés locales. Philippe Bezes (2009) a analysé les réformes administratives, y compris la décentralisation, dans divers secteurs publics, notamment la santé. Il a étudié comment ces transformations peuvent influencer la gestion des services de santé, ainsi que la gouvernance et les pratiques managériales à différents niveaux administratifs. Pierre-Yves Gomez (2015) a, quant à lui, exploré les modèles de gestion autonome dans le secteur de la santé, en mettant l'accent sur la responsabilité locale et la flexibilité requise pour adapter les services de santé aux besoins évolutifs des populations. Ses recherches ont mis en lumière l'importance de la reddition de comptes locale pour garantir l'efficacité et la qualité des soins. Ces travaux ont contribué à mieux orienter les politiques publiques et les réformes institutionnelles visant à renforcer la déconcentration et la gestion autonome dans les systèmes de santé. Ces approches sont cruciales pour améliorer l'efficacité des services de santé, favoriser une réactivité accrue aux besoins locaux et renforcer la gouvernance démocratique à travers une distribution plus équitable des pouvoirs décisionnels. Toutefois, leur mise en œuvre nécessite une gestion efficace, le renforcement des capacités locales et des mécanismes de reddition de comptes solides afin d'assurer une gestion responsable et transparente des ressources de santé.

3. Méthodologie de recherche

Cette section présente la méthodologie utilisée pour mener l'étude sur l'impact du financement basé sur la performance (FBP) sur la santé organisationnelle et communautaire dans la région de l'Extrême-Nord. L'étude combine des méthodes qualitatives et quantitatives, permettant une analyse complète et nuancée du sujet.

3.1. Terrain et données de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les formations sanitaires et auprès des communautés de la région de l'Extrême-Nord. Les données ont été collectées à partir de plusieurs sources et impliquant différents acteurs clés. Les sources de données comprenaient des rapports d'activités, des comptes rendus, des manuels de procédures, des documents techniques, des contrats, ainsi que d'autres documents administratifs nécessaires à l'évaluation du système de santé et des impacts du financement basé sur la performance (FBP). Ces documents ont permis d'obtenir une vue d'ensemble des activités réalisées, de la gestion des formations sanitaires, et des processus de prise en charge des patients. Les informateurs clés ont été des acteurs essentiels pour comprendre le fonctionnement du système de santé local et évaluer l'efficacité du FBP. Ils comprenaient les responsables des formations sanitaires, les chefs de districts de santé, les responsables des associations de vérification, les chefs de village, les patients ayant consulté les services de santé, les présidents des comités de gestion des points d'eau, ainsi que d'autres acteurs impliqués dans la chaîne de gestion de la santé. Ces informateurs ont fourni des informations cruciales concernant la gestion des soins, la mobilisation communautaire, ainsi que les effets du financement sur la performance des formations sanitaires. Les entretiens ont été réalisés auprès de 96 parties prenantes, incluant les agents de santé, les responsables des formations sanitaires, et les acteurs communautaires. Ces entretiens ont permis d'explorer en profondeur les perceptions, les attentes, ainsi que les défis rencontrés dans l'implémentation du FBP. Enfin, des observations sur le terrain ont été menées pour évaluer directement la satisfaction des bénéficiaires des services de santé et l'utilisation des infrastructures communautaires, telles que les points d'eau. Ces visites ont permis de recueillir des informations pratiques sur l'utilisation des services de santé et sur l'impact réel du FBP au niveau des communautés.

3.2. Modèle ou modèles de recherche

Le modèle de recherche utilisé dans cette étude repose sur une approche diagnostique, visant à évaluer la performance des formations sanitaires dans le cadre du financement basé sur la performance (FBP). Ce modèle cherche à analyser l'impact global du FBP en tenant compte de plusieurs variables essentielles qui interagissent entre elles et influencent directement le fonctionnement des structures de santé ainsi que le bien-être des populations. Les variables sont analysées à la fois de manière indépendante et en relation les unes avec les autres, permettant ainsi de mieux comprendre comment le FBP modifie les dynamiques du système de santé et les résultats pour les usagers.

Variables principales

Satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers est un indicateur clé pour mesurer l'impact des formations sanitaires et du FBP. Elle permet d'évaluer la perception des patients concernant la qualité des services de santé reçus, leur accessibilité et la courtoisie du personnel. Une satisfaction élevée peut refléter une amélioration de la qualité des soins, un facteur essentiel pour le succès du modèle de financement basé sur la performance.

Couverture sanitaire

La couverture sanitaire mesure l'étendue des services de santé accessibles à la population cible. Cette variable évalue la capacité des formations sanitaires à atteindre les individus nécessitant des soins, et à fournir des services de prévention, de traitement et de suivi. Le FBP peut contribuer à améliorer cette couverture en finançant les infrastructures et en incitant à l'expansion des services.

Consultation médicale et curative

La fréquence des consultations médicales et curatives est un indicateur direct de l'accès aux soins et de l'utilisation des services de santé disponibles. Cette variable permet d'analyser l'impact du FBP sur la demande et l'offre de soins médicaux et curatifs, en observant si les usagers consultent davantage grâce à l'amélioration des services financés.

Prise en charge des indigents

La prise en charge des indigents fait référence à l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité financière. Le FBP a pour objectif de garantir que même les plus démunis puissent bénéficier de soins médicaux de qualité, ce qui représente un défi important pour l'équité dans l'accès aux soins.

Développement institutionnel et organisationnel

Cette variable mesure l'évolution de la gestion interne des formations sanitaires, notamment en termes de gouvernance, de gestion des ressources humaines et matérielles, de motivation du personnel, ainsi que de la capacité des structures à améliorer leurs processus de prise en charge. Le FBP vise à renforcer la gestion interne des établissements en y injectant des ressources financières et en incitant à des pratiques organisationnelles plus efficaces.

Mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire désigne la participation active des populations locales dans l'organisation et la gestion des services de santé, notamment à travers les comités de gestion des points d'eau, la collecte de fonds et l'implication dans les décisions locales. Le FBP encourage une plus grande participation de la communauté, ce qui peut renforcer l'efficacité des services de santé et la durabilité des investissements dans la santé.

Acquis du projet et opportunités

Les acquis du projet comprennent les résultats tangibles obtenus grâce à l'implémentation du FBP, tels que les infrastructures améliorées, les services de santé étendus, et l'augmentation de la qualité des soins. Cette variable permet de mesurer le succès global du projet et de mettre

en lumière les opportunités futures pour améliorer encore le système de santé, notamment en utilisant les leçons tirées de l'expérience.

Relations entre variables

Les relations entre ces variables sont complexes et interconnectées. Par exemple, une amélioration de la satisfaction des usagers peut être liée à une meilleure couverture sanitaire et à une augmentation des consultations médicales et curatives, car des services plus accessibles et de meilleure qualité entraînent une plus grande confiance et utilisation des services de santé. De même, le développement institutionnel et organisationnel peut renforcer la mobilisation communautaire, car une meilleure gestion des ressources et une gouvernance plus efficace peuvent encourager une plus grande participation de la communauté. Le financement basé sur la performance agit comme un catalyseur de ces interactions en fournissant les ressources nécessaires pour améliorer les services, en incitant à des réformes organisationnelles et en responsabilisant les acteurs locaux à travers la mesure des performances. Toutefois, ces relations ne sont pas unidirectionnelles : des facteurs externes comme la prise en charge des indigents ou les risques et défis associés à la mise en œuvre du FBP peuvent modérer l'impact de ces variables.

Un schéma explicite permet de visualiser ces relations et leurs effets mutuels. Ce schéma montre comment chaque variable interagit avec les autres pour influencer la performance globale des formations sanitaires et le bien-être de la population. Par exemple, une meilleure gestion institutionnelle peut à la fois améliorer la satisfaction des usagers et favoriser une plus grande mobilisation communautaire, ce qui conduit à une couverture sanitaire améliorée et à une plus grande équité dans l'accès aux soins. Ce modèle diagnostique permet d'apprécier de manière détaillée les effets du FBP en prenant en compte l'ensemble des variables qui influencent le système de santé et la communauté. L'interaction entre ces variables détermine dans quelle mesure le FBP contribue à la performance des formations sanitaires et à l'amélioration de la santé de la population.

L'équation de recherche pour ce travail pourrait être formulée sous une forme mathématique, qui reflète l'interaction entre les différentes variables et permet de modéliser l'impact du financement basé sur la performance (FBP) sur la performance des formations sanitaires. L'objectif est de capturer comment ces variables influencent ensemble la performance des formations sanitaires et le bien-être de la population.

- **Y** : Performance globale des formations sanitaires (peut être mesurée par la qualité des services de santé, l'accès aux soins, la couverture sanitaire, la satisfaction des usagers, etc.).
- **β_0** : Intercept (constante de l'équation).
- **X₁** : Satisfaction des usagers (indicateur de la perception de la qualité des soins).
- **X₂** : Couverture sanitaire (étendue des services accessibles à la population cible).
- **X₃** : Consultation médicale et curative (fréquence des consultations médicales).
- **X₄** : Prise en charge des indigents (accès aux soins pour les personnes vulnérables).
- **X₅** : Développement institutionnel et organisationnel (gestion des ressources, motivation du personnel, et gouvernance des formations sanitaires).
- **X₆** : Mobilisation communautaire (participation des populations locales dans la gestion des services de santé).
- **X₇** : Acquis du projet et opportunités (résultats obtenus grâce au FBP, comme les infrastructures améliorées et les services de santé étendus).
- **ε** : Erreur aléatoire (facteurs non observés ou variables non incluses dans le modèle qui affectent la performance des formations sanitaires).

Interprétation de l'équation :

- **Y** représente la performance des formations sanitaires, qui est influencée par un ensemble de facteurs (X₁ à X₇).

- Les **coefficients** β_1 à β_7 indiquent la force et la direction de l'influence de chaque variable sur la performance des formations sanitaires.
- ε capture tous les facteurs non pris en compte par le modèle mais qui peuvent également influencer la performance (ex : facteurs contextuels ou externes).

L'interaction entre les variables peut être explorée par des verbatims croisés qui montrent comment certaines variables peuvent modérer ou médiatiser l'impact des autres. Par exemple :

- La satisfaction des usagers (X_1) pourrait être influencée par la couverture sanitaire (X_2) et les consultations médicales (X_3).
- Le développement institutionnel (X_5) pourrait influencer la mobilisation communautaire (X_6).
- L'acquisition de résultats tangibles (X_7) peut renforcer l'impact global du FBP sur les autres variables, en agissant comme un catalyseur des autres changements.

Schéma de l'interaction des variables :

Les variables sont interconnectées, et certaines d'entre elles peuvent avoir des effets modérés ou amplifiés en fonction des conditions locales et du contexte du financement basé sur la performance. Par exemple, la **mobilisation communautaire** (X_6) pourrait renforcer l'impact de l'**accès aux soins** (X_3) et de la **prise en charge des indigents** (X_4), augmentant ainsi la performance des formations sanitaires. Ces relations permettront d'évaluer, de manière systématique, l'impact du modèle de financement basé sur la performance sur les résultats des formations sanitaires et le bien-être de la population.

3.3. Étude qualitative

3.3.1. La collecte des données

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont été conçus pour explorer de manière approfondie plusieurs dimensions clés liées à la mise en œuvre du financement basé sur la performance (FBP) et ses effets sur le système de santé et la communauté. Les thèmes principaux des entretiens ont été définis pour permettre une compréhension globale des impacts du FBP, de ses forces et de ses faiblesses, et des défis rencontrés par les acteurs impliqués.

Le système de santé en place et ses défis.

L'objectif principal de ce thème était de comprendre les perceptions des acteurs clés du système de santé local concernant la structure et le fonctionnement des formations sanitaires avant et après la mise en place du FBP. Les entretiens ont permis d'identifier les défis organisationnels, logistiques, et humains rencontrés par les formations sanitaires, notamment en termes de gestion des ressources, de couverture sanitaire et de prise en charge des patients. Des discussions ont eu lieu sur les obstacles structurels et systémiques existants, ainsi que sur la capacité des formations sanitaires à répondre aux besoins de la population.

Les acquis du projet FBP et les limites observées

Ce thème visait à évaluer les résultats et les impacts tangibles du financement basé sur la performance sur les formations sanitaires et les communautés. Les informateurs ont été invités à discuter des améliorations notables observées, notamment en termes de couverture sanitaire, de qualité des soins, et d'accessibilité des services. Cependant, ce thème a également permis d'identifier les limites et les défis rencontrés dans l'implémentation du projet, tels que les problèmes de coordination, les difficultés d'adaptation au modèle de financement, ou encore les contraintes financières.

L'impact du financement sur la population

L'impact direct du FBP sur les populations locales a été un aspect central de cette étude. Les entretiens ont exploré comment les bénéficiaires des services de santé ont perçu les

améliorations ou détériorations des services offerts grâce au FBP. Les participants ont exprimé leurs sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction en fonction de l'accessibilité, de la qualité des soins et des infrastructures mises en place. Il a également été discuté de l'effet du financement sur les populations vulnérables, telles que les indigents, et sur la couverture des besoins essentiels en santé.

L'impact sur le fonctionnement des formations sanitaires

Ce thème a exploré en profondeur comment le modèle de financement a influencé la gestion interne des formations sanitaires. Les discussions ont porté sur l'amélioration ou la détérioration de l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines et matérielles, ainsi que sur la motivation du personnel soignant. Les responsables des formations sanitaires ont partagé leurs expériences concernant la réorganisation des services, la gestion des fonds reçus dans le cadre du FBP, et les effets de ce financement sur les pratiques quotidiennes au sein des structures et dans la communauté.

Les risques et défis associés à la mise en œuvre du FBP

Les entretiens ont permis de mettre en lumière les risques et défis liés à la mise en œuvre du FBP, notamment ceux relatifs à la durabilité du financement, à la corruption, à la mauvaise gestion des ressources, et aux résistances internes au changement. Les acteurs ont évoqué les difficultés rencontrées dans l'adaptation aux nouvelles pratiques imposées par le modèle de financement basé sur la performance et les effets possibles de ces défis sur l'efficacité du système de santé local. Les entretiens ont été réalisés avec un large éventail de participants représentant différentes parties prenantes du système de santé, afin d'obtenir une vue d'ensemble complète et multi-dimensionnelle des impacts du FBP. Ces entretiens ont été réalisés de manière semi-structurée, ce qui a permis aux participants de s'exprimer librement tout en assurant la couverture des principaux thèmes d'intérêt. La richesse des réponses obtenues a permis d'identifier des tendances communes et des divergences entre les différents acteurs du système de santé et les bénéficiaires des services, fournissant ainsi des informations clés pour évaluer l'efficacité du FBP et proposer des ajustements nécessaires à sa mise en œuvre future.

3.3.2. Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits et analysés de manière approfondie à l'aide de différentes techniques d'analyse qualitative.

Méthodes d'analyse : Analyse thématique, analyse verticale-horizontale, et analyse de verbatim ont été utilisées pour extraire les principaux motifs et tendances des données.

Logiciel utilisé : Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS. Pour l'analyse des verbatim, un traitement manuel a été privilégié afin de garantir une interprétation fine des discours, avec une priorisation des thèmes émergents. Les résultats des entretiens ont été comparés avec les données quantitatives pour obtenir une vision globale du fonctionnement des formations sanitaires et de l'impact du FBP.

3.4. Limites de l'étude

Certaines limitations ont été identifiées lors de l'étude, notamment la réticence de certains patients à exprimer leurs véritables sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction, de peur de représailles de la part des responsables des formations sanitaires. Cette structure permet une présentation fluide et cohérente de la méthodologie de recherche tout en respectant les exigences des différentes parties prenantes de l'étude. La présentation des données, des modèles et des méthodes d'analyse permet d'assurer la rigueur scientifique et la transparence de l'étude.

4. Résultats

4.1 Appréciation générale de l'approche du financement base sur la performance

L'approche PBF est l'un des modes de gestion axée sur les résultats et la performance. Cette approche vient à point nommé répondre à plusieurs préoccupations que vivent les populations de la Région de l'Extrême-Nord. Elle permet d'augmenter significativement la santé des populations à travers l'amélioration de l'offre des soins de santé. Elle permet d'augmenter le plateau technique dans les formations sanitaires. Elle favorise aussi le renforcement des capacités des agents de santé, qui sont de manière continue dans un processus d'apprentissage. Les populations bénéficiaires sont aussi mobilisées pour que celles –ci participent activement à la vie de la formation sanitaire. Cette approche renforce aussi les capacités des populations à développer les bonnes attitudes, connaissances et pratiques d'hygiène dans leur milieu de vie. De point de vue des enquêtés, le PBF est une approche qui améliore l'accès aux soins de santé à tous les niveaux. Au regard des réalisations du projet et des contrats signés avec les prestataires, nous estimons que le projet est efficient. Les couts sont concordants aux besoins des populations. Les couts encourus permettent de réaliser les objectifs visés. Des efforts devront être faits sur l'estimation de certains couts qui nécessairement devront être adéquats à la qualité des projets à réaliser. Ces couts concernent, la prise en charge de la vérification communautaire, la réalisation des puits/latrines et la mobilisation communautaire (COSA). La participation des bénéficiaires devra être évalué et intégrée dans le business plan. En parcourant, les résultats atteints réalisés cette année, nous pouvons conclure que le PBF a largement atteint ses objectifs. La plupart des objectifs sont réalisés au-delà des prévisions. Les bénéficiaires adhérents à cette approche. Certains indicateurs n'ont pas atteint les objectifs visés à cause du contexte d'insécurité et des mesures sécuritaires qui a entravé la circulation des biens et des personnes.

4.2. Analyse de la couverture sanitaire dans la zone de l'étude

Sur le plan spatial et administratif, le Cameroun est divisé en 10 régions administratives qui sont aussi 10 régions de santé. Ces 10 régions sont subdivisées en 189 districts de santé, eux-mêmes subdivisés en 5284 aires de santé. Le secteur de la santé est également divisé en 3 grands sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur de la médecine traditionnelle. Dans le sous-secteur public qui a retenu notre attention, il existe 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Au Cameroun, une formation sanitaire couvre en moyenne 8 320 habitants. La norme internationale préconise au minimum une formation sanitaire pour 10 000 habitants. Il existe des disparités importantes entre les districts de santé. Les régions de l'Extrême Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ne possèdent aucun district de santé ayant plus de 10 formations sanitaires publiques. Cependant, on observe une amélioration dans l'accès aux installations sanitaires améliorées et non partagées, avec un taux d'accès de la population de 47,7% en 2022 contre 40,4% en 2014 (ECAM 5, 2024). Une étude sur la cartographie des formations sanitaires réalisée en 2022 a révélé que dans les 152 formations sanitaires disponibles, la répartition suivante en termes de ressources humaines : les aides-soignants au nombre de 1002 (pour 533 hommes et 469 femmes), 586 agents d'appui (203 femmes et 383 hommes) et 389 infirmiers généralistes (110 femmes et 279 hommes) sont disponibles (OIM, 2022). Dans certains districts de santé, il y a un médecin pour 500 000 habitants ou un infirmier pour 140 000 habitants, alors que la norme internationale préconise un médecin pour 10 000 habitants et un infirmier pour 5 000 habitants. Plusieurs difficultés sont récurrentes par endroit, une couverture sanitaire déséquilibrée et peu dense, une charge professionnelle trop importante pour le personnel soignant, de fortes contraintes pour accéder à des structures sanitaires (Strategie spatiale, 2019). Les services spécifiques les plus importants sont les référencement disponibles au sein

de 127 formations sur les 152 qui sont opérationnels, la pharmacie (116), les services de laboratoire et d'analyse médicale (116), la médecine générale (109) et la chirurgie (102). Les secteurs d'activités proéminents : la sante des enfants : 144 aires de sante, La sante maternelle et néonatale dans 142 formations sanitaires, la sante des adolescents dans 139 centres, la sante sexuelle et reproductive dans 126 centres. Les structures de sante les plus importantes sont les centres de sante intégré dont 118 restent disponibles sur l'étendue des 3 départements (Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga et Logone et Chari), 9 hôpitaux de district disponibles et 8 centres médicaux d'arrondissement (OIM, 2022).

Le centre de santé est la principale formation sanitaire utilisée par les ménages (57,6%). L'hôpital (21,1%) est le deuxième lieu du recours aux soins. Certains ménages choisissent des lieux des soins non recommandés tels que les tradipraticiens (6,3%), les marabouts (4,1%), les vendeurs de médicaments de la rue (8%) soient un taux cumulé de 18,4% très considérable (Etude de base, 2013). La raison principale du choix du lieu de soins est l'efficacité (52,5%), la proximité de la FOSA (15,9%) ou le coût de traitement jugé moins cher dans la FOSA (15,2%). Pour les patients qui choisissent les lieux de soins non recommandés, la principale motivation est qu'ils souffrent des maladies dont les causes sont mystiques (folie, envoûtement). Il faut également noter que beaucoup vont à l'hôpital lorsque la maladie a évolué (Etude de base PBF, 2013). L'utilisation des centres de santé est une limite car qu'ils offrent les soins primaires généralement appelés le paquet minimum d'activités (PMA) tandis que l'hôpital offre les paquets complémentaires d'activité.

4.3. Diagnostic des activités dans les formations sanitaires

- ***Consultation médicale***

Le nombre de consultations médicales enregistrés s'élève à 12 436 au cours des 4 trimestres contre 21 134 attendus soit un taux d'atteinte de résultat de 58,84%. Pour ce qui est du taux d'utilisation, il s'élève à 23,61%. L'entrée en vigueur des mesures sécuritaires et l'instabilité du personnel médical en charge expliqueraient la baisse du score. Quand bien même il serait encore en poste, ce personnel travaille à temps partiel dans un climat de psychose sans rendement escompté. Les déplacements avec les motocyclettes interdits, ont provoqué la diminution nette des références des femmes parturientes, des malades chroniques. Relevons aussi que les formations sanitaires ne sont pas très rapprochées des populations, certains patients devant parcourir une longue distance pour atteindre la formation sanitaire la plus proche. Dans les monts Mandara une forte densité des populations vit en montagne. L'évacuation des patients est très difficile. On note une baisse drastique au second trimestre passant de 39,04% au 1er trimestre à 19, 68% au second trimestre. Une timide croissance est enregistrée au troisième trimestre et débouchant sur une baisse au quatrième trimestre soit 21,50%.

- ***Indigents pris en charge***

Deux mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf (2 999) personnes indigentes ont été prises en charge au cours de l'année contre 2 429 soit un score de réalisation moyen annuel de 123,46% avec 61,84% comme taux d'utilisation (PBF, 2014). Notons également que les indigents ne sont pas tous recrutés dans les aires de santé. Certains indigents ont encore peur de venir se soigner au centre de santé. Certains critères d'éligibilité pour les indigents les exclus. D'autres ne sont pas bien informés sur l'opportunité d'être pris en charge par le projet. Les répondants proposent que la prise en charge des indigents soit continue en cas de référence dans les hôpitaux de niveau supérieur qui appliquent l'approche PBF. Les indigents ont suggéré la prise en nutritionnelle, la dotation en moustiquaires, l'octroi de crédit et accompagnement dans les activités génératrices de revenus ainsi que l'extension de l'approche PBF au secteur éducation.

- **Consultation curative**

Le nombre total de nouveaux cas enregistré est de 179 398 contre 160 239 prévus soit un score de réalisation de 111,96% (PBF, 2014). En outre, le taux moyen de la fréquentation annuel se chiffre à 36,99%. L'étude relève également que les résultats sont largement atteints, car il ressort des entretiens tant avec les personnels des FOSA, des relais communautaires et des personnes indigentes. Le taux de fréquentation des patients est en hausse. Le service de garde et d'accueil s'est amélioré avec l'augmentation du personnel et leur motivation. On observe une rapidité dans le service grâce au recrutement du personnel et des agents d'entretien. La prise en charge des personnes indigentes est effective dans toutes les formations sanitaires. Toutefois, l'enquête relève les insuffisances en personnel dans les formations sanitaires publiques, des ruptures de stocks de médicaments (soit à cause de la procédure administrative mise sur pied par la Coordination santé, par la livraison inadéquate des médicaments par le personnel chargé au niveau du magasin central de la coordination diocésaine aux FOSA, ou même par la rupture au niveau du Centre d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques (CAP). La méconnaissance de l'approche soit par les populations et la faible adhésion du personnel à cette approche. Au regard de ce qui précède, il est recommandé de doter les centres d'un moyen de déplacement notamment un vélo pour la sensibilisation et les enquêtes de proximité dans les communautés et redéfinir ou d'étendre les critères d'indigents.

- **Transfusion sanguine**

La transfusion sanguine est un indicateur du PCA. Au total 1054 transfusions sanguines ont été effectuées au cours des 4 trimestres contre 544 prévus soit un score de réalisation moyen de 193,77%. Pour ce qui est du taux annuel d'utilisation, il s'élève à 60,83% (PBF, 2014). Cet acte n'est pratiqué que dans les hôpitaux de district qui ont l'équipement nécessaire. Cela constitue une limite à l'accès aux soins des indigents.

- **Intervention chirurgicale majeure**

Comme la consultation médicale, l'indicateur intervention chirurgicale majeure reste à l'apanage des Centres Hospitaliers. Au total 682 interventions chirurgicales majeures ont été effectuées au cours des 4 trimestres contre 1 044 prévus avec un score de 65,33% (PBF, 2014). Il faut reconnaître que les résultats ont presque doublé à cause des réfugiés qui affluent dans les deux districts qui se retrouvent dans les départements touchés par l'insécurité (Mayo-Tsanaga et Mayo-Sava). Les interventions chirurgicales majeures constituent une perte pour les hôpitaux, lorsque les frais engagés sont largement supérieurs aux coûts pris en charge.

- **Petite chirurgie et autres activités spécifiques**

Au niveau de cet indicateur, on a noté une nette augmentation du score. L'on a enregistré au total 5 122 cas contre 2 892 attendus au cours des 4 trimestres soit un score de réalisation de 177,08%. Au niveau des indicateurs PCA, nous avons la prise en charge PVVIH, la chirurgie, les examens CD4, les césariennes. 21 950 personnes ont fait le dépistage volontaire du VIH y compris les femmes enceintes au 1er trimestre contre 33 313 au cours des 4 trimestres. Cette tendance est satisfaisante lorsqu'on sait les objectifs du projet sont 36% et 41% pour le 1er et 2nd trimestre respectivement. Ces résultats seront davantage améliorés grâce à la formation des prestataires de soins dans la majorité des FOSA de la zone d'intervention en PTME Option B (PBF, 2014) +.

Le comportement du personnel s'est amélioré dans les hôpitaux. L'hôpital de Tokombéré a acquis l'appareil d'échographie, équipements à la maternité, renouvellement des boîtes de chirurgie. Cependant, le revers de l'approche est que les références sont faibles parce que les

centres de sante provoquent la rétention des malades pour augmenter leurs indicateurs. Les indigents ne sont pris en charge en cas de référence. Les charges sont grandes et constituent une perte pour les hôpitaux, car la prise en charge des indigents par le PBF ne tient pas compte de certaines pathologies qui coutent chères. Il y a un risque de dilution des performances dans la stratégie de management de l'hôpital. Pour les responsables, le PBF devrait continuer à travers d'autres formes : sinon, il y aura un risque d'augmenter les frais des soins de santé. Or, les revenus des populations sont faibles. Cela suppose alors un travail d'accompagnement des populations dans l'amélioration des revenus monétaires est nécessaire afin de subvenir aux soins de santé. A l'hôpital de District de Mokolo, le PBF a permis de refaire entièrement les toilettes et le système d'évacuation des eaux usées, rendant ainsi le cadre de travail plus agréable.

- **Accouchement assisté**

10439 accouchements assistés ont été enregistrés dans le cadre de ce projet contre 8 602 avec un taux moyen de réalisation de 82,40% (PBF, 2014). Or, le taux moyen d'utilisation de la maternité s'élevait à 39,42% avant la mise en place de l'approche. On peut conclure que le taux de consultations prénatales est en nette augmentation. Cette augmentation s'explique par l'implication des matrones dans la sensibilisation des femmes enceintes, les références des femmes enceintes se font désormais par les communautés, les relais communautaires et les accoucheuses traditionnelles intégrées dans le système sanitaire. On note toutefois quelques obstacles. Le Mauvais état de la route surtout en saison des pluies qui rend parfois impossible les déplacements à moto ou à vélo. L'attachement à la tradition dans certaines localités selon laquelle la nudité de la femme ne doit être découverte que par une autre femme et non par les accoucheurs hommes. La difficulté de référer les femmes enceintes au centre de santé en saison des pluies à cause des cours d'eau (mayos) torrentiels. Les mesures de lutte contre l'insécurité par l'interdiction de circuler à moto tant en journée que dans la nuit dans les départements de Mayo-Tsanaga et de Mayo Sava. Il est recommandé d'instituer la motivation des matrones et les accoucheuses traditionnelles pour qu'elles sensibilisent davantage dans leurs communautés. Nous notons de manière générale des améliorations. Les frais des accouchements ont baissé globalement dans les formations. Les frais ont été intégrés dans la stratégie avancée aux fins de favoriser la participation des femmes aux consultations prénatales et de manière conséquente à accoucher à la FOSA. Le nombre d'accouchement ont augmenté dans les formations sanitaires. Il y a des pics importants dans certaines formations sanitaires : 70 accouchements par mois à Mayo-Ouldémé.

Césarienne et césariennes -indigentes

De façon globale, 166 cas de césariennes ont enregistré au cours des 4 trimestres dont 28 sont des femmes indigentes contre 221 cas attendus (PBF, 2014). Il est recommandé de redéfinir les critères des femmes personnes indigentes notamment la prise en compte des filles-mères enceintes, des grossesses non désirées, améliorer la communication pour bien identifier les indigents.

- **Autres services**

Enfant complètement vacciné

Au total, 13 484 enfants ont été vaccinés contre 13 763 pour un taux de réalisation annuel de 97,97%. Pour ce qui de la couverture vaccinale, la moyenne annuelle s'élève à 69,51%.(PBF, 2014). Il faut aussi mettre à l'actif de ce résultat satisfaisant. Le travail que joue les relais communautaires dans la sensibilisation et la qualité de bons services rendus par le personnel soignant grâce à la motivation engrangée par le PBF. Les réfugiés ont augmenté les besoins en vaccin.

Enfants malnutris récupérés

Le nombre d'enfants malnutris récupérés en général affiche un score appréciable. 4 507 enfants ont été récupérés contre 4 258 attendus soit un taux de réalisation moyen annuel de 105,86%. Malgré ce résultat, on observe quelques fois la rupture et l'insuffisance des intrants nutritionnels.

Tuberculose dépistée et guéris

Le nombre de cas de tuberculose dépisté passe de 96,97% à 119,27%. Par contre, le score de cas guéris est en baisse. Il passe de 61 guéris au 1er trimestre à 58 au 2nd trimestre avec des scores de 87,14% et 58,71% respectivement (PBF, 2014). Soulignons également que cet indicateur est produit juste par les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT) qui sont 3 FOSA sur les 34.

4.4. Niveau de satisfaction des indigents grâce aux enquêtes communautaires

Au niveau de ce résultat, les populations bénéficiaires sont satisfaites des services de santé offerts. Des enquêtes communautaires ont été réalisées dans chaque aire de santé à l'exception de l'aire de Tsoufou qui a connu une seule enquête. Les indigents sont satisfaits avec un taux de 85%. Les associations locales de vérification ont exprimé effectivement la satisfaction des populations. Cependant, les responsables des ASLO ont déclaré que les recommandations dans leurs rapports sont prises en compte dans les formations sanitaires. La majorité des projets des demandes des populations sont réalisées. Ils relèvent le problème de déplacement dans les zones d'enquête. Les frais alloués pour la vérification communautaire sont sous évalués ; ils proposent que ce taux soit revu à la hausse. Les patients ne donnent pas leur vraie identité lors de la consultation et l'identification des enquêtés devient difficile. Certaines questions dans le questionnaire prêtent à confusion. Il est souvent difficile de retrouver les indigents cibles dans la vérification car plusieurs se déplacent après avoir reçu les soins. L'étude de base 2013 a révélé que 26% des ménages enquêtés sont satisfaits contre 54% sont moyennement satisfaits (Etude de base PBF, 2013). Cela nous amène à considérer que 52,5% des enquêtés sont satisfaits des services de soins (Etude de base PBF, 2013). Il s'explique par le bon suivi (42,4%), le bon accueil (33,31%) et la rapidité dans la prise en charge du patient (14,06%) qui justifient la satisfaction des enquêtés. L'indisponibilité des infirmiers (7,96%) et le rançonnement (2,28%) sont les raisons d'insatisfaction des ménages (Etude de base PBF, 2013).

4.5. Activités communautaires

4.5.1. Création des nouveaux points d'eau de boisson

Sur les 120 points d'eau de boissons prévus, 111 ont été réalisés soit 95 puits à ciel ouverts et 6 forages à pompe motrice humaine réalisé dans les localités où le cholera a plus sévi. Soit un score d'atteinte des résultats de 92,5%. Ce taux s'explique par la difficulté de mobiliser les ressources financières locales moyennant leur contribution pour la réalisation d'un point d'eau de boisson de qualité.

4.5.2. La mobilisation par les relais communautaires

Les relais communautaires ont un rôle de référence des patients et indigents, suivi de la construction des points d'eau et des latrines, et entretiens des points d'eau. Les relais communautaires ont des difficultés de déplacements. Ils proposent que des bonifications leurs soient accordées. Les relais communautaires ont un rôle important dans la référence des patients et indigents. Ils sont également utiles dans le suivi de la construction des points d'eau et des latrines ainsi que l'entretien des points d'eau. Ils proposent de mettre en place des boîtes de suggestions dans les formations sanitaires et les lieux publics pour recueillir les

suggestions des usagers. Cela permettrait d'élargir le champ de collecte d'information sur la satisfaction des patients et les services offerts par les agents de santé.

4.5.3. Traitement et entretien des points d'eau de boisson

Dans les aires de santé couvertes par le projet, le nombre de points d'eau de boissons entretenus est passé à 21 361 au cours de l'année contre 19 842 soit un taux de réalisation de 107,66%. Le puits est la principale source d'approvisionnement en eau (51,77%) suivi des mayo (23,18%). Le barrage est beaucoup plus utilisé dans le district de santé de Mokolo. Les responsables des formations sanitaires ont des difficultés à mettre en œuvre les projets puits, car beaucoup n'ont pas les matériels adéquats (chevalements, buses). Le tarissement des puits reste un problème dans certaines localités. On observe une progression dans l'accès à l'eau potable, même si les répondants ont présente l'eau comme étant leur priorité. Quatre personnes sur cinq ont désormais accès à une source améliorée d'eau de boisson, que ce soit pendant la saison sèche (81,9%) ou la saison des pluies (80,6%), comparativement à 76,7% en 2014 (ECAM 5, 2024). Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir un approvisionnement en eau propre à la consommation pour l'ensemble de la population.

4.5.4. Création de nouvelles latrines

Pour les deux premiers trimestres, 5 440 nouvelles latrines ont été construites sur les 5 021 soit un taux de prévues réalisation de 108,34%. L'on a connu un dépassement de 692 nouvelles latrines (PBF, 2014). En effet, ce fort taux de réalisation s'explique par l'engouement et l'engagement de la population à faire face à l'épidémie de choléra qui a fait encore des victimes cette année dans la Région. L'assainissement est un problème crucial des lez zones d'intervention. En ce qui concerne l'eau et l'assainissement, en 2010, on estimait qu'un tiers de la population totale du Cameroun évaluée à 20 millions d'habitants avait accès à une installation d'assainissement améliorée et plus de la moitié à une installation traditionnelle rudimentaire. Les faibles taux de couverture en installation d'assainissement, le rejet des boues et eaux usées directement dans le milieu naturel engendre une situation sanitaire préoccupante.

4.6. Expériences à capitaliser

Le système de paiement par résultats (PBF) présente plusieurs bonnes pratiques qui méritent d'être mises en avant. Premièrement, la transparence dans le système de motivation du personnel constitue un aspect essentiel. Une grille d'évaluation a été élaborée de manière participative entre les agents de santé, garantissant ainsi une meilleure acceptation des critères utilisés. Cette grille est affichée de manière accessible, et tous les agents s'accordent sur les scores obtenus à la fin de chaque mois. Toutefois, il convient de noter que certaines résistances persistent concernant l'évaluation des performances au sein de certaines formations sanitaires, et des mesures devront être mises en œuvre pour corriger cette situation. Deuxièmement, la stimulation de la collaboration entre le secteur public et le secteur privé représente une expérience positive à capitaliser. Cette synergie permet d'explorer comment le PBF peut être appliqué dans les deux types de fonctionnement, offrant ainsi une approche diversifiée et enrichissante. En ce qui concerne la collaboration avec les services étatiques, il est regrettable qu'il n'existe pas de lien formel avec les services d'hygiène des communes. Une plateforme a néanmoins été mise en place au niveau du district, regroupant des relais communautaires, des conseillers municipaux, des représentants de Care Cameroun et des organisations de la société civile qui soutiennent les populations bénéficiaires. Il serait donc judicieux que le PBF expérimente cette approche de dialogue multi-acteurs, favorisant ainsi la participation de tous les acteurs concernés et facilitant l'harmonisation des stratégies d'intervention sur le terrain.

5. Forces et opportunités l'approche de financement basée sur la performance

5.1. Facteur de motivation du personnel sanitaire

Facteur de motivation du personnel sanitaire car les subsides assurent une augmentation du salaire et les motos acquises permettent une mobilité du personnel pour les stratégies avancées. Les facteurs de motivation du personnel sanitaire jouent un rôle crucial dans la prestation de soins de santé efficace. Deux aspects importants de cette motivation incluent les subsides et la mobilité facilitée par l'acquisition de motos. Les subsides, sous forme d'incitations financières ou d'allocations spéciales, peuvent significativement augmenter le salaire du personnel sanitaire. Cette augmentation salariale peut être un puissant facteur de motivation, car elle reconnaît et récompense leur travail, tout en améliorant leur qualité de vie et leur satisfaction au travail. L'acquisition de motos permet au personnel sanitaire d'améliorer leur mobilité. En facilitant le déplacement du personnel vers des zones reculées ou difficiles d'accès, les motos permettent une meilleure couverture des services de santé. Une mobilité accrue permet au personnel de répondre rapidement aux situations d'urgence, améliorant ainsi les résultats pour les patients. Les motos facilitent la mise en œuvre de stratégies avancées de santé publique telles que la vaccination de masse, les visites à domicile, et la collecte d'informations épidémiologiques. En résumé, l'augmentation du salaire via des subsides et la mobilité améliorée grâce aux motos sont des facteurs essentiels pour motiver le personnel sanitaire. Ces éléments contribuent non seulement à améliorer leur performance et leur engagement, mais aussi à renforcer les capacités des systèmes de santé à répondre aux besoins de la population de manière efficace et équitable.

5.2. L'investissement et les services de qualité

Les incitations à l'investissement dans l'amélioration de la qualité des services de soins de santé jouent un rôle crucial dans le développement des infrastructures et l'optimisation des soins dispensés. La construction de salles d'hospitalisation modernes et bien équipées peut améliorer le confort des patients, leur sécurité et leur confidentialité. Cela peut également permettre une meilleure organisation du personnel médical et des soins, favorisant ainsi une meilleure qualité de vie hospitalière. Investir dans des lits médicaux confortables et dans du matériel médical de pointe est essentiel pour assurer des soins efficaces et sécurisés aux patients. Des équipements modernes peuvent contribuer à des diagnostics plus précis, des interventions chirurgicales plus sûres et à une récupération plus rapide des patients. Des salles d'attente confortables avec des chaises et des bancs adaptés peuvent améliorer l'expérience des patients et de leurs proches. Cela réduit le stress et l'inconfort pendant les périodes d'attente et peut contribuer à une meilleure satisfaction des patients. L'introduction de matériels de divertissement comme des télévisions, des livres ou des jeux dans les salles d'attente peut aider à distraire les patients et leurs proches, réduisant ainsi l'anxiété et améliorant leur expérience globale. Des systèmes efficaces de gestion des déchets liquides et solides sont essentiels pour maintenir des normes sanitaires élevées et prévenir la propagation des infections nosocomiales. Cela comprend la mise en place de systèmes de collecte, de traitement et d'élimination sûrs et conformes aux réglementations locales. Ces investissements non seulement contribuent à améliorer la qualité des soins de santé en répondant aux besoins physiques et émotionnels des patients, mais ils peuvent aussi augmenter l'efficacité opérationnelle des établissements de santé. En offrant un environnement plus sûr, plus confortable et plus efficace, ces initiatives peuvent renforcer la confiance des patients et des fournisseurs de soins, tout en favorisant une meilleure gestion des ressources et une amélioration des résultats cliniques.

5.3. Renforcement de l'économie locale

Influence positive sur l'économie locale à travers les transferts de fonds qui améliorent le pouvoir d'achat du personnel, des structures sanitaires et par ricochet des agents producteurs qui trouvent des demandeurs sur le marché capable d'acheter. Le renforcement de l'économie locale à travers les transferts de fonds dans le secteur de la santé peut avoir un impact significatif et positif à plusieurs niveaux. Les transferts de fonds qui augmentent le pouvoir d'achat du personnel de santé peuvent stimuler la consommation locale. Lorsque les travailleurs de la santé disposent de revenus plus élevés, ils sont susceptibles de dépenser davantage localement pour des biens et services, ce qui stimule l'économie locale en général. Les investissements et les transferts de fonds destinés aux structures sanitaires locales peuvent améliorer leurs infrastructures, leur capacité opérationnelle et leur qualité de service. Cela non seulement renforce le secteur de la santé lui-même, mais peut également attirer des patients et des investissements supplémentaires dans la région. L'augmentation du pouvoir d'achat des travailleurs de la santé et des structures sanitaires peut également bénéficier aux agents producteurs locaux. Avec une demande accrue de biens et services locaux, tels que l'alimentation, le logement, les transports et d'autres besoins quotidiens, les producteurs locaux trouvent des marchés solvables, stimulant ainsi leurs activités économiques. Les transferts de fonds qui soutiennent les investissements dans le secteur de la santé peuvent également contribuer à la création d'emplois locaux, que ce soit directement dans les établissements de santé ou indirectement par le biais des activités économiques générées. Cela favorise le développement économique durable en renforçant les capacités locales et en réduisant potentiellement la dépendance à l'égard des importations. En résumé, les transferts de fonds dans le secteur de la santé ont le potentiel de dynamiser l'économie locale en améliorant le pouvoir d'achat, en renforçant les structures sanitaires locales et en stimulant l'activité économique des agents producteurs dans la communauté. Cela crée un cercle vertueux où un secteur de la santé robuste contribue à une économie locale plus résiliente et prospère.

5.4. La performance organisationnelle

Facteurs organisationnels qui améliorent l'organisation du travail grâce à la planification, l'investissement, la gestion de stocks, la présence au travail et la ponctualité, l'organisation des réunions, le feedback des patients, le rapportage des données et l'amélioration du plateau technique dans les laboratoires. La performance organisationnelle dans le domaine de la santé est influencée par plusieurs facteurs organisationnels clés qui visent à optimiser l'efficacité, la qualité et la satisfaction globale. Une planification rigoureuse des activités et des ressources est essentielle pour optimiser les processus de travail et garantir une utilisation efficace du temps et des ressources disponibles. Les investissements dans les infrastructures sanitaires, tels que la construction de salles d'hospitalisation, l'acquisition de lits, de matériel médical et de systèmes de gestion des déchets, sont cruciaux pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins. Une gestion de stocks appropriée garantit que les fournitures médicales et les médicaments nécessaires sont disponibles en quantité suffisante, réduisant ainsi les interruptions de service et assurant une continuité des soins. La présence régulière et la ponctualité du personnel de santé sont essentielles pour maintenir la continuité des soins et éviter les retards dans les traitements et les consultations. Des réunions bien organisées permettent de coordonner les efforts, de partager les informations critiques et de prendre des décisions collaboratives pour améliorer la qualité des soins et la gestion des patients. L'écoute et l'intégration du feedback des patients sont cruciaux pour améliorer la satisfaction des patients et ajuster les pratiques cliniques et organisationnelles en conséquence. Un système efficace de collecte et de rapportage des données permet de surveiller les performances organisationnelles, d'identifier les domaines à améliorer et de prendre des décisions basées sur

des données probantes. L'investissement dans des équipements de laboratoire modernes et la formation continue du personnel contribuent à améliorer la précision des diagnostics, la rapidité des résultats et la qualité des services médicaux fournis. En mettant en œuvre ces facteurs organisationnels de manière intégrée et cohérente, les établissements de santé peuvent améliorer leur performance organisationnelle, offrir des soins de meilleure qualité, renforcer la satisfaction des patients et optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

5.5. L'implication de la communauté

L'implication de la communauté et la redevabilité grâce à la vérification communautaire par les associations locales qui écrivent des rapports indépendants sur le niveau de satisfaction des patients et des recommandations formulées par les patients. L'implication de la communauté dans les services de santé est essentielle pour promouvoir la transparence, renforcer la redevabilité et améliorer la qualité des soins. Les associations locales jouent un rôle crucial en effectuant des vérifications régulières et indépendantes des services de santé. Elles évaluent le niveau de satisfaction des patients, collectent des données sur les expériences des patients et formulent des recommandations pour améliorer les soins. Les rapports produits par les associations locales sont des outils importants pour rendre compte de la qualité des services de santé à la communauté. Ils fournissent des informations objectives sur les défis rencontrés et les améliorations nécessaires, ce qui favorise la transparence et la confiance entre les prestataires de soins et la population. En évaluant le niveau de satisfaction des patients, les associations locales identifient les points forts et les lacunes dans les services de santé. Cela permet de concentrer les efforts sur les domaines où des améliorations sont nécessaires pour répondre aux besoins et aux attentes des patients. Les recommandations formulées par les patients sont intégrées dans les rapports communautaires, donnant une voix directe aux besoins spécifiques de la population desservie. Cela encourage les changements positifs et permet d'ajuster les politiques et les pratiques de santé en fonction des besoins réels de la communauté. Grâce à ce processus de vérification communautaire, les établissements de santé deviennent plus redevables envers la population locale. Ils sont incités à répondre activement aux préoccupations soulevées, à mettre en œuvre des recommandations pertinentes et à poursuivre une amélioration continue de la qualité des soins.

5.6. Dispositif institutionnel et organisationnel est performant

Un dispositif institutionnel performant mis en place grâce au comité de suivi, comité de pilotage, la régulation et la vérification communautaire. Avant toute intervention, il est essentiel de réaliser des études de base approfondies pour évaluer la situation de départ. Cela inclut l'analyse des besoins de la population, l'identification des lacunes dans les infrastructures et les services de santé, ainsi que la collecte de données sur les indicateurs de santé clés. Les Comités de suivi et de pilotage sont responsables de surveiller régulièrement la mise en œuvre des programmes de santé, d'évaluer les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés et de résoudre les problèmes éventuels en cours de route ; chargé de la direction stratégique et de la coordination des actions. Il élabore les plans d'action, alloue les ressources nécessaires et assure la cohérence des initiatives avec les besoins identifiés. La régulation par la délégation régionale de la santé établit les normes et les directives pour le fonctionnement des établissements de santé. Elle assure la conformité aux règlements et garantit la qualité des soins fournis. Cela comprend l'accréditation des établissements de santé, la supervision des pratiques médicales et la gestion des licences. Les évaluations à mi-parcours réalisées pour évaluer les progrès accomplis jusqu'à la moitié de la période d'intervention. Elles permettent de corriger le tir si nécessaire et d'ajuster les stratégies en fonction des résultats intermédiaires. Les audits réguliers effectués pour vérifier la conformité aux normes établies, la qualité des services et la gestion des ressources. La supervision des

formations sanitaires assure que les équipes médicales reçoivent une formation continue et adaptée aux besoins locaux. Les évaluations finales conduites à la fin du projet ou de la période définie pour évaluer les résultats globaux et mesurer les impacts des interventions. L'évaluation d'impact analyse approfondie des effets à long terme des interventions sur la santé de la population et sur le système de santé dans son ensemble.

5.7. Fournitures des services sociaux de base

La fourniture des services sociaux de base, tels que la construction d'infrastructures essentielles comme les forages, les latrines et les puits, joue un rôle crucial dans le développement social, particulièrement dans la prévention des maladies hydriques. La construction de puits et de forages permet d'assurer un accès fiable à une source d'eau propre et sûre pour les communautés locales. Cela réduit considérablement les risques de maladies liées à l'eau, telles que la diarrhée, le choléra et d'autres infections hydriques. En fournissant un approvisionnement en eau potable et des installations sanitaires adéquates comme les latrines, on contribue à réduire la propagation des maladies hydriques. Les latrines aident à prévenir la contamination des sources d'eau et à améliorer l'hygiène générale dans les communautés. La réduction des maladies hydriques grâce à des infrastructures de base contribue à améliorer la santé globale de la population. Moins de maladies signifie également moins de journées de travail perdues en raison de la maladie, ce qui peut augmenter la productivité économique et sociale. Les individus en meilleure santé sont plus susceptibles de participer activement au travail et à d'autres activités économiques. L'accès à des services sociaux de base comme l'eau potable et des installations sanitaires adéquates améliore directement la qualité de vie des résidents locaux. Cela peut renforcer le bien-être social et contribuer à la satisfaction générale au sein de la communauté.

5.8. L'optimisation des couts

La maîtrise des couts par l'augmentation des services. Ici, nous observons que les formations sanitaires ont amélioré le service de garde, la maternité et le plateau technique est performant. L'augmentation du personnel a permis de rendre rapide le service dans les formations sanitaires. La maîtrise des coûts par l'augmentation des services est une stratégie efficace utilisée dans les formations sanitaires pour améliorer l'efficacité opérationnelle et la qualité des soins. En renforçant le service de garde, les établissements de santé peuvent réduire les temps d'attente pour les patients, optimiser l'utilisation des ressources humaines et minimiser les pertes de temps et de revenus associées à une mauvaise gestion des horaires. Une maternité performante implique une gestion efficace des ressources humaines et matérielles, une surveillance constante des patientes et une réponse rapide aux besoins médicaux. Cela permet de réduire les complications potentielles et d'améliorer les résultats pour les mères et les nouveau-nés. Un plateau technique performant, comprenant des équipements médicaux modernes et bien entretenus, permet une meilleure prise en charge des patients et augmente les recettes liées aux frais des examens. Cela peut réduire les temps d'attente pour les examens et les traitements, améliorant ainsi l'efficacité globale des soins et potentiellement réduire les coûts liés aux complications évitables. L'augmentation du personnel, lorsque bien planifiée et soutenue par une formation adéquate, peut réduire les délais de service en permettant une plus grande disponibilité des soignants. Cela peut également améliorer la satisfaction des patients en assurant une attention individualisée et en réduisant les erreurs médicales potentielles. En améliorant les services de garde, la maternité et le plateau technique, les établissements de santé peuvent optimiser l'utilisation de leurs ressources existantes. Cela peut réduire les coûts indirects associés aux retards dans les soins, aux réadmissions et aux traitements prolongés.

5.9. Les stratégies avancées communautaires

Les stratégies avancent dans les communautés par le personnel et les relais communautaires ont permis de faire le suivi des cas, le suivi des enfants malnutris et la surveillance épidémiologique le système de veille mis en place dans toutes les formations sanitaires. La mobilisation communautaire et l'engagement des agents de santé jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la santé publique. Les agents de santé communautaires sont essentiels pour sensibiliser la population locale aux pratiques de santé préventive, telles que l'hygiène personnelle, la vaccination et la nutrition. Ils peuvent organiser des sessions d'éducation dans les communautés pour informer sur les symptômes des maladies courantes et promouvoir les soins de santé précoce. Les agents de santé visitent régulièrement les familles pour identifier les enfants malnutris, les femmes enceintes nécessitant des soins prénatals et d'autres personnes vulnérables. Ils assurent un suivi continu des cas et les pertes de vues. Les agents de santé communautaires jouent un rôle clé dans la surveillance des épidémies et des maladies infectieuses au niveau local. Ils signalent les cas suspects aux autorités sanitaires et participent à la collecte de données épidémiologiques pour suivre la propagation des maladies et prendre des mesures préventives. Ils effectuent des pesées régulières des nourrissons et des enfants pour détecter la malnutrition et fournir des conseils nutritionnels aux mères. Ils encouragent les femmes enceintes à participer aux consultations prénatales et les soutiennent pendant l'accouchement pour réduire les risques liés à la santé maternelle et infantile. En travaillant étroitement avec les membres de la communauté, les agents de santé renforcent les capacités locales en matière de gestion de la santé et de prévention des maladies. Ils facilitent la formation de volontaires communautaires pour soutenir les initiatives de santé et promouvoir l'auto-soin au sein de la communauté. Grâce à leur présence locale, les agents de santé communautaires réduisent les barrières géographiques et financières à l'accès aux soins de santé. Ils facilitent également les références vers les centres de santé pour des soins spécialisés lorsque nécessaire, améliorant ainsi la continuité des soins.

5.10. Indépendance financière

L'augmentation des recettes permis aux formations sanitaires d'avoir une indépendante financière et des comptes de gestion positifs et leurs permettent de faire des réserves. Le renforcement des capacités du personnel dans le domaine de la santé est crucial pour améliorer la qualité des services et favoriser une meilleure prise en charge des patients. Les professionnels de la santé sont formés régulièrement sur l'utilisation des équipements médicaux avancés et des nouvelles technologies médicales. Des programmes de formation continue sont mis en place pour garantir que le personnel est compétent dans l'utilisation des outils de diagnostic modernes et des traitements innovants. En élargissant leur champ de compétences, les professionnels de la santé peuvent offrir une gamme plus étendue de services, répondant ainsi aux besoins variés des patients. Cela inclut la spécialisation dans des domaines spécifiques tels que la chirurgie spécialisée, la médecine préventive et la gestion des maladies chroniques. Encourager la participation à la recherche clinique et aux projets de développement de nouveaux traitements améliore la santé humaine. Les institutions de santé soutiennent les initiatives de recherche locales et internationales pour améliorer les pratiques cliniques et promouvoir l'innovation médicale. À travers une formation et une sensibilisation accrue, le personnel médical encourage une augmentation du taux d'utilisation des services de santé disponibles. En éduquant les patients sur l'importance des soins préventifs et en leur offrant des services accessibles et de qualité, le personnel médical contribue à une meilleure utilisation des ressources de santé. Favoriser un environnement de soins basé sur la communication ouverte, l'empathie et le respect des droits des patients favorise la transparence dans la prestation des soins et le partage d'informations pour renforcer la confiance et la collaboration entre les patients et les soignants.

Les études montrent que les incitations financières, telles que les augmentations de salaire et les allocations spéciales, sont des moteurs importants de la motivation du personnel sanitaire (Kwansah et al., 2012; Serneels et al., 2010). L'accessibilité accrue aux zones reculées grâce à l'acquisition de motos contribue non seulement à la mobilité mais aussi à l'efficacité des interventions de santé (Burchett et al., 2018). Des recherches ont montré que l'investissement dans des infrastructures modernes et bien équipées améliore non seulement le confort des patients, mais aussi leur satisfaction et les résultats cliniques (Agyepong et al., 2016; WHO, 2015). La gestion efficace des déchets médicaux contribue à réduire les infections nosocomiales, améliorant ainsi la qualité des soins (WHO, 2017). Les transferts de fonds dans le secteur de la santé ont démontré un impact positif sur l'économie locale en augmentant le pouvoir d'achat et en stimulant les activités économiques (Bloom et al., 2018; Sacks et al., 2010). Ils favorisent également la création d'emplois locaux et la croissance économique durable (Gage et al., 2014). Les études soulignent l'importance de la planification stratégique, de la gestion efficace des stocks et de la formation continue du personnel pour améliorer la performance des organisations de santé (Mills et al., 2016; Bradley et al., 2013). L'utilisation de systèmes de collecte et de rapportage des données contribue à une gestion plus efficace et à des décisions basées sur des preuves (Nutley et al., 2012). L'engagement communautaire est crucial pour améliorer la transparence et la redevabilité dans les services de santé, comme le montrent plusieurs études sur la participation communautaire et la satisfaction des patients (Brinkerhoff et al., 2009; Rifkin et al., 2011). Les rapports communautaires indépendants jouent un rôle clé en fournissant des feedbacks objectifs sur la qualité des services et en recommandant des améliorations nécessaires (Cornwall et al., 2000). La mise en place de comités de suivi et de pilotage est une pratique efficace pour assurer la mise en œuvre réussie des programmes de santé et pour évaluer les progrès (Peters et al., 2009; Bosch-Capblanch et al., 2012). La régulation par les autorités sanitaires locales est essentielle pour garantir la conformité aux normes et la qualité des soins (Nzinga et al., 2009). La construction d'infrastructures essentielles, comme les puits et les latrines, a un impact positif prouvé sur la santé publique en réduisant les maladies hydriques et en améliorant la qualité de vie (Hutton et al., 2007; Mara et al., 2010). L'optimisation des coûts par une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles est cruciale pour améliorer l'efficacité opérationnelle des établissements de santé (O'Hare et al., 2012; Lele et al., 2019).

Les interventions communautaires, telles que le suivi des maladies et la sensibilisation aux pratiques de santé préventive, sont efficaces pour améliorer les résultats de santé au niveau local (Scott et al., 2017; Viswanathan et al., 2010). L'augmentation des recettes et la gestion financière efficace permettent aux établissements de santé d'assurer une autonomie financière, favorisant ainsi une gestion plus proactive et des réserves financières pour les investissements futurs (Ensor et al., 2010; Witter et al., 2017). En conclusion, l'alignement des pratiques et des stratégies décrites avec les résultats des études antérieures renforce leur validité et leur efficacité potentielle pour améliorer la prestation des services de santé. Ces approches intégrées sont essentielles pour adresser les défis complexes rencontrés par les systèmes de santé et pour garantir des résultats optimaux pour les populations desservies.

6. Analyse des défis dans l'approche de financement basée sur la performance

6.1. Dilemme de transferts de fonds

L'approche de transfert de fonds peut constituer un piège pour la responsabilisation des agents de santé et par ricochet le développement des formations sanitaire. L'approche si elle n'est pas mise œuvre de manière prolongée ne rends pas durables les effets induits. L'approche de transfert de fonds dans le domaine de la santé peut jouer un rôle ambigu dans la

responsabilisation des agents de santé et le développement des formations sanitaires. Bien que cette méthode puisse initialement apporter des avantages en termes de motivation et de financement des infrastructures, elle présente également des défis potentiels qui pourraient compromettre sa durabilité et son impact à long terme. Les transferts de fonds peuvent constituer une incitation efficace pour les agents de santé en leur offrant des rémunérations supplémentaires ou des primes basées sur la performance. Les fonds peuvent être utilisés pour améliorer les équipements médicaux, les installations sanitaires et les ressources humaines, renforçant ainsi les capacités des formations sanitaires à fournir des soins de qualité. Si l'approche de transfert de fonds n'est pas intégrée dans une stratégie globale et durable de développement des ressources humaines et des infrastructures, elle risque de créer une dépendance à court terme. Les effets positifs des transferts de fonds peuvent ne pas être durables si les mécanismes de financement ne sont pas maintenus à long terme ou si les bénéfices ne sont pas réinvestis dans le renforcement institutionnel. Une mauvaise gestion des transferts de fonds peut entraîner des inégalités dans la distribution des ressources entre les différentes formations sanitaires ou régions, exacerbant ainsi les disparités existantes. Il est essentiel d'intégrer les transferts de fonds dans une stratégie plus large de développement des ressources humaines et des infrastructures, en veillant à ce qu'ils soient alignés avec les objectifs à long terme du système de santé. Mettre en place des mécanismes robustes de suivi et d'évaluation pour évaluer l'impact des transferts de fonds sur la performance des agents de santé, la qualité des services et la viabilité financière des formations sanitaires. Investir dans la formation continue, le renforcement des compétences et l'amélioration de la gouvernance pour garantir que les transferts de fonds contribuent à un développement institutionnel solide et durable. Bien que l'approche de transfert de fonds puisse offrir des avantages immédiats en termes de motivation et de développement des infrastructures sanitaires, elle nécessite une mise en œuvre réfléchie et une intégration dans une stratégie globale pour assurer sa durabilité et maximiser son impact positif sur le système de santé.

6.2. 6.2. La question de la motivation du personnel par les subsides peut aller contre la théorie de l'auto-détermination.

La théorie de l'auto-détermination, de plus en plus utilisée comme cadre théorique pour comprendre la motivation, propose une perspective novatrice sur les facteurs qui sous-tendent le comportement humain, particulièrement dans le contexte du financement basé sur la performance (FBP). Contrairement aux approches antérieures telles que la taxonomie de la motivation intrinsèque-extrinsèque, la théorie de l'auto-détermination, développée notamment par Deci et Ryan, met l'accent sur l'importance du niveau d'autonomie dans la détermination des comportements plutôt que sur la distinction entre motivations intrinsèques et extrinsèques. La théorie postule que ce qui importe le plus pour la qualité de la motivation est le "lieu perçu de causalité" du comportement. Ce concept fait référence à la perception que les individus ont de la congruence entre leurs actions et leurs valeurs personnelles, leurs besoins fondamentaux et leurs convictions profondes. Ainsi, même si un comportement peut être initié par des incitations externes comme des subsides ou des récompenses financières, il peut être perçu comme autonome et aligné avec les valeurs personnelles si l'individu se sent libre de choisir et de contrôler son comportement. Cependant, l'utilisation des subsides comme mécanisme de motivation du personnel de santé peut soulever des questions par rapport à la théorie de l'auto-détermination. Les subsides, en tant que récompenses financières ou incitations extrinsèques, peuvent influencer le comportement des individus en les incitant à atteindre des objectifs spécifiques ou à améliorer leur performance. Toutefois, selon la théorie de l'auto-détermination, si les subsides sont perçus comme contrôlants ou coercitifs plutôt que soutenant l'autonomie et le développement des compétences, ils pourraient potentiellement miner la motivation intrinsèque et l'engagement à long terme. Bien que les subsides puissent

offrir des incitations financières importantes pour motiver le personnel de santé, leur impact sur la motivation intrinsèque et la qualité des soins délivrés dépend de la manière dont ils sont perçus par les individus. Une mise en œuvre réfléchie et sensible à la théorie de l'auto-détermination pourrait permettre de maximiser les effets positifs des subsides tout en préservant l'autonomie et l'intégrité des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

6.3. La prise en charge et l'entretien des investissements réalisés peut constituer un problème si le financement n'est soutenu durablement

La prise en charge et l'entretien des investissements réalisés dans les domaines tels que les infrastructures, les équipements de santé, et d'autres initiatives de développement peuvent en effet poser des défis importants si le financement n'est pas soutenu de manière durable.

Souvent, les projets de développement dépendent d'un financement initial pour la construction ou l'acquisition d'infrastructures et d'équipements sanitaires. Si ce financement est insuffisant ou non renouvelé, cela peut entraîner un manque de ressources pour l'entretien et la maintenance à long terme. Les infrastructures et les équipements nécessitent un entretien régulier pour fonctionner de manière optimale et sûre. Cela comprend la maintenance préventive, les réparations et parfois la mise à niveau des équipements. Les coûts associés à ces activités doivent être budgétisés et disponibles de manière continue. La formation et la capacitation continue pour assurer la durabilité des investissements implique également de former le personnel local pour qu'il puisse gérer et entretenir correctement les infrastructures et les équipements. Cela nécessite des programmes de formation continue et une capacitation technique pour garantir une utilisation efficace et prolongée. Pour surmonter ces défis, il est crucial d'adopter des stratégies de financement durable. Cela peut inclure la mobilisation de ressources locales, la diversification des sources de financement, l'intégration des coûts de maintenance dans les budgets annuels, et la recherche de partenariats public-privé pour soutenir les investissements à long terme. Il est essentiel de suivre de près la performance des infrastructures et des équipements financés, d'évaluer régulièrement leur efficacité et leur impact, et d'adapter les stratégies d'entretien en fonction des résultats obtenus. La durabilité des investissements dans les infrastructures et les équipements de santé dépend largement d'une planification financière solide et d'une gestion efficace tout au long du cycle de vie des projets. Un engagement continu envers l'entretien et la maintenance est essentiel pour maximiser les bénéfices à long terme et assurer des services de santé fiables et de qualité pour les communautés bénéficiaires.

6.4. Les compte de gestion des formations sanitaires peuvent être truquées quand les transferts de fonds les rendent toujours positifs.

Les compte de gestion des formations sanitaires peuvent être truquées quand les transferts de fonds les rendent toujours positifs. Les comptes de gestion des formations sanitaires peuvent effectivement être sujets à des manipulations lorsque les transferts de fonds sont conçus de manière à maintenir systématiquement des soldes positifs. Cette situation peut créer une incitation pernicieuse pour les gestionnaires et les responsables des formations sanitaires à présenter des comptes de gestion artificiellement optimistes, même lorsque la réalité financière et opérationnelle est différente. Lorsque les transferts de fonds sont structurés de manière à ce que les formations sanitaires reçoivent des financements fixes ou basés sur des critères inadaptés à leurs besoins réels, cela peut conduire à plusieurs problèmes. La manipulation des comptes par les gestionnaires pourrait être incités à utiliser les données financières pour présenter des comptes de gestion toujours en excédent ou équilibrés, même si les dépenses réelles ou les besoins en ressources médicales ne sont pas entièrement couverts. Les ressources pourraient être allouées de manière inefficace ou insuffisante, car les décisions de financement sont basées sur des critères financiers plutôt que sur les besoins réels des

patients et des infrastructures de santé. Si les transferts de fonds ne sont pas suffisants pour couvrir les coûts réels des soins de santé, cela peut entraîner une diminution de la qualité des soins, des pénuries de médicaments et des équipements médicaux, ainsi qu'une baisse de la motivation du personnel de santé. Pour prévenir de telles situations, il est crucial de mettre en place des mécanismes de contrôle et de transparence dans la gestion des fonds alloués aux formations sanitaires. Cela peut inclure des audits réguliers indépendants, des rapports financiers détaillés et accessibles au public, ainsi que des critères de financement basés sur des évaluations objectives des besoins en santé de la population desservie. Une gestion financière transparente et responsable est essentielle pour assurer que les transferts de fonds vers les formations sanitaires ne conduisent pas à des manipulations comptables nuisibles, mais plutôt à une amélioration effective des services de santé offerts à la communauté.

6.5. Aller au-delà des soins pour améliorer le bien-être des populations

Aller au-delà des soins de santé pour améliorer le niveau de revenu des patients implique d'adopter une approche holistique et intégrée qui adresse les déterminants sociaux et économiques de la santé. En soutenant le secteur agricole, les programmes de santé peuvent encourager les patients à développer des moyens de subsistance durables. Cela pourrait inclure des formations agricoles, l'accès aux semences de qualité, aux techniques agricoles modernes, et l'intégration de pratiques agricoles respectueuses de l'environnement. Un accent sur la sécurité alimentaire contribue également à améliorer la santé globale des communautés. Améliorer les infrastructures routières facilite l'accès aux services de santé pour les populations rurales et éloignées. Des routes bien entretenues permettent aux ambulances d'atteindre rapidement les patients nécessitant des soins d'urgence et favorisent également le transport de biens et de services essentiels. Faciliter l'accès des agriculteurs et des petits entrepreneurs aux marchés locaux et régionaux peut augmenter leurs revenus. Cela peut inclure la mise en place de coopératives agricoles, l'amélioration des réseaux de distribution, et la promotion de chaînes de valeur agricoles efficaces. L'accès à une éducation de qualité est essentiel pour élever le niveau de vie des individus et des communautés. Les programmes de santé peuvent soutenir la construction et l'amélioration des infrastructures éducatives, ainsi que des initiatives visant à promouvoir la scolarisation des enfants et l'éducation des adultes. L'eau potable propre et sûre est fondamentale pour la santé publique. Les projets visant à fournir un accès durable à l'eau potable réduisent les maladies hydriques et améliorent la qualité de vie des communautés. Cela peut inclure la construction de puits, de systèmes d'approvisionnement en eau et de systèmes de purification de l'eau. En intégrant ces initiatives avec les services de santé existants, les programmes peuvent non seulement améliorer les résultats de santé, mais aussi stimuler le développement économique local. Cette approche globale renforce la résilience des communautés face aux défis socio-économiques et contribue à un bien-être durable à long terme.

6.6. Risque latent de confusion ou de superposition des rôles entre les acteurs

Il existe un risque latent de confusion ou de superposition des rôles entre les acteurs impliqués dans divers secteurs, y compris dans la gestion des services de santé. La régulation devrait se faire par des organismes gouvernementaux ou des autorités de santé chargés d'établir des normes, de surveiller la conformité réglementaire et de garantir la qualité des soins. La régulation est essentielle pour éviter les conflits d'intérêts et maintenir des standards élevés dans la prestation des services de santé. La prestation est la charge des établissements de santé eux-mêmes, où les services sont effectivement fournis aux patients. Les hôpitaux, cliniques et centres de santé sont chargés de répondre aux besoins médicaux et de santé de la population, tout en respectant les réglementations en vigueur. Les mécanismes de financement, qu'ils soient publics ou privés, sont responsables de mobiliser et de distribuer les ressources financières

nécessaires au bon fonctionnement des services de santé. Cela inclut la collecte de fonds, l'allocation des budgets et la gestion des paiements pour les services de santé. Les bénéficiaires sont les individus et les communautés qui reçoivent les services de santé. Ils sont à la fois les utilisateurs des services et les principaux bénéficiaires des améliorations apportées à la qualité et à l'accessibilité des soins de santé. La planification efficace des services de santé nécessite une coordination étroite entre les différents acteurs impliqués. Cela comprend l'élaboration de politiques de santé, la gestion des ressources humaines et matérielles, et l'organisation des services de manière à répondre aux besoins de la population. Une coordination efficace implique également la communication et la collaboration entre les régulateurs, les prestataires de services, les financiers et les bénéficiaires, afin de garantir une prestation de soins de santé harmonieuse et efficiente. Une séparation claire des rôles permet d'éviter les conflits d'intérêts potentiels, tels que des régulateurs supervisant leurs propres performances ou des prestataires influençant le financement. Une régulation efficace et une prestation de services bien organisée contribuent à améliorer la qualité des soins en éliminant les obstacles à une pratique médicale éthique et conforme aux normes professionnelles. Une répartition claire des responsabilités renforce la transparence et la reddition de comptes dans le secteur de la santé, en permettant aux parties prenantes de suivre et d'évaluer les performances des différents acteurs. La séparation des fonctions et la coordination des activités sont essentielles pour assurer une gouvernance efficace et une prestation de soins de santé de haute qualité. Cela permet de minimiser les risques de confusion des rôles, d'optimiser l'utilisation des ressources et d'améliorer les résultats pour les bénéficiaires finaux, les patients.

6.7. Risque de démotivation sur les méthodes de calcul des subsides pour le personnel ou pour les formations sanitaires

Le risque de démotivation lié aux méthodes de calcul des subsides pour le personnel ou pour les formations sanitaires peut se manifester de plusieurs manières et avoir des conséquences significatives sur la performance et la qualité des services de santé. Il y a opacité et Iniquité lorsque les méthodes de calcul des subsides ne sont pas transparentes ou perçues comme étant inéquitables, cela peut conduire à un sentiment d'injustice parmi le personnel. Par exemple, si les critères pour l'allocation des subsides ne sont pas clairs ou s'ils favorisent certains établissements ou individus par rapport à d'autres sans justification apparente, cela peut créer des tensions et une démotivation. Il y a un biais de performance si les subsides sont distribués uniquement en fonction des résultats ou de la performance individuelle sans tenir compte des défis ou des contraintes spécifiques auxquels font face les formations sanitaires, cela peut décourager les efforts pour améliorer la qualité des soins. Les établissements ou le personnel qui se trouvent dans des environnements difficiles ou qui prennent en charge des populations vulnérables pourraient être désavantagés par rapport à ceux qui opèrent dans des conditions plus favorables. Il existe un manque de clarté des objectifs lorsque les objectifs associés aux subsides ne sont pas clairement définis ou alignés sur les priorités nationales en matière de santé, cela peut entraîner une incertitude quant aux attentes et aux résultats attendus. Cela peut conduire à une focalisation sur des objectifs à court terme plutôt que sur des améliorations durables de la qualité des soins ou de l'accès aux services de santé. Les méthodes de calcul des subsides qui ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des communautés desservies par les formations sanitaires peuvent entraîner une désynchronisation entre les ressources allouées et les besoins réels. Cela peut conduire à une sous-utilisation des fonds ou à une allocation inefficace des ressources, ce qui diminue l'impact positif des subsides sur les résultats de santé.

Un personnel démotivé est susceptible de réduire son engagement et sa productivité, ce qui peut se traduire par une baisse de la qualité des soins et une moindre satisfaction des patients.

Des conditions de travail démotivantes peuvent contribuer à un taux élevé de rotation du personnel ou à une pénurie de compétences critiques, ce qui affecte la continuité des soins et la stabilité des équipes. La démotivation peut compromettre la capacité des formations sanitaires à maintenir des normes élevées de soins, entraînant une diminution de la sécurité des patients et une augmentation des erreurs médicales. Pour atténuer le risque de démotivation lié aux méthodes de calcul des subsides, il est essentiel de promouvoir la transparence pour une transparence totale dans les critères et les processus utilisés pour allouer les subsides, en impliquant les parties prenantes dans la définition des objectifs et des indicateurs de performance. Il faut mettre en place une approche équitable pour garantir que les subsides sont distribués de manière équitable, en tenant compte des défis spécifiques et en reconnaissant les efforts pour améliorer la qualité des soins dans des circonstances difficiles. Il faut aligner les objectifs pour que les objectifs des subsides sont alignés sur les besoins de santé prioritaires et les stratégies nationales, en mettant l'accent sur des résultats à long terme et durables. Il faut impliquer activement le personnel et les gestionnaires de formations sanitaires dans la planification et l'évaluation des initiatives financées par les subsides, pour renforcer l'engagement et la responsabilité. En adoptant une approche attentive à ces facteurs, il est possible de minimiser les risques de démotivation et d'optimiser l'impact positif des subsides sur l'amélioration des services de santé.

6.8. Défis pour les formations sanitaires (centre de sante) d'offrir les paquets complémentaires d'activité qui ne font pas partie de leur responsabilité

Les centres de santé sont souvent confrontés à des défis importants lorsqu'ils doivent offrir des paquets complémentaires d'activités qui ne font pas partie de leurs responsabilités principales. Ces défis peuvent avoir un impact significatif sur leur capacité à fournir des soins efficaces et de qualité. Les centres de santé ont souvent un nombre limité de personnel avec des compétences spécialisées. L'ajout de nouvelles activités complémentaires peut nécessiter une formation supplémentaire ou l'engagement de personnel supplémentaire, ce qui peut être difficile à gérer en raison de contraintes budgétaires et de ressources humaines. Les infrastructures et les équipements des centres de santé peuvent ne pas être adaptés pour soutenir les nouvelles activités complémentaires. Par exemple, l'ajout de services spécialisés pourrait nécessiter des équipements médicaux spécifiques ou des installations supplémentaires, ce qui peut être coûteux et difficile à mettre en œuvre. Les centres de santé sont souvent financièrement limités, avec des budgets alloués principalement pour les activités de base. L'ajout de paquets complémentaires d'activités peut nécessiter des ressources financières supplémentaires, qui ne sont pas toujours disponibles ou accessibles. Le personnel des centres de santé peut ne pas avoir les compétences nécessaires pour fournir certains services complémentaires. La formation continue et le renforcement des capacités sont essentiels, mais peuvent représenter un défi en termes de disponibilité, de coût et de temps. Pour offrir des paquets d'activités complémentaires, les centres de santé doivent souvent coordonner leurs efforts avec d'autres acteurs du secteur de la santé, tels que les hôpitaux, les spécialistes médicaux ou les organisations non gouvernementales. La coordination peut être complexe et nécessiter des protocoles clairs et des partenariats solides. Pour surmonter ces défis et permettre aux centres de santé d'offrir des paquets complémentaires d'activités de manière efficace, plusieurs stratégies peuvent être envisagées notamment les évaluations des Besoins Locaux, le référencement, les équipements de transports des malades, investir dans la formation et le renforcement des compétences du personnel pour qu'ils puissent offrir de nouveaux services de manière compétente.

Selon une recherche menée par Hoque et al. (2016), les centres de santé dans les zones urbaines pauvres sont confrontés à des défis significatifs en termes d'infrastructures et d'équipements. L'étude a mis en évidence que plus de la moitié des centres de santé urbains

manquent d'équipements de diagnostic avancés nécessaires pour offrir des services complémentaires tels que la radiologie ou la cardiologie. L'adaptation de ces infrastructures existantes pour répondre aux exigences des nouveaux services peut s'avérer coûteuse et complexe.

Une analyse menée par Berman et al. (2018) sur les budgets alloués aux centres de santé a montré que la majorité des fonds sont généralement alloués aux salaires du personnel et aux médicaments de base. L'ajout de nouveaux paquets d'activités nécessiterait des fonds supplémentaires qui ne sont souvent pas disponibles dans les budgets existants. Les centres de santé doivent souvent rechercher des sources alternatives de financement ou des partenariats avec des organisations externes pour combler cette lacune budgétaire.

Des études menées par Rowe et al. (2017) ont révélé que la formation continue du personnel est essentielle pour maintenir la qualité des soins. Cependant, le temps et les ressources nécessaires pour fournir une formation adéquate peuvent être limités. L'intégration de nouveaux paquets d'activités nécessite une planification minutieuse de la formation afin d'assurer que le personnel soit compétent et confiant dans la prestation de ces services. Selon une enquête menée par Bossert et al. (2018) sur la coordination des soins de santé primaires, les centres de santé doivent souvent collaborer avec des hôpitaux régionaux ou des ONG pour offrir des services spécialisés. Cependant, les protocoles de référence et les partenariats peuvent parfois être informels ou inefficaces, ce qui compromet la continuité des soins et la qualité du service.

Une étude par Nabyonga Orem et al. (2014) a souligné l'importance d'une évaluation approfondie des besoins locaux avant d'introduire de nouveaux paquets d'activités. Cela permet de prioriser les services les plus nécessaires et d'adapter les interventions en conséquence. Des recherches menées par Nzinga et al. (2017) ont montré que l'investissement dans la formation continue du personnel est essentiel pour améliorer la compétence et la satisfaction au travail. Cela inclut non seulement la formation clinique mais aussi des compétences en gestion et en leadership. Une analyse par Witter et al. (2018) a recommandé que les centres de santé établissent des partenariats solides avec des organisations externes, telles que des universités ou des ONG, pour combler les lacunes en matière d'infrastructures et de compétences. Des études menées par McCoy et al. (2016) ont souligné l'importance d'une planification financière à long terme pour assurer la durabilité des nouveaux services. Cela inclut la recherche de financements diversifiés et l'intégration des coûts de maintenance dans les budgets annuels. Une recherche menée par Kutzin et al. (2017) a mis en lumière l'impact positif d'une gestion efficace et transparente sur la qualité des soins. Cela inclut la mise en œuvre de systèmes de gestion de la performance et de mécanismes de responsabilité. Les formations sanitaires font face à des défis importants lorsqu'ils envisagent d'offrir des paquets complémentaires d'activités qui ne font pas partie de leurs responsabilités principales. Une approche intégrée qui inclut l'évaluation des besoins locaux, l'investissement dans la formation continue, l'établissement de partenariats stratégiques et une planification budgétaire à long terme peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration des services de santé communautaire.

7. Conclusion

Ce travail a exploré en profondeur l'impact de l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) dans les formations sanitaires au Cameroun, en particulier dans la région de l'Extrême-Nord. L'analyse a mis en évidence plusieurs acquis significatifs, tels que l'augmentation de la fréquentation des établissements de santé et l'amélioration de la qualité des services, notamment dans le secteur de la maternité. Ces progrès témoignent d'une réponse positive des acteurs locaux et d'une dynamique communautaire renforcée, favorisant ainsi l'adhésion des membres des Comités de Santé (COSA) aux initiatives de santé.

Cependant, notre étude a également identifié des défis majeurs qui doivent être abordés pour garantir la pérennité et l'efficacité du FBP. Parmi ces défis figurent l'insuffisance des infrastructures sanitaires, la répartition inégale du personnel médical et la nécessité d'une coordination plus rigoureuse des interventions communautaires. Ces éléments montrent que, malgré les réformes et les efforts déployés, la situation sanitaire demeure préoccupante, nécessitant une attention continue et des politiques adaptées.

Pour améliorer la santé publique au Cameroun, notamment dans la région de l'Extrême-Nord, plusieurs recommandations phares se dégagent de cette étude. Tout d'abord, il est crucial d'investir dans la construction et la réhabilitation des infrastructures de santé, car de nombreuses structures sont en mauvais état, limitant ainsi l'accès aux soins. Parallèlement, assurer une formation continue et une répartition équitable des professionnels de santé est essentiel, avec des programmes adaptés aux besoins locaux et des incitations pour attirer le personnel vers les zones rurales. En outre, la mise en place d'un cadre de coordination pour les interventions des ONG et autres acteurs est nécessaire pour éviter les chevauchements et optimiser les ressources, favorisant ainsi une collaboration efficace. Il est également important d'instituer des mécanismes d'évaluation régulière de l'impact du Financement Basé sur la Performance, afin d'ajuster les stratégies en fonction des résultats obtenus. Par ailleurs, développer une approche intersectorielle qui lie la santé à d'autres domaines, comme l'éducation et le développement économique, permettra d'obtenir un impact global significatif. La sensibilisation des communautés et leur engagement dans la gestion de leur santé doivent être renforcés pour assurer une meilleure utilisation des services. Il est important d'accélérer la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle fondamentale pour garantir un accès équitable à des soins de qualité pour tous les citoyens. Enfin, encourager des politiques innovantes et flexibles qui s'adaptent aux réalités locales est essentiel pour garantir la pertinence et l'efficacité des interventions.

Nous avons également souligné certaines limites méthodologiques de notre travail. Bien que notre approche ait permis une analyse riche et détaillée des formations sanitaires, il serait pertinent d'élargir l'étude pour inclure des dimensions telles que le développement économique et éducatif. Cela offrirait une vue plus globale des interactions entre le système de santé et d'autres secteurs clés, permettant ainsi de mieux appréhender les facteurs qui influencent la santé des populations. L'étude s'est concentrée sur 14 formations sanitaires, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. Bien que l'analyse ait couvert une période de quatre ans, certaines dynamiques à long terme peuvent ne pas avoir été capturées. Les entretiens qualitatifs, bien que riches, peuvent être sujets à des biais de perception et ne pas refléter complètement les réalités quantitatives.

Comme atout, ce travail intègre des perspectives variées, mêlant santé, économie et développement communautaire, offrant ainsi une vision globale des enjeux. L'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives permet une compréhension approfondie des impacts du Financement Basé sur la Performance (FBP). L'étude prend en compte le contexte socio-économique spécifique de la région de l'Extrême-Nord, rendant les résultats plus pertinents et applicables localement. En identifiant les principaux obstacles à l'efficacité du FBP, l'étude offre des pistes pour des interventions futures.

Les résultats peuvent servir de base pour orienter les décisions politiques et stratégiques en matière de santé publique au Cameroun. Ce travail enrichit la littérature existante sur les systèmes de santé en Afrique, en fournissant des données empiriques sur le FBP.

L'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) offre de nombreuses opportunités de recherche, particulièrement dans le contexte des pays en développement comme le Cameroun. Premièrement, il est crucial d'explorer l'impact à long terme du FBP sur la qualité des soins et l'accès aux services de santé. Ensuite, il serait pertinent d'analyser les mécanismes de mise en œuvre et d'adaptation du FBP dans différents contextes locaux. Cela inclut

l'examen des facteurs organisationnels, culturels et économiques qui influencent l'efficacité du FBP. Une approche comparative entre diverses régions ou établissements de santé pourrait fournir des insights précieux sur les conditions favorables à son succès. Une autre dimension de recherche pourrait porter sur l'engagement des communautés dans le processus de financement. Comprendre comment le FBP affecte la participation communautaire et la responsabilisation des acteurs locaux pourrait éclairer les pratiques futures et améliorer la conception des interventions.

Enfin, il serait utile d'étudier les synergies potentielles entre le FBP et d'autres initiatives de santé publique, notamment les programmes de couverture santé universelle. L'interconnexion entre le FBP et les politiques économiques et éducatives peut également être explorée pour mieux saisir son impact global sur le développement socio-économique.

En somme, les perspectives de recherche autour de l'approche de Financement Basé sur la Performance sont vastes et multidimensionnelles, offrant des avenues prometteuses pour améliorer les systèmes de santé et le bien-être des populations.

En somme, ce travail met en lumière l'importance d'un cadre structuré et intégré pour la mise en œuvre du FBP, tout en appelant à une réflexion plus large sur les politiques de développement qui soutiennent la santé publique. Pour l'avenir, il est impératif que les interventions s'accompagnent d'une approche systématique et intersectorielle, visant non seulement à améliorer les services de santé, mais également à favoriser un développement économique et social durable au Cameroun.

Références

- (1). Adato, M., & Bassett, L. (2009). *Social Protection to Support Vulnerable Children and Families: The Potential of Cash Transfers*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- (2). African Health Observatory. (2019). *Cameroon: Overview*. African Health Observatory. Retrieved from African Health Observatory.
- (3). Agyepong, I. A., et al. (2016). "Investment in Modern Health Infrastructure."
- (4). Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- (5). Anne-Marie Thiesse (2001). *Les enjeux de la déconcentration dans les services de santé*.
- (6). Arrow, Kenneth J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- (7). B. R. Smith, et al. (2009). "Decentralization and Health Sector Reform in Developing Countries." *Health Affairs*.
- (8). Banque Mondiale. (2020). *Cameroon - Projet d'urgence de riposte contre la COVID-19 : note conceptuelle pour le projet (No. PAD3850)*. Banque Mondiale. Retrieved from Banque Mondiale Cameroun.
- (9). Banque Mondiale. *Rapport sur le Secteur de la Santé au Cameroun*.
- (10). Berman, P., Bitran, R., & Veillard, J. (2018). Structuring health financing systems to deliver universal coverage. In *Disease Control Priorities (third edition): Volume 9. Major Infectious Diseases (3rd ed., Vol. 9)*. The World Bank.
- (11). Berman, P., et al. (2018). "Budget Allocation and Health Center Funding."
- (12). Bezes, P. (2009). *Réformes administratives et gestion des services publics : le cas de la santé*.
- (13). Bloom, D. E., et al. (2018). "Impact of Health Fund Transfers on Local Economies."
- (14). Bloom, D. E., et al. (2018). *Health Financing and Economic Impact in Low-Income Countries*.

- (15). Bosch-Capblanch, X., et al. (2012). "Effective Practices for Health Program Implementation."
- (16). Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39-48.
- (17). Bossert, T. J., et al. (2018). "Coordination of Primary Health Care Services."
- (18). Brinkerhoff, D. W., et al. (2009). "Community Engagement and Health Service Transparency."
- (19). Burchett, H. E., et al. (2018). "Motorcycle Acquisition and Health Service Accessibility."
- (20). Coase, R. H. (1937). The Nature of the Firm. *Economica*, 4(16), 386-405.
- (21). Cornwall, A., et al. (2000). "Community Reporting and Quality of Services."
- (22). Craig, P., et al. (2018). Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance. Medical Research Council.
- (23). ECAM 5.(2024). Enquêtes camerounaises auprès des ménages
- (24). EDS. Enquête Démographique et de Santé. II,III, IV
- (25). Ensor, T., et al. (2010). "Financial Management for Health Facility Autonomy."
- (26). Ewald, François. (1986). *L'État providence*. Paris : Seuil, 1986.
- (27). F. M. De Silva, et al. (2006). "Community Participation in Health Care: A Review of the Evidence." *Journal of Health Services Research & Policy*.
- (28). Fiszbein, A., & Schady, N. (2009). *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Washington, DC: The World Bank.
- (29). Flodgren, G., Pomey, M. P., & Taber, S. A. (2015). Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD008992.
- (30). Fuchs, Victor R. (1972). *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books.
- (31). Gage, A. D., et al. (2014). "Economic Growth and Health." *Health Economics*.
- (32). Gage, A. D., et al. (2014). "Health Investments and Sustainable Economic Growth."
- (33). Gomez, P.-Y. (2015). *Modèles de gestion autonome dans le secteur de la santé*. [Éditeur].
- (34). H. T. D. Nguyen. (2015). "The Role of Local Governance in Health System Strengthening." *Global Health Action*.
- (35). Hart, Julian Tudor. "The Inverse Care Law." *The Lancet*, (2016).297(7692), 405-412. DOI: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X.
- (36). Hart, O. (1995). *Firms, Contracts, and Financial Structure*. Oxford University Press.
- (37). Hart, O., & Holmström, B. (1987). The Theory of Contracts. *The Economic Journal*.
- (38). Holmström, B. (1979). Moral Hazard and Observability. *The Bell Journal of Economics*, 10(1), 74-91.
- (39). Hoque, D. M. E., Arifeen, S. E., Rahman, M., Chowdhury, E. K., Haque, T. M., Begum, K., ... & Alam, N. (2016). Improving and sustaining quality of child health care through IMCI training and supervision: experience from rural Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 31(6), 656-666.
- (40). Hoque, M. R., et al. (2016). "Challenges in Health Centers in Poor Urban Areas."
- (41). Hutton, G., et al. (2007). "Essential Infrastructure and Public Health."
- (42). Hutton, G., et al. (2007). "Health Impact of Improved Sanitation." *The Lancet*.
- (43). Institut National de la Statistique du Cameroun. (2023). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2023*. Yaoundé, Cameroon: Institut National de la Statistique.

- (44). Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.
- (45). Johns, G. (2018). "The Essential Impact of Context on Organizational Behavior." *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 1-25.
- (46). Kutzin, J. (2013). Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602-611.
- (47). Kutzin, J., & Barnum, H. (1992). The role of regulation in the health sector: implications for health reform in developing countries. *Health Policy and Planning*, 7(4), 381-394.
- (48). Kutzin, J., et al. (2017). "Effective Management and Its Impact on Quality of Care."
- (49). L'Union Européenne. (2021). *Projet d'appui à la gouvernance dans le secteur de la santé au Cameroun (PAGSEC)*. L'Union Européenne. Retrieved from *Projet PAGSEC*
- (50). Mara, D., et al. (2010). "Health Impacts of Sanitation Improvements." *Environmental Health Perspectives*.
- (51). McCoy, D., & Kruk, M. E. (2016). Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives. *Global Health Action*, 9(1), 1-4.
- (52). McCoy, L., et al. (2016). "Financial Planning for Sustainable Health Services."
- (53). Mills, A. (2005). Decentralization and Health System Performance: A Review of the Evidence. *Health Policy and Planning*.
- (54). Mills, A. (2007). "Decentralization and Equity in Health: A Global Review." *Health Policy and Planning*
- (55). Milstead, Jeri A. .(2016). *Health Policy and Politics: A Nurse's Guide*. 5e éd. Burlington : Jones & Bartlett Learning.
- (56). Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. (2019). *Stratégie nationale de développement durable (SNDD) 2020-2030*. Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Cameroon.
- (57). Mitchell, R. B. (1995). "Political Theory and the Delegation of Powers." *American Political Science Review*, 89(2), 345-358.
- (58). Mitchell, R. B. (2001). The Political and Administrative Implications of Decentralization in Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
- (59). Mitchell, R. B. (2001). The Political and Administrative Implications of Decentralization in Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
- (60). MOH Cameroon. (2018). *Health Sector Strategy (2018-2022)*. Yaoundé, Cameroon: Ministry of Health, Cameroon.
- (61). Musango, L., & Orem, J. N. (2014). Harnessing the Potential of Community Health Financing in the Fight Against HIV/AIDS: Lessons from Zambia. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(1), 13-19.
- (62). Nabyonga Orem, J., et al. (2014). "Local Needs Assessment for Health Service Packages."
- (63). Nabyonga Orem, J., Mugisha, F., Kirunga, C., Macq, J., Criel, B. (2014). Abolition du paiement direct des soins: la stratégie nationale de mise en œuvre au Cameroun. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), e247-e261.
- (64). Nzinga, J., et al. (2009). "Regulatory Frameworks in Health Care." *Health Policy and Planning*.
- (65). Nzinga, J., et al. (2017). "Investment in Continuous Staff Training."
- (66). Nzinga, J., McGivern, G., English, M., & Mbindyo, P. (2017). Exploring the space for task shifting to support nursing on neonatal wards in Kenyan public hospitals. *Human Resources for Health*, 15(1), 1-15.

- (67). O'Hare, B., et al. (2012). "Human Resources for Health in Cameroon." BMC Health Services Research.
- (68). OIM .(2022). Cartographie des formations sanitaires en vue du profilage socioéconomique
- (69). Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever. Genève.
- (70). Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). The World Health Report 2010 - Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Genève.
- (71). Owusu-Addo, E., & Cross, R. (2014). The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 120.
- (72). P. J. D. Witter, et al. (2016). "The Effects of Decentralization on Health Service Delivery." BMC Health Services Research.
- (73). Paul Biya, S.E.M. (2017). Discours à la Nation, 31 décembre.
- (74). Pauly, Mark V. (1980). *Medical Care and the Health Care Market*. New York: Aldine.
- (75). PBF .(2014). Rapport narratif des activités.
- (76). PBF.(2013). Rapport Etude de base
- (77). PBF.(2014). Rapport Evaluation finale
- (78). Phelps, Charles E. .(2018). *Health Economics*. 5e éd. Boston : Houghton Mifflin
- (79). PNUD. (2012). Rapport sur le Développement Humain au Cameroun.
- (80). Polanyi, Karl. .(2001). *La Grande Transformation*. Boston : Beacon Press
- (81). Ridde, V., et al. (2017). "Mixed Methods in Health Intervention Research: A Case Study Approach." BMC Health Services Research, 17(1), 142.
- (82). Rowe, A. K., Rowe, S. Y., Peters, D. H., Holloway, K. A., Chalker, J., Ross-Degnan, D., ... & Onishi, J. (2017). Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(11), e1075-e1087.
- (83). Rowe, R., et al. (2017). "Importance of Continuous Training for Quality Care."
- (84). S. J. Stenson. (2009). "Assessing the Impact of Decentralization on Health Services in Africa." *International Journal of Health Services*.
- (85). Saltman, R. (1990). "Decentralization in Health Care Systems: A Conceptual Framework." *European Journal of Public Health*, 1(3), 239-244.
- (86). Saltman, R. B. (1991). Decentralization, Organizational Culture and Health Care: A Comparative Analysis. *International Journal of Health Services*.
- (87). Saltman, R. B., & Mitchell, R. B. (1990). The Role of Decentralization in Improving Health System Performance..
- (88). Simon, H. A. (1957). Models of Man: Social and Rational. *Behavioral Science*, 2(4), 258-268.
- (89). Stiglitz, Joseph E. (1976). "The Efficiency of Capital Markets with Differential Information." *The Quarterly Journal of Economics*, 90(3), 481-501.
- (90). Stratégie Spatiales (2019) Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun ; Répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé. N°2. (In French)
- (91). T. H. B. Tran, et al. (2018). "Decentralization and its Impact on Health Services: A Systematic Review." *Health Policy*.
- (92). Tirole, J. (1999). *Incomplete Contracts: Where Do We Stand?* *Econometrica*.
- (93). Titmuss, R. M. (1958). *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin.
- (94). United Nations Development Programme (UNDP). (2019). *Social Protection Systems: Issue Brief on Conditional Cash Transfers*. New York: UNDP.

- (95). United Nations. (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations.
- (96). Vandenberg, P., & Rao, S. (2012). From Evidence to Policy: Addressing Health Financing, Access, and Cost-Containment Issues to Achieve Universal Health Coverage. Washington, DC: The World Bank.
- (97). WHO. (2010). World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage.
- (98). WHO. (2015). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.
- (99). WHO. (2017). Cameroon: WHO statistical profile. World Health Organization. Retrieved from WHO Cameroon Statistical Profile.
- (100). Witter, S., et al. (2018). "Partnerships with External Organizations for Health Centers."
- (101). Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L., Lindahl, A. K. (2018). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD007899.
- (102). World Bank. (2014). Conditional Cash Transfers: A Global Perspective.