

CONCEPTUALISATION DU PROGRAMME BASE SUR LA PERFORMANCE DANS CERTAINS PAYS AFRICAINS : CAS DU CAMEROUN

CONCEPTUALIZATION OF PERFORMANCE-BASED FINANCING IN AFRICAN COUNTRIES: THE CASE OF CAMEROON.

Auteur 1 : Kamtcheu Ngako G.S.

Auteur 2 : Owona Manga Léon Jules.

Auteur 3 : Assob Nguedia Jules Clément.

Auteur 4 : Adiogo Dieudonné.

Kamtcheu Ngako Guilène Susy, Phd Candidate, économie de la santé, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

Owona Manga Léon Jules, professeur titulaire, santé publique, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

Assob Nguedia Jules Clément, professeur titulaire, biochimie clinique, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

Adiogo Dieudonné, professeur titulaire, biochimie clinique, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : Kamtcheu Ngako G, Owona Manga L, Assob Ngeudia J, Adiogo D. (2025) « CONCEPTUALISATION DU PROGRAMME BASE SUR LA PERFORMANCE DANS CERTAINS PAYS AFRICAINS : CAS DU CAMEROUN », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 31 » pp: 0982 – 0998.



DOI : 10.5281/zenodo.16940200
Copyright © 2025 – ASJ



Résumé

Le financement basé sur la performance est une forme de financement des gouvernements. Une approche contractuelle de financement des systèmes de santé expérimentée au Cambodge qui se caractérise par des mécanismes structurés et la budgétisation comme outil de pilotage de la performance. Ce modèle assure une certaine autonomie de gestion aux formations sanitaires bénéficiaires. Le système compile les meilleures pratiques acquises de ses expériences à travers le monde et des principes élaborés afin de s'assurer de l'équité et de la pérennité du modèle. Présent depuis près de deux décennies sur le continent, il est important d'appréhender le modèle dans son ingénierie et d'en saisir sa quintessence. Toutefois, il est intéressant de noter la puissance des outils utilisés à l'insertion du modèle en Afrique subsaharienne, qui a pu être un frein à son expansion. Confronté aux habitudes locales, aux valeurs sociales culturels et au système sanitaire existant, le modèle de financement basé sur la performance a besoin d'une rupture avec les usages antérieurs et élaborer de nouvelles bases politiques, économiques et sociales pour se parfaire. En somme, le PBF détient les préceptes et outils à son implémentation mais les résultats restent mitigés car sa mise en œuvre reste controversée.

Mots clés : Financement Basé sur la Performance, Economie de la santé, Gestion hospitalière

Abstract

A contractual approach to health system financing, initially implemented in Cambodia, is distinguished by its structured mechanisms and the use of budgeting as a strategic tool for performance management. This model grants a degree of managerial autonomy to beneficiary health facilities, thereby fostering localized decision-making and accountability. It draws upon a synthesis of best practices from international experiences and incorporates normative principles aimed at ensuring equity and long-term sustainability. Having been present on the African continent for nearly two decades, it is imperative to examine the model's technical architecture and to apprehend its foundational logic. Notably, the sophistication of the instruments employed during its deployment in sub-Saharan Africa may have inadvertently constrained its scalability. The model's interaction with entrenched local customs, socio-cultural norms, and pre-existing health system structures necessitates a paradigmatic shift. For performance-based financing to be effectively institutionalized, it must be accompanied by the development of new political, economic, and social frameworks that transcend traditional practices and enable systemic transformation. In summary, although Performance based-financing is underpinned by well-established principles and operational instruments conducive to its implementation, its outcomes remain inconclusive due to persistent controversies surrounding its execution within health systems.

Keywords: Performance-Based Financing, Health economics, Hospital management

Introduction

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) en anglais Performance Based Financing (PBF) colore de plus en plus la gestion publique en Afrique sub-saharienne. Il apparait vers le début des années 90 dans un projet de contractualisation classique de renforcement du district sanitaire de Butare au Rwanda. Dès les années 2000, la nouvelle forme issu du cumul d'expériences d'experts internationaux venus du Cambodge et de la théorisation accrue du concept au Rwanda se dissémine[1]. Prédominante dans le système de santé, il vise, en conformité avec la législation, à identifier les objectifs à atteindre et à obtenir des résultats efficaces par optimisation des ressources et application d'un processus de planification stratégique. D'autre part, il doit parfaire l'aspect social tout en montrant une image plus complète de la performance hospitalière.

Cet article présente les préceptes du PBF et analyse les conditions de sa mise en œuvre dans les pays de la région subsaharienne plus précisément au Cameroun. Ces observations peuvent intéresser ceux qui, dans la région, élaborent les lois de finance publique.

1. UNE CONCEPTUALISATION MANAGERIALE

Une pléthore de termes est utilisée dans le domaine pour désigner un transfert de ressources qui dépend du respect d'une certaine forme de critère de performance[2]. Les travaux de Musgrove les définissent. Le terme s'approchant le plus du PBF est la contractualisation basé sur la performance utilisée lorsque des contrats sont établis avec des acteurs non Etatiques. Le financement basé sur la performance est une intervention complexe qui vise la reforme de management du système de santé en vue d'améliorer la couverture et la qualité des soins, l'efficience et l'équité[3]. C'est un ensemble de réformes axées sur des services ciblés avec de nombreux aspects différents qui vont au-delà du niveau des agents de santé. Ces réformes prônent l'autonomie de gestion dans les formations sanitaire, encourage le paiement sur la base des outputs contrairement au système basé sur les inputs, inclut le secteur privé dans l'amélioration de la qualité et le financement des prestations et tend à abolir le système de monopole[4].

1.1 Les mécanismes du PBF

L'approche PBF implique que les structures soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel[5]. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance ou agences de contractualisation et de vérification, les financeurs et un renforcement de la voix de la population. Le Financement Basé

sur la Performance utilise les forces des lois du marché (l'offre et la demande), vise la maîtrise des coûts et la combinaison durable de recettes provenant du recouvrement des coûts et des contributions gouvernementales et internationales[6].

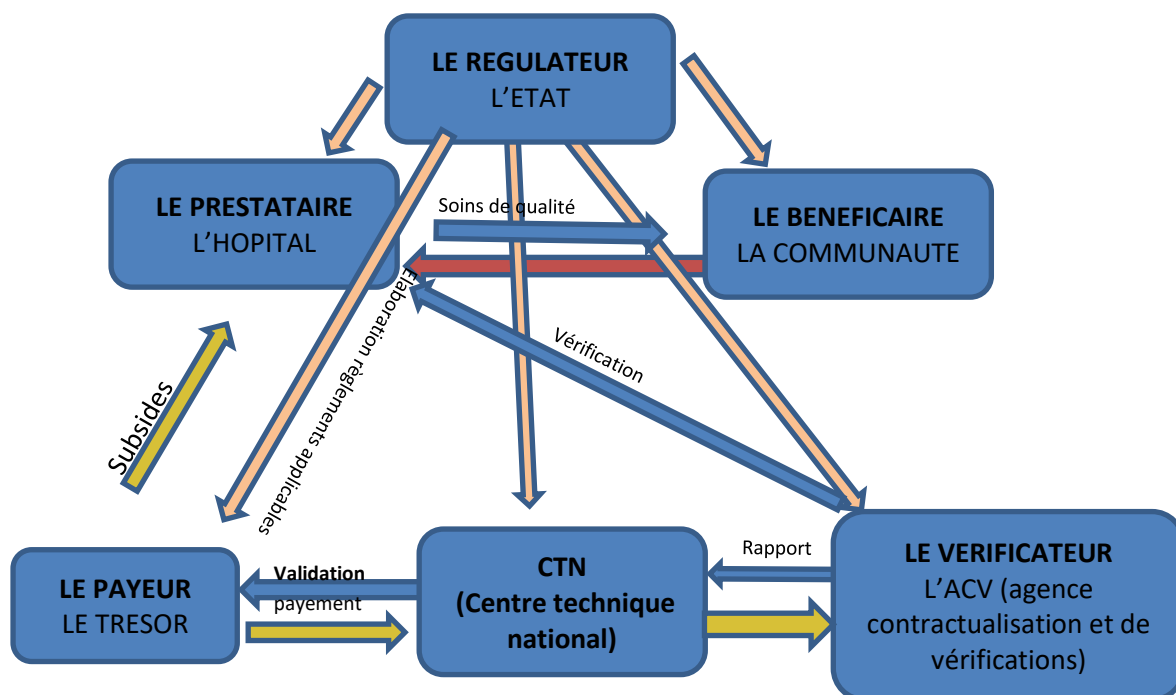
Le PBF fait passer les risques financiers essentiels de l'organisme de financement au bénéficiaire : le paiement (ou parfois la partie du règlement correspondant à la « mesure incitative de performance ») n'est reçu ou différé que lorsque les résultats ou activités ont été vérifiés par l'organisme de financement. Le financement ou l'achat des performances peut tout autant se faire au niveau de l'offre qu'au niveau de la demande.

Au niveau de la demande, l'organisme de financement offre des mesures incitatives directement liées à une activité ou à un résultat. Ici, un organisme de financement fournit de l'argent (au lieu de biens) aux ménages ciblés pauvres et vulnérables à condition qu'ils atteignent des objectifs définis (par exemple d'accoucher dans un établissement de santé, de vacciner leurs enfants, de rechercher des formations, etc.)

Au niveau de l'offre, l'organisme de financement lie les mesures incitatives que reçoit le bénéficiaire (institution, personne dans un programme sanitaire) à des résultats prédéterminés. Les résultats peuvent être des cibles au niveau des soins, comme des taux de vaccination, ou des cibles au niveau des systèmes liées à la gestion, par exemple des systèmes de supervision, d'approvisionnement des médicaments.

Le PBF tel que pratiqué actuellement adopte une approche axée sur l'offre, ce qui signifie que des incitations basées sur la performance sont gagnées par les prestataires de services ; Les paiements sont ciblés sur des établissements de santé et des administrations individuels, souvent avec des retombées sur les agents de santé ; Il existe le plus souvent une certaine répartition des fonctions entre la réglementation, les achats, la détention de fonds, la vérification et la prestation de services, bien que les pratiques varient selon le contexte ; Les paiements sont liés aux résultats, modifiés par des indicateurs de qualité[2][7]. Les acteurs du PBF se résument ainsi qu'il suit :

Figure N°1 : Schéma des acteurs du PBF



Sources : Auteur

1.2 Les meilleures pratiques

Dans le système FBP on distingue 11 meilleures pratiques établis sur la base des évidences :

- La séparation des fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et de vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté ;
- La stimulation de la concurrence entre les structures et d'autres intervenants pour l'obtention des contrats ;
- La promotion du partenariat public-privé, avec égalité de traitement ;
- La gestion indirecte du régulateur par définition des indicateurs output, de qualité et d'équité. Le régulateur fait le « costing » (établit et évalue les coûts) du budget public avec des paiements additionnels pour les régions, les formations sanitaires (FOSA) et les individus vulnérables (bonus d'équité) ;
- Les prestataires (de santé, d'éducation, etc.) ont une autonomie de gestion de la structure et sont tenus de répondre aux paquets de définis par le Gouvernement et par la demande des usagers ou communauté;
- L'équilibre des recettes et des dépenses doit être assuré, tout en fournissant des services de santé de qualité équitables, avec un personnel qualifié et motivé. Le cas contraire expose au non-renouvellement du contrat et à la faillite ;

- L'existence d'une agence de contractualisation et de vérification (ACV) pour négocier des contrats et faire le coaching des gestionnaires des structures, à travers l'utilisation du plan de business et de l'Outil indices. Le versement des subsides est effectué par une organisation différente ;
- Des Associations Locales (ASLO) sont recrutées pour assurer les intérêts du patient, au travers des enquêtes de satisfaction, et pour vérifier si les activités subventionnées ont bien eu lieu. Le marketing social est fait par les structures ;
- Versement des paiements ou des subventions en espèces pour des résultats (performance). Permettant le libre choix d'achat d'intrants auprès de distributeurs indépendants accrédités et en concurrence.
- La recherche des effets économiques multiplicateurs créant des emplois, en injectant directement des liquidités dans l'économie locale ;
- Élargissement du financement basé sur la performance à d'autres secteurs que la santé[8].

1.3 Les principes

Il s'articule autour de six points qui garantissent une application et une implémentation correcte de l'approche.

- **La connexion entre résultats et paiements** : Il sous-entend un lien logique entre le paiement et les résultats. Ainsi, le paiement se doit d'être proportionnel à la qualité et la quantité des soins (déterminés après vérification) en fonction du multiple déterminé de manière rationnel.
- **La Contractualisation** : L'OMS (2007) définit la contractualisation comme "un processus d'entente, sur un objet donné, entre différents acteurs et basée sur un contrat". Des arrangements contractuels ne sont envisageables sans contrat (sauf dans quelques rares cas) qui demeure l'élément central du processus si l'on souhaite formaliser la stratégie de contractualisation. Pour améliorer la performance des systèmes de santé, l'isolement entre leurs acteurs ou les partenaires du secteur n'était plus possible. La contractualisation ou l'approche contractuelle se propose justement comme un moyen susceptible d'organiser et de structurer les relations entre ces différents acteurs du système.[1]
- **L'autonomie de Gestion** : Il permet de fournir aux FOSA la liberté de maximiser les résultats dans leur contexte. L'autonomie de gestion des FOSA est comme une certaine liberté de décision : (i) dans l'utilisation des ressources ; (ii) dans la fixation des tarifs

pour la population ; (iii) dans l'approvisionnement en intrants ; (iv) dans la gestion du personnel y compris le recrutement. Toutefois, cette liberté de décision ne se résume pas en une indépendance. Avec plus d'autonomie, les FOSA en échange deviennent entièrement redevables en matière des résultats et de bonne utilisation des ressources et cela, selon des directives budgétaires en attendant un retour sur investissement[9].

- **La séparation des fonctions :** Dans les systèmes traditionnels les autorités gouvernementales jouent, en même temps, les rôles de régulateur, de prestataire et de distributeur de fonds. Un tel monopole du pouvoir ne produit pas des résultats transparents, en particulier lorsque les autorités de santé sont également mal rémunérées.[8]
- **L'équité :** Il n'est pas la responsabilité des prestataires individuels de financer des services gratuits pour les personnes pauvres. Cette responsabilité incombe au Gouvernement ou à d'autres partenaires grâce à un mécanisme de financement externe. Quel niveau d'équité doit être visé dans une société donnée est l'expression de la volonté politique d'aider les personnes vulnérables. Les ressources publiques limitées destinées aux éléments d'équité doivent cibler les vulnérables d'une manière efficiente (= équité) et ne devraient pas être distribuées indistinctement pour des groupes généraux de la population, comme les jeunes enfants dont les parents ne sont pas nécessairement pauvres (égalité).
- **La participation Communautaire.** Elle est canalisée à travers les enquêtes de vérification dans la communauté des prestations et de la satisfaction. Ces enquêtes sont réalisées à trois niveaux : au niveau de l'individu qui a bénéficié directement des services, au niveau de la communauté qui a bénéficiée des actions ou des services et au niveau de l'appréciation par la société civile[4].

L'approche de financement basé sur la performance est un cadre de réforme, qui propose un mécanisme de financement dans laquelle les buts visés sont l'atteinte de qualité, suivit de l'efficience et enfin de l'équité. La recherche des résultats prend en compte chacun de ces composantes. L'idéal étant l'atteinte des objectifs de qualité de manière efficiente et selon que les ressources le permettent avec équité.

- **La qualité** de prestation de services car sans qualité un centre de santé ou une école peut devenir plutôt un danger pour la santé publique ou une école de médiocratie ;
- **L'efficience** car les ressources publiques sont par essence limitées ;

- On cherche l'**équité** seulement quand les fonds publics permettent de rembourser les structures sociales pour des éléments de gratuité.

1.4 Les indicateurs PBF

Un indicateur est une mesure chiffrée, qui indique le degré de réalisation d'un objectif. Il souligne les progrès accomplis vers l'objectif fixé. Un indicateur doit être SMART.

- **Spécifique** : qualifie exactement ce qui doit être réalisé, où et par qui, et en quantifie l'atteinte.
- **Mesurable** : l'indicateur est chiffré, incontestable et reconnu comme tel par les acteurs.
- **Acceptable** : il est accepté par les acteurs et par les bénéficiaires
- **Réaliste** : énoncez les résultats réalisables, compte tenu des ressources disponibles (valides).
- **Temps opportun** : il a la possibilité d'être recueilli dans le temps imparti[4].

Ce mot dans le langage PBF, strictement parlant ne sont pas des indicateurs.

Indicateurs de qualité : Ils indiquent la qualité des soins, d'accueil et environnemental de l'hôpital

Indicateurs output : ils portent sur des interventions et des activités qui ont une efficacité ou une efficience (coût-efficacité) reconnue, établie par des preuves scientifiques. Ils correspondent aux priorités nationales de la politique du Ministère de Santé, et disposant d'un indicateur SMART applicable au niveau des soins désiré (PMA, PCA).

Indicateurs de processus : ils mesurent si les services et les inputs du programme sont fournis, tels que le nombre de réunions, les formations du personnel ou le nombre de rapports produits. Les indicateurs de processus sont seulement des mesures intermédiaires de ce qui permet d'atteindre les outputs, la qualité et l'impact.

Indicateurs d'impact : leur amélioration est importante à atteindre, ils sont la résultante des trois autres indicateurs (exemple : la mortalité intra hospitalière ou néonatale).[4]

2. AUTONOMIE ET GESTION HOSPITALIERE.

L'autonomie et la gestion hospitalière constituent des principes socle de l'approche PBF. Ils s'articulent autour des moyens pour mettre en œuvre des outils et méthodes permettant de piloter la performance des hôpitaux. Le PBF suppose la maîtrise des coûts, s'aide des comptabilités analytique et de gestion et repose sur le principe d'affectation par destination (tout objet de coût que l'on souhaite suivre et mesurer qu'il s'agisse d'un service ou d'une journée d'hospitalisation). Ainsi, les activités consomment des coûts et les produits consomment des activités. La méthode consiste donc à identifier les activités créatrices de

valeurs puis, les indicateurs de coûts qui déterminent pour chaque activité, le processus de consommation des ressources. Nous ne pouvons parler de financement basé sur la performance sans une gestion hospitalière respectant une certaine autonomie et une maîtrise des budgets.

2.1 Autonomie hospitalière

Le dictionnaire français définit l'autonomie comme la capacité à entreprendre des actions par soi-même en se donnant ses propres limites et règles de conduite. L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs ; et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale[10]. Le caractère social de l'hôpital, de par les fondements de la notion de service public, doit être géré selon des critères spécifiques pour permettre un accès à tous et contribuer à la cohésion sociale suivant les missions de mutabilité, d'égalité et de continuité. De ce fait, une définition aussi étroite de l'autonomie ne peut s'appliquer dans un hôpital.

L'autonomie hospitalière est l'expression d'une certaine liberté de décision dans l'utilisation des ressources, dans la fixation des tarifs pour la population, dans l'approvisionnement en intrants et dans la gestion du personnel y compris le recrutement. Toutefois, cette liberté de décision ne se résume pas en une indépendance[9].

2.1.1 Les dimensions de l'autonomie hospitalière

Ils font référence au degré de centralisation et à la gamme de décisions portant sur la gestion et les politiques des hôpitaux (la formulation des politiques et la mise en œuvre). Ils montrent le degré de prise de décisions décentralisée qui a lieu dans un hôpital et la faisabilité d'une telle prise de décisions pour chacune des fonctions administratives. L'autonomie doit s'exercer dans :

- *la gestion stratégique* : définition de la mission générale de l'hôpital, l'établissement d'objectifs stratégiques, la gestion du capital de l'hôpital, et la prise de responsabilité pour les politiques du fonctionnement de l'hôpital.
- *l'approvisionnement* : l'achat des médicaments, du stock médical et non-médical, et l'équipement hospitalier.
- *la gestion financière* : génération de ressources pour le fonctionnement de l'hôpital. La planification, la comptabilité, et l'allocation correcte de ces ressources.
- *la gestion des ressources humaines* : la formation et la gestion des diverses catégories du personnel hospitalier.

- *l'administration* : fait référence à toute autre responsabilité impliquée dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital ou dans l'exécution des fonctions définies par la déclaration de la mission de l'hôpital[9].

Toutefois, l'autonomie hospitalière nécessite une certaine maîtrise de la gestion budgétaire.

2.2 Gestion budgétaire

L'activité prévisionnelle à court terme prend le nom de « budget ». Et la gestion à court terme des ressources et des emplois prend le nom de « gestion budgétaire ». Le budget s'appréhende selon Bouquin (1997) comme « l'expression comptable et financière des plans d'action retenus pour que les objectifs visés et les moyens disponibles sur le court terme (l'année en général) convergent vers la réalisation des plans ». Le budget est dans son ensemble une simple prévision financière, il tient lieu de feuille de route.

La gestion budgétaire est donc une méthode de gestion prévisionnelle à court terme fondée sur l'évaluation des moyens à mettre à disposition des responsables pour atteindre les objectifs fixés, issus d'un plan stratégique global. Elle représente une véritable modélisation des activités de l'institution et inclut un processus de contrôle. Cette approche permet d'établir des prévisions, de confronter périodiquement ces prévisions aux réalisations, de mettre en évidence les écarts éventuels et de mener des actions correctives en vue de réduire les écarts entre prévisions et réalisation[11].

2.2.1 Les phases de gestion budgétaire.

La gestion budgétaire doit être envisagée comme un système d'aide à la décision et sa procédure s'articule autour de trois grands axes :

- **La prévision** : Elle consiste à prendre en compte certaines données historiques afin de mettre en œuvre un plan global du budget. Elle tient compte de l'objectif général de l'hôpital, des moyens mis à dispositions, de la participation effective du personnel (responsables) via le processus budgétaire.

La prévision se définit comme une attitude volontariste (politique de choix ou d'un engagement pour l'avenir), scientifique (statistique) et collective face à l'action future. C'est un plan d'activités permettant d'établir, pour la période considérée, un programme d'action, norme, en se basant sur de nombreuses simulations, des informations internes et externes. Les tâches des prévisions concernent l'idée de l'élaboration des objectifs, leur traduction en terme financiers et la définition des moyens à engager pour chaque objectif. La création des budgets affectés à chaque pôle d'activité. [12]

- **La budgétisation** : C'est une technique de gestion qui consiste à doter chaque centre de responsabilité de l'hôpital d'un budget évaluant, en termes monétaires les coûts de l'activité programmé à court ou moyen terme, sur le double plan des objectifs et des moyens. La budgétisation détaille le programme d'actions correspondant à la période d'activité prédéfinie, détermine l'affectation des ressources nécessaires aux unités concernées et organise les responsabilités au sein de la formation sanitaire. La budgétisation est liée à l'horizon de la planification, à l'objectif visé et aux moyens mis en œuvre. C'est l'exécution des plans.

Le budget en lui-même poursuit l'objectif de présenter une estimation réaliste des résultats probables en fonction des différentes hypothèses (évolution des ventes, investissement, productions etc.) retenues par la direction qui affecte les postes de charges et de revenus ; et de dresser un plan prévisionnel de l'exercice en fonction des options retenues dans le cadre budgétaire[12].

C'est un outil essentiel de gestion car :

- Elle indique les besoins financiers nécessaires pour mener à bien une activité
 - Elle exige la rigueur des programmes d'action (protocoles)
 - Elle permet le contrôle des recettes et surtout des dépenses
 - Elle attribue de fait les responsabilités.
- **Le contrôle de gestion** : c'est un moyen pour mettre en œuvre des outils et des méthodes permettant de piloter la performance hospitalière. Toutes fois, la multiplicité des parties prenantes au sein de l'hôpital ne limite pas cette notion aux seuls considérations financières. La performance y est multidimensionnelle.

Le contrôle est la comparaison permanente des résultats réels et des résultats prévisionnels figurant au budget. Il a pour but de vérifier que les ressources allouées ont été utilisées avec efficacité et efficience pour l'atteinte des objectifs prédéfinis. Il recherche les causes d'écarts, informe les différents niveaux hiérarchiques, prend des mesures correctives éventuellement nécessaires et apprécie l'activité des responsables budgétaires[12].

$$\text{Ecart} = \text{Réalisation (R)} - \text{Prévision (P)}$$

L'interprétation pour les charges est la suivante

Si R inférieur à P alors Ecart favorable ; si R supérieur à P alors Ecart défavorable

Pour les produits,

Si R inférieur à P alors Ecart défavorable ; si R supérieur à P alors Ecart favorable.

3. MISE EN ŒUVRE DU PBF EN AFRIQUE : LE CAMEROUN

Conceptualisé par ses promoteurs européens et/ou américains depuis l'aventure du Cambodge dans les années 90 à celui de la « success story » du Rwanda en 2002[1], le PBF est considérablement promu et financé par Health Results Innovation Trust Fund (HRITF). Une institution créée en 2007, parrainée par le gouvernement britannique et norvégien et gérée par la Banque Mondiale (BM)[13][14]. L'étude de Sambieni & Ridde[15] suggère que le PBF s'invite à la table du Benin et du Burkina Faso sur l'initiative de la BM et de l'agence belge de développement avec l'appui de ses experts/chercheurs européens et des pays d'Afrique subsaharienne. Ils se sont entourés de pionniers-es motivés-es, dotés de positions stratégiques dans l'administration et le ministère de la santé ; qui ont réfléchi et agi parfois par affrontement, confrontation et mobilisation. Les travaux de Sielenou Isidore[16] posent que la mise en place du PBF dans l'agenda national camerounais par exemple s'est construite à partir des rapports et événements identifiant l'absence d'une politique de financement de la santé adapté et par le biais de nombreuses formes d'influences (financières, conceptuelle, connaissances, réseaux) d'un groupe d'entrepreneur politique de la Banque Mondiale tout en s'appuyant sur des réformes en cours. Une manœuvre similaire a été observé au Mali[17] associé à un politique de diffusion agressive basé sur la fabrique d'experts africains. Selon l'analyse de JB Falise [18], les promoteurs les plus visibles du PBF sont la BM, l'ONG néerlandaise CORDAID et les personnes tels que les auteurs du manuel boîte à outils : Financement basé sur la performance[19]. L'infrastructure de diffusion du BPF est colossale, structuré et à peu d'égaux dans la santé globale[18]. Elle possède ses propres conférences (par exemple à Anvers en 2006 ou à Bujumbura en 2009), ses propres blogs, ainsi que des cours sur le FBP organisé par la firme de consultance Sina Health (dès 2007) et surtout, une communauté de pratique (CDP)¹ créée dès 2010. Les sommes en jeu, les enjeux de pouvoir (centraux en santé mondiale) et les conflits d'intérêts, de même que la personnalité des auteurs, ont participé à cette expansion. La BM finance tout ou en partie, peut-être avec la vision de mettre toute l'Afrique subsaharienne sous PBF. Mais dans quel but ?

Au Cameroun, le BPF s'invite dès 2006 dans le diocèse de Bertoua sous le projet de redynamisation des soins de santé à l'Est-Cameroun (REDSSEC) financé par Cordaid et Catholic Relief Services (CRS). En 2011, le gouvernement camerounais lance un projet pilote dans 26 districts de Santé de 4 régions du Pays (Littoral, Est, Nord-ouest et Sud-ouest) financé

¹ un groupe de personnes travaillant ensemble pour développer des solutions aux problèmes rencontrés dans leurs pratiques professionnelles[18]

par la Banque Mondiale sous le projet d'appui aux investissements dans le secteur de la santé (PAISS). en 2016, en faveur du projet de renforcement de la performance du système de santé (PRPSS) financé à la fois par l'état camerounais et la Banque Mondiale, le pays l'adopte comme stratégie pour atteindre la couverture santé universelle et les 3 régions du septentrion rejoignent le projet avec pour vision de s'étendre sur tout le territoire avant fin 2020. Le financement du projet a pris fin en décembre 2022 comme prévu et les autorités s'accordaient pour dire que la fin des accords ne signifiait pas la fin du système. Car, utilisé comme cheval de troie dans l'agenda de la couverture santé universelle (CSU). Ainsi, la première phase de la CSU fut lancée le 12 avril 2023 dans la commune de Mandjou à Bertoua Est-Cameroun et 1.415.265 personnes bénéficiaient déjà de ses avantages 6 mois plus tard[20].

Toute stratégie de réforme de la santé n'est pas sans déficit. Dès les prémices du PBF, les résultats étaient jugés encourageants ou décevants, selon les choix de conception et les caractéristiques du contexte dans lequel il était introduit. Les effets positifs ont diminué avec le temps, en raison des défis liés à la mise en œuvre du programme. Principalement dû aux retards de paiement du FBP et les limites de l'autonomie. On notait entre autre la faiblesse des infrastructures, les processus administratif rigides, l'attitude des prestataires privilégiant les services où la demande était moins substantiels[21]. D'autres parts, l'incompréhension de l'approche par les agents de santé, le manque de communication et de travail d'équipe entre les acteurs, la dépendance des FOSA aux incitations financières, la légèreté dans le respect des principes du PBF sont aussi à prendre en compte. Cependant le défi majeur restait la soutenabilité du concept dans le temps. En effet, l'application des instruments du PBF bien que techniques passe par des réformes politiques sensibles tels que la refonte et la transformation des administrations avec lois et prérogatives succinctes, l'ajustement des cadres budgétaires des finances publiques[20]. Vu les objectifs visés de l'Etat pour la CSU à travers le PBF, les mêmes causes conduisant aux mêmes effets, il serait idoine pour les politiques de consolider les perspectives en mobilisant des experts pour repenser le Système de santé et transformer les administrations après des recherches solides. De plus, en gage d'une autonomie des FOSA responsables, des notions de gestion et de management devrait, à court terme, entrer dans le processus de formation du personnel de santé.

CONCLUSION.

L'organisation conceptuelle de l'approche PBF structure le processus et les prérequis nécessaires à son implémentation. Elle met un accent sur la nécessité d'une autonomie de gestion et de grandes aptitudes en gestion (budgétisation). Des lacunes subsistent pour comprendre pourquoi et par quels mécanismes le FBP atteint (ou pas) les résultats escomptés. Cependant, la mise en œuvre rencontre beaucoup d'interactions entre les habitudes locales de gestion, les valeurs sociaux culturels des populations et le système sanitaire des pays. Une approche nouvelle prenant en compte l'ensemble des valeurs sociales de l'environnement économique et politique adapté à chaque pays pourrait favoriser une meilleure implémentation et acceptabilité de ces concepts. Une refonte complète des systèmes de santé existants serait un atout car, permettrait une rupture avec les usages antérieurs, une élaboration consensuelle de nouvelles bases en adéquations avec le tissu social, culturel et géographique et une meilleure harmonisation des politiques de santé.

Bibliographie

- [1] Mayaka Manitu Serge. « Le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe : cas de la République Démocratique du Congo » 2015:63-8. <https://core.ac.uk/download/pdf/34090403.pdf> (consulté le 13 septembre 2021).
- [2] Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: Mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Serv Res 2013;13:1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-367/TABLES/1>.
- [3] De Walque D, Robyn PJ, Saidou H, Sorgho G, Steenland M. Looking into the performance-based financing black box: evidence from an impact evaluation in the health sector in Cameroon. Health Policy Plan 2021;36:835-47. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZAB002>.
- [4] Robert Soeters, Freddy BATUNDI, Michel BOSSUYT, Moussoume EKOUANGUE, Harmelle ENAME, Bwanga ENANDJOU, Gyuri FRITSCHÉ, Christian HABINEZA, Jean Baptiste HABIGUHIRWA, Sosthène HICUBURUNDI, Célestin KIMANUKA, Frank van de LOOIJ, Philémon MBESSAN, Annick MONDJO, Sylvain MUN MZ. Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments Guide de cours avec 17 modules PBF en action Théorie et Instruments 2017;17194.
- [5] C.Ngah M, Essi M-J, Bela AC, Honoré T, Soeters R. Financement Basé sur la Performance et Indicateurs de Santé Infantile: Cas du District de Santé de Messamena _ Cameroun. J Med Heal Sci 2018;19.
- [6] Mayaka Manitu S, Meessen B, Muvudi Lushimba M, Macq J. The debate concerning performance-based financing in Africa south of the Sahara: Analysis of the nature. Sante Publique (Paris) 2015;27:117-28. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0117>.
- [7] Etienne S, Jean Baptiste H, Christian H, Anne C, Elsbet L. Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche PBF 2008. <http://www.bibalex.org/search4dev/files/342022/175688.pdf> (consulté le 10 octobre 2022).
- [8] Sina health. Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments 2019. <http://www.sina-health.com/wp-content/uploads/LivrePBFSantEducSINATheorieMeilPratV021219.pdf> (consulté le 13 septembre 2021).

- [9] Patrice Ngouadjio PK, Zang OR, Mbunya S, Simo F, Mounpe I. Leçons de terrain : L'importance de l'autonomie dans le Financement Basé sur les Performances s. d. https://doi.org/http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2008/06/04/000333037_20080605000843/Rendered/PDF/426430PAD0P1041ly10IDA1r20081018111.pdf.
- [10] OMS. SEMINAIRE SUR LE ROLE DE L 'HOPITAL DANS LE PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE 1963. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208603/WPRO_0088_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 7 décembre 2022).
- [11] Berland N. L'HISTOIRE DU CONTROLE BUDGETAIRE EN FRANCE Les fonctions du contrôle budgétaire, influences de l'idéologie, de l'environnement et du management stratégique 1999.
- [12] KENAOUI A, SMAH L. La gestion budgétaire au sein des établissements publics à caractère industriel et commercial Cas : Algérienne Des Eaux de Tizi-Ouzou 2017.
- [13] Renmans D, Holvoet N, Orach CG, Criel B. Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Plan* 2016;31:1297-309. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZW045>.
- [14] Paola Bertone M, Falisse JB, Russo G, Witter S. Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLoS One* 2018;13:e0195301. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0195301>.
- [15] Sambieni E, Ridde V. 3. L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso 2021.
- [16] Sieleunou I. Le financement basé sur la performance au Cameroun : analyse de son émergence, sa mise en œuvre et ses effets sur la disponibilité des médicaments essentiels 2021.
- [17] GAUTIER L, COULIBALY A, ALLEGRI M DE, RIDDE V. La diffusion politique du financement basé sur les résultats au Mali – Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? 2019. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/la-diffusion-politique-du-financement-base-sur-les-resultats-au-mali/> (consulté le 3 octobre 2022).
- [18] Jean-Benoît F. Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi | Cairn.info 2019. <https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2019-4-page-83.htm> (consulté le 9 octobre 2022).

- [19] György Bèla Fritsche, Robert Soeters, Bruno Meessen. Boîte à outils : financement basé sur la performance FBP 2014:63. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/17194/9782326000728.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consulté le 13 septembre 2021).
- [20] Minsanté. (1) Système de santé au... - Ministère de la Santé Publique du Cameroun | Facebook s. d. <https://www.facebook.com/MINSANTE.PageOfficielle/posts/systeme-de-santé-au-cameroun-la-qualité-des-soins-évaluéeune-session-dévaluation/4732685186746922/> (consulté le 29 août 2024).
- [21] De Allegri M, Bertone MP, McMahon S, Chare IM, Robyn PJ. Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Glob Heal* 2018;3:e000693. <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2017-000693>.