

ATELIER DE RESTITUTION DES RESULTATS DE LA
RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LE PBF
COMMUNAUTAIRE REALISEE PAR LE DEPARTEMENT DE
SANTE PUBLIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES DE L'UNIVERSITE DE
YAOUNDE I

RAPPORT

Présenté par : MGBA Etienne
Responsable PBF communautaire/RPBFMP

Mai 2012

Table des matières

Table des matières	2
Liste des abréviations	3
1. / Introduction	4
2. / Objectifs de l'atelier	4
3. / Organisation	4
4. / Agenda de l'atelier	5
5. / Les participants	5
6. / Cérémonie d'ouverture	6
7. / Situation actuelle du PBF au Cameroun	6
8. / Restitution des la recherche	8
8. I. Introduction : Information de base et objectif de l'étude	8
8. II. Objectifs de l'étude	9
8. II.1 Objectif général	9
8. II.2 Objectifs spécifique de l'étude	9
8. II.3 Méthodologie	9
8. II.3.1 Phase préparatoire	10
8. II.3.2 Enquête pilote	10
8. II.3.3 Considération éthique	10
8. II.3.4 Lieux, choix des sites et répondants, types et durée de l'étude	10
8. II.3.5 Procédures de l'étude	10
8. II.3.6 Gestion et analyse des données de l'étude	13
8. III. Résultats de l'étude	14
8. IV. Conclusions et recommandations	17
8. IV.1 Conclusion	17
8. IV.2 Recommandations	18
9. / Discussions	21
10. / Cérémonie de clôture	21

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAP : Agence d'Achat des Performances
AEDES : Agence Européenne pour le Développement Et la Santé
AG : Assemblée Générale
ARC : Agent Relais Communautaire
BE : Bureau Exécutif
CDS : Coordination Diocésaine de la Santé
CG : Conseil de Gestion
CNE : Comité National d'Ethique du Cameroun
CODAS-Caritas : Comité Diocésain des Activités Socio-Caritatives
COGE : Comité de Gestion
COGEDI : Comité de Gestion de District
COGEHD : Comité de Gestion d'Hôpital de District
COSA : Comité de Santé
COSADI : Comité de Santé de District
CRS : Catholic Relief Services
CSC : Centre de Santé Catholique
CSI : Centre de Santé Intégré
CSSD : Chef Service Santé de District
DSP : Département de Santé Publique
DREB/EST : Délégation Régionale de l'Education de Base pour l'Est
DRES/EST : Délégation Régionale des Enseignements Secondaires pour l'Est
DRSP/EST : Délégation Régionale de la Santé Publique pour l'Est
FBP : Financement Basé sur la Performance
FOSA : Formation Sanitaire
FMSB : Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales
GIC : Groupe d'Initiative Commune
IEC : Information Education Communication
MILDA : Moustiquaire Imprégné à Longue Durée d'Action
MINATD : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
OBC : Organisation à Base Communautaire
PAISS : Projet d'Appui aux Investissements Secteur de la Santé
PBF : Performance Based Financing
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
REDSSEC : Redynamisation des Soins de Santé à l'Est Cameroun
SD : Structure de Dialogue
SSD : Service de Santé de District
SWAp : Approche Sectorielle Harmonisée

1. / INTRODUCTION

Dans la grande salle de conférence de l'hôtel CHRISTIANA à Bertoua et le 29 du mois de Mai 2012, s'est tenu l'atelier de restitution de la recherche opérationnelle sur le PBF communautaire. La recherche sur le PBF communautaire s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet Réseau PBF Multi-Pays au Cameroun. Le projet Réseau PBF Multi-Pays a pour objectif d'améliorer le fonctionnement du secteur de la santé par un échange actif des différentes expériences dans le domaine du PBF de même que la recherche.

Sachant que la participation communautaire est le maillon faible de notre système de santé, le PBF communautaire semble être une solution idoine pour booster celle-ci. Ceci explique l'importance accordée à la recherche opérationnelle faite par le CODAS-Caritas et le Département de Santé Publique de la FMSBM de l'Université de Yaoundé I. Organisé par le CODAS-Caritas de Batouri en collaboration avec la Délégation Régionale de la Santé Publique pour l'Est, ledit atelier avait pour but de présenter au grand public et particulièrement aux principaux acteurs de la santé et de l'éducation les résultats de cette recherche afin de garantir le succès du projet d'extension du PBF dans le domaine de la santé et le projet PBF éducation dans le diocèse de Batouri. Cet atelier a été présidé par le Dr BIDJANG Robert Mathurin Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est en présence de :

- Mgr Faustin AMBASSA NDJODO, évêque de Batouri et Répondant Juridique du projet ;
- M. ENANDJOUR BWANGA coordinateur du PAISS, représentant du Ministre de la Santé Publique ;
- M. le Délégué Régional des Enseignements Secondaires/Est ;
- M. le Délégué Régional de l'Education de Base/Est.

2. / OBJECTIFS DE L'ATELIER

L'atelier de restitution des résultats de la recherche sur la PBF communautaire s'est attelé sur les points suivants :

1. Existence et le niveau de fonctionnalité des COSA et COSADI dans les Districts de Santé de la Région de l'Est-Cameroun ;
2. Existence et le niveau de fonctionnalité des Conseils de Gestion auprès des formations sanitaires Catholiques sous contrat de performance avec le projet REDSSEC ;
3. Causes de la non existence et/ou de la non fonctionnalité des COSA et des CG ;
4. Stratégies devant aider à rendre fonctionnels les structures de dialogue afin de leur permettre de participer efficacement à la mise en œuvre du projet d'extension du PBF comme prestataires des services de santé à base communautaire ;
5. Discussions autour des stratégies pour le renforcement de la participation communautaire en matière des soins de santé en général et du PBF en particulier.

3. / ORGANISATION

L'organisation de cet atelier a été assurée par la Délégation Régionale de la Santé Publique pour l'Est et l'équipe de mise en œuvre du projet constituée par :

Mgr. Faustin AMBASSA NDJODO évêque de Batouri et répondant juridique ;
M. MANDENG Coordinateur adjoint du CODAS-Caritas et du projet ;
Dr. TSAFACK Jean Pierre Coordinateur du projet ;
M. MOUSSOUME EKOANGUE Expert en Contractualisation ;

4. / AGENDA DE L'ATELIER

Heures	Thèmes	Responsable
08h30	Arrivée et installation des participants	EC
08h45	Arrivée de M. le DRSP et de Mgr Faustin	Coordinateur CODASC
08h50	Hymne national	Coordinateur projet
09h00	Prière d'ouverture	Mgr Faustin
09h10	Mot d'ouverture officielle de l'atelier	DRSP
09h30	Situation actuelle du PBF au Cameroun	Coordinateur PAISS
09h40	Présentation1 : Introduction et objectif de l'étude	Prof Kuaban/Dr Njournemi
	Pause café	Secrétaire/Comptable
10h10	Présentation2 : Méthodologie de l'étude	Prof Kuaban/Dr Njournemi
10h40	Présentation3 : Résultats de l'étude	Prof Kuaban/Dr Njournemi
11h10	Présentation4 : Conclusion et recommandation	Prof Kuaban/Dr Njournemi
12h10	Discussions	DRSP
13h10	Discours de clôture	DRSP
13h20	Mot de remerciement et Prière de clôture	Mgr Faustin
13h30	Cocktail et fin de l'atelier	Secrétaire/Comptable

5. / LES PARTICIPANTS

L'atelier a été animé par 50 participants représentant l'Eglise, l'Etat et les organisations de la société civile.

N°	Noms et Prénoms	Structure et fonction
1	Dr BIDJANG Robert Mathurin	Délégué Régional de la Santé Publique /EST
2	Mgr Faustin AMBASSA NDJODO	Evêque diocèse Batouri
3	M. ENANDJOUR BWANGA	Coordinateur PAISS
4	M. MEYENG Félix	Délégué Régional Education de Base/EST
5	M. AMBANI NOMO	Représentant DREC/EST (SDAG)
6	Dr NJOURNEMI Zakariaou	DSP/FMSBM/UYI
7	Dr NGEUFACK TSAGUE	DSP/FMSBM/UYI
8	MABONGO Daniel	FMSBM/UYI
9	Dr TSAFACK Jean Pierre	RPBFMP
10	Dr DONFACK MBASSO	CSSD Yokadouma
11	Dr WASSEP TINDA	CSSD Nguélemendouka
12	Dr DJEUGABENG Fabien	CSSD Messamena
13	Dr SAAGOUYEM Bernard	CSSD Mbang
14	Dr DZUDJO Pierre	CSSD Garou-Boulai
15	Dr NGON A YOMBO	CSSD Lomié
16	Dr MABOULI NKOMON Floribert	CSSD Kétté
17	Dr MEBOUINZ Daniel	CSSD Batouri
18	Dr NOUPOUE Joseph	CSSD Abong-Mbang
19	Dr BAYIHA Christian	CSSD Doumé
20	Dr TEDJOUKA Etienne	CSSD Bertoua
21	Dr TCHEUMAGA Sylvain	CSSD Moloundou
22	Dr ESSINDI MBIDA Jean Pierre	CSSD Bétaré-Oya
23	M. AYISSI NOUBOSSE Isidore	CSD Batouri
24	M. MBO'OH MBASSAGA Justin	CDS Yokadouma
25	M. BOYOGUENO Louis de Gonzague	Point Focal PBF/EST
26	M. SANEMEGO	DRSP/PF R.R.SD

27	Rev ELOMO Emmanuel	SEDUC/Diocèse Batouri
28	KOUMA Charles	Comptable SEDUC Batouri/PBF éducation
29	M. ESSONO NZOUE Jean	C.B.A.G Bétaré-Oya
30	M. TIOTSIA RENE	Collège Bary/PBF éducation
31	M. EMO Mathieu	DDES Kadey/PBF éducation
32	M. ONDOUA René	APD SEDUC Batouri/PBF éducation
33	Mme EBENDE Cécile	Collège Bary/PBF éducation
34	Rev Sœur Jean Gabriel HOARAU	Collège Bary/PBF éducation
35	M.ETOUNDI NKOU	DREB/IC-BL/PBF éducation
36	AMANG Denis	CRTV/Journaliste
37	Mme LUM Presilia	CRTV/Journaliste
38	MEKOK Martin	L'ACTION/Journaliste
39	NTSAMA Martin Crépin	CANAL2/Journaliste
40	AKORBONGO	CANAL2
41	TIGNANG M. Roméo	DIKALO/ Reporter
42	KOUMAI KISITO	ARIANE TV
43	NTI Bertrand	ARIANE TV
44	KENMOGNE	STV
45	Mme MVOE Michèle	CFHMB
46	M. MOUSSOUME EKOANGUE	RPBFMP
47	M.NGONSI Benoit	Vérificateur/REDSSEC
48	M.NIEPOUYOI DOMINIQUE	RPBFMP
49	Mme EKEMEYONG Epse ONANA	REDSSEC
50	M. MGBA Etienne	RPBFMP

Nous pouvons signaler la présence effective de 13 CSSD sur les 14 que compte la Région de l'Est.

6. / CEREMONIE D'OUVERTURE

La cérémonie d'ouverture a été ponctuée par une prière dite par Mgr. Faustin AMBASSA NDJODO évêque de Batouri et de l'allocution de M. le Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est.

Dans son mot d'ouverture M. le DRSP/EST après avoir souhaité la bienvenue à tous les participants a dit que cet atelier était une traduction concrète de la collaboration MINSANTE- Cordaid et le CODAS-Caritas de Batouri dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé pour atteindre les OMD. Il a demandé que tous soit attentifs et participent au débat afin de sortir de la salle avec des recommandations pertinentes. Il a réitéré que la participation communautaire était une priorité de la feuille de route du MINSANTE.

7. / SITUATION ACTUELLE DU PBF AU CAMEROUN

Après avoir salué à sa juste valeur l'initiative du CODAS-Caritas de Batouri en collaboration avec le DSP/FMSBM de l'Université de Yaoundé I, M. ENANDJOUR BWANGA coordinateur du PAISS (Projet d'Appui aux Investissements Secteur de la Santé) représentant de M. le Ministre de la Santé a présenté de façon exhaustive la situation du PBF au Cameroun.

Le rappel historique partira de la définition du PBF comme une stratégie de financement de la santé qui vise à accroître la quantité et la qualité des services offerts aux populations à travers un contrat de performance jusqu'à l'expérience pilote du Diocèse de Batouri.

La volonté politique, la disponibilité de l'expertise nationale et du financement constituent les atouts du Cameroun

Situation actuelle se résume dans les quatre points ci-dessous à savoir :

- Accord de crédit IDA: 25 million de dollars sur 5 ans
- Projet pilote sur 4 Régions: Nord-Ouest, Sud-ouest, Littoral et Est
- 4 DS dans 3 Régions (Nord-Ouest, Sud-ouest, Littoral)
- Tous les 14 DS de la Région de l'Est (Extension du projet REDSSEC)

Objectif du PAISS:

- Améliorer en quantité et en qualité les services de santé offerts aux populations avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5) et la lutte contre la maladie
- Structuration: deux composantes, a) prestation de service au niveau du DS 80% du financement, b) appui institutionnel 20% du financement
- Stratégie de mise en œuvre:
 - o Restructuration du projet, elle a été achevée en 2011;
 - o Création d'une AAP au sein du FSPS-Littoral;
 - o Recrutement des ONG internationales pour jouer le rôle des AAP dans les 3 autres Régions

Autres initiatives

Introduction du PBF dans les Formations Sanitaires Catholiques de la Région de l'Extrême-Nord avec le financement de Cordaid.

Introduction du PBF dans le secteur de l'Education dans 16 établissements publics et privés dans le Diocèse de Batouri avec le financement de Cordaid.

LITTORAL

Démarrage en février 2011, 55 contrats déjà signés avec les FOSA;

Près de 80 millions de subsides payés au FOSA;

Le processus se poursuit normalement;

Les résultats sont encourageants et un film de 13 minutes a été réalisé en février 2012.

NORD-OUEST

Contrat signé avec AEDES le 15 décembre 2011;

AAP installée;

Lancement officiel du processus a eu lieu le 14 février 2011;

Formation des formateurs achevée;

Signature de 50 contrats avec les FOSA en cours;

Collecte d'information pour les études de base achevée.

SUD-OUEST

Contrat signé avec AEDES le 15 décembre 2011;

AAP installée;

Lancement officiel du processus a eu lieu le 14 avril 2011;

Formation des formateurs en cours;

Signature des contrats avec les FOSA envisagée pour fin juin 2012;

Collecte d'information pour les études de base en cours.

EST

Accord sur contrat de prestation de service avec Cordaid.

Processus de signature de contrat en cours.

Lancement officiel du processus PBF d'ici fin juin 2012.

Entrée en fonctionnement de l'AAP en juillet 2012 sur l'ensemble des DS de la Région.

CONCLUSION

Il a été relevé que le processus de recrutement des ONG internationales est très long. Cependant le PAISS est sur la voie du progrès ce reconforte les populations qui attendent avec beaucoup d'espoir.

L'année 2012 est consacrée au suivi et à l'exécution des contrats et la préparation de l'évaluation de l'impact du PBF dans la perspective de passer à échelle.

8. / RESTITUTION DE LA RECHERCHE

La restitution a été faite par l'équipe du Pr KUABAN, chef de département de santé publique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I, constituée de :

- Dr DJOUMEMI, Economiste de Santé, Co-investigateur ;
- Dr NGUEFACK, Biostatisticien, Co-investigateur
- M. MABONGO, étudiant en médecine, enquêteur

I. INTRODUCTION: INFORMATIONS DE BASE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Système de santé et structures de dialogue

Décret no. 95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des services de santé de base en districts stipule que les COSA et COGE font partie des organes du district de santé, mais sans préciser leurs fonctions ni leur statut juridique.

Fonctionnement du COSA et COGE:

COSA et COGE fonctionnent sur la base des statuts et règlements intérieurs adoptés en assemblée générale.

Standard réglementaire largement en vigueur: chaque COSA doit se réunir deux fois l'an soit une fois par semestre, avec éventuellement une réunion extraordinaire par an et chaque COGE doit se réunir tous les mois soit 12 fois par an ou une fois par mois.

PBF au niveau Communautaire

Définition financement de la santé:

Financement de la santé: collecte des fonds auprès de différentes sources (gouvernements, ménages, entreprises, donateurs, etc.), leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par des prestataires publics et privés de soins et services de santé.

PBF/FBR/P4P: Stratégie de financement de services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité des soins/services préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers l'achat des soins/services de santé.

L'achat des soins/services de santé est effectué sur la base d'un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui vend les soins/services (vendeur = prestataire).

FBP communautaire s'inscrit dans la stratégie de décentralisation du système de santé (émanation des décrets d'application de la loi d'orientation sur la décentralisation de 2004)

Arrête No. 2010/3702/A/MINSANTE/CAB du 09.09.2010 portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice de compétences transférées par l'Etat aux collectivités locales décentralisées ou communes en matière de santé publique (infrastructure, équipements et gestion des formations sanitaires)

Décentralisation du système de santé: un maillon essentiel de l'organisation de l'accès aux soins garantissant la participation active de la population et la disponibilité des services et soins primaires au niveau communautaire.

Autonomie juridique et financière assurée par la réglementation pour garantir une gestion autonome et l'implication de la société civile dans les décisions au niveau décentralisé.

Participation de la société civile reposant sur les structures de dialogue, qui doivent être renforcées dans le cadre du programme FBP communautaire.

FBP dans le projet 'Redynamisation des Soins de Santé à l'Est Cameroun (REDSSEC)' effectivement commencé en août 2006 par 4 centres de santé catholiques dans le but de remplacer progressivement le financement classique par input.

COSA: acteur principal de mise en œuvre du PBF communautaire au niveau de l'aire de santé.

Le COSA semble ne pas fonctionner dans les aires de santé des districts sanitaires de la Région de l'Est Cameroun.

La mise en œuvre du FBP communautaire par le projet REDSSEC a pallié à l'absence de COSA en mettant en place des Conseils de Gestion (CG) auprès de formations sanitaires catholiques.

Les CG ont pour but principal de participer à la mise en œuvre du FBP communautaire par la discussion et validation du plan d'affaires de la structure de santé.

Fort de ce constat, cette recherche opérationnelle visait de faire une analyse profonde du fonctionnement des COSA et de celui des CG et d'en tirer les leçons pour mieux les préparer à intervenir efficacement dans la mise en œuvre du projet d'extension du FBP communautaire sous le financement du Ministère de la Santé Publique et de la Banque Mondiale comme prestataire de services de santé à base communautaire au Cameroun.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général était d'une part d'établir l'état des lieux du fonctionnement des COSA et de celui des CG et d'autre part d'en tirer les leçons pour le passage à l'échelle du projet FBP pour la prestation de services à base communautaire sous le financement du Ministère de la Santé Publique et de la Banque Mondiale.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DE L'ETUDE

Evaluer l'existence et le niveau de fonctionnalité des COSA dans les districts de santé de la région de l'Est-Cameroun ;

Evaluer l'existence et le niveau de fonctionnalité des Conseils de Gestion auprès des formations sanitaires catholiques sous contrat de performance avec le projet REDSSEC ;

Déterminer les causes du non existence et/ou du non fonctionnalité des COSA et des CG ;

Décrire les adaptations nécessaires du programme FBP actuel à fin de développer un réel programme de FBP communautaire ;

Identifier les stratégies devant aider à rendre fonctionnels les COSA afin de leur permettre de participer efficacement à la mise en œuvre du projet d'extension du FBP comme prestataires des services de santé à base communautaire ;

Vulgariser ces stratégies auprès des autorités régionales de l'Est-Cameroun pour le renforcement de la participation communautaire en matière des soins de santé ;

Rédiger le cas échéant un article scientifique sur la base des données de l'étude.

II. 3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

II.3.1 Phase préparatoire de l'étude

Élaboration des instruments de collecte des données

Nomenclature du questionnaire individuel SD, RC et FOSA

Screening, recrutement et formation des agents enquêteurs

30 potentiels agents enquêteurs recrutés sur la base de leur qualification, expériences d'enquêtes et appartenance à la zone géoculturelle de l'Est du Cameroun;

Un atelier de formation des agents enquêteurs tenu du 5 au 6 septembre 2011 à l'Hôtel la Résidence à Yaoundé avec la participation de tous les potentiels enquêteurs présélectionnés.

Les détails de cette formation sont disponibles dans le rapport de l'atelier de formation des enquêteurs.

II.3.2 ENQUETE PILOTE

Une enquête pilote pour le pré-test des instruments de collecte des données réalisée du 11 au 16 Septembre 2011 dans le district de Mbang.

Le district de Mbang compte environ une population estimée à 49332 habitants.

Une équipe de recherche composée des deux (02) co-investigateurs principaux et quatre (04) agents de collecte de données avait effectué la mission.

II.3.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES

Préalablement à la phase de collecte, une clearance éthique sous le numéro : 247/CNE/SE/2011 était obtenue auprès du Comité National d'Éthique du Cameroun.

La participation à cette recherche était volontaire et gratuite. Les informations fournies étaient anonymes et confidentielles.

Le libre consentement était requis avant le début effectif de chaque interview.

Une lettre d'information administrative était adressée aux autorités compétentes (Ministère de la santé).

II.3.4 LIEU, CHOIX DES SITES ET REpondANTS, TYPE ET DUREE DE L'ETUDE

Lieu de l'étude:

Etude conduite dans la région de l'Est du Cameroun et plus précisément dans les 4 des 8 districts de santé que couvre le projet REDSSEC.

Carte de la région de l'Est du Cameroun

Districts, aires de santé, formations sanitaires et populations de la zone couverte par le projet REDSSEC

Choix des sites de l'étude

Choix des sites de l'étude fait selon la méthode probabiliste stratifiée à trois degrés respectifs de stratification: districts de santé, aires de santé, et communautés.

Répondants de l'étude

Les répondants de l'étude étaient constitués des membres des COSA, CG, COGE, COSADI, COGEDI, COGEHD, les responsables des formations sanitaires, agents relais communautaire, chefs de village/communauté leaders communautaires, Membres des organisations à base communautaire ; Population générale pour les FGDs.

Le choix des répondants de l'étude s'est fait de manière aléatoire dans tous les sites de l'étude

Type de l'étude

Etude transversale descriptive utilisant une combinaison d'enquête quantitative et qualitative.

Durée de l'étude

- ◆ 6 mois de septembre 2011 à février 2012.
- ◆ Phase préparatoire: septembre à mi-octobre 2011.
- ◆ Collecte des données: du 17 au 27 octobre 2011.
- ◆ Analyse des données quantitatives et qualitatives ainsi que la rédaction du rapport final: novembre 2011 à février 2012.

II.3.5 PROCEDURES DE L'ETUDE

Les procédures de l'étude avaient consisté à réaliser trois types d'enquête auprès des différents groupes cibles enquêtés par questionnaire, guide d'interview approfondie et par discussion de groupes ou Focus Group Discussion (FGD)

Informations sur l'existence des COSA et CG au niveau de l'aire de santé.

COSA ou le CG existait si l'un ou plusieurs des critères suivants était/étaient satisfait(s) :

Disponibilité d'un procès verbal de l'assemblée générale constitutive du COSA ou du CG ;

Disponibilité des statuts et/ou règlements intérieurs du COSA ou du CG ;

Disponibilité d'un récépissé de déclaration d'association au nom du COSA ou du CG conformément à la loi no 90/053 du 19 décembre 1990 sur la liberté d'association au Cameroun ;

Disponibilité et présence physique des membres du bureau exécutif du COSA ou du CG au niveau de l'aire de santé ;

Existence d'un COGE issu du COSA auprès du CSI de l'aire de santé ;

Disponibilité et présence physique des membres du bureau de COGE au niveau de l'aire de santé.

Description des causes du non existence du COSA et du CG au niveau de l'aire de santé

- ◆ Manque d'esprit d'association communautaire ;
- ◆ Insuffisance d'IEC/CCC sur le COSA ;
- ◆ Méconnaissance de l'importance communautaire du COSA ;
- ◆ Non convocation de l'assemblée générale constitutive du COSA ;
- ◆ Manque du guide 'standard' de création du COSA ;
- ◆ Manque de culture et habitudes d'associations par la population;
- ◆ Non appropriation du COSA par la population ;
- ◆ Sentiments de méfiance entre communautés ;
- ◆ Insuffisance du leadership associatif ;
- ◆ Autorisation de l'existence légale par le MINATD vs le MINSANTE ;
- ◆ Autres (à préciser), etc.

Evaluation de la fonctionnalité des COSA et CG au niveau de l'aire de santé

- ◆ Disponibilité du plan d'action budgétisé ou non du COSA ou du CG ;
- ◆ Disponibilité du rapport annuel d'activités du COSA ou du CG ;
- ◆ Tenue des réunions statutaires de l'assemblée générale du COSA ou du CG ;
- ◆ Comptes rendus des réunions statutaires de l'assemblée générale du COSA ou du CG ;
- ◆ Tenue des réunions statutaires du bureau exécutif du COSA ou du CG ;
- ◆ Comptes rendus des réunions statutaires du bureau exécutif du COSA ou du CG ;
- ◆ Procès verbaux des délibérations et décisions de l'assemblée générale du COSA ou du CG ;
- ◆ Rapports, budgets, comptes, bilans et autres documents validés par l'assemblée générale du COSA ou du CG ;
- ◆ Comptes rendus de mobilisations communautaires d'IEC/CCC d'interface communautés/CSI ;
- ◆ Rapports de participation communautaire impulsée par le COSA ou le CG pour les activités de l'aire de santé.

Description des causes du non fonctionnalité du COSA et du CG au niveau de l'aire de santé.

Causes liées au mode du choix des membres des COSA et CG :

- ◆ Non et/ou sous représentativité des membres élus du COSA et CG représentants des quartiers/blocs/villages de la communauté de l'aire de santé ;
- ◆ Non/sous et/ou sur représentativité des membres de droit du COSA et CG ;
- ◆ Sur représentativité des membres cooptés du COSA et CG,
- ◆ Non/sous et/ou sur représentativité des membres d'honneur ;
- ◆ Cooptation des membres exécutifs du COSA et CG, le président en particulier ;
- ◆ Imposition des amis, frères, sœurs et parents comme membres du bureau exécutif du COSA et CG ;
- ◆ Non respect du délai de renouvellement du bureau exécutif et de l'équipe dirigeante du COSA et CG ;
- ◆ Prédominance du choix non démocratique des membres du bureau exécutif des COSA et CG ;
- ◆ Autres causes (à préciser)

Causes liées à la gouvernance du COSA et CG

- ◆ Méconnaissance des rôles et fonctions du COSA et du CG dans la communauté ;
- ◆ Résignation des membres de la communauté face aux confiscations du COSA et CG par les représentants de la FOSA dans la prise de décision ;
- ◆ Mauvaise gouvernance du COSA et du CG ;
- ◆ Manque de responsabilités et l'obligation de rendre compte des membres du COSA et CG devant la communauté ;
- ◆ Manque de promotion et vulgarisation des statuts et règlements intérieurs des COSA et CG au sein de la population ;
- ◆ Ignorance des statuts et règlements intérieurs par les dirigeants du COSA et du CG ;

Causes liées à la gouvernance du COSA et CG

- ◆ Manque de suivi-évaluation des COSA et CG dans l'aire de santé par la population et les ministères de tutelle ;
- ◆ Manque de visibilité physique du COSA et CG en dehors de l'enceinte de la formation sanitaire ;
- ◆ Non maîtrise par les membres de la mission, rôle et fonctions du COSA et CG ;
- ◆ Manque de participation et voix de la population à travers le COSA et le CG aux activités des formations sanitaires dans l'aire de santé ;
- ◆ Conflit d'intérêts des membres du COSA et CG dans l'aire de santé ;
- ◆ Conflit de leadership et refus de respecter les directives de la hiérarchie par les COSA et CG ;
- ◆ Autres causes (à préciser)

Causes liées au manque des incitations/motivations des membres des COSA et CG

- ◆ Manque de financement viable du COSA et CG pour assurer le fonctionnement ;
- ◆ Inexistence et/ou insuffisance de motivations financières et non financières des membres du COSA et CG ;
- ◆ Autres causes (à préciser)

Causes liées à la gestion et résolution des conflits

- ◆ Perte de contrôle inhérent au changement dans le leadership ;
- ◆ Refus de perdre la face de suite de changement ;
- ◆ Autres causes (à préciser)

Causes transversales

- ◆ Double et/ou confusion de tutelle administrative entre MINATD et MINSANTE ;

- ◆ Autres causes transversales (à préciser).

Descriptions des adaptations nécessaires du programme PBF au niveau communautaire

- ◆ Types d'activités de santé communautaire déjà menées dans les aires de santé de l'étude ;
- ◆ Expériences des COSA, des CG, des agents relais communautaires, des FOSA avec les activités de santé communautaires ;
- ◆ Connaissances et expériences des COSA, des CG, des agents relais communautaires, des FOSA avec le programme PBF au niveau communautaire ;
- ◆ Comparaison de performance en santé communautaire des zones PBF contre non PBF dans les sites de l'étude ;
- ◆ Types d'activités de santé communautaire pouvant être menées dans les aires de santé dans le cadre du programme PBF communautaire ;
- ◆ Différents indicateurs de santé communautaire pouvant être évalués et achetés dans le cadre du programme PBF communautaire ;
- ◆ Autres adaptations nécessaires (à préciser).

Identification des stratégies devant aider à rendre fonctionnels les COSA pour la mise en œuvre du projet d'extension du programme PBF communautaire (1)

- ◆ Identification des stratégies pouvant favoriser la création et l'existence du COSA et CG ;
- ◆ Identification des stratégies pouvant favoriser la fonctionnalité des COSA et CG ;
- ◆ Redynamisation des COSA et CG par rapport aux activités de santé communautaire dans le cadre du programme PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches des structures de dialogue (COSA et CG) conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches des agents relais conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches des organisations à base communautaire (OBC) conformément aux principes du PBF communautaire ;

Identification des stratégies devant aider à rendre fonctionnels les COSA pour la mise en œuvre du projet d'extension du programme PBF communautaire

- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches des populations bénéficiaires conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches du centre de santé intégré conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches de l'hôpital de district conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches du service de santé de district (SSD) conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Redéfinition de la mission et réorganisation des tâches l'agence d'achat de performance (AAP) conformément aux principes du PBF communautaire ;
- ◆ Autres stratégies (à préciser)

II.3.6 Gestion et analyse des données de l'étude

Les données collectées étaient gérées et analysées suivants les règles de l'art en recherche qualitative et quantitative

Analyse des données

- ◆ L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel EPI DATA, qui a l'avantage de sa convivialité dans la gestion des données.
- ◆ Du fait que cette étude de référence était transversale, l'analyse des données était essentiellement descriptive, mettant en évidence des paramètres statistiques tels : fréquence, moyenne, etc.
- ◆ Les données de EPI DATA avaient souvent été exportées vers les logiciels SPSS et STATA pour les analyses plus détaillées.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

Causes du non existence du COSA (1)

- ◆ *Manque d'esprit d'association au sein de la communauté : 28,2% des membres des structures de dialogue et 62,5% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Insuffisance de sensibilisation et d'information sur le COSA au sein de la population : 21% des membres des structures de dialogue et 38,1% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Méconnaissance de l'importance communautaire du COSA par la population : 27,6% des membres des structures de dialogue et 45,8% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Non convocation de l'assemblée générale constitutive du COSA : 29,8% des membres de structures de dialogue et 56% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Manque du guide 'standard' de création du COSA au niveau du district de santé : 74% des membres des structures de dialogue et 58,3% des leaders communautaires;*
- ◆ *Le caractère associatif du COSA fait en sorte que son existence légale soit autorisée par le MINATD et non le MINSANTE : 66,7% des leaders communautaires;*
- ◆ *Création 'fictive' du COSA sans tenue de l'assemblée générale pour l'élection ou la désignation des membres du bureau exécutif est avancée comme raison du non existence dans la plupart des FGDs (FGDs Hommes et Femmes) ;*
- ◆ *Manque de culture et des habitudes d'associations par la population est une raison de non de non existence du COSA exprimée dans les FGDS (FGDs Hommes et Femmes) ;*
- ◆ *Non appropriation des structures de dialogue par la population qui considère les COSA comme un prolongement de la propriété des centres de santé au niveau communautaire est exprimé dans presque toutes les FGDs comme une raison principale du non existence du COSA (FGDs Hommes et Femmes) ;*
- ◆ *Sentiments de méfiance par rapport au leadership entre les différents groupes socio-ethnologiques devant composer les COSA dans l'aire de santé est avancée comme raison du non existence dans les FGDs des jeunes (FGDs Garçons et Filles);*
- ◆ *Insuffisance du leadership en général et du leadership féminin en particulier susceptible de porter la création du COSA dans l'aire de santé est une raison largement exprimée dans les FGDs des femmes et filles (FGDs Femmes et Filles);*
- ◆ *Manque du guide 'standard' de création du COSA au niveau du district de santé : 74% des membres des structures de dialogue et 58,3% des leaders communautaires;*
- ◆ *Le caractère associatif du COSA fait en sorte que son existence légale soit autorisée par le MINATD et non le MINSANTE : 66,7% des leaders communautaires*

Causes du non fonctionnalité liées au mode du choix des membres des COSA

- ◆ *Cooptation des membres exécutifs du COSA par certains responsables de formations sanitaires : 26% des membres des structures de dialogue et 53,6% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Imposition des amis, frères, sœurs et parents comme membres du bureau exécutif du COSA par certains leaders : 22,6% des membres des structures de dialogue et 10,7% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Non renouvellement du bureau exécutif et de l'équipe dirigeante du COSA depuis la création : 52,5% des membres structures de dialogue et 64,5% des leaders communautaires;*
- ◆ *Non représentativité au sein du bureau exécutif des COSA des représentants de tous les villages, chefferies et quartiers ou blocs constituant l'aire de santé : 57,1% des leaders communautaires;*
- ◆ *Prédominance du choix non démocratique des membres du bureau exécutif des COSA dans les aires de santé : 53% des leaders communautaires.*
- ◆ *Non respect du délai de renouvellement des bureaux du COSA dans l'aire de santé : 44% des membres des structures de dialogue.*

Causes du non fonctionnalité liées à la gouvernance du COSA et du CG

- ◆ *Méconnaissance des rôles et fonctions du COSA dans la communauté : 56,3% des membres des structures de dialogue et 77,4% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Résignation des membres de la communauté face aux confiscations du COSA par les représentants de la FOSA dans la prise de décision : 46,4% des membres des structures de dialogue et 19% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Mauvaise gouvernance du COSA : 62,5% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Manque de responsabilités et l'obligation de rendre compte des membres du COSA devant la communauté : 78,6% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Manque de promotion et vulgarisation des statuts et règlements intérieurs des COSA au sein de la population : 27,1% des membres des structures de dialogue ;*
- ◆ *Ignorance des statuts et règlements intérieurs par les dirigeants du **COSA** : 44,2% des membres des structures de dialogue et 60,1% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Manque de suivi-évaluation des COSA dans l'aire de santé par la population et les ministères de tutelle : 47% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Manque de visibilité physique du COSA en dehors de l'enceinte de la formation sanitaire est une cause exprimée plusieurs fois dans les FGDs ;*
- ◆ *Non maîtrise par les membres de la mission, rôle et fonctions du COSA : 38,1% des leaders communautaires.*
- ◆ *Manque de participation et voix de la population à travers le COSA aux activités des formations sanitaires dans l'aire de santé : 57,7% des leaders communautaires;*
- ◆ *Conflit d'intérêts des membres du COSA dans l'aire de santé : 72% des leaders communautaires.;*
- ◆ *Conflit de leadership et refus de respecter les directives de la hiérarchie par les CG est la cause principale du non fonctionnalité des CG : 32,1% des leaders communautaires. Les FGDs indiquent la non fonctionnalité des CG est due au conflit de leadership, de positionnement et le refus de suivre les directives de la coordination des activités socio-caritatives et de santé surtout dans le Diocèse de Bertoua (FGDs Hommes et Femmes) ;*
- ◆ *Implication dans les activités parallèles de santé : 12% des membres des COSA ;*
- ◆ *Manque d'intérêt pour les questions de santé de la communauté : 8% des membres des COSA et 1% des membres des CG ;*

- ◆ Fonctionnaires/employés affectés ailleurs hors de l'aire de santé : 6% des membres des COSA.

Causes du non fonctionnalité liées au manque des incitations/motivations des membres des COSA et CG (8)

- ◆ *Manque de financement viable du COSA pour assurer le fonctionnement et inciter les membres à bien travailler : 79% des membres du COSA et 71,4% des leaders communautaires ;*
- ◆ *Inexistence et/ou insuffisance de motivations financières et non financières des membres du COSA : 70,2% des membres des COSA et 65,5% des leaders communautaires.*

Causes du non fonctionnalité liées à la gestion et résolution des conflits dans les COSA et CG

- ◆ *Perte de contrôle inhérent au changement dans le leadership : 51,4% des membres des structures de dialogue et 32,1% des leaders communautaires comme cause majeure du non fonctionnalité des COSA et surtout les CG dans le diocèse de Bertoua ;*
- ◆ *Refus de perdre la face : 28,5% des leaders communautaires comme cause principale du non fonctionnalité des CG surtout dans le diocèse de Bertoua ;*

Causes transversales du non fonctionnalité des COSA et CG

- ◆ Double tutelle administrative MINATD et MINSANTE est une cause du non fonctionnalité : 13,8% des membres des structures de dialogue et 24,4% des leaders communautaires.

Les adaptations nécessaires du programme PBF

- ◆ *L'étude montre que certains membres des COSA participent déjà aux activités de santé communautaire en qualité d'agents relais communautaires, membres des organisations à base communautaire, membres du bureau exécutif des structures de dialogue et membres de la communauté.*

Activités de santé communautaire rémunérées chez les RC

Qualité des membres des COSA et CG participant aux activités de santé communautaire

Répartition des agents relais communautaires par organisations de provenance.

Types d'organisations actuelles et souhaitées des RC

Mode de rémunération actuelle des RC

Obstacles à la participation des COSA aux activités de santé communautaire

Connaissance et expériences du PBF communautaire

Existence des contrats et sous-contrats PBF

Connaissances et pratiques du PBF communautaire

Types d'activités ou services de santé communautaire contractés ou pouvant être contractés par le PBF communautaire

Comparaison de la performance entre CSI PBF et CSI NON PBF

Comparaison de la performance entre RC PBF et RC NON PBF

Comparaison de la performance entre COSA, CG et OBC

Comparaison de la rémunération entre RC PBF et RC Non PBF

Recettes annuelles moyennes de recouvrements des coûts et subsides

performances du CSI PBF et Non PBF

Recettes mensuelles moyennes de recouvrements des coûts et subsides

performances du RC PBF et Non PBF

Recettes mensuelles moyennes de subsides performances du COSA, CG et OBC

Dépenses annuelles moyennes de bonus performances et paiement sous-contrat

performance du CSI PBF et Non PBF

Dépenses mensuelles moyennes de rémunération et primes de motivations du RC PBF et Non PBF

Dépenses mensuelles moyennes de rémunération, bonus performances et primes de motivations du RC PBF et Non PBF

Adaptations Indicateurs de prévention et prise en charge du paludisme ;

Adaptations Indicateurs de prise en charge de l'onchocercose ;

Adaptations Indicateurs de PCIME communautaire ;

Adaptations Indicateurs de prise en charge de santé maternelle ;

Adaptations Indicateurs de suivi nutritionnel et vaccination ;

Adaptations Indicateurs de surveillance TB et VIH ;

Adaptations Indicateurs d'IEC/réunions/supervisions ;

Adaptations Indicateurs de suivi de mortalité à domicile ;

Adaptations Indicateurs de recensement pop/reportage ;

Adaptations Indicateurs de création et gestion des latrines ;

Adaptations Indicateurs de création et gestion des points d'eau.

Déterminants de l'utilisation des services de santé communautaire

Barrières comportementales à l'utilisation des services de santé communautaire

Séparation des fonctions PBF: QUI CONTRACTE?

Séparation des fonctions PBF: QUI PAIE?

Séparation des fonctions PBF: QUI VERIFIE?

Séparation des fonctions PBF: QUI REGULE?

Séparation des fonctions PBF: QUI DECIDE DES INDICATEURS?

Stratégies pouvant favoriser la création et l'existence du COSA

- ◆ Transformation des CG en COSA et leur extension ou création dans les aires de santé ;
- ◆ IEC/CCC association communautaire et importance du COSA ;
- ◆ Guide standard des meilleures pratiques du COSA au niveau de l'aire de santé.

Stratégies pouvant favoriser la fonctionnalité des COSA

- ◆ Amélioration de la gouvernance des COSA selon les modes et principes de gestion des CG expérimentés dans le cadre du PBF communautaire ;
- ◆ Usage des principes et règles démocratiques pour le choix des membres des COSA ;
- ◆ Fixation du mandat et respect du délai de renouvellement du bureau des COSA ;
- ◆ Prise en compte de la représentativité des différentes communautés au sein des COSA ;
- ◆ Renforcement des capacités des membres des COSA;
- ◆ Responsabilité et obligation de rendre compte des membres du COSA devant la communauté ;
- ◆ Dissémination des statuts et règlements intérieurs des COSA;
- ◆ Participation et voix de la population dans la gestion des COSA ;
- ◆ Intégration des COSA comme partenaires et acteurs du PBF au niveau communautaire ;
- ◆ Formation des membres des COSA dans les principes PBF.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

IV.1 CONCLUSION

Le PBF communautaire à l'Est-Cameroun a permis d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé sous certaines conditions : Existence des sous-contrats avec les COSA, OBC, GIC, RC, Réduction sensible de la tarification, Inclusion d'indicateurs de qualité ou d'effectivité des services, Régularité, promptitude et fiabilité des transferts d'argent, Approbation préalable des budgets prévisionnels des

centres de santé sous contrats PBF, Documentation des fraudes et sanctions conséquentes.

Le PBF communautaire améliore la performance des structures de soins, la qualité de services et permet de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades au niveau des villages et des quartiers;

Le PBF communautaire constitue un instrument efficace pour bien motiver les agents relais en leur octroyant une prime sur base de leurs performances réalisées ce qui contribue à leur rétention dans la prestation des services et activités de santé communautaire;

IV.2 RECOMMANDATIONS

Recommandations pour COSA

- ◆ Identification avec les autres partenaires locaux (OBC, ARC, CSI) des problèmes de santé prioritaires et des solutions possibles ;
- ◆ Participation dans la planification annuelle en exprimant les besoins ressentis par la Communauté en matière de santé ;
- ◆ Participation à l'élaboration et décision sur les indicateurs de santé communautaire à financer ;
- ◆ Sensibilisation et mobilisation de la population pour les actions de la santé communautaire;
- ◆ Procéder au recensement de la population et le tenir à jour ;
- ◆ Assister les prestataires communautaires des soins dans la tenue à jour des dossiers familiaux : naissances, décès, indigence, suivi des vaccinations, des affections chroniques ;
- ◆ Définition des mécanismes pour le recouvrement des créances et des impayés et organiser leur récupération via ses membres ;
- ◆ Signature et/ou cosignature du contrat de prestation des services de santé communautaire avec l'Agence d'Achat de Performance ;
- ◆ Assurer l'équilibre des dépenses et des recettes des activités et services de santé communautaire;
- ◆ Elaboration des modalités interne d'attribution des primes de performance pour les agents relais communautaires (par l'utilisation de l'outil indices) ;
- ◆ Elaboration du bordereau des prestations communautaires des soins et services de santé.

Recommandations pour RC

- ◆ Réalisation des prestations de services ou activités de santé communautaire dans les villages et quartiers des villes ;
- ◆ Sensibilisation de la population pour un changement de comportement positif vis-à-vis des activités et services de santé communautaire ;
- ◆ Promotion de la santé communautaire au sein de la population en général ;
- ◆ Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires ;
- ◆ Signer et/ou cosigner le sous-contrat ou contrat de prestation des services de santé communautaire avec la structure de dialogue, le centre de santé et l'Agence d'Achat de Performance ;
- ◆ Vérification et authentification au niveau communautaire des données des prestations communautaires des services et soins de santé publique ;
- ◆ Assurer l'équilibre des dépenses et des recettes des activités et services de santé communautaire;
- ◆ Elaboration des modalités interne d'attribution des primes de performance pour les agents relais communautaires (par l'utilisation de l'outil indices) ;
- ◆ Elaboration du bordereau des prestations communautaires des soins et services de santé.

Recommandations pour OBC

- ◆ Réalisation le cas échéant les prestations de services ou activités de santé communautaire dans les villages et quartiers des villes ;
- ◆ Vérification et authentification au niveau communautaire les données des prestataires communautaires des services et soins de santé publique ;
- ◆ Appréciation du degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré dans les communautés et ménages utilisateurs des services de santé communautaire;
- ◆ Signature d'un contrat de prestation avec l'Agence d'Achat de Performance pour la vérification communautaire ;
- ◆ Vérification de l'existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les prestataires communautaires (structures de dialogue, ARC, CSI) ;
- ◆ Vérification de l'authenticité des prestations déclarées par les prestataires communautaires (structures de dialogue, ARC, CSI) dans le cadre de la contractualisation ;
- ◆ Estimation des coûts moyens des prestations, la perception de ces coûts par les utilisateurs et la satisfaction de la population concernant les prestations fournies par les prestataires communautaires (structures de dialogue, ARC, CSI) ;
- ◆ Récolter des suggestions d'amélioration de la qualité des services émises par la population, dont seront informés les prestataires communautaires (structures de dialogue, ARC, CSI), les responsables des structures de dialogue et des CSI, le Régulateur et l'Agence d'Achat des Performance ;
- ◆ L'OBC ne doit pas avoir de lien direct avec le prestataire communautaire de l'aire de santé à contrôler pour éviter des conflits d'intérêt.

Recommandations pour Populations beneficiaries

- ◆ L'utilisation des services de santé communautaire ;
- ◆ L'expression en termes de satisfaction au cours des enquêtes communautaires ;
- ◆ La capacité de proposer des changements nécessaires dans le système de PBF communautaire.

Recommandations pour CSI

- ◆ Offrir un PMA complet dans son aire de responsabilité ;
- ◆ Gérer la référence et contre référence avec les prestataires communautaires;
- ◆ Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- ◆ Inciter à la performance des relais communautaires et des autres prestataires communautaires (par des sous contrats);
- ◆ Elaborer un plan de gestion trimestriel budgétisé de l'aire de santé, en collaboration avec les structures de dialogue, les structures sous contrats sous la supervision du SSD ;
- ◆ Signer un contrat trimestriel de performance avec l'Agence d'Achat de Performance;
- ◆ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ◆ Assurer l'équilibre des dépenses et des recettes ;
- ◆ Elaborer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel du CSI (par l'utilisation de l'outil indices) ;
- ◆ Elaborer le bordereau des prestations ;
- ◆ Encadrer les Prestataires Communautaires;
- ◆ Signer des contrats de sous traitance avec les structures de dialogue communautaires, les agents relais communautaires et les autres prestataires communautaires ;
- ◆ Acheter des services des Acteurs communautaires ;

- ◆ Acheter des services du PMA aux prestataires secondaires.

Recommandations pour HD

- ◆ Offrir un PCA complet dans son aire de responsabilité ;
- ◆ Gérer les références et contre références avec les CSI ;
- ◆ Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- ◆ Inciter à la performance des prestations des CSI ;
- ◆ Signer un contrat trimestriel de performance avec l'Agence d'Achat de Performance ;
- ◆ Elaborer un plan de gestion en collaboration avec les membres de COGEHD et sous la supervision du COSADI et COGEDI ;
- ◆ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ◆ Assurer l'équilibre des dépenses et des recettes ;
- ◆ Elaborer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel de l'hôpital de district (par l'utilisation de l'outil indices);
- ◆ Participer à l'évaluation de la qualité des CSI et prestataires communautaires ;
- ◆ Participer à l'encadrement et à la supervision des CSI ;
- ◆ Acheter des services du PCA aux CSI et prestataires communautaires.

Recommandations pour SSD

- ◆ Elaborer le plans de gestion trimestriel du district ;
- ◆ Signer un contrat trimestriel de performance avec l'AAP ;
- ◆ Contresigner les contrats de performances entre les HD, les CSI, les structures de dialogue, les ARC, les OBC et l'Agence d'Achat de Performance ;
- ◆ Valider les plans de gestion trimestriel des CSI et des prestataires communautaires ;
- ◆ Organiser les réunions mensuelles de monitoring et de validation des données des HD, CSI et prestataires communautaires ;
- ◆ Assurer le contrôle de qualité des prestations des HD, CSI et prestataires communautaires lors des supervisions formatives intégrées;
- ◆ Participer à l'évaluation externe de la qualité des HD, CSI et prestataires communautaires avec l'équipe de l'Agence d'Achat de Performance ;
- ◆ Transmettre à la DRSP, un bordereau des prestations réalisées par le SSD ;
- ◆ Transmettre à la DRSP, les bordereaux des prestations réalisées par les HD, CSI et prestataires communautaires ;
- ◆ Elaborer des modalités internes d'attribution des primes de performance pour le personnel du SSD (par l'utilisation de l'outil indices);
- ◆ Résoudre d'éventuels conflits lors de la mise en œuvre du PBF au niveau communautaire.

Recommandations pour AAP

- ◆ Vérifier et valider les données quantitatives des prestations des structures contractantes ;
- ◆ Valider les données qualitatives des prestations des structures contractantes ;
- ◆ Vérifier et valider les données quantitatives et qualitatives des OBC sous contrats ;
- ◆ Inciter à la performance des structures contractantes ;
- ◆ Négocier et signer des contrats de performance avec les structures contractantes ;
- ◆ Valider le rapport trimestriel d'enquête communautaire des prestations des structures contractantes réalisé par les OBC ;
- ◆ Valider les résultats quantitatifs et qualitatifs des structures contractantes dans les délais impartis ;

- ◆ Transmettre trimestriellement les rapports validés d'évaluation de la quantité et la qualité des structures contractantes à la DRSP avec copie au SSD ;
- ◆ Calculer les bonus de qualité et d'équité accorder aux structures contractantes ;
- ◆ Tenir des statistiques sur les activités ou services de santé communautaires du PMA et PCA des indicateurs subventionnés des structures contractantes;
- ◆ Payer les subsides PBF aux prestataires communautaires;
- ◆ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du PBF communautaire en collaboration avec le SSD et la DRSP;
- ◆ Vérifier la véracité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les structures contractantes en compagnie des responsables de structures contractantes dans les délais impartis;
- ◆ Planifier mensuellement les activités de vérifications dans les structures contractantes;
- ◆ Compiler les rapports de vérification effectuées dans les structures contractantes et faire le rapport narratif y relatif ;
- ◆ Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires en présence d'un représentant des structures de dialogue ;
- ◆ Participer dans la formation des enquêteurs sur les indicateurs à vérifier dans la communauté ;
- ◆ Analyser l'évolution des prestations des structures contractées ;
- ◆ Identifier les problèmes, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles aux structures contractées.

9. / DISCUSSION

Modérée par le DRSP/EST les discussions ont duré un peu plus d'une heure de temps permettant ainsi aux participants de poser le maximum de questions possibles.

A l'issue de cette phase de question réponse l'équipe de recherche a dit avoir formulé des recommandations scientifiques sur le document de base du PBF en ce qui concerne le PBF communautaire.

Dans les réponses données aux participants il est ressorti l'importance pour les relais communautaires de mener des activités intégrées et la nécessité de l'élaboration d'un guide Standard PBF. Pour conclure l'équipe de recherche a exprimé sa satisfaction pour le travail accompli qui demande d'être amélioré par d'autres travaux.

10./ CEREMONIE DE CLOTURE

Mot de Mgr. Faustin AMBASSA NDJODO Evêque de Batouri

Le Répondant Juridique du projet Réseau PBF Multi-Pays Mgr. Faustin AMBASSA NDJODO a remercié le Coordinateur National du PAISS M. ANANDJOUR BWANGA pour l'intérêt qu'il porte à toutes les activités PBF qu'organise le CODAS-Caritas de Batouri et pour les facilités accordées pour rencontrer les hauts responsables du MINSANTE et en particulier M. le Ministre. Il a ensuite remercié le Dr BIDJANG Robert Mathurin Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est pour sa disponibilité, sa collaboration et le tact avec lequel il a conduit les discussions.

Mgr Faustin a souligné que l'expérience du PBF démarré dans le Diocèse de Batouri s'est ramifiée avec le temps et été relayé par la Banque Mondiale et le MINSANTE. Il a exprimé sa satisfaction d'avoir entrepris cette initiative. Le Diocèse de Batouri est le premier bénéficiaire de cette expérience. Il a précisé que c'est le projet RPBFMP qui a organisé l'étude et l'atelier de restitution. Il a félicité le Dr DJOUMEMI et lui a demandé de transmettre ses remerciements au Pr KUABAN. Il a exprimé sa fierté

d'avoir des personnes qui se sacrifient en poussant au loin la recherche. Il a félicité chaque participant et leur a promis la version électronique des présentations. Parmi les instruments d'information et de formation que le projet RPBF a utilisé pour faire le plaidoyer et augmenter la masse critique sur le PBF, Mgr. Faustin a cité le cours international, le forum régional et le forum international. Il espère que le PBF éducation aura plus de succès. Dans les perspectives, l'Evêque de Batouri a annoncé le projet de construction d'un centre de formation en PBF à des niveaux différents à Batouri. Il a exhorté chaque participant à faire murir et germer ce qu'il a appris.

Mot du DRSP/EST

Dr BIDJANG Robert Mathurin Délégué Régional de la Santé Publique pour l'Est dans le mot de clôture de l'atelier a remercié tous les participants, le coordinateur du PAISS, le DREB/EST, le DRES/EST, le DSP/FMSBM de l'Université de Yaoundé I et Mgr Faustin AMBASSA Evêque de Batouri.

Il a souligné l'importance de la Cogestion et du Cofinancement. Il a constaté que les COSA sont presque inexistantes voire non fonctionnelles. Il a dit que le PBF communautaire était une opportunité à saisir. Il a formulé une recommandation au niveau de la DRSP/EST celle d'accélérer la redynamisation des structures de dialogue. Il a souhaité un bon retour à tous les participants. La prière dite par l'Evêque de Batouri a mis fin aux travaux.