

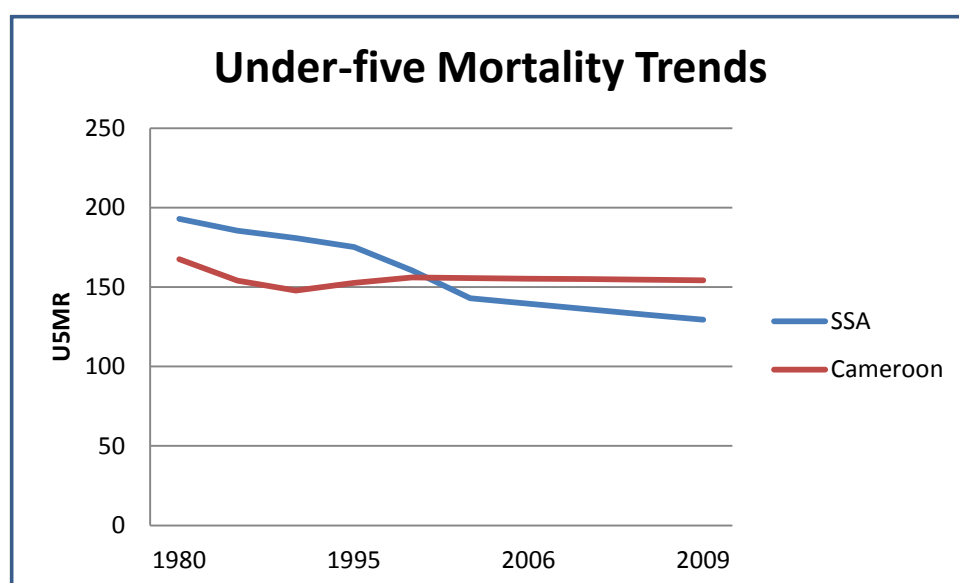
**PROJET D'EVALUATION D'IMPACT D'UN PROGRAMME PILOTE DE
FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU CAMEROUN**

6 novembre 2012

Contexte

Le Cameroun a réalisé très peu de progrès en vue de la réalisation des OMD. En effet, hormis certaines exceptions telles que la vaccination, la plupart des indicateurs clés de la santé maternelle et infantile, aussi bien que la nutrition stagnent ou s'empirent depuis 1990. Le Cameroun accuse un véritable retard dans l'atteinte des OMD en matière de mortalité infantile. La mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans a augmenté au Cameroun dans les années 1990 et a stagné dans les années 2000 (voir graphique 1). Il est également peu probable que le Cameroun réalise l'OMD portant sur la nutrition, réduire la proportion des enfants en insuffisance pondérale. En outre, près d'un tiers (32%) des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique. Le gouvernement a certes consenti des efforts considérables afin d'améliorer l'accès aux services clés de santé infantile et de nutrition en vue de la réduction de la mortalité, mais le taux de couverture reste bas (voir tableau 1 ci-dessous) et l'écart entre les riches et les pauvres demeure une grande préoccupation. Les problèmes similaires sont constatés en santé maternelle. La mortalité maternelle est restée élevée. S'il est vrai qu'une proportion relativement importante de femmes reçoivent des soins prénataux (≥ 1 visite: 83%), très peu d'entre elles reçoivent l'assistance d'un personnel qualifié à la naissance (62%). Par ailleurs, 13% seulement déclarent utiliser une méthode moderne de contraception. L'amélioration de l'accès aux services essentiels de santé infantile (vaccination, IRA, traitement des diarrhées, services de nutrition et moustiquaires imprégnées) et des services de santé maternelle (soins prénataux, soins obstétricaux et contraception) représente une priorité pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Cameroun.

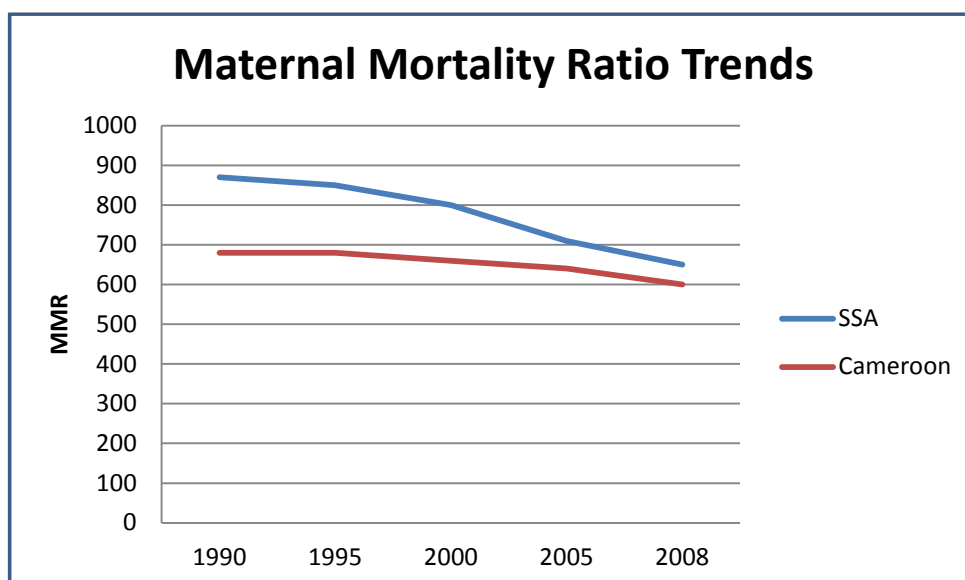
Graphique 1: Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun et en Afrique subsaharienne



La faible allocation des ressources et l'inefficacité de l'utilisation des ressources sont les principaux facteurs sous-jacents qui expliquent les modestes réalisations dans le secteur de la santé. Le Cameroun dépense \$50 par habitant pour la santé, mais son profil épidémiologique est semblable à celui des pays qui déboursent entre \$10 et \$15 par habitant. L'un des aspects clés du problème résulte du fait que le niveau opérationnel reçoit une petite fraction du budget de la santé. Le budget du secteur de la santé a certes augmenté de plus du double ces dernières années, mais la part du lion des ressources a été allouée à l'administration, et non aux services de santé publique. Cela a entraîné une pénurie de fonds devant servir aux dépenses de fonctionnement journalier du système de district sanitaire (consommables, médicaments, maintenance régulière, sensibilisation

communautaire, etc.) Certains manquements proviennent de l'inadéquation entre le fardeau des maladies au Cameroun et les dépenses de santé. Le SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies maternelles et infantiles qui représentent 45% du nombre total d'années d'espérance de vie sans invalidité n'ont reçu que 25% du financement dans le cadre des dépenses à moyen terme 2002-07.

Graphique 2: La mortalité maternelle au Cameroun et en Afrique subsaharienne



Les problèmes de gouvernance sont à la racine de la deuxième contrainte du fonctionnement dans les districts de santé. Une focalisation excessive sur les contrôles qui ne met pourtant pas le même accent sur les résultats décourage le personnel de santé à fournir des services de santé de qualité ou de promouvoir l'utilisation de ses services. Par ailleurs, la non transparence dans la gestion des ressources humaines et le niveau très bas des salaires poussent le personnel de santé à abuser des fonds publics en imputant aux patients des frais non réglementaires ou à travers des pratiques de surfacturation, ce qui finalement décourage l'utilisation par les les pauvres.

L'accès physique et financier limité aux services de santé contribue à un faible taux de couverture et aux inégalités entre les riches et les pauvres dans l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Les mécanismes de recouvrement des coûts sont beaucoup utilisés au Cameroun, et constituent une source de revenus pour les formations sanitaires. En effet, outre l'engouement pervers qu'ils occasionnent en détournant l'accent des soins curatifs, ils ont alourdi la charge financière sur les ménages, les plus pauvres en particulier.

Un financement basé sur la performance (PBF) bien élaboré pourrait contribuer à résoudre certains problèmes identifiés plus haut. Pour ce faire, il faudra:

1. Améliorer l'adéquation entre les ressources et les priorités de santé maternelle et infantile en mettant un accent sur les indicateurs de prestation de services prioritaires.
2. Permettre aux formations sanitaires de préserver les fonds PBF afin de les utiliser au niveau opérationnel, et leur donner une autonomie de gestion sur l'utilisation de ces fonds.
3. Créer des primes pour les administrateurs de formation sanitaire et le personnel de la santé afin qu'ils étendent la couverture des principaux services de santé publique et en améliorent la qualité, à travers une corrélation entre les frais de service, les prestations de services et les indicateurs de qualité. En outre, il s'agit d'offrir des primes au personnel médical qui sont liées à la performance du formation sanitaire.

4. Améliorer la gouvernance à travers un meilleur contrôle de la performance, ainsi que l'octroi des primes.

Des indicateurs prometteurs venant d'un certain nombre de pays en Afrique subsaharienne nous font croire que le financement basé sur la performance (PBF) peut s'avérer être une approche utile qui permette de résoudre les types de problèmes auxquels font face le Cameroun. L'expérience rwandaise en la matière a suscité un intérêt considérable et a connu des résultats satisfaisants au vu de l'accroissement du staff dans les établissements du secteur public, avec pour corollaire l'augmentation du financement au niveau du district et l'amélioration de la couverture des principaux services de santé maternelle et infantileⁱ. Le Burundi voisin a aussi - quoique plus récemment - mis à exécution un programme PBF similaire à celui prévu au Cameroun. Certains résultats préliminaires encourageants peuvent être tirés de l'exemple du Burundi. Depuis que le financement basé sur la performance (PBF) a été mis en œuvre, les formations sanitaires au Burundi affichent de plus en plus un effectif complet de personnel qualifié (une augmentation de 37% en 2006 à 71% en 2010), et une couverture des services de santé clés tels que la présence d'accoucheuses qualifiées a augmenté de 57% en 2006 à 82% en 2010 ; en outre, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives - souvent plus lent à changer - a augmenté de 9% à 16%ⁱⁱ.

Expérience antérieure du PBF au Cameroun

Cameroun, lui aussi, a une certaine expérience avec la mise en œuvre PBF à petite échelle. En effet, depuis 2006, le projet REDSSEC (Redynamisation des Soins de Santé à l'Est du Cameroun-Phase II) met en œuvre un programme pilote de financement basé sur la performance (PBF) dans les centres de santé confessionnels depuis 2006 dans la région de l'Est avec l'appui de Cordaid et Catholic Relief Services. Ayant débuté avec quatre (4) centres confessionnels dans le district de Batouri, le programme PBF s'est étendu aux centres de santé confessionnelles à Bertoua, Doumé et dans les districts de santé de Yokadoumaⁱⁱⁱ.

Il ressort de l'expérience du REDSSEC que la mise en œuvre du PBF est faisable au Cameroun. Une évaluation méthodique des résultats de ce projet pilote n'est pas encore disponible. Les premiers résultats obtenus d'une évaluation non publiée de l'expérience pilote dans les centres de santé PBF du district de santé de Batouri à l'Est du pays sont mitigés et indiquent d'éventuelles difficultés que la mise en application future du financement basé sur les ressources (PBF) au Cameroun gagnerait à éviter. En général, bien que la qualité des soins se soit visiblement améliorée dans les centres pilotes, le taux de couverture estimatif pour de nombreux indicateurs clés de SMI et les soins curatifs généraux a diminué. Les chercheurs qui analysent la phase pilote pensent que cette situation résulte d'une combinaison de facteurs : ruptures de stock, contrôle et paiements pas fréquents, renouvellement du personnel et échec de la phase pilote du PBF à améliorer l'accès financier aux soins dans les établissements pilotes. Les agents de santé dans les formations sanitaires du secteur public bénéficient généralement d'une plus grande sécurité d'emploi, de meilleurs salaires et d'avantages que leurs homologues dans les formations sanitaires confessionnels n'ont pas. La conséquence inexorable c'est la « fuite des cerveaux » des centres confessionnels vers ceux du secteur public. L'introduction du PBF et des primes de rendement au personnel n'a pas été en mesure de résoudre ce problème. Les déficits budgétaires ont réduit le nombre de visites de supervision menées par le personnel du projet aux centres de santé PBF, et la fréquence de contrôle a chuté de six par mois à une fois par an à partir du mois d'octobre 2008. La fréquence des paiements liés à la performance a également chuté à une fois par an - c'est-à-dire moins fréquemment que ne le sont souvent les rémunérations PBF et peut-être trop rares pour motiver le personnel. Par ailleurs, les structures pilotes PBF ont continué à dépendre des sommes payées par les usagers et la proportion du financement total provenant des frais imputés aux usagers a

augmenté de 10% en 2007 à 17% en 2009 malgré l'injection de fonds supplémentaires pour les établissements PBF. Cela a pu accroître les obstacles financiers qui éloignent les patients des services de santé. Les centres de santé PBF n'avaient en outre aucune autonomie pour se procurer des médicaments et stocks d'autres sources d'approvisionnement lorsque le fournisseur qui en a le monopole ne parvenait pas à livrer à temps, et ainsi, elles connaissaient des ruptures de stocks fréquentes.

Projet du Financement basé sur la performance (PBF) au Cameroun

Le projet proposé s'inspirera de l'expérience antérieure du PBF au Cameroun. Il mettra en œuvre le PBF dans les formations sanitaires publics et ceux à vocation confessionnelle dans 26 districts de santé des régions du Littoral, Nord-Ouest, Sud-ouest et Est du Cameroun, couvrant une population totale d'environ 2,5 million¹ (voir tableau 1 ci-dessous). Les ONG internationales possédant les meilleures propositions techniques en matière de PBF seront embauchées pour concevoir en collaboration avec le Ministère de la Santé, des programmes PBF dans chacune de ces trois régions. Toutefois, s'appuyant sur l'expérience du Cameroun, du Burundi et du Rwanda, le financement basé sur la performance mis en œuvre présentera les caractéristiques clés suivantes:

- Des contrats de performance seront signés entre une agence d'achat des performances (AAP) et les formations sanitaires du secteur public et privé à but non lucratif dans chaque région. Ces contrats de performance régiront les paiements basés sur les résultats de ces formations sanitaires, ainsi que les primes de la performance à leurs personnels.
- La fixation des prix de chaque service fourni des formations sanitaires prendra en compte non seulement les priorités de santé publique, mais également la nécessité d'inciter aux services de bonne qualité. Ces rendements comprendront : les indicateurs de résultats des services de santé maternelle et infantile prioritaires adaptés aux indicateurs de qualité des formations sanitaires. Ces résultats seront vérifiés par un ou plusieurs tiers (généralement de l'agence d'évaluation des rendements). La liste définitive des prestations payantes sera déterminée d'ici peu, le Ministère de la Santé étant encore en pleine négociation de contrats avec l'agence de performance (depuis le mois de mai 2011). - y compris la liste des prestations - Cette liste sera harmonisée pour toutes les régions.
- Les formations sanitaires auront l'autonomie de gestion dans l'utilisation des ressources PBF, sur la base des priorités identifiées dans leurs plans d'activités, y compris les primes de performance des agents de santé ou encore de l'achat des intrants. Ils auront l'autonomie de gestion afin de décider du niveau des primes de performance à leurs agents de santé dans des limites définies par les contrats entre l'agence d'achat des performances et eux. Ils disposeront également du pouvoir d'embaucher et de licencier du personnel recruté avec des revenus PBF.
- Ces formations sanitaires pourront s'approvisionner en médicaments auprès des distributeurs et détaillants approuvés par le gouvernement ; ils ne seront pas obligés de se procurer des médicaments à partir d'une source unique.

¹ Les 4 régions concernées par le projet PBF ont été identifiées conjointement avec le gouvernement Camerounais en 2008, lors de la finalisation du projet d'appui à l'investissement dans le secteur de la santé (HSSIP). L'opportunité d'introduire une évaluation d'impact dans le projet a été par la suite relevée par l'équipe du projet d'appui à l'investissement dans le secteur de la santé. Les trois régions sélectionnées ne sont pas nécessairement un échantillon représentatif du Cameroun. Ce pourrait être un facteur limitant pour la validité externe des résultats de l'évaluation d'impact.

- Des limites sur les frais imposés aux usagers qui sont conformes aux lignes directrices nationales seront spécifiées et appliquées pour les indicateurs devant être acquis en vue d'assurer l'accès financier aux services de santé prioritaires et surmonter les problèmes rencontrés dans la phase pilote du PBF dans la région de l'Est du Cameroun.
- Les formations sanitaires devront respecter certaines lignes directrices sur l'utilisation des recettes PBF.

Les détails de la conception du PBF seront finalisés à une date ultérieure. Cependant, il est important de souligner que le PBF sera élaboré de la façon la plus harmonieuse que possible dans toutes les régions. Les prestations payantes seront uniformisées ; les prix unitaires le seront aussi pour les prestations sanitaires avec une formule d'ajustement d'équitable afin d'équilibrer les désagréments liés à l'éloignement ou tout autre inconvénient. Les frais généraux de l'agence d'achat de performance ONG citée plus haut seront négociés de façon uniforme, de sorte que les montants alloués pour la mise en œuvre du PBF soient les mêmes dans toutes les régions. Les processus de suivi et de supervision et la fréquence seront également les mêmes dans toutes les régions. Enfin, la fréquence des paiements sera également uniforme.

Tableau 1: Régions et districts concernés par la phase pilote du PBF au Cameroun

	Région	District	Population (2011 est.)	évaluation d'impact?
1	Nord-Ouest	Fundong	122,160	Yes
2	Nord-Ouest	Kumbo East	166,979	Yes
3	Nord-Ouest	Ndop	198,356	Yes
4	Nord-Ouest	Nkambe	117,541	Yes
5	Sud-Ouest	Buea	133,089	Yes
6	Sud-Ouest	Kumba	250,048	Yes
7	Sud-Ouest	Limbe	141,466	Yes
8	Sud-Ouest	Mamfe	63,365	Yes
9	Est	Doume	41,177	Yes
10	Est	Abong-Mbang	65,392	Yes
11	Est	Lomie	36,260	Yes
12	Est	Messamena	32,554	Yes
13	Est	Nguelemendouka	30,628	Yes
14	Est	Kette	40,677	Yes
15	Est	Batouri*	81,157	No
16	Est	Mbang*	26,840	No
17	Est	Moloundou*	37,124	No
18	Est	Ndelele*	44,318	No
19	Est	Yokadouma*	83,802	No
20	Est	Garoua-Boulai*	43,008	No
21	Est	Betare-Oya*	78,624	No
22	Est	Bertoua*	164,948	No
23	Littoral	Cité des Palmiers*	403,174	No
24	Littoral	Edea*	130,955	No
25	Littoral	Loum*	81,625	No
26	Littoral	Yabassi*	17,447	No

* * Notez-19 districts de l'Est, du Nord-Ouest et Sud-Ouest participeront à la deuxième phase du projet pilote PBF. Cependant, 5 de ces districts - Batouri, Yokadouma, Mbang, Mouloundou, Ndelele - ont déjà commencé à mettre en œuvre le PBF dans les formations sanitaires confessionnels. L'évaluation d'impact sera donc exclure

ces districts, bien que la mise en œuvre du PBF dans les formations sanitaires soit financée dans ces districts à travers le projet PAISS. Les 14 districts restants seront inclus dans l'évaluation d'impact.

** Le projet a commencé la mise en œuvre du PBF dans 4 districts de santé (Cité des Palmiers, Edéa, Loum et Yabassi) dans la région du Littoral en Janvier 2011. Ces quatre districts seront également exclus de l'évaluation de l'impact en raison de l'introduction du PBF avant l'enquête de base IE.

Questions de recherche et pertinence politique

Questions de recherche

Au fil du temps, le PBF a été mis sur pied dans un nombre croissant de pays. De nombreuses études ont montré une association positive entre le PBF et la couverture des services de santé, certains s'accompagnant d'améliorations de la qualité. Après une évaluation d'impact au Rwanda où à tout hasard, des districts ont été soumis à un traitement (PBF), il ressort de la comparaison financement des intrants et ressources financières y correspondant, qu'il existe un impact statistiquement significatif et positif sur les accouchements institutionnelles et les soins préventifs chez les jeunes enfants, ainsi que sur la qualité des soins prénataux^{iv}. Toutefois, un manque de contrôle, couplé à de variables contaminants dans la plupart des recherches publiées sur les projets PBF^v indiquent que l'impact des projets PBF sur la couverture des services, la qualité et les résultats pour la santé reste problématique. Par ailleurs, peu d'études ont examiné les facteurs qui influencent l'impact du PBF – une question d'une grande importance opérationnelle car le PBF appelle souvent à un ensemble d'interventions qui englobent les points suivants: établir une relation entre les paiements et les résultats, la vérification indépendante des résultats, l'autonomie de gestion des formations sanitaires et l'amélioration de la supervision systématique des ces dernières.^{vi}

Comme le PBF n'a jamais été mis en œuvre au Cameroun sur une échelle significative et n'a jamais été systématiquement évalué, nos objectifs sont globalement les suivants : (a) Déterminer l'impact du PBF sur la couverture et de qualité des services santé maternelle et infantile (SMI), (b) Identifier les facteurs clés responsables de cet impact, et (c) Évaluer le rapport coût-efficacité du PBF en tant que stratégie d'amélioration de couverture et de qualité. Ce faisant, nous espérons que les résultats de l'évaluation d'impact serviront à l'élaboration de la politique nationale du PBF au Cameroun et constitueront un apport à l'ensemble des connaissances sur le PBF.

L'évaluation d'impact portera essentiellement sur les questions de recherche suivantes:

1. Le programme de PBF renforce-t-il la couverture des services de SMI?
2. Le programme PBF accroît-il la qualité des prestations de services en SMI?
3. Lequel des facteurs suivants a-t-il été responsable des améliorations constatées en matière de qualité ou de couverture : Suivi et l'évaluation améliorée ? Supervision ? Lien entre les paiements et les résultats?

Nous émettons l'hypothèse que c'est le lien entre les paiements et les résultats - et non pas un suivi et évaluation amélioré, qui est responsable de l'amélioration de la couverture et la qualité des services de santé maternelle et infantile.

4. En quoi est ce que le renforcement du suivi et de l'évaluation a-t-il contribué à l'amélioration de la couverture et la qualité des services de santé maternelle et infantile en ce qui concerne l'absence d'autonomie accrue ou les ressources financières supplémentaires?

L'hypothèse à vérifier est la suivante : seul un suivi et un contrôle accru - même en l'absence d'autres interventions telles qu'une meilleure autonomie de gestion, des ressources

supplémentaires ou des paiements effectués sur la base de la performance - aboutira à la couverture des services améliorés de SMI et de qualité.

En outre, l'évaluation d'impact examinera également les questions de recherche suivantes qui se rapportent aux résultats intermédiaires dans la chaîne causale mise en hypothèse. (Voir graphique 1 pour plus de détails):

1. Le programme PBF réduit-il les frais non officiels des services de santé?
2. Le programme PBF réduit-il les dépenses formelles des usagers?
3. Le programme PBF augmente-t-il les fonds disponibles au niveau opérationnel (formations sanitaires)?
4. Le programme PBF améliore-t-il l'accès physique et social aux services de santé? L'accessibilité des services de santé sera examinée en termes de la commodité des heures d'ouverture des formations sanitaires, de la disponibilité des services à travers la sensibilisation, les opinions des usagers à propos de la facilité d'accès aux services de santé et sur les attitudes des prestataires de santé envers les clients.
5. Le Programme PBF réduit-il l'absentéisme du personnel?
6. Le programme PBF augmente-t-il la demande en services dans les formations sanitaires?

Quels sont les résultats escomptés?

Les principaux résultats escomptés se répartissent en deux principaux groupes: (a) Indicateurs de couverture de services de santé maternelle et infantile et (b) indicateurs de qualité de soins. Les tableaux 2 et 3 ci-dessous décrivent ces indicateurs de manière plus détaillée. En plus de la qualité technique des indicateurs de soins décrits dans le tableau 3, l'évaluation d'impact permettra également de mesurer l'impression des usagers sur la qualité à partir d'une échelle conçue pour le contexte camerounais.

Aux fins de la mise en œuvre du PBF, les indicateurs de couverture de service seront exprimés en termes de rendement (et non en terme d'indicateurs de couverture avec la population comme dénominateur) ; ils seront régulièrement collectés par les formations sanitaires. Ces données seront ensuite vérifiées par l'agence d'achat de la performance ou par une tierce partie désignée par ladite agence pour mener à bien cette activité. Les indicateurs de qualité seront contrôlés par une agence de contrôle ou par un autre tiers pour chaque formation sanitaire, à l'aide d'une liste de contrôle. Ces données collectées systématiquement ne seront pas utilisées dans le cadre de l'évaluation d'impact. Cette dernière permettra de recueillir des données sur la couverture des services de santé et les comportements via les enquêtes ménages, tandis que les enquêtes dans les formations sanitaires seront menées pour les indicateurs de qualité. Les enquêtes ménages et des formations sanitaires seront menées par une autre agence non impliquée dans aucun des aspects de la mise en œuvre du PBF.

Tableau 2: indicateurs de couverture des services de SMI

	Indicateur	Couverture
1	Enfants âgés entre 12 et 23 mois ayant reçu tous leurs vaccins *	49%
2	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives (méthodes modernes) *	13%
3	Besoin non satisfait en planification familiale *	20%
4	Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête*	12%
5	Enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A *	38%
6	Accouchements en présence des prestataires qualifiées*	62%
7	Femmes ayant pris part à deux ou plusieurs visites prénatales	80%

	Indicateur	Couverture
	pendant la grossesse la plus récente*	
8	Enfants âgés entre 11 et 59 mois ayant participé au suivi de la croissance dans les mois précédents	Non disponible
9	Femmes ayant reçu une vaccination antitétanique lors de la plus récente grossesse	19%
10	Femmes ayant reçu tout soin postnatal lors de la grossesse la plus récente	65%
11	Enfants âgés de moins de 6 mois allaités exclusivement au lait maternel	23%

*Source: EDS 2004

Table 3: Indicateurs de qualité des formations sanitaires**

	Indicateur
1	Nombre de l'effectif complet du personnel de santé présent le jour de l'enquête
2	Au moins un personnel de santé femme présente le jour de l'enquête
3	Nombre des formations sanitaires disposant de l'eau pour le lavage des mains, du savon et une serviette propre dans la zone de l'examen du patient
4	Nombre des formations sanitaires ayant au moins une latrine propre et opérationnelle
5	Nombre de centres de santé disposant du matériel élémentaire de PEV
6	Nombre des formations sanitaires disposant de vaccins pour PEV en stock le jour de l'enquête
7	Nombre de formations sanitaires ayant le matériel de fonctionnement élémentaire
8	Nombre de centres de santé munis du matériel de base de soins prénataux
7	Nombre de formations sanitaires ayant le matériel clinique élémentaire
9	Nombre de médicaments essentiels disponibles le jour de l'enquête
10	Nombre moyen de méthodes contraceptives en stock le jour de l'enquête
11	Nombre de formations sanitaires disposant de moustiquaires en stock le jour de l'enquête
12	Nombre des formations sanitaires possédant un registre de PEV mis à jour
13	Nombre des formations sanitaires possédant un registre de soins prénataux et d'accouchements mis à jour
14	Nombre des formations sanitaires disposant d'un rapport mensuel complet sur le système d'information et de gestion de la santé
15	Nombre des formations sanitaires disposant d'un système d'évacuation des déchets opérationnel (bac à ordures, fosse ou incinérateur) et d'une boîte de sécurité pour les objets pointus et tranchants
16	Nombre des formations sanitaires pouvant effectuer des tests de laboratoire pour le paludisme, la tuberculose, le VIH et une numération formule sanguine le jour de l'enquête
17	Nombre d'formations sanitaires disposant de moyens de communication (radio, téléphone mobile, téléphone fixe)
18	Nombre des formations sanitaires avec un véhicule pour le transport des patients transférés
19	Nombre de personnel médical qui déclarent recevoir leur salaire entier à temps
20	Niveau moyen de connaissances cliniques du personnel de santé ***
21	Qualité des examens des enfants âgés de moins de cinq ans (selon les protocoles de la PCIME)
22	Qualité des examens prénataux (selon les protocoles nationaux des soins prénataux)
23	Note moyenne exprimant la satisfaction des usagers
24	Nombre des formations sanitaires qui mènent la sensibilisation pour les principaux services

	Indicateur
	de SMI
25	Nombre d'usagers qui déclarent que les heures d'ouverture des centres de santé sont convenables

** Pas de données disponibles pour ces indicateurs

*** Les connaissances des agents de santé seront mesurées à l'aide des vignettes d'étude de cas en cours de finalisation. Ces vignettes seront axées sur les prestations payantes selon le PBF, adaptées au profil épidémiologique du Cameroun et dans l'esprit des protocoles nationaux.

L'évaluation d'impact permettra également de mesurer les indicateurs qui pourraient apporter des améliorations dans la couverture des services et la qualité (principaux résultats d'intérêt). Il s'agit notamment de:

1. Frais non officiels et officiels aux usagers
2. Fonds disponibles au niveau opérationnel (formation sanitaire)
3. Facteurs qui déterminent l'accessibilité physique et sociale aux services de santé, y compris les heures d'ouverture des formations sanitaires, la sensibilisation par rapport aux services de santé et les comportements du personnel
4. Absentéisme du personnel
5. Accroissement de la demande d'activités telles que la communication sur le changement des comportements du personnel de la formation sanitaire

En outre, l'évaluation de l'impact permettra également de mesurer les indicateurs suivants : l'état de santé grâce à des tests sanguins rapides et à l'anthropométrie:

- Prévalence du paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes actuellement enceintes
- Prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes non enceintes ayant eu un bébé au courant des deux années précédentes
- Poids et taille des enfants âgés de moins de 5 ans

Ces mesures de l'état de santé ne constituent cependant pas les principales cibles de nos résultats d'évaluation d'impact, l'étude pouvant s'avérer incapable de détecter des changements statistiquement significatifs sur une période de deux ans. Ces données sont recueillies en prévision des nouvelles séries de collecte de données après l'évaluation de l'impact de deux ans.

Comment est-ce que le PBF va-t-il améliorer ces résultats escomptés?

Le graphique 1 décrit le processus hypothétique selon lequel le PBF va déclencher des changements pouvant améliorer la couverture du service de SMI. Les interventions du PBF mettront un accent sur l'offre. Nous supposons que le PBF améliore la couverture et la qualité de services de santé maternelle et infantile en matière à travers la motivation des responsables de formations sanitaires et les agents de santé:

1. Rendre payantes les prestations de service prioritaires de qualité peut encourager les responsables des formations sanitaires et le staff à étendre les prestations prioritaires de SMI et à en améliorer la qualité en mettant l'utilisateur au centre des préoccupations afin d'accroître la demande de services de santé
2. Le suivi indépendant peut également encourager les responsables à gérer en vue des résultats, et l'autonomie de gestion couplée à un apport en matière d'évaluation peut leur permettre de régir au vu des mesures incitatives

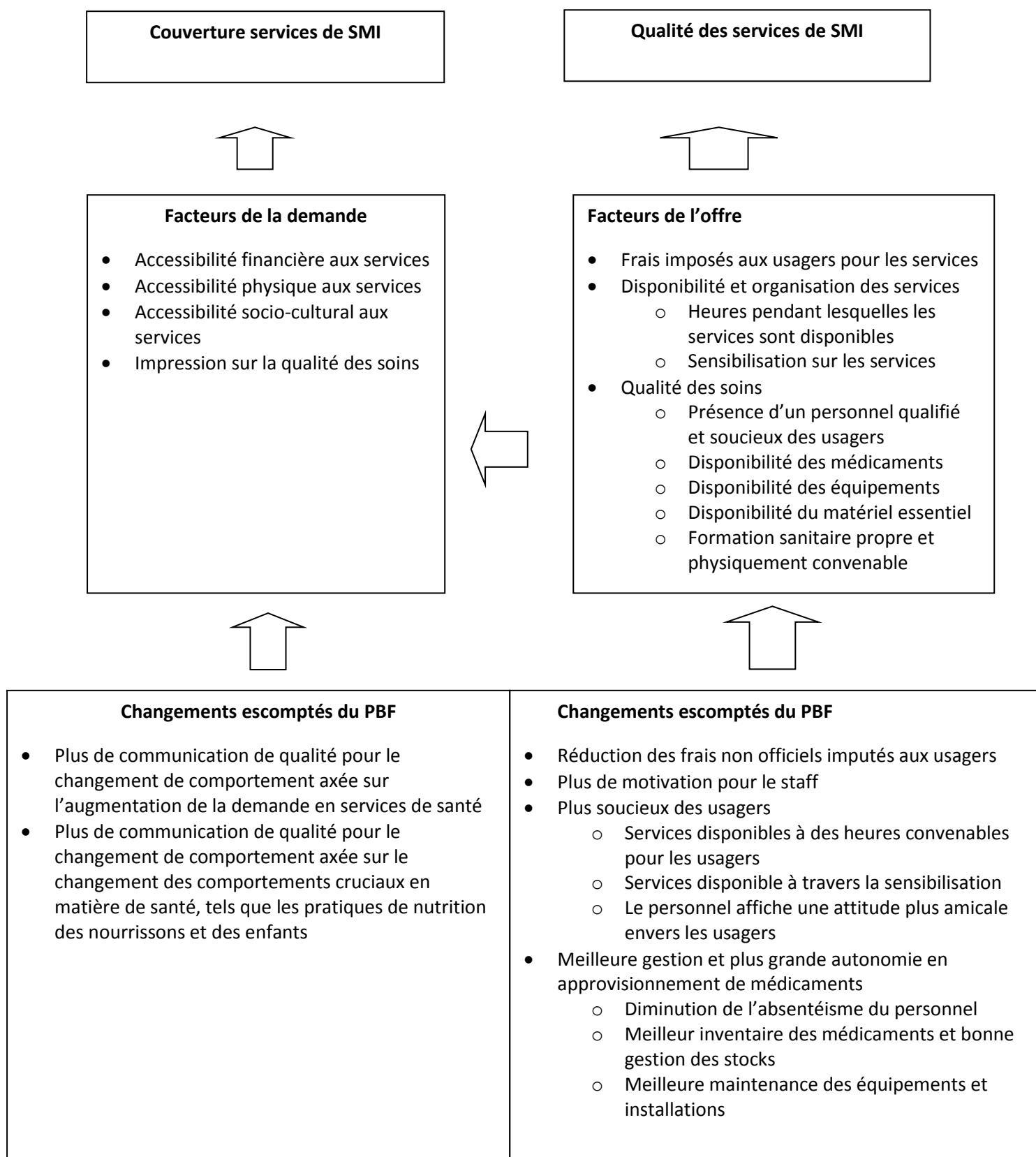
3. Des primes de performance aux agents de santé peuvent les pousser à adopter une attitude amicale envers les usagers, diminuer l'absentéisme et l'imputation de frais non officiels aux patients

Nous espérons à terme observer des changements importants au niveau des formations sanitaires tels que:

1. Faible taux imputés aux usagers
2. Services de santé plus accessibles
3. Un meilleur fonctionnement des formations sanitaires et une meilleure qualité des soins
4. Un grand accent sur l'augmentation de la demande des services de santé

L'un des résultats attendus est la meilleure qualité technique des soins. En outre, nous envisageons au niveau des formations sanitaires que les changements déclenchés par le PBF pourront influencer la demande en soins et les comportements en matière de santé et finalement conduire à l'amélioration de la couverture des services de SMI. Le faible taux de frais exigés des usagers peuvent améliorer l'accès financier aux services de santé, des heures plus convenables aux usagers peuvent accroître l'accès physique aux services de santé, tandis que l'augmentation de la demande d'activités et l'amélioration de la qualité technique des soins peut réduire les barrières socioculturelles quant à la fréquentation des services de santé et susciter un plus grand intérêt.

Graphique 1: Comment est-ce que le PBF va-t-il améliorer la couverture et la qualité des SMI



Stratégie d'identification

L'étude comportera une enquête en début et en fin de recherche, conçu sur un modèle comparatif. Nous nous appuierons principalement sur le contrôle expérimental pour répondre aux principales questions de recherche dans le cadre de la présente étude. Chaque formation sanitaire dans chaque région sera affectée au hasard dans l'un des quatre groupes d'étude. Chaque Centre de Santé Intégré public et confessionnel (CSI) et les Centres médicaux d'arrondissement (CMA) dans 14 districts des 3 régions pilotes seront assignés au hasard à chaque groupe d'étude afin de mettre sur pied un modèle d'étude factoriel. Ce processus de répartition aléatoire a pour but de s'assurer que les quatre groupes d'études sont comparables en termes de caractéristiques observées ou non, qui pourraient affecter le traitement des résultats si bien que les différentes moyennes dans les résultats pourront être attribuables à une relation de cause à effet.

Tous les hôpitaux de district dans ces 14 districts feront partie du PBF « complet » (T1 traitement). Ceci s'explique par le fait que les hôpitaux de district jouent un rôle crucial dans la supervision et représentent la source des services de référence pour toutes les formations sanitaires dans le district. Les hôpitaux de district auront la charge de superviser et de venir en appui au groupe traitement (T1) et au groupe témoin (C1-C3) comprenant les CMA et les CSI différemment, en fonction du groupe auquel ils sont affectés. Les enquêtes auprès des ménages et des formations sanitaires seront menées dans les hôpitaux de district et les ménages appartenant exclusivement à leur aire sanitaire² dans les 14 districts pilotes afin d'avoir un aperçu du rôle que les hôpitaux de district jouent dans les quatre groupes d'étude. Cependant, ces données ne seront pas utilisées pour des déductions quant à l'impact du PBF.

Le tableau 4 ci-dessous décrit les quatre groupes d'étude formés par répartition au hasard des CMA et CSI. Nous espérons pouvoir répondre aux principales questions de recherche identifiées en comparant ces groupes.

Pour les besoins de notre étude, le paquet «complet» des interventions PBF comprendra les éléments suivants:

- relation entre les paiements et les résultats, y compris les primes de performance du personnel médical
- surveillance indépendante des résultats
- La supervision systématique des formations sanitaires sous forme de supervision fréquente faite par un superviseur externe de l'équipe de l'hôpital de district à l'aide d'une liste de contrôle structurée et capable de fournir un feedback immédiat au personnel sur les problèmes identifiés et les éventuelles possibilités d'amélioration des prestations de services. Le contrôle systématique vérifiera si la formation sanitaire est conforme aux directives nationales portant sur les frais imposés aux usagers
- L'autonomie de gestion des formations sanitaires suppose une autonomie sur l'utilisation des ressources, combinée au pouvoir d'embaucher et de licencier le personnel.

Les formations sanitaires du groupe T1 mettront en application l'ensemble des caractéristiques du PBF. Celles affectées au groupe C1 recevront une allocation budgétaire fixe par habitant correspondant à l'allocation budgétaire par habitant pour les formations sanitaires du groupe T1. Toutefois, cette rallonge ne dépendra pas de la performance. Les formations sanitaires du groupe C1 feront l'objet du même contrôle et suivi et de l'autonomie de gestion au cours de la rallonge budgétaire reçue. Les administrateurs des formations sanitaires des groupes T1 et C1 auront le pouvoir d'embaucher du personnel avec leurs revenus PBF ou avec le complément budgétaire reçu ; ils pourront également licencier ce personnel si nécessaire. Les administrateurs de formations

² Il existe des villages qui ne feront pas partie de l'aire sanitaire de certains CSI et CMA dans le district. Les ménages dans ces villages seront exclus de l'échantillon de l'évaluation d'impact.

sanitaires T1 et C1 pourront disposer de ces revenus de manière autonome. Les formations sanitaires C2 ne recevront pas de ressources supplémentaires, mais la même supervision et suivi que les formations sanitaires des groupes T1 et C1. Les superviseurs au niveau du district chargés des formations sanitaires des groupes T1, C1 et C2 utiliseront les mêmes outils et frais supplémentaires alloués pour les visites aux formations sanitaires de ces trois groupes. Toutefois, la note attribuée à la qualité dépendra des frais exigibles seulement dans le cas des formations sanitaires du groupe T1. Les formations sanitaires du groupe C3 fonctionneront comme à l'accoutumée et ne recevront pas de ressources supplémentaires ou apport. Les administrateurs des formations sanitaires des groupes C2 et C3 n'auront ni le pouvoir d'embaucher ou de licencier du personnel ni l'autonomie financière. Les plafonds nationaux des frais exigibles et les taux appliqués aux usagers dans les formations sanitaires seront affichés sur un panneau dans toutes les formations sanitaires faisant partie des groupes d'étude. L'équipe d'Evaluation d'Impact inclura également le contrôle et le respect des directives nationales dans le cadre des interventions en matière de contrôle et de supervision dans les centres de santé des groupes T1, C1 et C2. Les formations sanitaires du groupe C3, en tant que groupe « statu quo », ne seront pas soumises à ce contrôle et cette supervision supplémentaire.

Tableau 4: Les groupes d'étude

T1: PBF avec des primes de performance au personnel médical	C1: Mêmes ressources financières par habitant que le PBF mais pas liées à la performance; même supervision et suivi, ainsi que l'autonomie de gestion comme dans le groupe T1
C2: Pas de ressources supplémentaires, mais même contrôle et suivi que dans les groupes du PBF et les groupes T1 et C1	C3: Statut quo

*Voir Annexe 1 pour les détails

L'équipe d'Evaluation d'Impact est consciente du fait que les personnes vivant dans l'aire sanitaire d'une formation sanitaire affectée à un groupe d'étude donné (par exemple C3) peuvent se rendre dans les centres de santé faisant partie d'un autre groupe tout à fait différent (T1 par exemple). La faible densité des formations sanitaires dans les districts ruraux objet de notre étude amoindrit ces risques. Néanmoins, si ce scénario venait à se produire, il pourrait mitiger nos estimations d'impact. L'évaluation d'impact se fixe les objectifs suivants : (a) minimiser, et (b) mesurer le degré de contamination et expliquer l'influence qu'il pourrait avoir sur l'évaluation d'impact. Dans le but de minimiser l'impact des mouvements de population, une cartographie à l'aide du SIG sera produite avant l'enquête préliminaire pour définir de manière réaliste l'aire sanitaire de chaque formation sanitaire. Cette cartographie SIG aidera à définir chaque «véritable» aire sanitaire compte tenu des caractéristiques physiques (terrain ou plans d'eau) y compris les routes qui influencent le temps de déplacement et donc pourraient déterminer le choix du centre de santé. Les ménages seront ensuite échantillonnés à partir de ces circonscriptions (voir la section des données pour plus de détails). Pendant la collecte des données, les enquêteurs s'assureront que les centres de santé mis à contribution pour tout service d'intérêt sont enregistrés avec exactitude afin que tout effet résultant des déplacements de population soit mesurable. Chaque équipe devra augmenter la probabilité d'identification précise des centres de santé en s'enquérant de leurs appellations locales et en les utilisant, et en montrant les photos de ces lieux aux personnes interrogées pendant l'enquête auprès des ménages.

De plus, nous allons utiliser les méthodes statistiques (telles que l'analyse de régression) pour examiner la relation entre le PBF et les éléments suivants:

1. Les principaux changements escomptés dans la chaîne causale. Il s'agit de:

- a. Les fonds disponibles au niveau opérationnel (centre de santé)
 - b. Les frais non officiels des services de santé et les frais officiels exigés des usagers
 - c. Le degré de la prise en compte des clients, par exemple les heures d'ouverture des formations sanitaires, la sensibilisation au sujet des services de santé et l'impression/ satisfaction qu'ont les clients des comportements du personnel
 - d. La gestion de la formation sanitaire, en tenant compte des éléments tels que la réduction de l'absentéisme, la disponibilité des médicaments et du matériel de travail
 - e. Les activités génératrices de demande telle que la communication sur le changement de comportements par le personnel du centre de santé
2. La rentabilité du PBF, c'est à dire, chaque \$ du PBF achète quel degré d'amélioration en terme de couverture et de qualité? Nous allons analyser cette question en comparant les coûts différentiels et les résultats de chaque aspect du PBF aux coûts correspondants et aux résultats pour chaque élément de comparaison. Nous allons examiner les coûts en termes de: (a) ensemble des coûts (public et privé), (b) Les coûts publics; (c) menues dépenses des ménages
 3. Le maintien de l'effectif du personnel soignant
 4. La couverture des services essentiels qui ne sont pas achetés dans le cadre du programme pilote PBF

Enfin, l'étude comprendra également un volet qualitatif en fin d'étude afin de mener une analyse plus profonde qui permette d'expliquer ou d'explorer des questions spécifiques et pertinentes pour le PBF. Les questions d'intérêt pour le volet qualitatif seront identifiées quand l'exécution du PBF aura débuté. Il s'agit entre autres de :

- Quelle est la différence entre les formations sanitaires du PBF les plus compétitives et les moins performantes (en termes de résultats obtenus)? Quels sont les facteurs favorisant le succès des meilleurs centres de santé? Quels sont les facteurs ayant contribué à la mauvaise performance des moins performantes? Quel est la contribution de la gestion des formations sanitaires à haut et bas performance?
- Comment est ce que les acteurs (personnel médical, administrateurs de formations sanitaires, administrateurs régionaux, décideurs nationaux et usagers) perçoivent-ils le PBF? Quels sont les principaux avantages et inconvénients du PBF?

Données

L'évaluation s'inspirera de deux sources principales de données afin de répondre aux questions de recherche identifiées pour l'évaluation d'impact:

1. Enquêtes auprès des ménages: Une enquête préliminaire des ménages sera menée (c'est à dire avant l'opérationnalisation du PBF), et en fin d'étude (deux ans après la mise sur pied du PBF).
2. Enquêtes sur les formations sanitaires : elle sera conduite en début et en fin d'étude.

L'évaluation d'impact utilisera du matériel d'enquête du HRITF au départ et va ensuite les adapter aux besoins de cette recherche et au contexte camerounais. Le tableau 5 ci-dessous résume les sources de données pour l'évaluation d'impact.

Les mêmes établissements hospitaliers inclus dans l'échantillon de référence des formations sanitaires seront également visités en fin d'étude. Les ménages interrogés au départ le seront également en fin d'étude, et seront ajoutés à l'échantillon final s'ils répondent aux critères

d'éligibilité. Des ménages supplémentaires pourront être échantillonnés en fin d'étude si cela s'avère nécessaire pour répondre aux exigences de taille de l'échantillon.

Enquêtes auprès des ménages

Une enquête auprès des ménages sera menée dans chacun des 14 districts sujets de l'évaluation d'impact. Pour sélectionner les ménages à enquêter, une aire sanitaire sera d'abord déterminée pour chacune des 245 CMA et CSI³. La sélection n'ira pas au-delà de 16 ménages sélectionnés au hasard par circonscription pour chaque formation sanitaire choisie. Seuls les ménages ayant eu au moins un cas de grossesse ou de naissance au courant des deux années avant l'enquête seront éligibles.

Puisqu'il s'agit d'un essai randomisé par groupes, l'estimation de la taille de l'échantillon doit tenir compte de l'effet du plan d'échantillonnage, ainsi que la multiplicité des comparaisons à mener dans une étude à quatre aspects. Au total, nous avons 245 groupes définis par les CSI et les CMA (chaque structure sanitaire constitue un groupe) et au moins 60 formations sanitaires dans chacun des quatre groupes d'étude. Ce décompte n'inclut pas les 20 hôpitaux de district qui ne sont pas à être répartis de façon aléatoire.

Les paramètres sont donc les suivantes:

- Nombre de grappes (EA) = 245
- Nombre d'entrevues par grappe = 16
- Nombre total d'entrevues = 3920
- Effet supposé du plan d'échantillonnage = 2
- Alpha = 0,05

En supposant un taux initial de couverture de 60%, la taille minimale de l'effet, détectable à l'aide d'une puissance de 80% et un alpha de 0,05, est de 0,10. Bien vouloir se référer à l'annexe-2 pour plus de détails.

Le matériel d'enquête sera administré aux femmes dans les ménages échantillonnés ayant eu un bébé au courant des deux années précédant l'enquête. Les principales questions abordées dans les enquêtes auprès des ménages comprennent:

- Comportements de santé par rapport aux services de santé maternelle et infantile
- Comportements favorisant la santé, les obstacles aux usagers et à la fréquentation des services de santé
- Dépenses de santé des ménages
- Impression générale sur la qualité des services de santé

En outre, les équipes d'enquête mèneront les activités suivantes :

1. effectuer des tests diagnostiques rapides de paludisme pour tous les enfants âgés de moins de 5 ans et femmes enceintes présentes dans le ménage lors du passage des enquêteurs,
2. Effectuer des tests diagnostiques rapides d'anémie pour tous les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes non enceintes présentes ayant eu un bébé pendant les deux années avant la visite, et

³ Tous les 20 hôpitaux de district ainsi que les ménages de leurs aires sanitaires seront enquêtés. Toutefois, ils ne font pas partie du débat sur la taille de l'échantillon, ils seront exclus de l'échantillon devant servir à estimer l'évaluation d'impact.

3. Peser et mesurer la taille de tous les enfants âgés de moins de 5 ans présents lors du passage des enquêteurs.

Table 5: Summary of health facilities included in the Impact Evaluation, by type and district

District	Number of official Health Areas	Number of health facilities						% <u>urban</u> health facilities*	% <u>private</u> health facilities
		CSI Public	CMA Public	District Hospital	Confessional CSI/ CMA/ Hospital	For-profit/ Para-public	Total		
Abong-Mbang	16	14	2	1	4	2	23	9%	27%
Doume	8	9	1	1	2	1	14	8%	23%
Lomie	8	7	2	1	2	0	12	0%	18%
Messamena	8	9	1	1	2	0	13	0%	17%
Nguelemendouka	4	5	0	1	1	0	7	0%	17%
Kette	9	9	0	1	0	0	10	0%	0%
EAST Total	9	53	6	6	11	3	79	4%	19%
Kumbo East	20	17	2	1	6	4	30	17%	34%
Nkambe	14	11	2	1	4	2	20	5%	32%
Ndop	15	12	2	1	8	4	27	0%	46%
Fundong	11	9	3	1	12	3	28	4%	56%
NW Total	60	49	9	4	30	13	105	7%	43%
Mamfe	8	11	1	1	1	0	14	31%	8%
Kumba	12	10	1	1	5	1	18	41%	35%
Buea	7	10	3	1	0	9	23	77%	41%
Limbe	8	10	1	1	1	7	20	32%	42%
SW Total	35	41	6	4	7	17	75	48%	34%
Pilot Zone total	104	143	21	14	48	33	259	18%	33%

*Excluding district hospitals

Enquête portant sur les formations sanitaires

Cette enquête sera menée dans tous les CMA, CSI et hôpitaux de district des 14 districts faisant partie de l'évaluation d'impact. Toutes les visites d'équipe dans les formations sanitaires seront inopinées. L'enquête comporte plusieurs composantes. L'échantillon du personnel médical, les remarques sur la relation patient-prestataire et les entretiens recueillis à la sortie de patient permettront d'établir une relation entre les résultats de ces trois composantes.

Module d'évaluation des formations sanitaires

Le module d'évaluation des formations sanitaires vise à recueillir des données sur les principaux aspects de leur fonctionnement, ainsi que des aspects structurels de la qualité des soins. La personne à interroger pour ce module sera la personne en charge du centre de santé pendant le passage des enquêteurs. Les sujets essentiels sont les suivants :

- Personnel du centre de santé, y compris le personnel en complément d'effectif, le personnel en service lors du passage de l'équipe et le personnel présent lors du passage des enquêteurs
- les infrastructures et équipements du centre de santé
- Disponibilité des médicaments, consommables et stocks au centre de santé
- Supervision
- Tenue des registres et envoi des rapports au système d'information et de gestion sanitaire
- Gestion de la formation sanitaire
- Frais exigibles officiels dans ce centre de santé
- Les recettes du centre de santé et l'usage qui en a été fait.

En outre, un échantillon de médicaments essentiels (liste à déterminer) fera l'objet en fin d'étude d'un examen au laboratoire. L'objectif est de déterminer s'il existe une différence de qualité entre les médicaments des hôpitaux du PBF (traitement) et ceux qui n'en font pas partie, compte tenu du fait que les centres de santé dans le cadre du PBF auront le choix de se procurer les médicaments à des sources variées. Pour le moment, toutes les formations sanitaires s'approvisionnent en médicaments exclusivement au CENEMA, structure parapublique d'approvisionnement en médicaments. Les responsables politiques craignent que la liberté qu'auront les formations sanitaires de se procurer leurs médicaments à d'autres sources puisse entraîner l'achat de médicaments contrefaits ou de qualité inférieure, et cet aspect de l'enquête sur les hôpitaux fournira quelques réponses sur la question.

Module sur l'enquête auprès du personnel médical

Un échantillon aléatoire stratifié du personnel médical ayant des responsabilités au niveau des services de santé maternelle et infantile dans les centres de santé choisis sera interrogés dans le cadre de ce module. Les principales questions sont les suivantes :

- Rôle et responsabilités de l'agent de santé interrogé
- Rémunération, y compris les retards dans le paiement des salaires
- Satisfaction et motivation du personnel
- Connaissances techniques sur la santé maternelle et infantile. Ce point sera évalué à l'aide de vignettes. Les vignettes cibleront les services payant dans le cadre du PBF, adaptées au profil épidémiologique du Cameroun et conçue dans l'esprit des protocoles nationaux. Les vignettes seront finalisées ultérieurement.

Un échantillon aléatoire stratifié de 5 agents de santé sera sélectionné dans chacun des 245 formations sanitaires, ce qui fera un nombre total de 1225 entrevues d'agents médicaux.

Entrevues du module sur l'interaction patient-prestataire

Le module sur le personnel médical recueille des données sur les connaissances de ces derniers. Le présent module par contre, a pour objectif de recueillir des informations sur *ce qui se passe* réellement entre le personnel médical et leurs patients.

L'un des enquêteurs observera des séances de consultations avec un échantillon aléatoire systématique de patients âgés de moins de cinq ans, venant en consultation pour un problème de santé nouveau (et non pas pour des visites de suivi ou de routine), ainsi que les nouveaux patients de consultations prénatales. L'enquêteur, à l'aide d'un canevas structuré, va consigner si les principales actions attendues sont effectivement réalisées. S'il s'agit des patients de moins de cinq ans, l'accent portera sur le respect des protocoles sur la PCIME. Pour les patients en consultation prénatale (CPN), il s'agira d'examiner si les actions clés souhaitées (les conseils par exemple) sont exécutées. Puisque les CMA et les CSI n'offrent pas de services de consultation prénatale tous les jours de la semaine – généralement un-deux jours par semaine - nous nous proposons d'appliquer

les observations recueillies par ce module dans un sous-échantillon de centres de santé. Nous espérons que deux des formations sanitaires sur les 5 qui font l'objet de l'enquête, auront des soins prénataux le jour du passage des enquêteurs. Nous prévoyons donc que le module sur la relation patient-prestataire CPN pourra être effectif dans environ 102 formations sanitaires. Nous pourrions observer la relation patient-consultant chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans toutes les formations sanitaires visitées. Les inspections pour les enfants de 5 ans ou âgés de moins de 5 ans, ainsi que 5 consultations prénatales seront menées dans chacune des formations sanitaires où ces modules sont appliqués. Nous prévoyons donc un total de 490 observations prénatales et 1225 auditions pour les enfants âgés de moins de cinq ans. Tous les agents de la santé choisis dans le cadre des entrevues patient-soignant feront partie de l'échantillon d'interview du personnel médical.

Entretiens avec les patients à la sortie du centre de santé

Un échantillon aléatoire systématique de 10 patients se rendant dans le centre de santé pour des soins curatifs et avec une nouvelle plainte sera interviewé pour évaluer l'impression qu'a le patient de la qualité des soins dans tous les 245 CSI et CMA de l'enquête. (5 patients âgés de moins de cinq ans et 5 âgés de plus de 5 ans). Si le patient est un enfant, le parent de l'enfant sera interrogé. Les enfants âgés de 5 ans ou moins inclus dans l'échantillon des patients à la sortie de consultation seront les mêmes cinq enfants dont la consultation auprès d'un prestataire aura été observée. En outre, tous les patients en consultation prénatale dont les consultations ont été observées seront interrogés à la sortie du centre de santé. Au total, nous prévoyons 2450 interviews auprès des patients s'étant rendus dans les centres de santé pour les consultations en soins curatifs et 490 interviews à la sortie de la formation sanitaire avec les patients de la consultation prénatale.

Tableau 5: Sources de données pour l'évaluation d'impact

Données	Personnes cibles	Niveau	Type	Source	Instrument d'enquête	Fréquence	Description des données
Enquête auprès des ménages	Les femmes présentant enceintes; Les femmes ayant eu un enfant au courant des deux années précédant l'enquête n=3,920	Ménages	Quantitatif	Primaire	Adapté à l'instrument d'enquête ménage de HRITF	Deux fois: avant & après	Fréquentation des services de santé, comportement favorisant la santé et obstacles à la fréquentation des services de SMI, dépenses de santé, impression sur la qualité des services de santé
Enquête auprès des ménages	Les femmes présentant enceintes, les femmes non enceintes qui ont eu un enfant au cours des 2 années précédant l'enquête,	Enquête auprès des ménages	Anthropométrie & bio marqueurs	Primaire	Sans objet	Deux fois: avant & après	Tests diagnostiques rapides du paludisme et de l'anémie; Mesures de la taille et du poids

Données	Personnes cibles	Niveau	Type	Source	Instrument d'enquête	Fréquence	Description des données
	les enfants de moins de cinq ans						
Evaluation des centres de santé	Centres de santé concernés n=245	Formation sanitaire	Quantitatif	Primaire	Adapté au questionnaire HRITF sur les formations sanitaires	Deux fois: avant & après	Dotation en personnel du centre de santé, infrastructure, approvisionnement en médicaments, équipement, supervision, SIG de la santé, rapports et gestion, frais exigibles aux usagers, recettes de la formation sanitaire
Evaluation des centres de santé – Echantillon médicaments pour test laboratoire	Sans objet n=245 centres	Formation Sanitaire	Test de laboratoire	Primaire	Sans objet	Une fois à la fin de la recherche	Qualité des médicaments sélectionnés
Interviews du personnel médical	Personnel médical n=1225	Centres de santé	Quantitatif	Primaire	Adapté du questionnaire HRITF sur les formations sanitaires	Deux fois: avant & après	Volume de travail du staff, rémunération, motivation, satisfaction et connaissance
Observation direct de la relation Patient-prestataire (Enfants âgés de moins de 5 ans & soins prénataux)	Patients en consultation prénatale pour la 1ère fois n=490 Nouveaux patients âgés de moins de cinq ans venant pour des soins curatifs n=1225	Centres de santé	Quantitatif	Primaire	Adapté du questionnaire HRITF sur les formations sanitaires	Deux fois: avant & après	Soins et conseils aux patients
Interview des patients	Patients en consultation	Centres de santé	Quantitatif	Primaire	Adapté du questionnaire	Deux fois: avant &	Impression du patient (ou du

Données	Personnes cibles	Niveau	Type	Source	Instrument d'enquête	Fréquence	Description des données
à la sortie du centre de santé	prénatale pour la 1ère fois n=490 Nouveaux patients âgés de moins de cinq ans venant pour des soins curatifs n=1225 Nouveaux patients âgés de plus de cinq ans venant pour des soins curatifs n=1225				re HRITF sur les formations sanitaires	après	parent) sur la qualité des soins. Sont-ils satisfaits ou non
Coûts différentiels de la mise en application du PBF ou des interventions des groupes comparatifs	Sans objet	Agence d'achat de performance	Quantitatif	Secondaire	Registres et rapports administratifs	Rapports périodiques dès le début du PBF	Coûts de la mise en application du PBF ou des interventions des groupes comparatifs

Etude et licence d'éthique

Le permis d'éthique pour l'évaluation d'impact est délivré par un comité d'éthique institutionnel du pays (Cameroun). L'équipe d'EI a intégré l'obtention des licences d'éthique dans les termes de référence de l'agence de recherche en charge des recherches préliminaires. Le processus d'obtention de cette autorisation débutera aussitôt que cette agence sera contractée.

Calendrier des activités

Tableau 6 ci-dessous présente la chronologie à suivre pour l'évaluation d'impact par année budgétaire. L'enquête de base devra être initiée et terminée avant le début de l'exécution du PBF. L'enquête sur la collecte des données sera réalisée entre les mois de mars-juin 2012. Nous espérons commencer l'exécution du PBF dans la période allant du mois d'août au mois de septembre 2011, et la collecte de données finale sera réalisée après deux ans, mars-juin 2014. Avant l'exécution du PBF, les formations sanitaires (CMA et CSI) seront affectées au hasard dans les groupes d'étude lors d'une cérémonie publique (Atelier de formation sur le projet pilote PBF). Comme toutes les formations sanitaires seront échantillonnées pendant la phase préliminaire, il ne sera pas nécessaire de les

soumettre à une étude aléatoire ou à des groupes de comparaison avant le début du processus. Des ateliers de dissémination sont prévus afin de diffuser les premiers résultats et ceux de fin d'étude. En outre, les résultats de l'évaluation d'impact seront publiés à public international à travers le rapport final d'évaluation sous forme de document de travail.

Tableau 6 : Calendrier des activités

	AB 2011		AB 2012				AB 2013				AB 2014	
Phase	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Elaboration du programme												
Elaboration de l'évaluation d'impact												
Préparation de l'évaluation												
Collection des données de l'enquête de base												
Atelier de formation sur le projet pilote PBF												
Début du projet pilote PBF												
Exposition au traitement PBF												
Saisie et sauvegarde des données initiales												
Analyse initiale et rapport												
Atelier d'information préliminaire												
Enregistrement des données à mis parcours												
Préparation de l'évaluation												
Collection des données de fin d'étude												
Enregistrement et sauvegarde des données de fin d'étude												
Rapport d'analyse d'impact												
Atelier d'information de fin d'étude												

L'équipe de recherche

L'équipe de recherche est composée des personnes suivantes:

- Damien de Walque, économiste principal à DECHD. Damien de Walque sera le chercheur principal dans le cadre de l'évaluation d'impact.
- Gaston Sorgho, Sector Lead Specialist Human Development à AFTHE. Gaston Sorgho est le TTL dans le cadre de l'évaluation d'impact et du Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) dans lequel ce projet pilote est imbriqué.

- Aneesa Arur, spécialiste en santé publique, AFTHE. Aneesa Arur sera le co-chercheur principal cumulativement avec sa fonction de coordonnateur de l'évaluation d'impact
- Saifuddin Ahmed, professeur agrégé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Saifuddin Ahmed assistera l'équipe de recherche dans les calculs de puissance, l'échantillonnage et d'autres aspects statistiques
- Un spécialiste de S & E, qui seront recrutés par le ministère de la Santé, de coordonner à la fois les données du niveau central du Ministère de la Santé de l'EI et assurera la liaison avec les régions et les districts impliqués dans l'échange.

En outre, la surveillance stratégique pour l'évaluation d'impact sera assurée par Benjamin Loevinsohn, spécialiste principal en santé publique, AFTHE.

IFORD (Institute de Formation et de Recherche Démographiques), était recruté pour élaborer et mettre en œuvre la collecte de données et les analyses de l'enquête de base. Cet organe de recherche travaillera sous la direction d'une organisation ou un individu (à être recruté) ayant une expertise en PBF et évaluation d'impact.

Annexe 1 : Tableau descriptif du traitement des groupes de l'évaluation d'impact

	T1 PBF complet avec des primes de performance au personnel médical	C1 PBF avec subsides non liées à la performance (*)	C2 Seulement une supervision renforcée comme dans T1 et C1.	C3 Statut quo
Contrat	Contrat tout à fait classique pour le PBF	Contrat stipulant les conditions du PBF pour le contrôle / vérification et la supervision	Contrat stipulant un appui technique en termes de supervision renforcée	Pas de contrat
Business plan	Oui à développer	Oui à développer	Business plan léger, axé sur la supervision intensifiée	Pas de business plan
Evaluation de la qualité	Evaluation de la qualité, feedback et prise en compte dans le paiement.	Evaluation de la qualité avec feedback comme dans T1, mais sans effet sur le paiement	Evaluation de la qualité avec feedback comme dans T1.	Evaluation de la qualité avec feedback écrit, 2 fois par an.
Relevé/vérification des quantités de services	Relevé et vérification des quantités de services produits	Relevé et vérification des quantités de services produits	Relevé trimestriel simple sans procédure de vérification des quantités de services produits.	Relevé trimestriel simple sans procédure de vérification des quantités de services produits.
Paie ment	Paie ment <u>lié</u> à la performance	Paie ment <u>non lié</u> à la performance	Pas de paiement	Pas de paiement
Autonomie de gestion	Autonomie de gestion avec retenue des toutes les recettes	Autonomie de gestion avec retenue de toutes les recettes	Pas d'autonomie de gestion, maintien du système de quote-part existant.	Pas d'autonomie de gestion, maintien du système de quote-part existant.
Rapport mensuel d'activités soumis au district sanitaire	Oui	Oui	Oui	Oui

(*) - Méthode d'évaluation du montant des subsides pour les formations sanitaires du Groupe 2 : Le paiement au niveau du Groupe C1 sera fait à priori en fonction de la population de l'aire sanitaire. Dans le cas particulier où la population n'est pas une bonne référence, alors on se référera au « matching » sur les caractéristiques de la structure sanitaire : type de prestations fournies, volume de services dispensés, personnel disponible, etc.

Annexe-2: calculs de puissance

Cette évaluation d'impact vise à déterminer l'impact du PBF sur la couverture des services et la qualité de la SMI de et à comparer ces effets à deux autres combinaisons d'interventions. L'étude comportera donc quatre groupes:

1. Groupe T1: PBF « complet » avec des primes au personnel médical
2. Groupe C1: les mêmes ressources financières par habitant que le PBF mais ne dépendant pas de la performance; même supervision, suivi et même autonomie de gestion que pour le groupe T1
3. Groupe C2: Pas de ressources supplémentaires, mais même supervision et suivi que pour les groupes du PBF T1 et C1
4. Groupe C3 : groupe statut quo

Nous proposons ci-dessous les canevas de taille de formations sanitaires et de ménages dans les quatre groupes:

<p>T1: PBF avec primes de performance pour le personnel médical</p> <p>61 formations sanitaires*</p> <p>976 ménages (16 ménages par aire sanitaire de chaque formation sanitaire)</p>	<p>C1: mêmes ressources financières par habitant que le PBF mais ne dépendant pas de la performance; même supervision, suivi et même autonomie de gestion que pour le groupe T1;</p> <p>61 formations sanitaires*</p> <p>976 ménages (16 ménages par aire sanitaire de chaque formation sanitaire)</p>
<p>C2: Pas de ressources supplémentaires, mais même supervision et suivi que pour les groupes du PBF T1 et C1</p> <p>61 formations sanitaires*</p> <p>976 ménages (16 ménages par aire sanitaire de chaque formation sanitaire)</p>	<p>C3: Statut quo</p> <p>61 formations sanitaires*</p> <p>976 ménages (16 ménages par aire sanitaire de chaque formation sanitaire)</p>

* Les formations sanitaires éligibles sont celles du secteur public, privé et des ONG et des centres de santé confessionnels : centres médicaux d'arrondissement (CMA) et les centres de santé intégré (CSI); les ménages éligibles sont ceux ayant eu au moins une grossesse ou naissance au courant des deux années précédant l'enquête. Puisqu'il existe 245 formations sanitaires éligibles, chaque groupe d'étude comptera *au moins* 48 formations sanitaires et *au moins* 976 ménages. La taille totale de l'échantillon des ménages sera de 3920.

Toutes les formations sanitaires éligibles dans le district pilote feront partie de l'échantillon des enquêtes initiale et finale. Les principaux résultats attendus pour l'évaluation d'impact comprennent les indicateurs de couverture des services de santé maternelle et infantile. Parce que les niveaux de couverture varient selon les services, les calculs de puissance se baseront sur ceux des services d'accouchement assisté par un personnel qualifié, ce sont les plus exigeants en matière de taille de l'échantillon. L'EDS du Cameroun 2004 estime le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié à 62%.

Puisqu'il s'agit d'un essai randomisé par groupes, l'estimation de la taille de l'échantillon doit prendre en compte les effets du plan de sondage, ainsi que la multiplicité des comparaisons qui doivent être faites dans une étude à quatre volets. Au total, il y a 245 grappes définies par les CSI et CMA (chaque formation sanitaire constitue un groupe) et nous avons au moins 60 formations sanitaires dans chacun des quatre groupes d'étude. Ce décompte n'inclut pas les 20 hôpitaux qui ne seront pas répartis de façon aléatoire.

Les paramètres de cette étude sont donc les suivants:

- Nombre de grappes = 245
- Nombre d'entrevues par grappe = 16
- Nombre total d'entrevues = 3920
- Effet supposé du plan du sondage = 2
- Alpha = 0,05

En supposant que le taux initial (couverture de 60%), la minimale de l'effet que nous pouvons détecter avec une puissance de 80% et un alpha de 0,05 est de 0,10.

Le tableau 1 ci-dessous décrit les différentes exigences taille de l'échantillon pour différents niveaux de couverture (couverture de la prestation de services) en supposant une taille de l'effet de 10% et un effet de plan de sondage d'une valeur de 2. Le graphique 1 ci-dessous décrit les différentes exigences de taille d'échantillon par niveau de couverture et pour les divers effets du plan de sondage supposés.

Graphique 1 : Estimations des exigences de la taille de l'échantillon

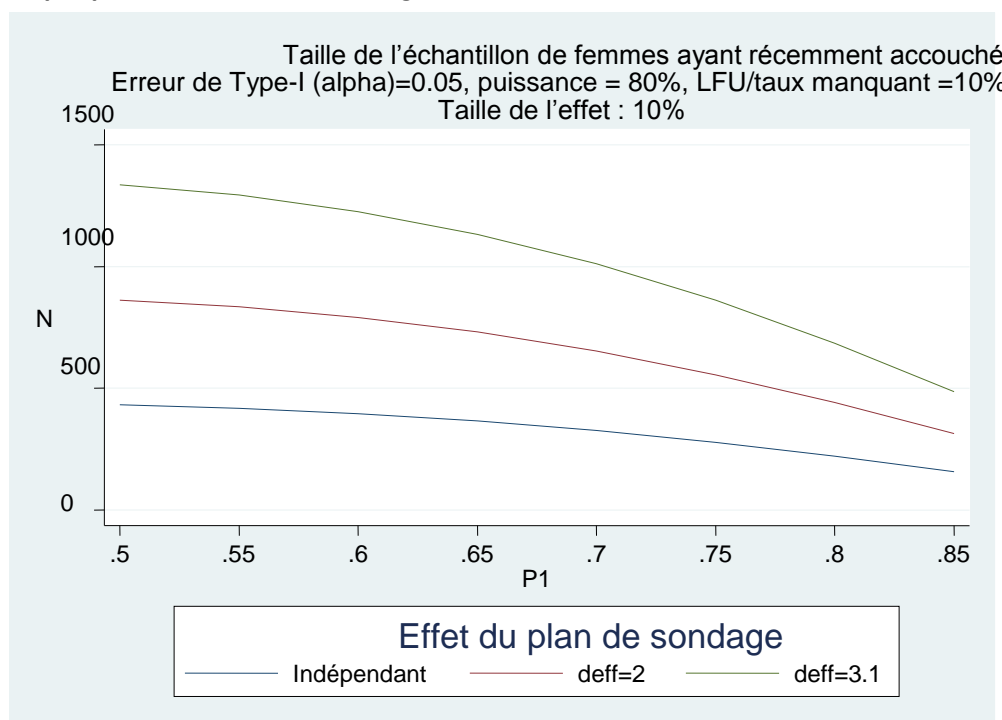


Tableau 1: Taille de l'échantillon par taux couverture et effet supposé du plan de sondage (Deff)

	Taille de l'effet estimé : 10%	Taille de l'effet estimé : 15%
Taux de couverture (P)	deff=2.0	deff=2.0
.5	862	377
.55	835	362
.6	791	337
.65	731	306
.7	653	268
.75	555	222
.8	442	168
.85	313	106

Références

ⁱ Performance-based financing in Rwanda. A presentation by Agnes Soucat`. Téléchargé du lien suivant : <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/library> le 18 janvier 2011

ⁱⁱ Presentation on PBF results in Burundi 2006-2010 by Longin Gashubije, Robert Soeters, Celestin Kamanuka, Godelieve van Heteren & Michael Bossuyt, Bujumbura, 25 octobre 2010

ⁱⁱⁱ Renaud, A. & Ndema, E. A. (2010), *Redynamisation des Soins de Santé à l'Est du Cameroun – Phase II : Rapport de la mission d'évaluation finale*. Juin 2010

^{iv} Basinga, P., Gertler, P. J., Binagwaho, A., Soucat, A. L. B., Sturdy, J. R. & Vermeersch, C. M. J. 2010. 'Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda', *Policy Research Working Paper* 5190. The World Bank Group

^v Cas du Cambodge par exemple (Soeters et al. 2003), Haiti (Eicher et al. 2001), Afghanistan (Arur et al. 2010; Palmer et al, 2009), and Eldridge et al., 2009.

^{vi} Certains auteurs estimeront inapproprié de voir principalement dans le PBF la source d'un mécanisme de rémunération, et sont d'avis que le PBF soit considéré comme un paradigme de réforme des systèmes de santé à une plus grande échelle. Voir par exemple, Meessen, B., Soucat, A. & Sekabaraga, C. 2010. 'Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?' *Bulletin of the World Health Organization*. November 2010