



République du Cameroun

Rapport du 76ème cours PBF (Financement Basé sur la Performance)

Du 22 Avril au 4 Mai 2019 à Douala, Cameroun



Les 58 participants du cours avec l'équipe de facilitation

Version Finale 120519

Altiné FADIMATOU
Mireille MOUALAL EKANGA
Victor NDIFORCHU
Cécile Patricia NGO SAK
Esther NOGBE
Charles NSOM
Robert SOETERS
Jean Pierre TSAFACK

CONTENU DU RAPPORT

| | |
|---|-----------|
| 1. RESUME DU 76ÈME COURS PBF ET RECOMMANDATIONS POUR LES PAYS..... | 5 |
| 1.1 LES ATOUTS DU PBF AU CAMEROUN | 5 |
| 1.2 RÉSUMÉ DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS | 7 |
| 1.2.1 <i>Retards des paiements PBF et évolution du budget PBF 2019-2022.....</i> | <i>7</i> |
| 1.2.2 <i>Plaidoyer auprès du gouvernement pour le PBF et pour augmenter le budget PBF</i> | <i>8</i> |
| 1.2.3 <i>Formation du personnel des FOSA en procédures financières.....</i> | <i>9</i> |
| 1.2.4 <i>Budget et l'efficience des ACV Régionales</i> | <i>9</i> |
| 1.2.5 <i>Cartographie et découpage des aires de santé</i> | <i>9</i> |
| 1.2.6 <i>Médicaments et personnel qualifié.....</i> | <i>9</i> |
| 1.2.7 <i>État Civil - BUNEC.....</i> | <i>10</i> |
| 1.2.8 <i>Niveau régional et de district.....</i> | <i>10</i> |
| 1.3 RÉSUMÉ DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS DE CHAQUE GROUPE | 10 |
| 1.3.1 <i>Ministère des Finances</i> | <i>10</i> |
| 1.3.2 <i>Services des Gouverneurs Affaires Économiques, Soc. et Cult. des Régions</i> | <i>11</i> |
| 1.3.3 <i>Direction Ressources Humaines de MINSANTE.....</i> | <i>11</i> |
| 1.3.4 <i>ACV Nord.....</i> | <i>11</i> |
| 1.3.5 <i>BUNEC Littoral.....</i> | <i>12</i> |
| 1.3.6 <i>DRFP / DEP du MINSANTE</i> | <i>12</i> |
| 1.3.7 <i>Région du Sud.....</i> | <i>13</i> |
| 1.3.8 <i>La Délégation Régionale de la Sante Publique du Centre.....</i> | <i>13</i> |
| 1.3.9 <i>Région du Nord.....</i> | <i>14</i> |
| 1.3.10 <i>Fonds Régional pour la Promotion de la Sante du Nord</i> | <i>15</i> |
| 1.3.11 <i>L'IGSMP du MINSANTE.....</i> | <i>15</i> |
| 1.3.12 <i>Le problème des fistules au Cameroun.....</i> | <i>15</i> |
| 1.3.13 <i>MINEPAT.....</i> | <i>15</i> |
| 1.3.14 <i>La logistique de « push » vers le « pull »</i> | <i>16</i> |
| 2. SUMMARY IN ENGLISH OF THE 76TH PBF COURSE IN DOUALA..... | 17 |
| 2.1 THE ACHIEVEMENTS OF PBF IN CAMEROON | 18 |
| 2.2 SUMMARY OF PROBLEMS AND RECOMMENDATIONS | 19 |
| 2.2.1 <i>Payment delays continue and the PBF budget 2019-2022.....</i> | <i>19</i> |
| 2.2.2 <i>Advocacy with the government for PBF and the increase of the PBF budget</i> | <i>20</i> |
| 2.2.3 <i>Training of health facility staff in financial procedures.....</i> | <i>20</i> |
| 2.2.4 <i>The budget and the efficiencies of the Regional CDV Agencies.....</i> | <i>21</i> |
| 2.2.5 <i>Mapping and rationalization of the health facility and district catchment areas.....</i> | <i>21</i> |
| 2.2.6 <i>Essential drugs and the recruitment of qualified staff.....</i> | <i>21</i> |
| 2.2.7 <i>Civil Administration- BUNEC.....</i> | <i>22</i> |
| 2.2.8 <i>Regional and district level.....</i> | <i>22</i> |
| 2.3 SUMMARY OF PROBLEMS AND RECOMMENDATIONS OF SOME GROUPS..... | 22 |
| 2.3.1 <i>Ministry of Finance.....</i> | <i>22</i> |
| 2.3.2 <i>Governors' Services of Economics, Social and Cultural Affairs.....</i> | <i>23</i> |
| 2.3.3 <i>Human Resources Department of the MOH.....</i> | <i>23</i> |
| 3. INTRODUCTION DU COURS PBF DE DOUALA | 24 |
| 3.1 HISTOIRE DES COURS PBF | 24 |
| 3.2 OBJECTIFS DU COURS..... | 24 |
| 3.3 MÉTHODOLOGIE DU COURS..... | 24 |
| 3.4 LA LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS | 24 |
| 4. DEROULEMENT DU 76ÈME COURS PBF DE DOUALA..... | 27 |
| 5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS..... | 31 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6. | EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS | 34 |
| 6.1 | PRÉPARATION ET IMPRESSION GÉNÉRALE SUR LE COURS | 34 |
| 6.2 | ASPECTS RELATIFS À LA DURÉE DE LA FORMATION | 34 |
| 6.3 | COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION..... | 35 |
| 6.4 | MÉTHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS..... | 35 |
| 6.5 | COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION..... | 36 |
| 6.6 | APPRÉCIATION PAR MODULE..... | 37 |
| 6.7 | REMARQUES SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS | 37 |
| 7. | PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF..... | 39 |
| 7.1 | ACV DE LA RÉGION DU NORD | 39 |
| 7.1.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>39</i> |
| 7.1.2 | <i>Réalisation du PBF dans les Districts de santé de Ngong et Guider.....</i> | <i>39</i> |
| 7.1.3 | <i>Analyse de problème.....</i> | <i>39</i> |
| 7.1.4 | <i>Recommandations.....</i> | <i>40</i> |
| 7.1.5 | <i>Plan d'action</i> | <i>40</i> |
| 7.2 | BUNEC LITTORAL..... | 41 |
| 7.2.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>41</i> |
| 7.2.2 | <i>Analyse des problèmes.....</i> | <i>41</i> |
| 7.2.3 | <i>Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus avec le PBF ?.....</i> | <i>42</i> |
| 7.2.4 | <i>Réalisation du PBF BUNEC dans la Région de Littoral.....</i> | <i>42</i> |
| 7.2.5 | <i>Évolution des enregistrements des faits d'état civil.....</i> | <i>42</i> |
| 7.2.6 | <i>Recommandations.....</i> | <i>42</i> |
| 7.2.7 | <i>Plan d'action</i> | <i>43</i> |
| 7.3 | DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DE PATRIMOINE / DEP - MINSANTE..... | 43 |
| 7.3.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>43</i> |
| 7.3.2 | <i>Problèmes identifiés.....</i> | <i>44</i> |
| 7.3.3 | <i>Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF.....</i> | <i>45</i> |
| 7.3.4 | <i>Recommandations.....</i> | <i>45</i> |
| 7.3.5 | <i>Plan d'Action</i> | <i>45</i> |
| 7.4 | DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES / MINSANTE | 46 |
| 7.4.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>46</i> |
| 7.4.2 | <i>Problème constaté au niveau de la DRH et analyse.....</i> | <i>47</i> |
| 7.4.3 | <i>Score de faisabilité du PBF de la DRH.....</i> | <i>47</i> |
| 7.4.4 | <i>Recommandation pour les ressources humaines.....</i> | <i>48</i> |
| 7.4.5 | <i>Plan d'action</i> | <i>48</i> |
| 7.5 | RÉGION DU SUD (DISTRICTS SANITAIRES)..... | 50 |
| 7.5.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>50</i> |
| 7.5.2 | <i>Problématique.....</i> | <i>51</i> |
| 7.5.3 | <i>Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF.....</i> | <i>51</i> |
| 7.5.4 | <i>Score de faisabilité du PBF.....</i> | <i>51</i> |
| 7.5.5 | <i>Recommandations.....</i> | <i>52</i> |
| 7.5.6 | <i>Plan d'action</i> | <i>53</i> |
| 7.6 | LA DÉLÉGATION RÉGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CENTRE..... | 54 |
| 7.6.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>54</i> |
| 7.6.2 | <i>Analyse des problèmes.....</i> | <i>55</i> |
| 7.6.3 | <i>Le PBF peut-il aider à résoudre ces problèmes ?.....</i> | <i>55</i> |
| 7.6.4 | <i>Recommandations.....</i> | <i>55</i> |
| 7.6.5 | <i>Plan d'action</i> | <i>55</i> |
| 7.7 | RÉGION DU NORD | 57 |
| 7.7.1 | <i>Contexte et justification.....</i> | <i>57</i> |
| 7.7.2 | <i>Analyse des problèmes.....</i> | <i>57</i> |
| 7.7.3 | <i>Solutions apportées par le PBF.....</i> | <i>57</i> |
| 7.7.4 | <i>Recommandations.....</i> | <i>58</i> |

| | | |
|--------|--|----|
| 7.7.5 | <i>Plan d'action</i> | 59 |
| 7.8 | MINISTÈRE DES FINANCES | 60 |
| 7.8.1 | <i>Contexte et justification</i> | 60 |
| 7.8.2 | <i>Problématique</i> | 60 |
| 7.8.3 | <i>Plan d'action pour disposer les subsides PBF sur fonds de l'État</i> | 60 |
| 7.8.4 | <i>Intégrer la logique PBF dans le corpus législatif et réglementaire</i> | 61 |
| 7.8.5 | <i>Conclusion</i> | 62 |
| 7.9 | FONDS RÉGIONAL POUR LA PROMOTION DE SANTÉ DU NORD | 62 |
| 7.9.1 | <i>Contexte et justification</i> | 62 |
| 7.9.2 | <i>Analyse du problème</i> | 63 |
| 7.9.3 | <i>Recommandations</i> | 63 |
| 7.9.4 | <i>Plan d'action</i> | 63 |
| 7.10 | L'IGSMP DU MINSANTE | 64 |
| 7.10.1 | <i>Contexte et justification</i> | 64 |
| 7.10.2 | <i>Analyse des problèmes</i> | 65 |
| 7.10.3 | <i>Score de faisabilité</i> | 65 |
| 7.10.4 | <i>Recommandations</i> | 66 |
| 7.10.5 | <i>Plan d'Action</i> | 66 |
| 7.11 | ORGANISME EXTRÊME-NORD | 67 |
| 7.11.1 | <i>Contexte et justification</i> | 67 |
| 7.11.2 | <i>Analyse du problème</i> | 67 |
| 7.11.3 | <i>Recommandations</i> | 67 |
| 7.11.4 | <i>Plan d'action</i> | 67 |
| 7.12 | MINEPAT | 68 |
| 7.12.1 | <i>Contexte et justification</i> | 68 |
| 7.12.2 | <i>Le rôle potentiel des Communes pour le Développement de la Petite Enfance</i> | 68 |
| 7.12.3 | <i>Problèmes identifiés</i> | 69 |
| 7.12.4 | <i>Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF ?</i> | 69 |
| 7.12.5 | <i>Score de faisabilité du programme PBF conçu</i> | 70 |
| 7.12.6 | <i>Recommandations</i> | 70 |
| 7.12.7 | <i>Plan d'actions</i> | 71 |
| 7.13 | TRANSITION DU SYSTÈME DE LOGISTIQUE INPUTS OU « PUSH » VERS « PULL » | 72 |
| 7.13.1 | <i>Contexte et justification</i> | 72 |
| 7.13.2 | <i>Du système « push » vers le système « pull »</i> | 72 |
| 7.13.3 | <i>Analyse du problème</i> | 72 |
| 7.13.4 | <i>Recommandations</i> | 73 |
| 7.13.5 | <i>Le plan d'action</i> | 73 |
| 7.14 | SERVICES GOUVERNEURS - AFFAIRES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, CULTURELLES RÉGIONS | 74 |
| 7.14.1 | <i>Contexte</i> | 74 |
| 7.14.2 | <i>Analyse du problème</i> | 74 |
| 7.14.3 | <i>Score de faisabilité</i> | 74 |
| 7.14.4 | <i>Recommandations</i> | 75 |
| 7.14.5 | <i>Plan d'action</i> | 75 |

1. RESUME du 76ème COURS PBF et RECOMMANDATIONS

English version of this summary see page 11 below.

Nous rendons compte du cours PBF, qui s'est déroulé à Douala du 22 Avril au 4 Mai 2019 avec 58 participants de Cameroun. Cette fois il y avait une grande délégation de 13 personnes du Ministère de Finance avec 8 contrôleurs financiers et 5 trésoriers payeurs généraux de 6 régions. Il y avait 8 conseillers économiques et sociaux des gouverneurs. Le MINEPAT, le BUNEC étaient représentés et il y avait deux participants indépendants. Les autres participants étaient de la santé avec 19 médecins de district, 5 du ministère central, 3 des Délégations régionales de la Santé Publique et 4 des Fonds Régionaux de la Promotion de Santé / ACV. Le cours a été organisé par le Fonds Régional de Promotion de Santé du Littoral avec l'aide de SINA Health des Pays-Bas. Il y avait 8 facilitateurs, 4 assistants du Secrétariat et deux chauffeurs.

Les évaluations quotidiennes du cours ont montré un score moyen de 80%, ce qui est 1 point supérieur par rapport à la moyenne des 44 cours francophones précédents. L'impact du 76ème cours PBF s'est traduit par la bonne qualité des plans d'action proposés par les différents groupes et les recommandations générales (voir la suite du présent rapport).

Cinquante-neuf participants ont fait le post test et la progression moyenne par rapport au pré-test était de 29%. Le score moyen du post test était de 68%, soit 4% inférieur par rapport à la moyenne de 72% des 20 derniers cours.

Neuf participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 87% ou plus pour le test final du cours. Il s'agit de :

Avec 87% :

- M. Terence JOGO TSAGUE, de l'ACV de la Région du Nord
- M. Elvis Christian MESSANGE, le TPG de la Région de Sud
- M. George Éric EBOLO de la Direction de Ressources Financier et de Patrimoine du MINSATE
- Mme. Christelle NYA TCHOUNEU Epse NGANGUE du MINEPAT - DG COOP

Avec 90% :

- Dr. François NGOS Équipe Cadre de District d'Eseka, de la Région du Centre

Avec 93%

- Dr. André MFEGUE NOMO, Pharmacien de la Délégation Régionale de SP du Centre
- Dr. Amadou ABDOULNASSIR de district de Mayo Oulo, de la Région du Nord

Avec 97%

- M. Frédéric DJIMBRA, de l'ACV de la Région du Nord
- Dr. Daniel Ornel NJEL, Équipe Cadre de District de Colombe de la Région du Nord

Six participants ont obtenu un certificat de participation avec des scores de 50% ou moins.

1.1 Les atouts du PBF au Cameroun

- Vers fin 2018, la couverture PBF au Cameroun est augmentée jusqu'au 78% de la population.
- La libéralisation du secteur pharmaceutique avec l'accréditation des pharmacies par les régulateurs a commencé à donner des résultats sur une bonne disponibilité des médicaments dans certaines régions comme notamment celle du Littoral. Cette libéralisation a abouti aux augmentations de recettes des formations sanitaires au lieu que ces recettes bénéficieraient aux distributeurs monopolistes. La DRSP de Littoral a

accrédité 10 distributeurs en gros à Douala et les autres régions PBF ont commencé avec le même processus d'accréditation.

- Les contrats de performance PBF accordés aux autorités sanitaires régionales et de district ont commencé à produire de bons résultats. Les autorités se sont davantage concentrées sur la réalisation de leurs activités essentielles telles que le contrôle de la qualité et l'accréditation des établissements de santé et des pharmacies. Pour la plupart des autorités, il est opportun de ne plus perdre leur temps sur les inefficacités de l'ancien système de procédures des « inputs » sans vision claire.
- A titre d'exemple des bons effets du PBF sur le recrutement du personnel qualifié on constate que le nombre de personnel qualifié dans les districts de santé de Ngong et de Guider dans la Région du Nord a connu une augmentation de 98%, soit de 55 à 109 entre 2017 et 2019. Cette bonne tendance a un impact positif sur la migration du personnel qualifié vers les formations sanitaires PBF enclavées. Ceci avait déjà été constaté dans les régions qui ont une ancienneté PBF, notamment celle de l'Est.
- Des nombreuses améliorations d'infrastructures ont été réalisées comme le démontre les images suivantes respectivement pré et post réhabilitation du district de Guider dans la Région du Nord.

Photo du bâtiment avant le PBF



Photo du même bâtiment rénovés après le PBF



- Le programme PBF d'Administration Civile (BUNEC) a commencé à fonctionner depuis le troisième Trimestre 2018 dans trois Régions et les résultats initiaux sont encourageants.
- Pendant le 76ème cours PBF il y avait 8 contrôleurs financiers et 5 Trésoriers Payeurs Généraux. Ils ont produit un excellent document sur les procédures à suivre pour le paiement régulier des fonds PBF de l'État.

1.2 Résumé des problèmes au Cameroun et recommandations

1.2.1 Retards des paiements PBF et évolution du budget PBF 2019-2022

Le problème principal identifié pendant le 76ème cours est le retard des paiements de subsides PBF qui peuvent atteindre les six mois. Ces retards étaient dus en partie à la non-application de la lettre circulaire conjointe du MINSANTE-MINFI N°36-56 du 03 Novembre 2017 fixant les modalités de gestion des ressources financières des FOSA sous financement PBF au niveau des organes financiers concernés. Cela a eu un effet très négatif sur la réalisation des indicateurs et sur l'utilisation du budget prévu au niveau PMA, PCA, des autorités de districts, des régions et des directions du MINSANTE. Le faible décaissement pour le PMA et PCA a aussi produit l'effet selon lequel une proportion relativement élevée de 34% a été utilisée pour les dépenses des Agences de Contractualisation et de Vérification. Cependant le problème qui se pose n'est pas le taux élevé des dépenses allouées aux ACV, mais plutôt la faible utilisation du budget PMA, PCA avec seulement USD 1,17 par personne par an en 2018.

- ⇒ Il y a nécessité d'accélérer le paiement prompt des factures PMA et PCA ainsi qu'une meilleure utilisation l'instrument de Bonus d'Amélioration de Qualité pour résoudre les multiples facteurs d'étranglement des formations sanitaires comme la pénurie de personnel, l'infrastructure vétuste, l'absence d'équipement, les effets négatifs de l'instabilité dans le pays sur l'indigence et la nécessité de répondre aux flux des réfugiées et déplacées.
- ⇒ Une augmentation de subsides est nécessaire pour répondre aux nouvelles visions du Ministère de Santé avec les partenaires. En Décembre 2018, le gouvernement avec l'appui des partenaires a augmenté le nombre des indicateurs (ou activités) au niveau PMA de 34 vers 40 et a intégré des nouveaux indicateurs de l'État Civil ainsi que de la nutrition.
- ⇒ Ainsi le costing le plus conservatif global du PBF au Cameroun démontre que les dépenses PBF en 2019 seront autour de USD 3,50, mais que cela augmentera en 2020 vers USD 4,00 et en 2021 et 2022 vers USD 5,00.
- ⇒ Au cas où il n'existe pas la volonté (politique) d'augmenter ce costing vers USD 5,00 par an par personne pour le PBF il y a quelques scénarios à prévoir : 1. Annuler le nombre des indicateurs ; 2. Annuler l'appui aux vulnérables dans la communauté et surtout dans les zones instables (ce qui coûte cher) ; 3. Annuler les BAQ pour les réhabilitations et l'appui au personnel qualifié dans les zones enclavées du pays. Ces choix doivent être fait par les politiciens du pays et non pas par les techniciens de costing.
- ⇒ Malheureusement, il n'existe pas de plan B pour retourner vers la politique précédente de financement input avec ses procédures complexes et non transparentes. Cela selon l'estimation de l'OMS coûte autour USD 80 par personne par an. Ce scénario sans doute n'est pas une option réaliste. Également le retour vers l'inefficience des monopoles pour distribuer les intrants ainsi que la non-implication du secteur privé n'est pas une option et sera au moins 4 fois moins efficiente.
- ⇒ Ainsi, la question qui se pose maintenant est celle de savoir dans quelle mesure le gouvernement et les partenaires ont la volonté politique d'avancer avec cette approche rationnelle et efficiente dans un environnement difficile avec des budgets restreints. Si la

réponse est « non », il faut craindre pour l'évolution du système de santé au Cameroun ce qui aura aussi des conséquences politiques et sociales.

- ⇒ Le budget de la Banque Mondiale seule ne peut pas financer le PBF au Cameroun et l'initiative pour combler le gap doit venir principalement du gouvernement et les autres partenaires. Ainsi on propose de continuer de transformer les lignes budgétaires de la Loi de Finance en PBF de telle manière que le budget PBF atteigne au moins USD 5,00 par personne par an à partir de 2021. Une analyse du budget du Ministère de la Santé démontre que l'argent pour le PBF existe si autour de 20-25% du budget total pourrait être transformé en financement de performance PBF, RBF ou l'achat stratégique.

1.2.2 Plaidoyer auprès du gouvernement pour le PBF et pour augmenter le budget PBF

- Faire un plaidoyer auprès du MINFI pour que soit introduites dans la Circulaire portant instruction relative à l'exécution des lois de finance, toutes les dispositions facilitant la mise en œuvre du PBF à compter l'exercice budgétaire 2020, 2021, etc.
- Augmenter la proportion du budget alloué aux achats de performance dans le budget du MINSANTE => 1. Identification des lignes budgétaires susceptibles d'être transformées en subsides. 2. Codification des ressources allouées au recrutement local des personnels par les FOSAS en subsides
- Augmenter le nombre de participants des responsables des autres Ministères comme le MINEPAT, le MINFI, MINCOSUPE et les MINMAP en charge de l'élaboration du budget aux cours Internationaux PBF dès 2019.
- Prévoir un symposium ou conférence de deux jours sur Yaoundé pour réunir les hauts responsables de ces ministères en particulier l'équipe en charge de la préparation du budget pour présenter de manière synthétique le PBF en mettant en exergue ses avantages et en l'illustrant par les résultats atteints en date dans le domaine de la santé. La participation d'une formation de 14 jours sera difficile pour les hauts responsables de ces ministères.
- Mettre sous contrats de performance les acteurs du Ministère de Finance inclusivement les contrôleurs financiers et les Trésoriers Payeurs Généraux.
- Intégrer des experts du Ministère de Finances (contrôleurs financiers et les Trésoriers Payeurs) dans le groupe des facilitateurs du cours PBF (le premier cours commence le 13 mai) pour mieux expliquer la logique des procédures PBF et ainsi de prévenir des nouveaux retards de paiements ainsi que de transformer d'autres lignes budgétaires en PBF.
- Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement afin que les ressources transférées aux communes soient allouées aux FOSA sous forme de BAQ dès l'exercice budgétaire 2020.
- Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour s'associer avec la politique nationale PBF du gouvernement de manière à ce que les partenaires commencent aussi à contribuer techniquement et financièrement. Le DCOOP du MINSANTE devrait développer une brochure sur la réforme PBF du gouvernement et inviter tous les partenaires de proposer de l'assistance dans la logique d'achat des résultats. Dans cette brochure il faut expliquer les meilleures pratiques PBF, quels sont les résultats déjà atteints et comment les partenaires peuvent intervenir en évitant des appuis qui renforcent les monopoles et les inefficiences allocatives, techniques et administratives.

1.2.3 Formation du personnel des FOSA en procédures financières

- Former les responsables des formations sanitaires dans la gestion des ressources humaines ou recruter des cadres financiers dans les FOSA;
- Améliorer l'application mensuelle de l'outil indice et revoir les indicateurs pour le score de qualité de l'outil indices
- Inviter les Chefs des FOSA à affilier systématiquement, à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, ceux des personnels recrutés localement et s'assurer que leurs cotisations sociales sont régulièrement versées ;
- Accorder aux structures qui intègrent le PBF, non pas des BAQ de démarrage mais de production de bons business-plan qui propose des BAQ continue.

1.2.4 Budget et l'efficience des ACV Régionales

- Les ACV avec la dépense de USD 0,65 par personne par an étaient déjà efficaces comparé à d'autres pays comme la RCA qui connaissent des dépenses de USD 1,40
- Les tâches des ACV ont également été augmentées en 2018 avec l'introduction des nouveaux indicateurs. En plus le suivi des BAQ a été insuffisant. Pour cela une diminution du financement n'est pas désirée pour éviter la tricherie sur les factures. La tricherie avec les factures a été observée au Nigeria et en RDC où le système de vérification n'était pas suffisamment robuste.
- Cependant certaines efficacités pourraient être achevées avec le coaching qui pourraient être fait par les vérificateurs médicaux de l'ACV au lieu de managers. L'avantage est que les vérificateurs habitent déjà dans le district, ce qui diminue les per diem et le coût de transport. Cependant ce changement nécessite le recrutement des vérificateurs avec la capacité de faire le coaching.

1.2.5 Cartographie et découpage des aires de santé

- Stimuler les équipes cadre des districts d'effectuer annuellement la cartographie sanitaire de leurs zones de responsabilités. Les contractants principaux serviront en moyenne 10.000 personnes (8000 pour les zones rurales et 12.000 pour les zones urbaines. Chaque contractant principal PMA peut avoir plusieurs contractants secondaires avec le but de sélectionner les cliniques et postes de santé de bonne qualité et avec l'ambition de vouloir rendre disponible à la population le PMA de qualité.
- Le niveau central doit prendre en compte les redécoupages faits par la DRSP et les Districts Sanitaires.

1.2.6 Médicaments et personnel qualifié

Dans certaines régions le problème des ruptures de médicaments et d'autres intrants comme les équipements et les consommables continue suite aux retards de casser les monopoles des FRPS et de la CENAME (surtout dans la Région du Sud) et du Centre.

- ⇒ Faire le plaidoyer à tous les niveaux pour libéraliser le marché pharmaceutique et d'éviter toute forme de monopole.
- ⇒ Harmoniser la liste des distributeurs en gros accrédités par la DRSP au niveau national par la Direction de Pharmacies et informer toutes les FOSA dans le pays sur cette liste de toutes les régions à travers les Délégations Régionales de Santé Publique. Cette harmonisation facilite que les FOSA dans la zone frontalière entre les Régions peuvent utiliser les distributeurs des régions voisines

Il a des avancées avec le recrutement du personnel qualifié dans les FOSA PBF, mais surtout dans les zones reculées le taux de couverture en personnel qualifié reste insuffisant.

- ⇒ Continuer avec le recrutement du personnel qualifié en tenant compte de la population couverte au niveau PMA et PCA (respectivement 1 personnel qualifié pour 1000 habitants pour chaque niveau) ;
- ⇒ Augmenter le budget PBF pour stimuler le recrutement des contractuels qualifiés des FOSA dans des zones rurales et défavorisées.

1.2.7 État Civil - BUNEC

- Le financement des Centres de l'Etat Civil est insuffisant alors que la gratuité du service est exigée. Ceci a pour conséquence le manque de motivation du personnel et des coûts élevés à travers des paiements informels des actes. Cela engendre aussi la mauvaise qualité des prestations offertes par les acteurs.

1.2.8 Niveau régional et de district

- Augmenter le budget PBF pour les autorités de santé au niveau des régions et des districts sanitaires qui remplacent les anciens fonds affectés (ou « cartons »). Ces autorités doivent notamment se concentrer sur l'accréditation des pharmacies et des formations sanitaires ainsi que la cartographie et découpage des aires de santé.
- Transférer le budget de la recherche action PBF des ACV vers les DRSP
- Envisager la création, au niveau régional, d'un comité de supervision et de suivi des activités du PBF ;
- Mettre sous contrat de performance les Services des Gouverneurs Impliqués dans l'élaboration des projets d'actes réglementaires servant de substrats à la procédure de mise à disposition des fonds au profit des FOSA, une fois le visa du Contrôleur Financier Régional apposé sur l'acte. (Ceci pour une grande célérité en vue du respect scrupuleux des délais impartis au dénouement heureux de procédures de paiement).

1.3 Résumé des problèmes et recommandations de chaque groupe

1.3.1 Ministère des Finances

Problèmes identifiés :

- La réglementation en vigueur « genre input » ne prend pas en compte les spécificités de l'approche PBF, qui sont davantage tournées vers une logique « marché ». Le PBF constitue un véritable changement de paradigme en matière de gestion des ressources financières des formations sanitaires. La réussite de l'implémentation PBF impose une relecture de la réglementation en vigueur, afin de l'adapter à l'impératif de rendre autonome les FOSA dans le but de garantir l'efficacité et l'efficacité des formations sanitaires ;
- Il existe une rareté des ressources financières de l'État et qui se manifeste par une trésorerie en permanence tendue. Cela met en danger la mise à disposition en temps réel des subsides des FOSA.

Recommandations

- Introduire dans la Loi de Finances c'est-à-dire la circulaire sur l'exécution du budget, les exigences du PBF ;
- Rendre disponible les autorisations de dépense PBF sous forme de délégation automatique unique de crédits en début d'année ;
- Prévoir des quotas spéciaux PBF tous les mois ;

- Mettre sous contrat de performance PBF, le Contrôleur Régional des Finances et le Trésorier-Payeur Général ;

1.3.2 Services des Gouverneurs Affaires Économiques, Soc. et Cult. des Régions

Difficultés liées à la coordination des activités dans la Région sont liés à :

- L'absence des comités de coordination des sectorielles et de suivi au niveau régional présidé par le Gouverneur
- La faible connaissance des activités de mise en œuvre du PBF

Recommandations Représentants Services des Gouverneurs

- Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités PBF présidé par le Gouverneur
- Étendre l'approche PBF à d'autres administrations en l'occurrence le Ministère d'Administration Territoriale (MINAT) avec pour structure pilote le Secrétariat Général des services du Gouverneur.

1.3.3 Direction Ressources Humaines de MINSANTE

En matière de ressources humaines le système de santé a comme faiblesses :

- La centralisation de la gestion des ressources humaines ;
- La centralisation de la gestion solde et pension ;
- La non-maîtrise des principes PBF dans la Direction parmi plusieurs fonctionnaires

Recommandations DRH/MINSANTE :

- Former les responsables des formations sanitaires dans la gestion des ressources humaines ou recruter des cadres financiers dans les FOSA;
- Décentraliser la gestion des ressources humaines, en accompagnant suivant la réglementation en vigueur ;
- Harmoniser sous un même format les données sur les personnels de santé afin de mieux analyser, maîtriser et répartir de manière équitable lesdits personnels dans les formations sanitaires ;
- Identifier et organiser un recensement des structures et des personnels de santé exerçant dans le privé laïque, privé confessionnel, afin de pouvoir évaluer leur implication dans l'amélioration de la qualité de soins des populations.

1.3.4 ACV Nord

Malgré la mise en œuvre du PBF dans la région avec des bons résultats depuis Janvier 2017, trois problèmes prioritaires demeurent :

- Cumul de fonction de régulateur et prestataire dans certains districts de santé comme Ngong, Golombé, Poli, Tcholliré
- La non-réalisation des activités de PBF communautaire en l'occurrence la référence communautaire et le cas de perdus de vue dans la plupart des FOSA
- Manque de la transparence dans l'élaboration de l'outil-indice par les responsables des FOSA et non maîtrise des procédures de justification des dépenses.

Recommandations ACV Nord

- Initier une correspondance que le Manager pourra adresser au DRSP – Nord sur la nécessité de séparation des fonctions dans les districts concernés
- Intensifier le coaching sur les outils indice dans toutes les FOSA tout en mettant l'accent sur la fiabilité des montants déclarés.

- Faire un plaidoyer auprès du DRSP - Nord en faveur de renforcement des capacités des prestataires sur la procédure en vigueur de justification des dépenses.

1.3.5 BUNEC Littoral

Le PBF État civil dans les 20 centres pilotes a débuté au 3ème trimestre 2018 ; les insuffisances observées sont déroulées dans le plan d'action. Ces insuffisances sont liées à

- La coordination des activités des intervenants du système d'état civil ;
- L'appropriation et l'application des textes par les acteurs ;
- Aux matériels et conditions de travail (registres d'état civil, bâtiment, équipement de bureau, statut des officiers d'état civil des centres secondaires) ;
- L'insuffisance des contrôles des services de l'état civil.

Recommandations BUNEC Littoral

FOSA

- Transmettre systématiquement les déclarations des naissances et des décès aux Centres d'État Civil (CEC);
- Faciliter la délivrance des certificats d'âge apparents aux parents.

Mairies

- Financer l'organisation des audiences foraines

Tribunaux

- Faciliter les procédures d'obtention des jugements supplétifs et reconstitution d'acte
- Revoir les frais de procédure

Bureau BUNEC Littoral

- Étendre le PBF dans les 5 autres arrondissements du département du Wouri

Direction Générale BUNEC

- Mettre à disposition de l'Agence du Littoral le Financement pour la réalisation de ce plan d'action

CTN-PBF

- Payer dans les délais les subsides de tous les acteurs du PBF.

1.3.6 DRFP / DEP du MINSANTE

- Le budget programme implémenté au Cameroun depuis 2013 est orienté vers les inputs au lieu de l'achat des résultats, notamment pour ce qui est du budget d'investissement, pour le recrutement des ressources humaines et pour celui attribué aux CTD. Ces ressources sont susceptibles d'être transformées en lignes PBF.
- L'allocation budgétaire pour la santé est en dessous de 15% du budget global de l'État
- Le cadre juridique ne favorise pas une allocation efficace des ressources ;
- L'asymétrie d'information entre les institutions chargées de la préparation du budget (MINSANTE, MINEPAT, MINFI) sur le PBF est une entrave sérieuse à l'approche PBF.

Recommandations DRFP / DEP de MINSANTE

- Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement afin que les ressources transférées aux communes pour financer les projets d'investissement en santé (soit 6 milliards FCFA) soient allouées dès l'exercice budgétaire 2020 directement aux FOSA sous forme de Bonus d'Amélioration de Qualité;

- Augmenter le nombre de participants des responsables du MINSANTE, MINEPAT et du MINFI en charge de l'élaboration du budget aux cours Internationaux PBF dès 2019 ;
- Faire un Plaidoyer auprès du MINFI pour introduire dans les circulaires d'élaboration et d'exécution du budget 2020 les différentes modalités de mise en œuvre du PBF.

1.3.7 Région du Sud

Problèmes identifiés

- Monopole du FRPS du Sud en termes de fourniture des médicaments et consommables médicaux avec pour conséquence la rupture prolongées dans les FOSA
- Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines.
- Insuffisance en équipements
- Le manque de dynamisme des structures de dialogues

Recommandations Région du Sud:

A la Délégation Régionale du Sud.

- Faciliter la signature des contrats PBF des districts
- Faciliter l'installation des fournisseurs agréés des intrants (médicaments, consommables équipement) dans la Région
- Superviser la formation du personnel des autres FOSA
- Fluidité dans le paiement des factures PBF.

1.3.8 La Délégation Régionale de la Sante Publique du Centre

De l'analyse de la mise en œuvre du PBF dans la région du Centre, il ressort les problèmes suivants :

- Le monopole du Fonds Régional pour la Promotion de la Santé du Centre (FRPSC)
- Une faible visibilité pour les districts sanitaires sur les circuits d'approvisionnement en médicaments par les FOSA ;
- La gestion centralisée des ressources humaines ;
- Insuffisances en ressources humaines (qualité et quantité) dans les DS ruraux.

Recommandations

- Élaborer la cartographie par la DRSP des fournisseurs en gros (avec ou sans agrément) et par les Districts Sanitaires pour les distributeurs en détail ;
- Élaborer d'une cartographie des points de vente illicites dans les Districts ;
- Superviser des fournisseurs cartographiés en vue de leur accréditation ;
- Superviser les pharmacies des FOSA ;
- Superviser des officines de pharmacie ;
- Diffuser de la liste des fournisseurs accrédités de la Région ;
- Mettre fin au système de dépôt-vente appliqué par le FRPSC ;
- Mettre en place d'un mécanisme d'appel à candidature au niveau local du personnel des FOSA en fonction des besoins exprimés des FOSA;
- Signer de contrats locaux au niveau des FOSA (sous l'encadrement du DS).

1.3.9 Région du Nord

Les insuffisances constatées dans la région du Nord sont liées à la non mise à jour de la carte sanitaire, à l'absence de transparences dans la gestion financière, et à l'insuffisance en ressources humaines.

Recommandations

Aux responsables des FOSA :

- Régulariser la situation administrative et financière du personnel recruté
- Recrutement progressif du personnel qualifié en tenant compte de la population couverte au niveau PMA et PCA (respectivement 1 personnel qualifié pour 1000 habitants pour chaque niveau) ;
- Améliorer l'application mensuelle de l'outil indice ;
- Mettre en œuvre le PBF communautaire (signature des contrats avec les relais communautaires) ;
- Définir les critères de sélection des indigents clairs, homogènes et informer les concernés ;
- Relever les plateaux techniques des FOSA.

Aux Districts de Santé :

- Accompagner les FOSA à régulariser la situation administrative et financière des personnels recrutés dans le cadre du PBF ;
- Faire le suivi sur le renforcement des plateaux techniques en termes de personnels qualifiés par 1000 habitants ;
- Faire le coaching des responsables des FOSA sur l'application stricte de l'outil indice mensuel ;
- Encourager les FOSA à signer les contrats avec les relais communautaires pour la mise en œuvre du PBF communautaire
- Effectuer la cartographie sanitaire de leurs zones de responsabilités ;

A la DRSP :

- Prendre en compte le redécoupage réalisé par les districts dans la mise en œuvre de toutes les activités y compris ceux des programmes du MINSANTE ;
- Réaliser le découpage des districts ;

Au MINSANTE:

- Prendre en compte les redécoupages faits par la DRSP et les Districts Sanitaires ;
- Harmoniser le fonctionnement des programmes et des DS du MINSANTE en les calibrant sur l'approche PBF ;
- Prendre des mesures en collaboration avec la CTN afin de garantir la régularité du paiement des subsides
- Faire un plaidoyer auprès du MINFI/MINEPAT en vue de l'application de la circulaire conjointe MINFI/MINSANTE et l'intégration de l'approche PBF dans leurs directions et structures déconcentrés respectives.

1.3.10 Fonds Régional pour la Promotion de la Sante du Nord

Les insuffisances observées au FRPS Nord dans la mise en œuvre du PBF sont dus aux :

- Faible connaissance du PBF par le personnel,
- Faible application de l'outil indice,

Recommandations FRPS - Nord

- Faire le plaidoyer auprès de l'Administrateur pour proposer à l'Assemblée Générale, la réforme du texte du FRPS-NO sur le monopole d'approvisionnement de ce dernier auprès de la CENAME ;
- Autoriser le FRPS-NO de s'approvisionner librement à tous fournisseurs disposant d'un agreement.
- Vulgariser et Appliquer l'outil indice au personnel du FRPS-NO ;
- Proposer à l'ACV-NO d'exiger aux FOSA d'inclure un plan de remboursement dans leur business plan.

1.3.11 L'IGSMP du MINSANTE

- La non mise à jour des textes réglementaires en vigueur dans le secteur de la santé et de l'organigramme du MINSANTE ;
- La non prise en compte de l'approche PBF dans les grilles d'inspection/audit/contrôle
- Définition des tâches attribuées à chaque personnel

Recommandations l'IGSMP

- Organiser une réunion de restitution sur le PBF
- Signer un contrat de performance avec la CTN
- Réviser et valider les grilles d'inspection et de contrôle
- Impliquer des Inspecteurs dans les évaluations trimestrielles dans le cadre du suivi de la performance et le système d'accréditation
- Modifier l'organigramme du MINSANTE

1.3.12 Le problème des fistules au Cameroun

Pour ce participant il était question d'adresser les problèmes liés à la fistule obstétricale en saisissant toutes les opportunités existantes tel que les visites à domiciles.

Recommandations

- Insérer le thème fistule obstétricale dans les visites à domicile
- Recruter des Personnels qualifier
- Promouvoir l'éducation scolaire des jeunes filles

1.3.13 MINEPAT

- Le manque de collaboration entre l'exécutif communal, le conseil municipal et les membres de l'exécutif communal ;
- La méconnaissance des principes PBF par les acteurs au niveau local ;
- Revoir le manuel PBF pour le Développement de la Petite Enfance (DPE)

Recommandations

- Renforcer les capacités des acteurs intervenants dans la chaîne du PBF en matière de DPE: il s'agira de les former sur le DPE, sa multisectorialité et les principes du PBF (en insistant sur l'utilisation des fonds des subsides) pour les acteurs de communes, les régulateurs (services déconcentrés) et les autorités administratives et la décentralisation pour les ACV. Pour une utilisation judicieuse des subsides du PBF, il serait utile de

clarifier d'entrée de jeu avec les communes leur utilisation en tenant compte des textes statutaires des communes. Un accent sera aussi mis sur la clarification des rôles et responsabilités. Il est impératif que les différents acteurs aient la même compréhension des thématiques et du processus ;

- Renforcer en personnel et en logistique les ACV : en particulier le personnel spécialisé en DPE ;
- Articuler la collaboration multisectorielle et la communication entre la commune et l'ensemble des acteurs du FBP-DPE : à travers l'impulsion d'une dynamique de collaboration multisectorielle et une communication fluide entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le FBP-DPE. Ceci permettra de créer un environnement de transparence et de redevabilité dans le travail des différents acteurs pour une optimisation des résultats
- Sensibiliser les communautés sur le PBF en matière de DPE ;
- Mener des plaidoyers pour un financement adéquat du PBF en matière de DPE ;
- Mettre en œuvre la phase pilote du PBF en matière de DPE dans dix communes réparties sur l'ensemble du territoire national.

1.3.14 La logistique de « push » vers le « pull »

La gestion des flux en logistique se fait soit en flux poussé « push system » au lieu de flux tiré « pull system ».

Recommandations

- Faire un plaidoyer auprès des PTF en faveur du système « pull »
- Développer les outils et mécanisme permettant aux PTF le passage de Push à Pull système.

2. SUMMARY in ENGLISH of the 76th PBF COURSE in DOUALA

We report on the PBF course, which took place in Douala from April 22 to May 4, 2019 with 58 participants from Cameroon. This time there was a large delegation of 13 people from the Ministry of Finance with 8 financial controllers and 5 Treasurers General of Payments (TPG) from 6 regions. There were 8 economic and social advisors of the governors from 8 regions. The Ministry of Planning and the Department of Civil Registration (BUNEC) were represented and there were two independent participants.

All other participants were from the health sector with 19 district medical officer, 5 staff from the central ministry of health, 3 from the regional public health delegations and 4 from regional Contract Development and Verification Agency / Regional Fund of Health Promotion.

The course was organized by the Regional Fund for Health Promotion of Littoral with assistance of SINA Health from the Netherlands. There were 8 facilitators (some only for a few days), 4 secretariat assistants and two drivers.

The daily evaluations of the course showed an average score of 80%, which is 1 point higher than the average of the 44 previous French courses. The impact of the 76th PBF course was reflected in the good quality of the action plans proposed by the different groups and the general recommendations (see the rest of this report).

Fifty-nine participants (including one participant from BUNEC, who assisted as an observer) did the post-test and the average progression from the pre-test was 29%. The average post-test score was 68%, which is 4% lower than the 72% average of the last 20 courses.

Nine participants obtained a certificate of distinction with a score of 87% or higher for the final course test. They were :

With 87%:

- Mr. Terence JOGO TSAGUE, Northern Region CDV Agency
- Mr Elvis Christian MESSANGE, TPG of the Southern Region
- Mr. George Éric EBOLO from the Financial Resources and Heritage Department (DRFP) of the Ministry of Health
- Mrs Christelle NYA TCHOUNEU Epse NGANGUE of MINEPAT - DG COOP

With 90%:

- Dr. François NGOS Eseka District Management Health Team in the Central Region

With 93%

- Dr. André MFEGUE NOMO, Pharmacist of the Regional Delegation Public Health of the Center Region
- Dr. Amadou ABDOULNASSIR of Mayo Oulo DHMT, Northern Region

With 97%

- Mr Frederic DJIMBRA, Northern Region – CDV Agency
- Dr. Daniel Ornel NJEL, DHMT Colombe District in the Northern Region

Six participants obtained a certificate of participation with scores of 50% or less.

2.1 The achievements of PBF in Cameroon

- Towards the end of 2018, performance-based financing in Cameroon covered 78% of the population and it will reach 100% during 2019 ;
- The liberalization of the pharmaceutical sector with the accreditation of pharmacies by the regulators has started to produce the results on improving the availability of medicines in certain regions such Littoral. This liberalization has also resulted in the increase of the health facility revenue rather than that these revenues benefit some monopolistic distributors. The health authorities in Littoral Region accredited 10 wholesale distributors in Douala and the other regions started the same accreditation process.
- The contracting of the regional and district health authorities produces good results. It better focuses the authorities towards achieving their core activities such as quality control and accreditation of the health facilities and pharmacies. This for most authorities is a welcome move away from wasting their time on the inefficiencies that existed in the old system of input procedures without a clear vision or objectives ;
- As an example of the positive effects of PBF for the availability of qualified staff in remote areas, Ngong and Guider health districts in the Northern Region reported an increase in the number of qualified personnel by 98% from 55 to 109 between 2017 and 2019. PBF has a positive impact on the migration of qualified personnel to vulnerable PBF health facilities.
- Numerous PBF infrastructure improvements have been made as shown by the following images, pre- and post of Guider Health District in the Northern Region.

Health centre *before* PBF



Health centre *after* rehabilitation by health centre staff with PBF



- The PBF Program in Civil Administration (BUNEC) has been operational since the third quarter of 2018 in three Regions and the initial results are encouraging.
- During the 76th PBF course there were 8 financial controllers and 5 Treasurers General of Payments. They produced an excellent action plan on the procedures for the timely payment of the PBF funds by the Regions.

2.2 Summary of problems and recommendations

2.2.1 Payment delays continue and the PBF budget 2019-2022

The main problem identified during the 76th PBF course is the continued delays of the PBF subsidy payments of up to six months. These delays were due in part to the non-implementation of the joint circular letter of MINSANTE-MINFI N ° 36-56 of 03 November 2017 setting the modalities for the management of financial resources of the PBF health facilities at the level of the financial bodies concerned such as the financial controllers and the TPGs. The delays had a very negative impact on the achievement of the indicators and on the use of the planned budget for the minimum and complementary health activities as well as for the district, regional and central health authorities of the MOH. In particular the low disbursement for the health packages resulted in the impression that a relatively high proportion of 34% was used for the expenditures of the Contract Development and Verification Agency. However the problem is not the high rate of spending for the CDV Agencies, but rather the low use of the health packages budget of only USD 1.17 per person per year in 2018 instead of at least USD 3.00.

- ⇒ There is a need to speed up the prompt payment of primary level and hospital level invoices as well as the better use of the quality improvement bonuses to address the problems of health facilities such as staff shortages, obsolete infrastructure, lack of equipment, negative effects of the instability in the country increasing the number of very poor people and the need to respond to the refugee and internally displaced persons crisis ;
- ⇒ There is a need to increase the subsidies to respond to new vision of the Ministry of Health and their partners. This also because in December 2018, the government with the support of partners increased the number of indicators (or activities) at the primary level from 34 to 40 and integrated new indicators for Civil Registration and nutrition.
- ⇒ The most conservative overall costing of PBF in Cameroon shows that PBF spending in 2019 will be around USD 3.50 per person per year, but that it will increase in 2020 to USD 4.00 and in 2021 and 2022 to USD 5.00.
- ⇒ In the absence of the (political) willingness to increase the budget available for PBF to USD 5.00 per year per person there are some scenarios 1. Cancel a number of indicators; 2. Cancel all support for the vulnerable in the community and especially in unstable areas (which is expensive); 3. Cancel the quality improvement bonuses for the rehabilitation and support to qualified personnel in the country's remote areas; 4. Cancel the full PBF coverage to all Regions in Cameroon.
- ⇒ The above choices must be made by the country's politicians and not by the costing experts of the Ministry. Unfortunately, there seems not to exist a plan B to return to the previous input financing policy with its complex and non-transparent procedures. The input approach, according to the WHO estimate, costs around USD 80 per person per year, which is about 16 times more than what PBF asks for. This scenario seems even more gloomy. If the government wishes to continue with the inefficiencies of the monopolistic distribution of inputs as well as the non-involvement of the private sector this will further aggravate the situation.

- ⇒ So, the question that arises is to what extent the government and partners have the political will to move forward with the rational and more efficient PBF approach in a difficult environment with limited budgets. If the answer is "no", we must fear for the evolution of the health system in Cameroon, which will also have political and social consequences.
- ⇒ The World Bank budget alone cannot finance PBF in Cameroon and filling the gap must mainly come from the government (and other partners). So we propose to continue the transformation of the existing budget lines of the Finance Law into PBF budget lines in such a way that the PBF budget reaches at least USD 5.00 per person per year from 2021 onwards. An analyses of the budget of the Ministry of Health demonstrates that money for the PBF exists if only 20-25% of the total budget could be transformed into PBF, RBF or strategic purchase performance financing.

2.2.2 Advocacy with the government for PBF and the increase of the PBF budget

- Advocate for the Ministry of Finance to introduce into the Circular bearing the instructions on the implementation of the Finance Laws, all provisions facilitating the implementation of PBF for fiscal years 2020, onwards.
- Increase the proportion of the budget allocated to performance-based financing in the budget of the MOH => 1. Identify the budget lines that can be transformed into PBF lines; 2. Codification of the resources allocated for the local recruitment of staff by the health facilities in PBF subsidies
- Increase the number of participants of the heads of other Ministries such as MINEPAT, MINFI, MINCOSUPE and MINMAP in charge of budgeting for PBF International courses in 2019.
- Plan a symposium or a two-day conference in Yaoundé to bring together senior officials from these ministries, especially the budget preparation team, highlighting the benefits of PBF and illustrating it through the results achieved to date in the field of health. This because the participation of a 14-day training may be difficult for senior officials.
- Put under performance contracts the actors of the Ministry of Finance, including the financial controllers and the Treasurers General Payment.
- Integrate experts from the Ministry of Finance (financial controllers and Treasurers General of Payments) into the group of facilitators of the PBF courses - the first course starts on May 13. This for them to better explain the logic of the PBF financial procedures and thus to prevent delays in the PBF payments as well as with the aim to transform other budget lines into PBF.
- Make a plea to the Government so that the resources transferred to the communes are allocated directly to the health facilities in the form of QIBs as of the budget year 2020.
- Advocate with partners to contribute technically and financially towards the government's national PBF policy. The Directorate of Cooperation (DCOOP) of the MOH should develop a brochure on the government's PBF reform and invite all partners to offer assistance in the logic of buying results instead of providing inputs. In this booklet it is necessary to explain the best PBF practices, what are the results already achieved and how the partners can intervene by avoiding support in which reinforces the monopolies and the allocative, technical and administrative inefficiencies.

2.2.3 Training of health facility staff in financial procedures

- Train health facility staff in the management of human resources or encourage them to recruit financial administrators in the health facilities ;

- Improve the monthly application of the indices management tool and review the indicators for the quality score of the indices management tool
- Invite the health facilities to systematically affiliate the locally recruited staff into the National Social Security Fund, and ensure that their social security contributions are regularly paid;
- Grant health facilities not only quality improvement bonuses at the start of the program but make them available continuously so that new challenges can be faced. This should be done on the basis of convincing business-plans.

2.2.4 The budget and the efficiencies of the Regional CDV Agencies

- The CDV Agencies in 2018 spent USD 0.65 per person per year. This amount seems efficient compared to other countries such as CAR, which have expenditures above USD 1.40.
- The activities of the CDV Agencies have increased in 2018 with the introduction of new indicators. In addition, the follow-up of the quality improvement bonuses was insufficient. Therefore, there is only a limited scope for reducing the funding for the CDV Agencies and this is also not desired. Further reducing the CDV agency budget may create a lack of transparency in producing the PBF invoices. Cheating with invoices was observed in Nigeria and the DRC as the result of a verification system that was not robust enough.
- However, some efficiencies could be achieved with the coaching activity that could be done by CDV Agency medical verification officers instead of by the managers. The advantage is that the verification officers already live in the district, which reduces the per diem and the cost of transportation. This change also requires the recruitment of medical verification officers with the ability to coach.

2.2.5 Mapping and rationalization of the health facility and district catchment areas

- Encourage the district management teams to carry out the annual mapping and rationalization of the health catchment areas. The main contractors should serve on average 10,000 people (8,000 for rural areas and 12,000 for urban areas) Each main contractor may have several secondary contractors. They are encouraged to select those clinics and health posts that provide good quality and which have the ambition to make available quality health packages. This process should also gradually allow the disappearance of below standard public and private health facilities.
- The central level Directorate of the MOH should take into account and support the redistricting done by the district and regional health authorities instead of wishing to stick to their power that this is only their responsibility.

2.2.6 Essential drugs and the recruitment of qualified staff

In some regions the problem of stock outs of essential drugs and other inputs such as equipment and consumables continues due to the still existing monopolies of the RFHP, CENAME (especially in the Southern and Centre Region) as well as the monopolies created by churches and plantations.

- ⇒ Advocate at all levels to liberalize the pharmaceutical market and avoid any form of monopoly.
- ⇒ Harmonize the list of wholesale distributors accredited by the regional health authorities at national level by the Directorate of Pharmacies of the MOH and inform all health facilities on this list through the Regional Delegations of Public Health. This harmonization should facilitate that health facilities in the border areas between the regions also use the accredited distributors from neighboring regions.

There is progress with the recruitment of qualified staff in the PBF health facilities, but especially in remote areas the coverage of qualified personnel remains insufficient.

- ⇒ Continue with the recruitment of qualified personnel with the aim to reach 1 qualified staff per 1000 habitants for the primary level as well as for the hospital level ;
- ⇒ Increase the PBF budget to stimulate the recruitment of qualified contract workers in the health facilities in rural and disadvantaged areas.

2.2.7 Civil Administration- BUNEC

- The financing of the civil administration offices in Cameroon is insufficient, in particular because the Law prescribes that these services should be free of charge
- This results in lack of staff motivation and high costs for the population through the generally accepted informal payments for the birth certificates, etc. It also leads to the poor quality of the services offered by the unpaid civil administration officers.

2.2.8 Regional and district level

- Increase the PBF budget for the regional and district health authorities by continuing to replace old earmarked funds (or "cartons"). The authorities should focus in particular on the accreditation of pharmacies and health facilities as well as the mapping and rationalization of health areas, training activities, and organizing action research.
- Transfer the budget for action research related to PBF budget from the CDV Agencies towards the regional health authorities
- Consider the creation, at the regional level, of a committee to supervise and monitor the PBF activities ;
- Put under performance contract the Services of the Governors involved in the elaboration of the regulatory acts for the procedures to provide funds for the health facilities, once the Regional Financial Controller has prepared the Act. This must be done with great speed in order to respect the deadlines set for the successful settlement of payment procedures.

2.3 Summary of problems and recommendations of some groups

2.3.1 Ministry of Finance

Problems identified:

- The current input approach does not take into account the specificities of the PBF approach, which is oriented towards a "market" logic. PBF is a paradigm shift in the management of financial resources of health facilities. The success of the PBF implementation requires a re-reading of the regulations in force, in order to adapt it to the need to make the health facilities autonomous in order to guarantee the efficiency and effectiveness of the health facilities;
- There is a scarcity of the State's financial resources, which manifests itself in permanently tight cash flow. This puts in danger the availability in real time of the subsidies of the health facilities.

Recommendations

- Introduce into the Finance Act, i.e. the budget execution circular, the requirements of the PBF procedures ;
- Make PBF expenditure authorizations available as a single automatic delegation of credits at the beginning of the year;
- Provide special PBF quotas every month;

- Put under PBF performance contract, the Regional Controller of Finance and the Treasurer-Payment Officers General (TPG);

2.3.2 Governors' Services of Economics, Social and Cultural Affairs

Difficulties related to the coordination of activities in the Region are related to :

- The absence of sectoral coordination and monitoring committees chaired by the Governor
- The low awareness of PBF implementation activities

Recommendations by the Governors representatives

- Create a regional coordinating and monitoring committee for PBF activities chaired by the Governor
- Extend the PBF approach to other administrations, in this case the Ministry of Territorial Administration (MINAT) with the pilot structure of the General Secretariat of the Governor's Services.

2.3.3 Human Resources Department of the MOH

Related to human resources, the health system has the following weaknesses :

- The centralization of human resources management ;
- The centralization of balance and pension management ;
- Non-mastery of PBF principles in management among several officials.

Recommendations :

- Train health facility managers in the management of human resources or encourage the recruitment of financial staff in the health facilities ;
- Decentralize the management of human resources, accompanying them according to the regulations in force ;
- Harmonize in a single format the data on health personnel to better analyze, control and distribute equitably the personnel towards the health facilities ;
- Identify and organize a census of the structures and health personnel working in private secular, private religious health facilities in order to assess their involvement in improving the quality of care of populations.

3. INTRODUCTION du COURS PBF de DOUALA

3.1 Histoire des cours PBF

Le premier cours PBF a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce cours et quelques autres cours FBP francophones ont été possibles grâce au financement régulier de l'ONG Cordaid des Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Le premier manuel du cours PBF a été édité en 2009 et est mis à jour avant chaque nouveau cours. À ce jour, plus de 2500 participants ont pris part aux cours et la plupart sont devenus des défenseurs du FBP dans leurs pays.

Le PBF attire l'attention dans le monde entier. Il constitue une bonne voie pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables et la Couverture Sanitaire Universelle. Le PBF s'éloigne des idées traditionnelles existantes du système sanitaire, ce qui entraîne souvent de la résistance à laquelle il faut faire face pour dissiper les inquiétudes. Pour cela ce cours va dans les profondeurs des théories, des pratiques et des instruments.

3.2 Objectifs du cours

*Le cours PBF vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant aux participants, à travers ses différents modules des stratégies de financement des services de bonne qualité, à coûts accessibles et de la façon la plus équitable possible
.... à travers le libre choix du patient pour les prestataires publics et privés, et l'utilisation rationnelle et efficace des ressources limitées du gouvernement et des ménages, en appliquant les mécanismes du marché.*

En effet, l'objectif du PBF en général, et du cours en particulier, est d'apporter la lumière sur ce que l'économie de marché peut améliorer. De ce fait, en cas de défaillances du marché, le FBP indique comment corriger les échecs en appliquant des instruments de marché tels que les subsides, les taxes, les outils réglementaires et le marketing social.

En considérant ce qui précède, le cours a donc les objectifs spécifiques suivants :

- Atteindre une masse critique des personnes qui adhèrent au PBF, ceci pour assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation basé sur les inputs.
- À la fin de ce cours les participants devraient maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils afin d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

3.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte à savoir les exposés-débats. Un accent particulier a été mis sur le fait de poser des questions aux participants auxquelles chacun pouvait répondre par technologie Turning Point. Le récapitulatif / synthèse journalier des sessions antérieures aux participants de fixer les points clés et essentiels des modules, des débats et des travaux de groupes. Il permet aussi de poser des questions avant de donner des explications sur un thème quelconque. On met aussi d'accent sur le développement des plans d'action de chaque participant : Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système.

3.4 La liste des participants et des facilitateurs

Le 76^{ème} cours PBF a connu la participation de 58 personnes dont seulement 12 (21%) de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants la majorité sont des fonctionnaires, 4 des Agences de

Contractualisation et Vérification / Fonds Régional de la Promotion de la Santé et 2 privés. Du Ministère de Santé il y a avait 28 participants (6 cadres du niveau central, 3 du niveau régional et 19 du niveau de district. Du Ministère de Finances il y avait 8 contrôleurs financiers et 5 Trésoriers Payeurs Généraux. Du Ministère d'Administration et Territoriale (MINAT) il y avait deux de BUNEC et 8 conseillers des Gouverneurs. Il y avait un cadre du Ministère d'Économie, Planification et Aménagement de Territoire (MINEPAT).

| Postnom | Nom | Sexe | Organisation | Profession | Region / State |
|--------------------------------|------------------------|------|--------------------|---------------------------------------|----------------|
| DJIMRA | Frédéric | m | ACV - NORD | Infirmier Diplômé Principal | Nord |
| JOGO TSAGUE | Terence Amaud | m | ACV - NORD | Infirmier Diplômé Principal | Nord |
| ENDENE DINDE Epse NKONGO MBAPE | Jeanne Nadia | f | BUNEC Littoral | Greffier | Littoral |
| TOUMA ETOGO Eps EVEGA EVAEGA | Sonia Mariette Colette | f | BUNEC Littoral | Point Focal BUNEC | Littoral |
| NDZANA | Anne Christine | f | CDS Efulan | Médecin | Centre |
| WANGSO TCHOBWE | Dieudonné | m | CFR - Adamaoua | Inspecteur de la comptabilité-matière | Adamaoua |
| WILFRIED | Sen de sen | m | CFR - Centre | Contrôleur financier | Centre |
| OYONO ONDO | Thierry Alain | m | CFR - Est | Inspecteur des impôts | Est |
| BOUBA | Sadou | m | CFR - Extreme Nord | Contrôleur financier | Extreme-Nord |
| KESSE NDONGO | Christine | f | CFR - Littoral | Contrôleur financier | Littoral |
| NTOLE ETOUBE | | m | CFR - Nkongsamba | Contrôleur financier | Littoral |
| BAYANG MANGASSE | Jean Constantin | m | CFR - Nord | Informaticien | Nord |
| MBALLA TSALA | Marguerite Colette | f | CFR - Sud | Juriste | Sud |
| ONDOBO NYASSA | Théodore | m | DAESC - Adamaoua | Service de gouverneur Adamaoua | Adamaoua |
| DJAWA | Emmanuel | m | DAESC - Centre | Administrateur Civil | Centre |
| ZOGO NKOA | Richard Eric | m | DAESC - Est | Service de gouverneur Est | Est |
| MOUSSA GONI | | m | DAESC - EXTR NORD | Informaticien - Serv Gouv | Extreme-Nord |
| NYINDIE | Samuel Célestin | m | DAESC - Littoral | Service de gouverneur Littoral | Littoral |
| IBRAHIMA | Fadimatou Yaya | m | DAESC - NORD | Juriste | Nord |
| SAIDOU MOUSSA | | m | DAESC - NORD-OUEST | Administrateur civil | Nord-ouest |
| ESSAM | Jean Marie | m | DAESC - Sud | Ingénieur agronome - Serv Gouv | Sud |
| IBRAHIM MOHAMED | Kontcha | m | DEP - MINSANTE | Administrateur principal de la santé | Centre |
| EBOLO | George Eric | m | DRFP - MINSANTE | Financier | Centre |
| HAWAOU BOUBA | | f | DRFP - MINSANTE | Informaticienne | Centre |
| YAYOU | Bertine | f | DRFP - MINSANTE | Administrateur de la Santé Publique | Centre |
| NNOMO AWONO | Gustave Eric | m | DRH - MINSANTE | Cadre | Centre |
| EWANE | Christian Amaud | m | DRSP Centre | Pharmacien | Centre |
| NAFISSATOU | Baltchou | f | DRSP Nord | Médecin | Nord |
| OVAMBE BENGA | Moses | m | DRSP Sud | Chef SAG DRSP | Sud |
| ABDOUL AZIZ | Djibrilla | m | FRPS - Nord | Juriste | Nord |
| SOUMAIYA | ABDOULKARIM | f | FRPS - Nord | Pharmacienne | Nord |
| ATANGANA ZEH | Jean Bernard | m | IGSMP - MINSANTE | Juriste | Centre |
| NYA TCHOUNKEU Epse NGANGUE | Christelle Stella | f | MINEPAT - DGCOOP | Statisticien / démographe | Centre |
| GUENE VE'POM | Vanessa | f | Privé | Logisticienne | Centre |
| ADAM DJIBRILLA | | m | Privé - ONG | Epidémiologiste | Extreme-Nord |
| MFEGUE NOMO | André | m | SSD | Pharmacien | Centre |
| NJEL | Daniel Omel | m | SSD Colombe | Médecin | Nord |
| TCHOUBI | Pierre | m | SSD Djoum | Médecin | Sud |
| NKANA | Danielle | f | SSD Elig-Mfomo | Médecin | Centre |
| NGOS | François | m | SSD ESEKA | Médecin Urgentiste | Centre |
| NGABADA BILOUNGA | Gabriel | m | SSD Esse | Médecin | Centre |
| MOHAMADOU | Bakary | M | SSD Guider | Medecin | Nord |
| ABDOULNASSIR | Amadou | m | SSD Mayo Oulo | Médecin | Nord |
| NNAMBAM ESSOMBA | Prosper | m | SSD Mbandjock | Médecin | Centre |
| ETEME ETEME | Pierre | m | SSD Mbankomo | Médecin | Centre |
| ENGUENE NDZANA | Grégoire Kisito | m | SSD Mfou | Médecin | Centre |
| BELINGA ETOGO | Daniel | m | SSD Monatélé | Médecin | Centre |
| SIMO DZUKOU | Eric Bertrand | m | SSD Mvangan | Médecin | Sud |
| HAWA Epse ISSA | | f | SSD Nanga Eboko | Infirmière Supérieure | Centre |
| MBENDE | Abraham | m | SSD Ngomnou | Médecin | Centre |
| YAKOUBA | Liman | m | SSD rey Boubas | Médecin | Nord |
| PRINCE EUGENE | Lumière Bayebane | m | SSD Sa'a | Médecin | Centre |
| MANFO KOULONG | Hemann | m | SSD Touboro | Médecin | Nord |
| IBOM IBOM | Paul Francis | m | SSD Zoetélé | Médecin | Sud |
| AHMADOU NJOMNA | | m | TPG - Adamaoua | Inspecteur Principal du trésor | Adamaoua |
| SONE GILBERT | Etuge | | TPG - Est | Inspecteur du trésor | Est |
| NGOUYAMSSA | AMADOU | m | TPG - Extreme Nord | Inspecteur Principal du trésor | Extreme-Nord |
| ASSANA | Abakar | m | TPG - Nord | Inspecteur Principal du trésor | Nord |
| MESSANGA | Elvis | m | TPG - Sud | Inspecteur Principal du trésor | Sud |

Tableau 1 : Liste des participants au 76ème cours PBF.

Le cours était animé par :

- Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal,
- Dr Victor NDIFORCHU Coordonnateur de la CTN- PBF,
- Dr Charles NSOM MBA Directeur Général Adjoint de HGOPY,
- Dr Jean Pierre TSAFACK Manager de l'ACV du Centre,
- Dr Altiné FADIMATOU Manager de l'ACV Adamaoua,
- Dr Esther NOGBE Manager de l'ACV Littoral,
- Mme Cécile Patricia NGO SAK , Sous-Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition au MINSANTE ,
- Mme Mireille MOUALAL EKANGA Chef Section promotion de la santé et partenariat au FRPSL.

La logistique et le secrétariat ont été assuré par Mmes Saurelle Sylviane JAGUE, Annie Laure POUGUE, Audrey Rosine MAPTUE, Téclaire Staëlle NSEGBE et Fabrice FOTSO et Gilbert NKOKO.

4. DEROULEMENT du 76^{ème} COURS PBF de Douala

Le **lundi 22 avril 2019** le cours a débuté par la présentation de l'équipe de facilitation, suivie de la présentation générale du programme de la formation avec un focus sur les objectifs spécifiques du cours. Les participants ont été présentés par groupe en fonction de leurs structures d'origine. Ils ont été édifiés sur l'andragogie qui est la méthodologie utilisée pendant le cours, et pour cela seront tout au long du cours, ils seront amenés à travailler en groupe par thématique ou par structure. Les présentations seront interactives, et chaque structure devra développer un plan d'action individuel à la fin du cours. Des rencontres sont prévues en soirée avec l'équipe de facilitation pour continuer de discuter sur les concepts pas bien maîtrisés et surtout permettre aux représentants des différentes structures de mieux partager sur leur fonctionnement et de la manière qu'ils pourront utiliser l'approche PBF dans l'amélioration de leurs missions quotidiennes.

Après ces préliminaires, les participants ont passé leur pré-test, qui a duré 25 minutes. Ensuite, le module 1 de l'introduction et organisation a continué par l'élection de l'équipe dirigeante du « village » du 76^{ème} cours FBP et l'intronisation du gouvernement constitué de la manière suivante :

- Chef du village : M. WANGSO
- Adjoint : Dr Prince Eugène Valéry Lumière BAYEBANE
- Ministre de Finance : Mme KESSE NDONGO Christine
- Berger - Time Keeper: Dr YAKOUBA Liman et Dr NJEL Daniel Ornel
- Ministre d'Énergie : : Mme Bertine YAYOU - HAWAOU BOUBA

Après ces préliminaires, la place a été laissée à un exercice pratique sur la place qu'occupait la santé au Cameroun et dans les structures respectives dont la restitution s'est faite par la suite. Dans l'après-midi de cette première journée, l'on a abordé le but du cours PBF, la comparaison entre les soins de santé primaires, l'initiative de Bamako et le PBF

L'introduction du cours (module 1) ensuite, après la pause-café, ils se sont retrouvés en groupes (14) afin de réfléchir sur une série de quatre questions en lien avec la performance actuelle de leur système de santé, l'état civil et les finances

Les questions posées étaient les suivantes :

Dans quelle mesure votre système de santé est-il coût-efficace ? Quels sont les principaux défis et pourquoi ? Quel défi est la priorité pour améliorer et comment ? Est-ce que le FBP est une solution ?

Ces travaux de groupes ont ensuite donné lieu à une restitution des résultats en plénière.

Les modules 2 et 3 portant sur : Un exemple Simple FBP, Définition FBP, Meilleures Pratiques, Sujets de Changements a été partagé.

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et la rencontre avec le groupe du MINSANTE, les services du Gouverneur et ACV+ FRPS du nord autour de leur plan d'action.

La **deuxième journée, mardi 23 avril 2019**, a démarré avec la présentation du récapitulatif des travaux de la 1^{ème} journée par le facilitateur principal avec une nouvelle méthodologie question PowerPoint - réponse. Des discussions intéressantes ont eu lieu sur les thèmes : Externalités, bien public, la définition PBF, les meilleures pratiques PBF et sujets de changements.

Le 76ème cours a eu sa cérémonie officielle d'ouverture ce mardi présidée par Monsieur le Délégué Régional de la Santé du Littoral, accompagné du Coordonnateur national de la CTN-PBF et de l'Administrateur du FRPS du Littoral. Puis le plan de trésorerie pour la mobilisation des ressources liées au paiement des subsides PBF des FOSA par le budget de l'état a été présenté par le Coordonnateur de la CTN-PBF.

Dans, l'après-midi le Module 4 sur les théories liées au FBP a été dispensé suivi de l'évaluation de la journée, la désignation du meilleur participant et la rencontre avec plusieurs groupes pendant la soirée.

La **troisième journée, mercredi 24 avril 2019**, les travaux ont commencé par le récapitulatif des travaux de la 2^{ème} journée. Ensuite les module des théories et de la microéconomie a été partagé tout le long de cette journée. Son évaluation et la désignation du meilleur participant ont clôturé les travaux. Les facilitateurs ont ensuite rencontré les participants de la DRSP et les districts de la région du Centre dans le cadre de l'élaboration de leurs plans d'action.

La **quatrième journée, jeudi 25 avril 2019**, les travaux de la journée ont commencé avec le récapitulatif de la journée précédente. Ensuite la présentation du module l'**Économie de la santé a été achevé et nous avons continué avec le module sur la Régulation et assurance qualité**.

Les principaux sujets débattus sont : L'efficacité allocative, l'efficacité technique, l'efficacité administrative, le coût marginal, l'économie d'échelle et l'économie de portée, la Loi de finance, les échecs du marché, les modes de financement, les sources de financement de la santé, les buts socio-économiques souvent identifiés par l'État, Politique de santé de l'État, le rôle du régulateur au niveau national.

L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée. La soirée a continué avec les facilitateurs qui ont rencontré le groupe constitué par les DRFP / DEP / DRH / IGSM du MINSANTE et la DRSP du Nord.

La **cinquième journée, vendredi 26 avril 2019**, a débuté comme les précédente par la présentation du récapitulatif de la journée précédente, Ensuite il y a eu l'introduction du module 6 **Buts socio-économiques & sanitaires, rôle des acteurs de la régulation, contrats de performance de la régulation ; Assurance qualité**.

A 11 heures, une visite de terrain a été réalisée par les participants répartis en 12 groupes de cinq ou quatre dans 12 formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles).

Objectif : la visite de terrain visait à collecter et analyser les données conformément à la grille de supervision, puis restituer les observations en plénière.

Les visites dans les structures de santé étaient guidées par une liste de questions auxquelles les participants devaient trouver des réponses en discutant avec les prestataires desdits centres. Après la visite, les participants ont travaillé sur la synthèse des résultats de leur visite qui a été présenté le même jour en séance plénière. L'évaluation de la journée a été réalisée après la restitution.

La **sixième journée, samedi 27 avril 2019**, a débuté par la présentation du récapitulatif de la journée précédente. Cette première étape a été suivie de la poursuite du module Régulation et assurance qualité. Ensuite a été abordé celui sur Scan de faisabilité – critères de pureté hypothèses fatales & plaidoyer, les participants se sont réunis en groupes pour faire l'analyse de faisabilité programme dans leurs structures respectives. L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée.

La **septième journée, dimanche 28 avril 2019 était une journée « libre »**, les participants ont pu se reposer de la soirée récréative organisée la veille.

La **huitième journée lundi 29 avril 2019**, a débuté avec la présentation du rapport de la journée du samedi 27 avril 2019, Ensuite, il y a eu **Restitution des Travaux de Groupe sur l'analyse du score de faisabilité du PBF et l'identification d'éventuelles des hypothèses fatales et Jeux de rôle**. Les travaux se sont poursuivis par l'introduction du module sur la **Gestion de conflits et technique de négociation en FBP**. Des orientations ont été données pour les travaux portant sur les plans d'action. La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

La **neuvième journée, mardi 30 avril 2019**, a commencé comme les précédentes par le récapitulatif de la journée précédente. Les travaux de la journée se sont ensuite focalisés sur le **module 8 : Interaction Prestataire – Communauté**, puis celui sur l'**ACV - collecte des données-** et enfin sur **les indicateurs output**. En fin de matinée les participants ont partagé l'expérience de la mise en œuvre du PBF à HGOPY sur fonds propres . Ce qui les a bien édifié sur la pérennité de l'approche. Les participants ont été organisés en groupe pour effectuer les exercices sur les indicateurs sous l'encadrement des facilitateurs. La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

La **dixième journée, mercredi 01 mai 2019**, a commencé par le récapitulatif de la journée précédente qui est revenu sur les modules portant sur les agences de contractualisation et de vérification et le rôle de la communauté et la gestion des conflits. Les exercices sur les indicateurs ont par la suite été corrigés, puis le reste de la journée a été consacré aux travaux d'élaboration du plan d'action des groupes. La journée a pris fin officiellement comme il est de coutume par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant, puis les facilitateurs ont fait le coaching groupes.

La **onzième journée, jeudi 02 mai 2019**, a débuté par le récapitulatif des travaux de la journée précédente, un accent a été mis sur la notion de SMART, les critères de choix des indicateurs output et certains critères d'attribution des subventions PBF. Ensuite ont suivi la présentation du module 11 nommé « **Étude de base avant le démarrage du programme du FBP** ». La suite de la journée a été marquée par la continuation de l'élaboration des plans d'action post formation des différents groupes. La journée a été clôturée par l'introduction du module 15 portant sur les outils de la boîte noire : outil indice suivi de l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant comme à l'accoutumée.

La **douzième journée, vendredi 03 mai 2019**, les travaux ont consisté à la présentation du reste des diapositives du module 15 portant sur les outils de la boîte noire : outil indice, suivi de quelques diapositives du module sur le costing. La correction des exercices sur l'outil indice commencés la veille a suivi cette présentation, puis après la pause-café, les participants ont eu droit à une quinzaine de minutes pour transcrire de façon smart leur travail sur une feuille du flip chart et la coller sur le mur de la salle de conférences. Chaque groupe a procédé à la présentation de son plan d'action sous forme de poster par la technique du « carrousel ». Cette technique consistait au déplacement de toute l'équipe là où sont fixé les postes pour suivre la présentation des membres de l'équipe. Il faut noter que ces plans d'actions ont été évalués et les points obtenus serviront de bonus ou de malus pour les différents participants. Comme d'habitude, il y a eu l'évaluation de la journée, enfin l'évaluation générale du cours et de toute la formation. Les participants ont profité de l'après-midi qui était libre pour soit réviser les différents modules ou se détendre dans la ville de Douala.

Le **dernier jour du programme, samedi 4 mai 2019** : L'examen basé sur le test des connaissances des participants au 76^{ème} cours international sur le FBP a commencé à 8h30mn pour permettre à certains participants de voyager dans l'après-midi et l'ensemble des participants ont terminé leur test avant 11 h15mn.

Cet examen a donné neuf distinctions et six certificats de participation. La cérémonie de clôture du cours a connu successivement les temps forts suivants : le résumé de la formation par le facilitateur principal suivi du mot du chef du village au nom des participants ; puis le mot du Président du Comité de gestion du FRPSL, et enfin le discours de clôture de Monsieur le Délégué Régional de la Santé du Littoral.

5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS

Chaque jour, les participants évaluaient le déroulement de la journée selon quatre critères à savoir : (1) la facilitation et la méthodologie ; (2) la participation ; (3) l'organisation ; (4) le respect du temps.

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 80%. Cela est de 1,0 point supérieur à la moyenne des 44 cours précédents francophones et de 4 points inférieurs à la moyenne des 25 cours anglophones précédents. Les critères « organisation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux cours précédents francophones avec respectivement 6,1% et 5,8%. Les critères « facilitation » et « participation », étaient inférieurs aux cours précédents francophones avec respectivement -1,2% et -6,6%

| Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants | Cours Anglophones (25x) | Cours Francophones (44x) | Douala Avril 2019 | Comparaison Avril 2019 - Cours Francophones précédents |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------|--|
| Méthodologie et facilitation | 87,5% | 85,0% | 83,8% | -1,2% |
| Participation | 87,4% | 82,4% | 75,8% | -6,6% |
| Organisation | 86,3% | 72,5% | 78,6% | 6,1% |
| Respect du temps | 72,8% | 76,2% | 82,0% | 5,8% |
| Score total | 84% | 79% | 80% | 1,0% |

Tableau 3 : Les scores moyens des évaluations journalières basées sur 4 critères.

L'aspect de **la facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 83,8% comme étant « très satisfait ». Cela est un score inférieur de 1,2 points par rapport aux 44 cours francophones précédents qui ont accusé un score moyen de 85,0%. Ce score de facilitation reste satisfaisant par rapport aux cours francophones mais est légèrement inférieurs de 3,7% par rapport aux cours anglophones. La tendance d'évaluation de la satisfaction pour la facilitation était progressive d'autour 70% le premier jour jusqu'à 88% la dernière journée.

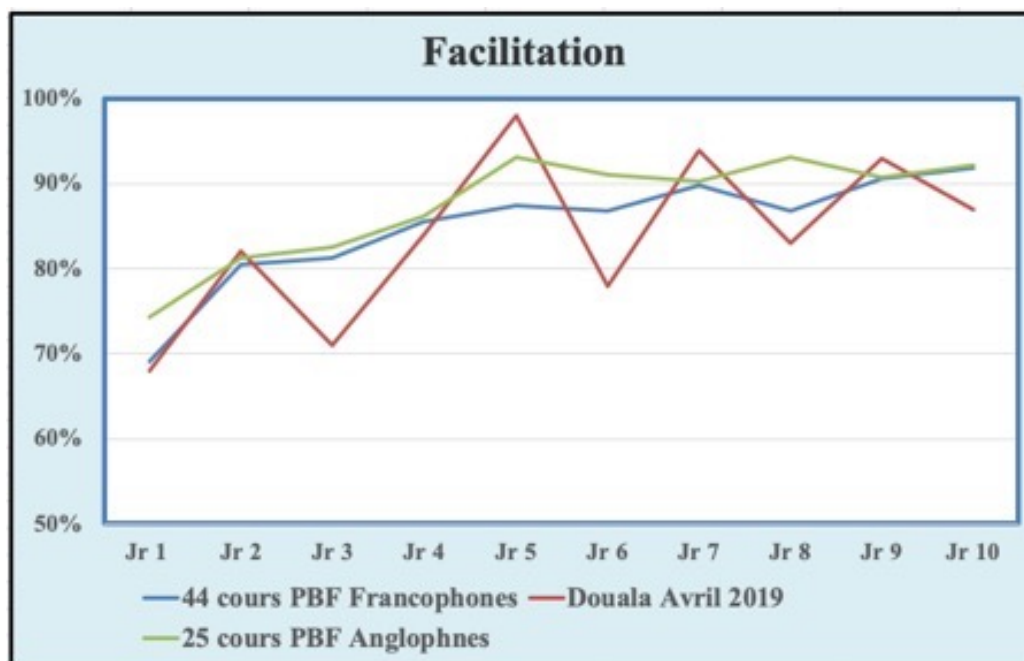


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 75,8% pour tous les jours ; ce qui est 6,6% *inférieur* par rapport à la moyenne des 44 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 82,4% (et 11,6% inférieur par rapport au cours anglophones). La satisfaction avec la participation des participants a connu une pente croissante de 45% le premier jour vers 90% le dernier jour. Le problème de la participation était anticipé en considérant le nombre élevé des participants de 56.

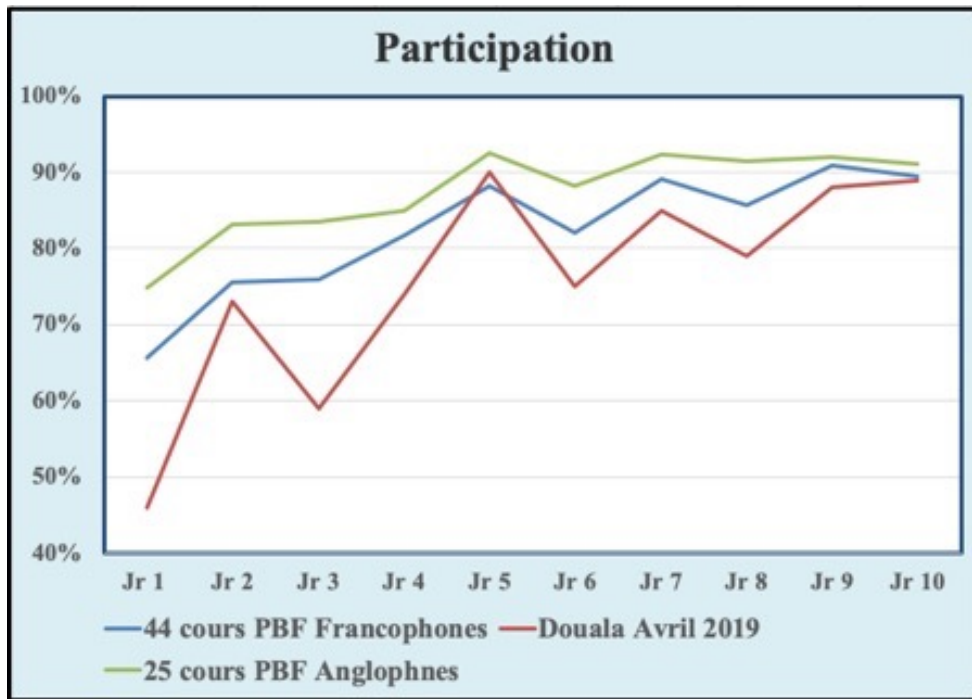


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 78,6% « très satisfait » ce qui est de 6,1 points supérieurs aux 44 cours francophones précédents avec une moyenne de 72,5% et 7,7 points inférieurs aux cours anglophones avec une moyenne de 86,3%.

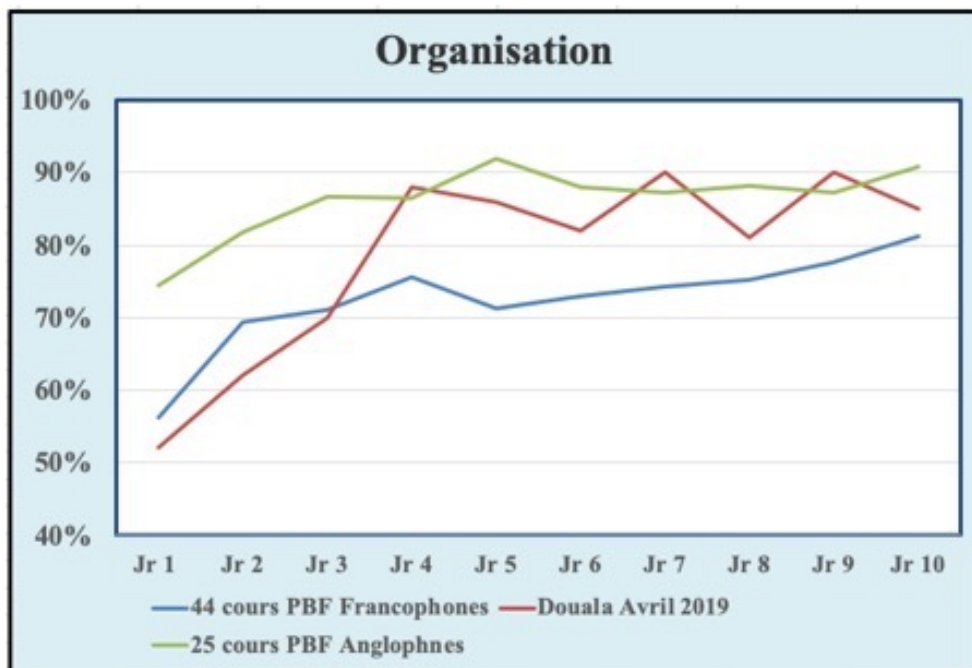


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 82% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 5,8 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 76,2% et un score supérieur de 9 points par rapport à la moyenne des cours anglophones.

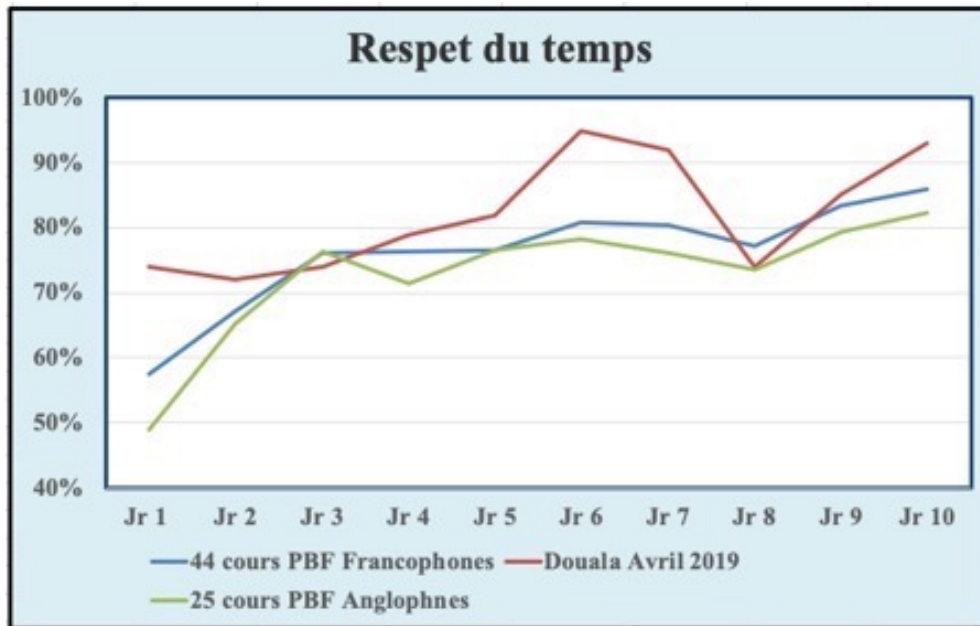


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respet du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 3 mai 2019, 58 participants au cours ont réalisé une évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire final de sorte qu'on a obtenu des impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

Les impressions sur la préparation au cours par les participants étaient les suivantes :

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 88%. Cela est égal par rapport à la moyenne des autres cours PBF francophones et 12 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 78%, ce qui est 7-8 points inférieurs par rapport à la moyenne des autres cours PBF francophones et anglophones.
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 80% (c'est-à-dire 9 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones et des cours précédents en anglais).

| Préparation et impression générale du cours | Les 41 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 41 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|---|--|---|-----------------------------|--|---|
| Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours | 88% | 76% | 88% | 0% | 12% |
| Q2. Le programme a répondu à mes attentes | 84% | 85% | 78% | -6% | -7% |
| Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles | 89% | 89% | 80% | -9% | -9% |
| Ensemble | 87,1% | 83,3% | 82,0% | -5,1% | -1,3% |

Tableau 4 : Impression des participants sur la préparation du cours PBF.

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

57% des participants trouvent que la durée de la formation était appropriée, 30% ont dit que la durée du cours était trop courte et 6 participants (=13%) ont dit que la durée du cours était trop longue. Ainsi on conclut que la durée du cours est approximativement correcte.

| Durée du cours | Les 41 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 41 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|----------------|--|---|-----------------------------|--|---|
| Trop court | 33% | 23% | 30% | -3% | 7% |
| Bon | 61% | 65% | 57% | -4% | -8% |
| Trop longue | 6% | 11% | 13% | 7% | 2% |

Tableau 5 : Appréciation des participants sur la durée du cours PBF.

6.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 74% en moyenne ce qui est de 4 points supérieurs aux cours francophones précédents avec 70% et de 4 points inférieur aux cours anglophones précédents avec 78%.
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 88% ; ce qui est de 8 points supérieur à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 80%.
- La salle de formation a obtenu un score de 75%. Ce score est de 8 points supérieurs par rapport aux autres cours francophones.
- Le milieu du centre de conférence de *Makepe Palace Hôtel* où s'est déroulé le cours a été évalué avec 78%. Ce score est de 21 points supérieurs aux cours précédents.
- Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 86%. Cela était de 2 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones et 6 points inférieurs par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 80% qui est de 19 point supérieur aux autres cours FBP francophones quoi ont eu une moyenne de 61%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 37% ce qui est de 29 points inférieurs à la moyenne des autres cours francophones de 66%.

| Comment évaluez-vous l'organisation de la formation? | Les 43 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 41 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|--|--|---|-----------------------------|--|---|
| Qualité et distribution matériel éducatif | 80% | 88% | 88% | 8% | 0% |
| La salle de conférence | 67% | 70% | 75% | 8% | 5% |
| Centre d'accueil (Makepe Palace Hotel) | 57% | 76% | 78% | 21% | 2% |
| Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs | 88% | 92% | 86% | -2% | -6% |
| Aliments et boissons, y compris pauses café | 61% | 63% | 80% | 19% | 17% |
| Transport | 66% | 80% | 37% | -29% | -43% |
| Moyenne | 70% | 78% | 74% | 4% | -4% |

Tableau 6 : Appréciation des participants sur l'organisation de la formation.

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 7%. Cela est de 5 points inférieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 80% (3 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 89% qui est 5 points supérieurs par rapport aux 43 cours français précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 51% (de 19 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 86% (de 3 point inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).

- La question « *Est ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active* » a été évaluée à 80% (6 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).

| Méthodologie et contenu du cours | Les 43 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 41 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|---|--|---|-----------------------------|--|---|
| Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs | 83% | 91% | 80% | -3% | -11% |
| La méthodologie du cours | 84% | 88% | 89% | 5% | 1% |
| L'équilibre entre les cours et les exercices | 70% | 79% | 51% | -19% | -28% |
| Interaction et les échanges dans les groupes de travail | 89% | 92% | 86% | -3% | -6% |
| Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active | 86% | 90% | 80% | -6% | -10% |
| Moyenne | 82% | 88% | 77% | -5% | -11% |

Tableau 7 : Appréciation des participants sur la méthodologie et le contenu du cours.

6.5 Comment les participants apprécient la conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 71% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est inférieur de 9 points aux scores des autres cours francophones et 4% inférieurs aux cours anglophones.
- 68% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de 5 points supérieurs aux autres cours FBP francophones et de 10 points inférieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 78% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 2 points supérieurs aux autres cours francophones.

| Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation | Les 43 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 41 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|---|--|---|-----------------------------|--|---|
| Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques | 80% | 75% | 71% | -9% | -4% |
| Le temps alloué au travail de groupe était adéquate | 63% | 78% | 68% | 5% | -10% |
| Le temps des discussions est adéquat | 76% | 83% | 78% | 2% | -5% |
| Moyenne | 73% | 79% | 72% | -1% | -6% |

Tableau 8 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 68,8% qui était de 14,1 points inférieurs par rapport aux cours francophones précédents (82.8%). Les modules mal évalués étaient la micro-économie et économie de santé (37%), recherche (49%), ACV (56%) et l'outil indices (57%).

| Appréciation des Modules | Les 43 cours PBF francophones précédents | Les 26 cours PBF anglophones précédents | Cours PBF Douala Avril 2019 | Comparaison Douala Avril 2019 / 43 cours PBF francophones précédents | Comparaison Douala Avril 2019 / 26 cours PBF anglophones précédents |
|--|--|---|-----------------------------|--|---|
| Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Module 1 & 2 | 93% | 93% | 94% | 1% | 1% |
| Les notions de micro-économie et l'économie de la santé | 64% | 83% | 37% | -27% | -46% |
| Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation | 86% | 93% | 82% | -4% | -11% |
| Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse | 77% | 80% | 49% | -28% | -31% |
| Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF | 87% | 89% | 72% | -15% | -17% |
| Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données | 86% | 89% | 51% | -35% | -38% |
| Régulateur - assurance de la qualité | 82% | 92% | 56% | -26% | -36% |
| Techniques de négociation et de résolution des conflits | 88% | 90% | 82% | -6% | -8% |
| Boîte noire : Plan de Business | 85% | 89% | 90% | 5% | 1% |
| Boîte noire : Outil Indices: recettes - dépenses - les primes de performance | 79% | 81% | 57% | -22% | -24% |
| Renforcer la Voix de la Population et le marketing social | 80% | 89% | 78% | -2% | -11% |
| Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer | 87% | 91% | 77% | -10% | -14% |
| Moyenne pour 13 modules | 82,8% | 86,7% | 68,8% | -14,1% | -19,6% |

Tableau 9: Appréciation des participants concernant les modules du cours PBF.

6.7 Remarques spécifiques des participants

1. Méthodologie et contenu du cours

- Très belle initiative surtout le fait d'associer plusieurs secteurs **2x**
- Temps de la formation relativement court et ce qui met une forte pression de travail
- Économie utile mais compréhension un peu difficile
- Il n'y avait pas suffisamment d'exercices
- Les modules ACV, outil indice, interaction communauté - prestataire, marketing social, développement du projet PBF, hypothèse fatale et plaidoyer costing) trop court et pour cela pas très explicite
- Je considère que l'on aurait dû s'installer progressivement et non brutalement du fait de l'impréparation des FOSA de nos districts et même le fonctionnement des districts risque être ralenti du fait de la suppression brutale des autorisations de dépense.
- La prise en compte du niveau de structures pour l'évaluation et le costing des indicateurs dès le départ. (Exemple : toutes les FOSA n'ont pas le même niveau de développement mais doivent répondre aux mêmes attentes).
- Améliorer la traduction du document (il y'a beaucoup de phrases inversées)

- Adapter le cours et les instruments du cours aux autres administrations autre que la santé
- Améliorer les rapprochements des cours avec les réalités professionnelles des participants
- Selon les disponibilités budgétaires organisez des micro-cours qui seront spécifiques aux différentes sectorielles

2. Organisation

- En gros, je suis très satisfait ce d'autant plus qu'au-delà des objectifs atteints, vous nous avez donné de belles leçons d'organisation tant collectives qu'individuelle **2x**
- Bonne organisation logistique (facilitatrices, restauration, outils de travail)
- J'ai été satisfaite de la manière dont le cours s'est déroulé : la présentation des modules, le contact avec les facilitateurs
- Qualité de transport pas du tout satisfaisant car le chauffeur après nous avoir laissé à la FOSA d'accueil s'est rendu indisponible nous amenant ainsi à payer le transport de nos poches
- Les cours doivent se faire de 8h à 15h et laisser un temps pour les participants de s'approprier du document (livre PBF)
- Le logement des participants dans un hôtel devrait être facultatif mais la ponctualité une exigence
- Continuer l'accompagnement de notre pays dans la mise en œuvre étendue de cette réforme surtout les programmes de santé.

7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF

7.1 ACV de la Région du NORD

JOGO TSAGUE Terence Arnaud et DJIMRA Frédéric (Vérificateurs Médicaux)

7.1.1 Contexte et justification

Dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le gouvernement camerounais a mis en œuvre depuis 2011, l'approche de financement basé sur la performance (PBF). Dans le processus de mise en œuvre de PBF, les ACV ont été créés pour la vérification médicale, assister à la réunion du comité de validation organisée par le district à l'issue de laquelle les factures des prestataires sont transmises à la CTN pour paiement. Elles font également le coaching des FOSA sur l'élaboration de leurs plans business et l'utilisation systématique de l'outil indice en vue de garantir la gestion transparente.

Ainsi l'ACV du Nord a été créé en Juillet 2016 et a débuté ses activités par les formations des responsables des FOSA suivi de la signature des contrats avec ces derniers dans six (06) Districts de santé pilotes. L'extension a été faite dans tous les 15 Districts de la région du Nord en 2017. En Janvier 2019, toutes les FOSA ont été enrôlées dans le système PBF pour une population 2,8 millions. L'ACV-Nord a jugé important de renforcer les capacités de son personnel sur les nouvelles orientations. C'est ce qui justifie la présence de deux vérificateurs médicaux au 76^e cours international PBF organisé à Douala.

7.1.2 Réalisation du PBF dans les Districts de santé de Ngong et Guider

Suite au recrutement par les FOSA dans le cadre les plans d'action PBF, le nombre de personnel qualifié dans districts de santé de Ngong et de Guider ont augmenté entre de 2017 à 2019 avec 98% de 55 vers 109. Cela signifie aussi que l'atteinte de la cible des ressources humaines qualifiées attendues (1 par 1000 population) est passée de **11%** en 2017 à **22%** en 2019. Cela est encore bien dessous de la cible désiré

| FOSA | Nombre de structure | Personnels qualifiés en 2017 | Personnels qualifiés en 2019 | Augmentation du personnel 2019 / 2017 | % Augmentation |
|-------|---------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| PMA | 40 | 25 | 57 | 32 | 128% |
| PCA | 02 | 30 | 52 | 22 | 73% |
| TOTAL | 42 | 55 | 109 | 54 | 98% |

7.1.3 Analyse de problème

- Cumul des fonctions de régulateur et prestataires dans certains districts de santé. Nous notons que le cumul de fonction n'émane du refus de la part des responsables des districts concernés mais à une mauvaise répartition des ressources humaines par le niveau central (affectation centralisée).
- La non-réalisation des activités de PBF communautaire en l'occurrence la référence communautaire et les cas perdus de vue dans la plupart des FOSA ;
- Manque de la transparence dans l'élaboration de l'outil-indice par les responsables des FOSA et non maîtrise des procédures de justification des dépenses.

Au vu des meilleurs pratiques de PBF, ces problèmes peuvent être résolus car l'analyse de faisabilité donne un score de 88%.

| Les critères non conformes sur les 23 critères de pureté d'un programme PBF | Points attribuables | Points donnés |
|---|---------------------|---------------|
| Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*). | 4 | 0 |
| Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants. | 2 | 0 |
| TOTAL | 50 | 44 |

7.1.4 Recommandations

- Initier une correspondance que le Manager pourra adresser au DRSPN sur la nécessité de séparation des fonctions dans les Districts concernés
- Intensifier le coaching sur les outils indice dans toutes les FOSA tout en mettant l'accent sur la fiabilité des montants déclarés.
- Faire un plaidoyer auprès du DRSPN en faveur de renforcement des capacités des prestataires sur la procédure en vigueur de justification des dépenses.
- Réaliser les activités de PBF communautaire au niveau des FOSA.

7.1.5 Plan d'action

Le plan d'action de l'ACV-Nord couvre une période de six mois allant du Mai 2019 au Novembre 2019. Comme activité prévue nous allons rédiger un rapport final de 76^e cours international PBF et restituer les points essentiels à toute l'équipe de l'ACV dès le 25/05/2019.

| Problèmes | Activités | Responsables | Échéance |
|---|--|---|---|
| 1. Le cumul des fonctions de régulateur et prestataire | <ul style="list-style-type: none"> - Inciter le Manager à faire le plaidoyer auprès de DRSPN sur l'importance de séparation des fonctions. - Initier une correspondance que le Manager pourra adresser au DRSPN sur la nécessité de séparation des fonctions dans les Districts concernés. | <ul style="list-style-type: none"> - DJIMRA Frédéric - JOGO T. Terence - Manager ACV | 25/05/2019 |
| 2. La non réalisation des activités de PBF communautaire en l'occurrence la référence communautaire et le cas perdu de vue dans la plupart des FOSA | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les FOSA sur l'importance de la mise en œuvre des activités du PBF communautaire - Former et signer les contrats de performance avec les ASC et les inciter à réaliser leurs activités communautaires. | <ul style="list-style-type: none"> - DJIMRA Frédéric - JOGO T. Terence - Autres Vérificateurs - Responsables des FOSA | A partir de 08/05/2019 Avant le 30/05/2019 |
| 3. Manque de la transparence dans l'élaboration de l'outil-indice par les responsables des FOSA | <ul style="list-style-type: none"> - Intensifier le coaching sur les outils indice dans toutes les FOSA tout en mettant l'accent sur la fiabilité des montants déclarés. - Faire une autopsie verbale auprès des personnels sur le processus d'élaboration d'outil-indice lors de la vérification des soins. | <ul style="list-style-type: none"> - Manager/Manager adjoints - Vérificateurs médicaux | Dès le 26/05/2019 A partir de 05/06/2019 |

| | | | |
|---|--|----------------------------|-------------------------|
| 4. La non maîtrise des procédures de justification des dépenses | - Faire un plaidoyer auprès du DRSPN en faveur de renforcement des capacités des prestataires sur la procédure en vigueur de justification des dépenses. | - Manager/Manager adjoints | Début Juin (03/06/2019) |
|---|--|----------------------------|-------------------------|

7.2 **BUNEC Littoral**

Mme ENDENE DINDE Jeanne Nadia épouse NKONGO MBAPE : Chef d'Agence Régionale
Mme TOUMA ETOGO SONIA M. épouse EVEGA EVEGA : point focal BUNEC-Littoral

7.2.1 Contexte et justification

Le PBF a été mis à contribution pour soutenir le redressement du système de l'état civil Camerounais en vue d'appliquer dans ce domaine les principes du PBF et améliorer la qualité du système d'état civil en soutenant les acteurs y intervenant dans la réalisation de leurs missions. C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale du BUNEC Littoral a été contractualisée depuis le 3ème trimestre 2018. De même, la signature des contrats de performance a été effective pour les acteurs de l'état civil dans la commune de Douala Vème dans la région du littoral.

7.2.2 Analyse des problèmes

D'une manière générale le système d'état civil actuel souffre de nombreux dysfonctionnements qui ont été mis à jour grâce à trois principales études à savoir.

A l'issue de ces études on a identifié les problèmes suivants :

- Des difficultés liées à la coordination des activités des intervenants du système d'état civil ;
- La faible déclaration des faits d'état civil (naissances et décès) ;
- Une sensibilisation insuffisante des populations (information, éducation, communication) ;
- L'insuffisance de la disponibilité d'intrants (registres d'état civil, bâtiment, équipement de bureau) ;
- Utilisation des registres d'état civil non officiel ;
- Le financement insuffisant de l'état civil alors que la gratuité du service est exigé. Ceci a pour conséquence le manque de motivation du personnel et des coûts élevés à travers des paiements informels des actes. Cela engendre aussi la mauvaise qualité des prestations offerte par les acteurs ;
- L'éloignement des centres d'état civil ;
- L'état civil non sécurisée ;
- L'insuffisance des contrôles des services de l'état civil ;
- L'insuffisance des mesures permettant de garantir une meilleure intégration de l'enregistrement des faits d'état civil dans d'autre secteurs comme la sante, l'éducation....
- L'indisponibilité des statistiques d'état civil ;
- La tenue approximative des archives d'état civil ;
- L'inexistence d'un statut des officiers d'état civil des centres secondaires.

Ces nombreux disfonctionnements ont pour effet le faible taux d'enregistrement des faits d'état civil (selon MICS 2014 le taux d'enregistrement des enfants de moins de 5 ans au Cameroun se situe à 66,4%). Compte tenu de ce qui précède l'on se rend aisément compte de la nécessité de trouver une solution efficace à ces problèmes.

7.2.3 Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus avec le PBF ?

Avec un score de faisabilité de 80% nous pensons que le PBF est la solution aux problèmes auxquels fait face l'état civil au Cameroun. Grâce à l'approche contractuelle à savoir le paiement sur la base des performances, et la prise en compte de l'équité, le taux d'enregistrement des actes d'état civil pourrait augmenter de façon drastique.

7.2.4 Réalisation du PBF BUNEC dans la Région de Littoral

A ce jour trois descentes d'évaluation de la mise en œuvre du PBF dans la zone pilote ont été effectuées par le personnel de l'Agence Régionale du BUNEC. La commune pilote compte 20 centres d'état civil (CEC) à savoir 1 centre principal (CECP) et 19 centres d'état civil secondaires (CECS) :

- De juillet à septembre 2018 (T3) : 7 CEC ont été contractualisés
- D'octobre à décembre 2018 (T4) : 8 CEC
- De janvier à mars 2019 (T1) : 14 CEC

7.2.5 Évolution des enregistrements des faits d'état civil

| N° | Indicateurs | Calcul de cible par population | Cible trimestrielle | Trimestre 3 2018 | Trimestre 4 2018 |
|----|---|--------------------------------|---------------------|------------------|------------------|
| 1 | Nombre d'acte de naissance établis | Pop x 3.8% / 4 | 7125 | 29 | 509 |
| 2 | Nombre de personnes ayant bénéficiés des audiences foraines | Pop x 3.8% x 20% x 90% / 4 | 1282 | 0 | 0 |
| 3 | Nombre d'acte de mariage établis | Pop x 23% x 20% / 4 | 8625 | 0 | 158 |
| 4 | Nombre d'acte de décès établis | Pop x 1.04% / 4 | 2 | 0 | 58 |
| 5 | Nombre d'acte d'état civil (naissance décès) remis aux ayants droit | Pop x 3.8% + pop x 1.04% / 4 | 712 | 0 | 540 |

NB : Population cible 750.000 habitants

7.2.6 Recommandations

FOSA

- Transmettre systématiquement les déclarations des naissances et des décès aux CEC ;
- Faciliter la délivrance des certificats d'âge apparents aux parents.

Mairies

- Financer l'organisation des audiences foraines

Tribunaux

- Faciliter les procédures d'obtention des jugements supplétifs et reconstitution d'acte
- Revoir les frais de procédure

Bureau BUNEC Littoral

- Étendre le PBF dans les 5 autres arrondissements du département du Wouri

Direction Générale BUNEC

- Mettre à disposition de l'agence du littoral le financement pour la réalisation de ce plan d'action
- Revoir les cibles des actes comme notamment la cible pour les actes de mariage.

CTN-PBF

- Payer dans les délais les subsides de tous les acteurs du PBF CEC

7.2.7 Plan d'action

| Activités | Résultats attendus | Responsables | Échéances |
|--|---|---|---------------------------------------|
| 1. Atelier de restitution du cours PBF à l'ensemble du personnel du BUNEC Littoral | - Le personnel de l'agence a assisté à la restitution | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | 22-23 Mai 2019 |
| 2. Formation de tous les acteurs impliqués dans le PBF état civil | - Tous les acteurs impliqués dans le PBF état civil sont formés sur l'approche PBF | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | 15 Juillet 2019 |
| 3. Élaboration de la cartographie des centres d'état civil du Littoral | - Fichier des centres d'état civil disponible | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | Première semaine du mois de juin 2019 |
| 4. Découpage des FOSA rattachées au centre d'état civil de la zone pilote | - Le fichier des centres d'état civil avec précision sur les FOSA rattachées est disponible | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | Première semaine du mois de juin 2019 |
| 5. Organisation d'une réunion de coordination trimestrielle avec tous les acteurs PBF état civil | - Tenue de la réunion trimestrielle | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | fin du mois de juin 2019 |
| 6. Extension du PBF État Civil dans les 5 autres arrondissements du Département du Wouri | - 5 autres Arrondissements du Département du Wouri sont impliqués dans le PBF | - Mme ENDENE DINDE, Chef d'Agence Régionale | Fin Décembre 2019 |

7.3 Direction des Ressources Financières et de Patrimoine / DEP - MINSANTE

EBOLO George Eric, YAYOU Bertine, IBRAHIM Mohamed Kontcha et HAWAOU BOUBA

7.3.1 Contexte et justification

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé publique, le Ministère de la Santé Publique s'est fixé la mise en place d'une Couverture Sanitaire d'Universelle (CSU) visant à assurer les soins de qualité à toutes les populations indépendamment de leur classe sociale ou de leur situation géographique. Pourtant dans un environnement où les ressources financières deviennent de plus en plus rares face aux besoins sans cesse croissants, il apparaît impérieux de mettre en place des mécanismes permettant l'utilisation optimale de celles disponibles.

Le budget de l'État est l'un des leviers sur lequel peut s'appuyer la recherche d'une efficacité allocative dans le financement de la performance du système de santé. Dans le processus d'élaboration du budget au MINSANTE, deux structures sont au centre de l'exercice :

- La Division des Études et Projets à travers sa Cellule de Planification et de Programmation pour le volet planification et programmation ;
- la Direction des Ressources Financières et du Patrimoine à travers sa Sous-direction du Budget et du Financement pour le volet budgétisation.

La Cellule de la Planification et de la Programmation est chargée de :

- L'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle du Ministère ;
- La participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du Cadre de Dépenses à Moyen Terme ;
- La programmation et du suivi des opérations d'investissement du Ministère, en liaison avec les structures compétentes ;
- La synthèse des plans annuels de travail des différentes structures du Ministère ;
- La participation à l'élaboration des stratégies nationales en liaison avec les administrations compétentes.

La Sous-direction du Budget et du Financement est en charge de :

- La préparation et du suivi de l'exécution du budget ;
- La centralisation et de l'exploitation des comptabilités des recettes des formations sanitaires publiques et autres services publics de santé ;
- Développement et de la vulgarisation des méthodes de bonne gestion des ressources financières dans les formations sanitaires publiques et autres services de santé ;
- Suivi des financements extérieurs du secteur de la santé, en liaison avec les administrations concernées ;
- Développement et du suivi des nouvelles ressources financières dans les formations sanitaires publiques et autres services de santé ;
- Suivi des subventions, dons et legs en valeurs accordés aux services de santé ;
- L'analyse de la dépense et de la rédaction des rapports d'exécution du budget.

7.3.2 Problèmes identifiés

- L'élaboration du **Budget Programme** qui est dans sa phase d'implantation au Cameroun (depuis 2013) *est orientée vers les inputs au lieu de l'achat des outputs* ;
- Le cadre juridique actuel ne favorise pas une allocation efficiente des ressources ;
- L'allocation budgétaire par rapport au budget global de l'État pour ce qui est de la santé demeure largement insuffisante c'est-à-dire en dessous de 15% selon les normes convenues pendant la Déclaration d'Abuja;
- Le contrôle d'une partie du budget qui est investie dans les inputs (comme le budget d'Investissement, recrutement des ressources humaines) ;
- Une partie du budget de l'État est alloué aux Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) sous la forme d'inputs (sous forme de budgets d'investissement) alors que ces ressources devraient directement rentrer dans l'achat de la performance des structures de santé ;
- Les institutions chargées de la préparation du budget (MINSANTE, MINEPAT, MINFI) ne sont pas assez sensibilisées sur le PBF.
- Asymétrie d'informations sur le PBF auprès des partenaires dans l'élaboration et la préparation du budget ;
- L'allocation des ressources lors de l'élaboration du budget 2020 redevient en mode inputs.

Ainsi la question est comment orienter au MINSANTE d'ici 2020, l'allocation des ressources financières dans une approche outputs de performance?

7.3.3 Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF

| Les 23 critères de pureté du programme PBF pour l'allocation des ressources financières dans une approche outputs | Points attribuables | Points donnés |
|---|---------------------|---------------|
| 1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*). | 4 | 4 |
| 2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs. | 2 | 2 |
| 3. La Cellule Technique Nationale PBF est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau qui lui permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes. | 2 | 2 |
| 4. Les structures du Ministère de la Santé Publique en charge de l'élaboration du budget 2020 sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité | 2 | 0 |
| 5. La DRFP pour les services du budget et la DEP pour la CPP ont un compte bancaire sur lesquels leurs gestionnaires quotidiens sont les signataires. | 2 | 0 |
| 6. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. | 2 | 0 |
| 7. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel. | 2 | 0 |
| TOTAL: | 50 | 42=84% |

Le score de faisabilité de ce programme PBF est de 42 points sur 50 soit 84%. Ce qui nous permet de dire que le PBF peut résoudre ce problème.

7.3.4 Recommandations

- Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement afin que les ressources transférées aux communes soient allouées aux FOSA sous forme de BAQ dès l'exercice budgétaire 2020 ;
- Augmenter le nombre de participants des responsables du MINSANTE, MINEPAT et du MINFI en charge de l'élaboration du budget aux cours Internationaux PBF dès 2019 ;
- Faire un Plaidoyer auprès du MINFI pour introduire dans les circulaires d'élaboration et d'exécution du budget 2020 les différentes modalités de mise en œuvre du PBF.

7.3.5 Plan d'Action

Objectif général : D'ici à 2020, orienter au MINSANTE l'allocation des ressources financières dans une approche d'efficacité output :

| Objectifs | Activités | Personnes impliquées | Délais d'exécution |
|---|--|--|--|
| 1. D'ici à 2020, faire introduire dans la circulaire d'élaboration et celle d'exécution du budget les différentes modalités de mise en œuvre du PBF | <ul style="list-style-type: none"> - Recensement des principes et stratégies PBF à inscrire dans les circulaires - Plaidoyer auprès de la DGB/MINFI pour introduire dans les circulaires | <ul style="list-style-type: none"> - Participants CPP et DRFP au 76e cours PBF CTN-PBF - DRFP - /MINFI | Dès juin 2019 |
| 2. Au cours de l'exercice 2019 sensibiliser les institutions en charge de la préparation du budget (MINEPAT, MINFI, | <ul style="list-style-type: none"> - Restitution de la formation du 76e cours PBF - Renforcement des capacités des Responsables de la DGB/MINFI (DPB, DCOB) en l'approche PBF | <ul style="list-style-type: none"> - Participants de la CPP et de la DRFP au 76e cours PBF - CTN PBF - DRFP | Avant les Conférences budgétaires 2019 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| MINSANTE) sur le PBF | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des Chefs de service de la DRFP et des Chargés d'études de la CPP - Mise à disposition des outils et manuels PBF auprès de ces responsables | - Banque Mondiale | |
| 3. Pour l'exécution du Budget 2020 faire signer des contrats de performance à tous les services impliqués dans l'élaboration et la préparation du budget | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des Responsables de la DGB/MINFI (DPB, DCOB) sur l'approche PBF - Renforcement des capacités des Chefs de service de la DRFP et des Chargés d'études de la CPP - Accompagnement des services impliqués dans l'élaboration et la préparation du budget pour l'élaboration de leurs business-plan | <ul style="list-style-type: none"> - Participants CPP et DRFP au 76e cours PBF - CTN PBF - DRFP - DEP - CPP - SDBF - Banque Mondiale | Août 2019 |
| 4. Augmenter la proportion du budget alloué aux achats de performance dans le budget du MINSANTE | <ul style="list-style-type: none"> - Identification des lignes budgétaires susceptibles d'être transformées en subsides - Codification des ressources allouées au recrutement local des personnels par les FOSAS en subsides | - Participants CPP et DRFP au 76e cours PBF | Dès l'élaboration du CDMT 2020-2022 Et Avant les conférences budgétaires 2019 |
| 5. Proposer la signature des contrats de performance avec les CTD pour les ressources d'Investissement transférées aux Communes Territoriales Décentralisées pour l'exécution du budget 2020 | <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès de la hiérarchie du MINSANTE pour attirer leur attention sur la nécessité de donner cet argent directement aux FOSAS - Recommandation à la CTN-PBF à l'issue du 76e cours, de contractualiser avec les CTD pour l'exécution du budget des ressources transférées au cours de l'exercice 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - Participants CPP et DRFP au 76e cours PBF DRFP - CTN PBF MINSANTE/ MINDDEVEL | A l'issue de ce cours |

7.4 Direction des Ressources Humaines / MINSANTE

NNOMO AWONO Gustave Eric Géomaticien / Cadre DRH - MINSANTE

7.4.1 Contexte et justification

La Direction des Ressources Humaines est chargée :

- Du suivi de l'application de la politique de l'État en matière de formation du personnel relevant du Ministère ;
- Du suivi du recrutement du personnel sanitaire et de sa formation continue, en liaison avec les services compétents des ministères chargés de la fonction publique et de l'enseignement supérieur;
- De la coordination de l'élaboration des plans de formation du personnel du Ministère ;

- De la conception et de la mise en œuvre de la politique de gestion des ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du Ministère ;
- De la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences ;
- De l'évaluation des systèmes de gestion des ressources humaines en vigueur ;
- Du suivi de l'amélioration des conditions de travail du personnel en service au Ministère ;
- De la préparation des actes administratifs liés à la gestion du personnel ;
- De la mise à la disposition des délégations régionales du Ministère, du personnel en cours de recrutement ou en fin de formation pour emploi ;
- De l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs aux dépenses de personnel ;
- De la saisie et du traitement de la solde et accessoires de solde du personnel en service au Ministère ;
- De la saisie et de la validation solde de la prise en charge des actes de recrutement, de promotion, de nomination, d'avancement de cadre et de grade, des indemnités et primes diverses e des prestations familiales ;
- De l'élaboration et de la liquidation des actes de concession des droits à pension et rentes viagères après visa des services compétents ;
- De l'élaboration et de la liquidation des actes concédant les rentes d'accidents de travail et des maladies professionnelles après visa des services compétents ;
- Du contentieux de la solde ;
- De la mise à jour du fichier du personnel en service au Ministère ;
- Des questions concernant la discipline des agents publics relevant du Ministère, en liaison avec le Ministère chargé de la fonction publique ;

7.4.2 Problème constaté au niveau de la DRH et analyse.

- La centralisation de la gestion des carrières de la gestion solde et pension;
- Mauvaise maîtrise des effectifs du personnel des formations sanitaires public ;
- La répartition des personnels de santé dans les formations sanitaires est déséquilibrée, on retrouve plus de personnels dans les grandes métropoles et un déficit dans les zones périphériques, fragilisant ainsi la qualité des soins de santé des populations ;
- La collecte, l'analyse et la production des données sur la position administrative et financière des personnels de santé n'est pas harmonisée entre les structures de la Direction des Ressources Humaines.

Pour se faire, l'approche PBF qui propose une nouvelle vision, l'achat des performances (outputs) nécessite le changement de gestion des (inputs) ce qui après des études économiques ne renforce pas efficacement le système de santé.

7.4.3 Score de faisabilité du PBF de la DRH

Le score de faisabilité de notre structure est de 38/50 soit 76%. Au regard des faiblesses observées, il est évident que l'approche PBF qui propose une nouvelle vision axée sur la performance dispose des principes et des outils nécessaires pour l'accompagnement de la Direction des Ressources Humaines dans ses missions de Développement des Ressources Humaines en les rendant plus efficaces.

| Les 23 critères de pureté d'un programme PBF | Points dispo | Points donnés |
|---|--------------|---------------|
| 1. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité. | 2 | En cours |
| 2. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires. | 2 | En cours |
| 3. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. | 2 | NA |
| 4. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne). | 2 | NA |
| 5. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures. | 2 | NA |
| 6. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables. | 2 | NA |
| TOTAL: | 50 | 38=76% |

7.4.4 Recommandation pour les ressources humaines

Mettre sous achat des performances PBF la Direction des Ressources Humaines pour le troisième trimestre 2019. Ce premier contrat de performance sera axé sous :

1. Décentraliser la gestion des ressources humaines, en accompagnant suivant la réglementation en vigueur ;
2. Former les responsables des FOSA dans la gestion des ressources humaines ;
3. La rédaction d'un manuel de procédure ressources humaines du MINSANTE, pour mieux édifier les usagers sur le circuit, le délai, la composition des dossiers et les différents intervenants dans le traitement desdits dossiers et le vulgariser dans les services déconcentrés ;
4. La vulgarisation et l'appropriation du manuel de procédure Ressources Humaines dans les services déconcentrés du MINSANTE ;
5. La mise en place d'un Système d'Information Géographique qui permettra de constituer un Système de Gestion de Base de données Spatiale, pour la maîtrise des mouvements des personnels d'une part et la maîtrise de la gestion de position administrative et financière d'autre part ;
6. La mise en place une plateforme de renseignement en ligne via sms, pour informer les usagers à temps réel de l'évolution de traitement des dossiers, et permettre aussi à travers le tableau de bord d'avoir les statistiques sur ledit traitement.
7. Harmoniser sous un même format les données sur les personnels de santé afin de mieux analyser, maîtriser et répartir de manière équitable lesdits personnels dans les formations sanitaires ;
8. Faire un plaidoyer au MINFOPRA et au MINFI pour la revue à la hausse du nombre de place à intégrer à la fonction publique ??; => mieux d'augmenter les subsides PBF pour le recrutement décentralisé du personnel contractuels RS
9. Identifier et organiser un recensement des structures et des personnels de santé exerçant dans le privé laïque, privé confessionnel, afin de pouvoir évaluer leur implication dans l'amélioration de la qualité de soins des populations.

7.4.5 Plan d'action

Le plan d'action DRH - PBF couvrira pour une première expérience une période de 6 mois. Celle-ci ira du 1^{er} juillet au 31 décembre 2019 et permettra à terme d'avoir une structure DRH/PBF plus efficace dans la politique de Développement en Ressources Humaines dans le secteur de la santé.

| Objectifs | Activités | Acteurs d'exécution | Acteur invité | Delais |
|---|--|--|--|---|
| 1. D'ici 2020, un Système de Gestion de Base de données Spatiale est disponible. | <ul style="list-style-type: none"> - Choix de l'application et des modalités du format de saisie des données - Migrer les données existantes en provenance des différentes structures de la DRH et des services Déconcentrées dans la nouvelle application - Analyse des données suivant les critères à définir et des indicateurs de performance en atelier - Validation des indicateurs de performance en atelier - Production et présentation des cartes thématiques - Amendement et réajustement desdits cartes - Diffusion des cartes réalisées. | - M. NNOMO Géomaticien / Cadre / SDSP | <ul style="list-style-type: none"> - SG/CIS - SDP - SIGIPES - SDDRH | Juillet-décembre 2019 |
| 2. D'ici 2020, rédiger un manuel de procédure ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier toutes les parties prenantes intervenant en ressources humaines, - Recenser toutes les activités menées pour chaque structure de la DRH - Identifier le modèle de rédaction et de présentation du manuel - Préalablement constituer des groupes de travaux par structure pour des propositions de procédure - Organiser une séance de travail des projets de procédure pour amendement - Organiser un atelier de validation desdits procédures - Production des procédures | - M. NNOMO Géomaticien / Cadre / SDSP | <ul style="list-style-type: none"> - DRH - SDSP - SIGIPES - SDP - SDDRH - MINFI - MINFOP RA - SPRA/M INFOP A - MINESU P | Janvier-Mars 2020 |
| 3. D'ici 2020 vulgarisation et appropriation du manuel de procédure dans les structures déconcentrées du MINSANTE | <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration et rédaction des termes de référence et du costing - Saisine des responsables des structures sanitaires - Tenir réunion de briefing, présentation du fil conducteur, distribution du manuel de procédure - Déploiement des équipes dans les structures sanitaires - Formation des responsables des structures décentralisées sur le manuel de procédure et distribution dudit manuel - Rédaction du rapport et présentation des résultats | - M. NNOMO Géomaticien / Cadre / SDSP | <ul style="list-style-type: none"> - DRH - SDP - SDSP - SIGIPES - SDDRH | Avril-Mai 2020 |
| 4. D'ici 2020 mettre en place une plateforme de renseignement en ligne des usagers via SMS du niveau de traitement des dossiers | <ul style="list-style-type: none"> - Définir les parties prenantes - Montage de l'architecture de la plateforme - Identification des circuits de traitement des dossiers - Identification des activités via manuel de procédure - Intégration des activités dans la plateforme de renseignement - Identifier les postes de traitement de dossiers - Texte et amendement de la plateforme - Atelier de validation de la plateforme - Attribution des login par poste de travail - Déploiement de la plateforme - Évaluation de la plateforme à travers le niveau de satisfaction des usagers - Évaluation dans la plateforme à travers le tableau de bord du nombre de dossiers reçus, traités, rejetés et en instance. | <ul style="list-style-type: none"> - M. MESSANG A/SDSP - M. MASSOM/S IGIPES - M. NNOMO Géomaticien / Cadre / SDSP | <ul style="list-style-type: none"> - SG/CIS - SG/CI - DRH - SDP - SIGIPES - SDDRH | <ul style="list-style-type: none"> - Juillet 2019- - Janvier 2020 |

7.5 Région du Sud (Districts Sanitaires)

Dr IBOM IBOM Paul Francis, Dr SIMO Eric, Dr TCHOUBI Pierre et Mr OVAMBE BENGA Moses

7.5.1 Contexte et justification

La Région du Sud se situe dans la partie méridionale du Cameroun et couvre une superficie d'environ 47 190 Km². Elle partage sa frontière au sud avec les Républiques du Gabon, du Congo et de Guinée équatoriale ; Il y sévit un climat équatorial de type guinéen propice au développement du vecteur du paludisme qui en fait une zone d'endémie palustre. Le relief est dominé par le plateau sud-camerounais consistant en une succession de collines dont l'altitude varie entre 650m et 900m. La végétation est constituée de la forêt dense et humide.

La population est répartie comme suit :

| Districts | Population cible |
|---------------|------------------|
| Ambam | 93 374 |
| Djoum | 42 604 |
| Ebolowa | 209 971 |
| Kribi | 149 747 |
| Lolodrf | 42 229 |
| Meyomessala | 56 564 |
| Mvangan | 37 897 |
| Olamze | 15 717 |
| Sangmelima | 101 656 |
| Zoetele | 43 925 |
| REGION | 793 684 |

Sur le plan socio culturel les populations de la Région du Sud sont essentiellement paysannes et ont comme activité l'agriculture extensive ; la chasse ; la pêche et la cueillette. Sur le plan ethnique on trouve les Baka (Pygmées) et les Bantous.

Situation administrative

La Région du sud dont le chef-lieu est Ebolowa a à sa tête un Gouverneur. Le découpage administratif isole 4 départements administrés par des préfets : Mvila, Dja-et-Lobo, Océan et Vallée du Ntem et 29 arrondissements.

L'économie

L'économie est essentiellement tournée vers l'agriculture (hévéa, cacao, café, palmier à huile, arachide ...). Le tissu industriel est embryonnaire. Le petit commerce est en plein essor, néanmoins, le pouvoir d'achat des populations reste bas. Les projets structurants en cours (Port en eau profonde de Kribi, les barrages hydroélectriques de Menve'ele et Mekin ; la Centrale à gaz de Kribi) vont booster l'économie et conduire la région vers l'émergence

Voies de communication

La province dispose d'un réseau routier insuffisant et irrégulièrement entretenu. Environ 55% de ses 4311 km sont carrossables. La supervision des activités y est particulièrement difficile surtout en saison de pluies car plusieurs zones restent enclavées.

Le paysage audiovisuel dominé par la CRTV voit néanmoins évoluer environ cinq radios communautaires et rurales qui ont relayé par le passé les messages de sensibilisation sur la maladie.

La carte sanitaire

La Délégation Régionale de la Santé du Sud couvre 10 Districts de Santé. On dénombre 104 aires de santé avec 257 formations sanitaires dont un Hôpital de Référence à Sangmélina ; un Hôpital Régional, 9 Hôpitaux de district, 20 Centres Médicaux d'Arrondissement.

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques et essentiels est assuré par le Fonds Régional pour la Promotion de la santé du Sud

Le profil épidémiologique

Le profil épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles au rang desquelles le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les IRA, les maladies tropicales négligées. On note de temps en temps des épidémies de rougeole dans les districts de santé

Le brassage et les mouvements des populations sont considérables du fait de la proximité avec le Gabon ; la Guinée Équatoriale et le Congo. L'afflux des chercheurs d'emploi dans les sites des projets structurants favorisent la transmission du VIH faisant de la région du Sud celle qui a le taux de séroprévalence le plus élevé du pays

Les ressources humaines

| District | Personnels qualifiés | Population cible | Ratio 1 personnel qualifié PMA et 1 PCA pour 1000 hbts |
|---------------|----------------------|------------------|--|
| Ambam | 77 | 93 374 | 0,42 |
| Djoum | 33 | 42 604 | 0,38 |
| Ebolowa | 146 | 209 971 | 0,35 |
| Kribi | 118 | 149 747 | 0,40 |
| Lolodorf | 51 | 42 229 | 0,61 |
| Meyomessala | 53 | 56 564 | 0,47 |
| Mvangan | 13 | 37 897 | 0,47 |
| Olamze | 15 | 15 717 | 0,48 |
| Sangmélima | 103 | 101 656 | 0,50 |
| Zoetele | 35 | 43 925 | 0,40 |
| REGION | 666 | 793 684 | 0,41 |

7.5.2 Problématique

- Monopole du FRPS du SUD en termes de fourniture des médicaments qui a causé des ruptures prolongées en médicaments et consommables médicaux dans les FOSA
- Insuffisance qualitative et quantitative en personnels.
- Les infrastructures techniques et d'accueil sont obsolètes et insuffisantes
- Insuffisance des PTF, avec une mobilisation difficile des fonds publics
- Les structures de dialogues existent mais sont peu dynamiques quand elles existent ceci entraînant l'absence de la voix du peuple dans les décisions sanitaires.
- La répartition géographique des districts ne satisfait aux besoins de la carte sanitaire selon la norme PBF

7.5.3 Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF

Dans un contexte de pénuries et insuffisances dans la plupart des domaines comme celui qui est de la Région du Sud, le FBP se présente comme une opportunité à saisir pour la résolution des différents problèmes.

7.5.4 Score de faisabilité du PBF

Le score de pureté du PBF dans la région du SUD est de 76%.

| Les 23 critères de pureté d'un programme PBF | Points Dispo | Points donnés | Observation |
|--|--------------|---------------------|---|
| 1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*). | 4 | 4 | Ressources disponibles 4,96 US par habitant et par an |
| 2. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants. | 2 | 0 | Cartographie n'est pas encore faite selon l'esprit du PBF |
| 3. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires. | 2 | 0 | Les PMA utilisent localement leurs recettes mais ne disposent pas de comptes bancaires Les PCA utilisent une partie de leurs recettes au point de collecte et n'ont pas de compte bancaire |
| 4. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur. | 4 | 0 | Le FRPS a le monopole dans la distribution des intrants et beaucoup de ruptures |
| 5. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. | 2 | 0 | Les tarifs de recouvrement des coûts sont encore fixés per le niveau central |
| 6. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel. | 2 | 0 | La gestion du personnel est encore centralisée |
| 7. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire. | 2 | 2 | Il n'existe pas encore d'ACV dans la région du Sud |
| TOTAL: | 50 | 38 (76%) | |

7.5.5 Recommandations

Au niveau central

- Favoriser la mise à disposition rapide des fonds pour le briefing des autres RFS.

A la délégation régionale du sud.

- Faciliter la signature des contrats PBF des DS
- Faciliter l'installation des fournisseurs agréés dans la Région
- Superviser la formation du personnel des FOSA
- Fluidité dans le paiement des factures PBF

Aux districts de santé

- Visiter toutes les FOSA et établir leur score de qualité
- Élaborer une cartographie des aires selon les normes PBF
- Former les responsables des FOSA au PBF
- Recruter rapidement le personnel selon les disponibilités budgétaires
- S'assurer de l'affichage de la tarification des actes dans les FOSA
- Tenir les réunions de validation mensuelles
- Tenir une réunion de coordination trimestrielle

Aux FOSA/aires de santé

- Afficher la tarification des actes
- Participer activement au redécoupage de la carte sanitaire
- Veiller à s'approvisionner en médicaments auprès des structures agréées

7.5.6 Plan d'action

| Problèmes | Méthode de résolution du problème | Période de résolution du problème | Responsable |
|---|---|--------------------------------------|-------------|
| 1. Absence de médicaments et consommables médicaux dans les FOSA | <ul style="list-style-type: none"> - Remplacer le top-management du FRPS - Recapitaliser le FRPS - Faire un plaidoyer pour la recherche des PTF pour l'accompagnement technique et financier du FRPS | Mai-Juin 2019 | MINSANTE |
| 2. Monopole du FRPS du SUD en termes de fourniture des médicaments | - Lever la mesure contraignant les FOSA à faire prioritairement leurs commandes prioritairement au FRPS | Juin 2019 | MINSANTE |
| | - Accréditer les grossistes en produits pharmaceutiques pour leur installation dans la Région | | DRS |
| | - Mettre fin au système de dépôt-vente au niveau des FOSA | | |
| 3. Insuffisance qualitative et quantitative en personnel | <ul style="list-style-type: none"> - Recycler le personnel existant - Recruter le personnel selon les disponibilités budgétaires | Mai-juin 2019 Processus dynamique | DRS/CDS/RFS |
| 4. Les infrastructures techniques et d'accueil sont insuffisantes voire obsolètes | - Utiliser les recettes produites dans les FOSA sur site pour l'amélioration des structures d'accueil et l'achat des équipements | Juin 2019 | RFS |
| 5. Insuffisance des PTF, avec une mobilisation difficile des fonds publics | - Faire un plaidoyer en direction des PTF (UNICEF, GHPIEGO, UNFPA) en vue de l'obtention des subsides | Juin 2019 | DRS |
| 6. Les structures de dialogues existent mais sont peu dynamiques quand elles existent ceci entraînant l'absence de la voix du peuple dans les décisions sanitaires. | - Redynamisation des structures de dialogue de la Région du Sud | En cours | DRS |
| 7. Les structures de dialogue (COSA, COGE) sont non fonctionnelles ou démotivées, ceci entraîne l'absence de la voix du peuple dans les décisions sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le marketing social à travers les structures de dialogue - Contacter les ASLO pour une sensibilisation avant la contractualisation | Juin 2019 | Districts |
| 8. La répartition géographique des districts ne satisfait aux besoins de la carte sanitaire | - Redécoupage des districts selon la norme PBF | Juin 2019 | DRS |

7.6.2 Analyse des problèmes

- Faible visibilité sur les circuits d’approvisionnement en médicaments par les FOSA ;
- Insuffisances en ressources humaines (tant en qualité qu’en quantité), particulièrement dans les DS ruraux.

7.6.3 Le PBF peut-il aider à résoudre ces problèmes ?

Au regard du score de faisabilité PBF (84%) dans la Région du Centre, nous pensons que la réforme PBF pourrait nous aider à pallier ces insuffisances.

7.6.4 Recommandations

Faible visibilité du DS sur les circuits d’approvisionnement en médicaments par les FOSA

- Élaboration de la cartographie des fournisseurs (avec ou sans agrément) dans la Région et des points de vente illicites dans les DS ;
- Supervision des fournisseurs et les officines de pharmacie cartographiés en vue de leur accréditation ;
- Diffusion de la liste des fournisseurs accrédités de la Région ;
- Mettre fin au système de dépôt-vente appliqué par le Fonds Régional pour la Promotion de la Santé du Centre (FRPSC) ;
- Supervision les pharmacies des FOSA

Insuffisances en ressources humaines (qualité et quantité) dans les DS ruraux.

- Mise en place d’un mécanisme d’appel à candidature au niveau local ;
- Signature de contrats locaux au niveau des FOSA (sous la supervision du DS);
- Redéploiements / recrutements en fonction des besoins exprimés des FOSA.

7.6.5 Plan d’action

| Problèmes | Activités | Responsables | Délais | Moyens |
|---|--|-----------------------|----------|--|
| 1. Faible visibilité sur les circuits d’approvisionnement en médicaments par les FOSA | - Élaboration de la cartographie des fournisseurs (avec ou sans agrément) dans la Région ; | DRSPC/DS | Immédiat | - Répertorier les fournisseurs homologués ou non - Mener des descentes - Dresser un fichier régional |
| | - Élaborer la cartographie des points de vente illicites dans les DS | DS | Immédiat | - Mener des descentes de terrain |
| | - Supervision des fournisseurs cartographiés en vue de leur accréditation | DRSPC | Immédiat | - Élaborer un plan de supervision - Mener des descentes - Accréditer fournisseurs retenus - Élaborer un mécanisme de suivi-évaluation |
| | - Supervision des pharmacies des FOSA | DS (PMA) /DRSPC (PCA) | Immédiat | - Élaborer un plan de supervision - Élaborer un mécanisme de suivi-évaluation |
| | - Supervision des officines de pharmacie | DS | Immédiat | - Élaborer un plan de supervision - Élaborer un mécanisme de suivi-évaluation |

| | | | | |
|---|--|-------------------|----------|---|
| | - Diffusion de la liste des fournisseurs accrédités de la Région. | DRSPC/DS | Immédiat | - Élaborer une note officielle d'information - Diffuser la note via les moyens de communication disponibles - Élaborer un mécanisme de suivi-évaluation |
| | - Mettre fin au système de dépôt-vente appliqué par le FRPSC. | DRSPC | Immédiat | - Tenir une réunion tripartite DRSPC/FRPSC/ CDS - Auditer la situation financière dans les FOSA sous dépôt-vente - Élaborer un plan de mise en œuvre de cette résolution - Élaborer un mécanisme de suivi-évaluation |
| 2. Insuffisances en ressources humaines (qualité et quantité) dans les DS ruraux. | - Mise en place d'un mécanisme d'appel à candidature au niveau local | DS/FOSA | Immédiat | - Élaborer les profils professionnels les plus sollicités ; - Lancer un appel à candidature via les canaux disponibles - Sélectionner les candidatures les plus favorables |
| | - Signatures de contrats locaux ; | Responsables FOSA | Immédiat | - Élaborer les contrats ; - Signer les contrats avec les personnels concernés ; - Partager le fichier du personnel actualisé avec le DS. |
| | - Recrutement en fonction des besoins des FOSA. | Responsables FOSA | Immédiat | - Appels à candidatures dans les FOSA |

Constitution de l'équipe de travail



7.7 Région du NORD

Abdounassir Amadou, Manfo Koulong Hermann, Mohamadou Bakari, Nafissatou Baïtchou, Njel Daniel Ornel et Yakouba Liman

7.7.1 Contexte et justification

La région du Nord s'étend sur une superficie d'environ 65 576 km² pour une population d'environ 2 8 millions habitants. La carte sanitaire de la région couvrant 15 Districts de Santé (DS) pour 145 aires de santé (AS). Aussi, l'on a noté au cours de ces dernières années, le développement des formations sanitaires privées reconnues dans la région du Nord. On compte donc 299 formations sanitaires (FOSA) dont 272 publics, 13 confessionnelles et 14 privées laïques. De plus la présence d'un Centre Pasteur annexe, de 17 Officines de pharmacies, 01 Fonds Régional de Promotion de la Santé (FRPS), ONG, des Programmes et Projets intervenant dans le domaine de la santé (HKI, ACMS, CARE Cameroun, Chèque santé...).

En effet, l'enrôlement de la région du nord dans le programme PBF s'est fait en deux phases ; la première avec 5 districts de santés pilotes en novembre 2016 et la deuxième phase en fin 2017 pour les 10 autres.

7.7.2 Analyse des problèmes

L'analyse du score de faisabilité donne un score de pureté de 84% (42/50)

- La cartographie sanitaire des aires de santé et districts obsolète et inadaptée ;
- L'applicabilité non-effective de la lettre circulaire conjointe du MINSANTE-MINFI au niveau de l'organe de Régis financière départemental et régional.
- Le retard dans le paiement des subsides ;
- La non-autonomisation effective des responsables des FOSA dans la gestion des ressources financières et humaines.
- Démographie : carte sanitaire régionale et des DS obsolètes ;
- Ressources humaines : insuffisance en personnel qualifié et démotivation du personnel ; recrutement du personnel sans respect des procédures ;
- Soins de santé : plateau technique insuffisant / infrastructures inadaptées ;
- Financement : absence de cash secondaire au retard de paiement des subsides ;
- Gouvernance : mauvaise appropriation de l'outil de gestion indice par les responsables des FOSA, faible autonomie de gestion des structures sanitaires notamment des ressources financières ;
- Communauté : insuffisance dans la mise en œuvre du PBF communautaire dans plusieurs DS.

7.7.3 Solutions apportées par le PBF

- Promouvoir les pratiques de bonne gestion : le PBF apporte l'évaluation qualitative, quantitative et l'enquête communautaire dont les résultats influencent positivement la gestion de la structure ;
- Gestion participative : le PBF apporte l'outil indice qui implique tous les acteurs de la structure, améliore leur implication et leur motivation intrinsèque et extrinsèque ;
- Décentraliser la gestion des ressources financières, humaines et matérielles à tous les niveaux (DS, FOSA): le PBF avec le système de boîte noire apporte l'autonomie des gestionnaires en promouvant l'innovation, la performance et la transparence.

7.7.4 Recommandations

Aux responsables des FOSA :

- Régulariser la situation administrative et financière du personnel recruté
- Recrutement progressif du personnel qualifié en tenant compte de la population couverte (1 personnel qualifié pour 1000 habitants) ;
- Améliorer l'application mensuelle de l'outil indice ;
- Mettre en œuvre le PBF communautaire (signature des contrats avec les ASC)
- Définir les critères de sélection des indigents clairs, homogènes et informer les concernés
- Relever les plateaux techniques des FOSA

Aux Districts de Santé:

- Accompagner les FOSA à régulariser la situation administrative et financière des personnels recrutés dans le cadre du PBF ;
- Faire le suivi sur le renforcement des plateaux techniques en termes de personnels qualifiés par 1000 habitants ;
- Faire le coaching des responsables des FOSA sur l'application strict de l'outil indice mensuel ;
- Encourager les FOSA à signer les contrats avec les ASC pour la mise en œuvre du PBF communautaire
- Effectuer la cartographie sanitaire de leurs zones de responsabilités ;
- Améliorer les infrastructures/équipements ;
- Recruter le personnel qualifié.

A la DRSP:

- Prendre en compte le redécoupage réalisé par les districts dans la mise en œuvre de toutes les activités y compris ceux des programmes du MINSANTE ;
- Réaliser le découpage des districts ;

Au MINSANTE:

- Prendre en compte les redécoupages faits par la DRSP
- Harmoniser le fonctionnement des programmes et des DS du MINSANTE en les calibrant sur l'approche PBF ;
- Prendre des mesures en collaboration avec la CTN afin de garantir la régularité du paiement des subsides
- Faire un plaidoyer auprès du MINFI/MINEPAT en vue de l'application de la circulaire conjointe MINFI/MINSANTE et l'intégration de l'approche PBF dans leurs directions et structures déconcentrés respectives.

7.7.5 Plan d'action

| Problèmes | Objectifs | Activités | Délais | Responsables |
|--|---|---|------------------------------|---|
| 1. Régulariser la situation administrative et financière du personnel recruté | - S'assurer que les recrutements sont faits en respectant le Code du travail | - Consultation d'un inspecteur de travail pour la mise à jour des informations sur le processus de recrutement ; - Accompagnement des responsables des FOSA dans le processus de recrutement. | Début du troisième trimestre | - Chef de district |
| 2. Cartographie des Districts de Santé obsolète | - Actualiser la cartographie au niveau des DS - Harmoniser et appliquer au niveau régional des nouvelles cartographies | - Recensement de toutes les FOSA dans chaque District - Détermination de la population de chaque aire de santé - Organisation d'un atelier avec les responsables des différentes FOSA Du DS pour la rationalisation et la redistribution de la population - Validation et prise en compte des cartographies proposées par les DS lors de la mise en œuvre des activités dans les programmes | Fin juin 2019 | - Chef de district - Délégué Régional de la Santé Publique |
| 3. Insuffisance en personnel qualifié | - Recruter le personnel qualifié afin d'atteindre le ratio 01 personnel qualifié / 1000 Habitants | - Faire un appel d'offres - Mise en place un comité de sélection au niveau des FOSA en impliquant l'ECD - Fidélisation du personnel recruté | En continu | - Chef de district - Responsable FOSA |
| 4. Plateau technique/ infrastructures inadaptés | - Améliorer le plateau technique et les infrastructures sanitaires selon les besoins prioritaires | - Équipement des FOSA au niveau local - Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales décentralisées afin d'obtenir un appui - Assurer le suivi/ évaluation par l'ECD | En continu | - Chef de district - Responsable des FOSA |
| 5. Retard dans le paiement des subsides | - Régulariser et assurer la promptitude dans le paiement des subsides | - Faire le plaidoyer auprès du MINFI/MINEPAT en vue de l'intégration de l'approche PBF dans leurs directions et services respectifs - Formation de tous les responsables du MINFI/MINEPAT et les autorités administratives | Fin d'année 2019 | - MINSANTE - MINFI - MINEPAT - CTN |
| 6. Encourager les FOSA à signer les contrats avec les ASC pour la mise en œuvre du PBF communautaire | - Établir les critères clairs de sélection des indigents | - Mise en place d'un comité de sélection des indigents constitué d'un président (membre respecté de la communauté locale non lié à un membre du personnel de la FOSA ou un membre du COSA), un secrétaire (qui est membre de la structure), 02 membres nommés par la communauté locale (non lié à un membre du personnel de la structure ou du COSA) - Établissement des critères de sélection en tenant compte des moyens des ménages | 30 juin 2019 | - Responsable des FOSA - Communautaires |
| 7. Améliorer l'application mensuelle de l'outil indice | - Favoriser la transparence dans la gestion de l'outil indice | Accentuation du coaching des personnels de santé sur l'utilisation de l'outil de gestion indice | En continu | - ECD - ACV |

7.8 Ministère des Finances

Procédure de mise à disposition rapide des subsides provenant du budget de l'État en faveur des FOSA dans l'approche PBF.

ASSANA ABAKAR/ TPG-NORD, MESSANGA Elvis Christian /TPG-SUD, AHMADOU NDJOMNA / TPG-ADAMAOU, AMADOU NGOUYAMSSA/ TG-MAROUA, BAYANG MANGASSE Jean Constantin /CFR-NORD, WILFRED Sen de Sen CFR CENTRE, NTOLE ETOUBE Alain / CFR-LITTORAL II NKONGSAMBA, WANGSO TCHOBWE Dieudonné /CFR-ADAMAOUA, OYONO OYONO Thierry ALAIN/CFR-EST, BOUBA SADOU/ CFR-EXTREME NORD, KESSE NDONGO C/ CFR- LITTORAL I DOUALA, MBALLA TSALA Marguerite Colette /CFR-SUD, SONE Gilbert Etuge /TG-BERTOUA

7.8.1 Contexte et justification

Depuis quelques années, l'État du Cameroun est confronté à une crise sécuritaire qui absorbe une partie importante de ses ressources financières. De plus, les recettes issues de l'exportation de certains biens ne cessent pas de chuter. C'est par exemple le cas du pétrole dont le prix du baril à diminuer de plus de la moitié, passant sous la barre des 60\$ US en moyenne sur les trois dernières années. Cette situation qui grève les prévisions budgétaires en matière de recettes, a créé des déficits budgétaires structurels qui ont contraint le gouvernement à recourir à l'endettement extérieur.

Ainsi donc le Cameroun a signé en juin 2017, un PEF avec le FMI adossé sur une facilité élargie de crédits sur 3 ans. Il s'agit en fait d'appuis budgétaires conditionnées par la réalisation d'objectifs économiques et sociaux bien déterminés. Parmi ces objectifs, la CSU figure en bonne place. C'est dans ce contexte que le gouvernement de la république a signé avec la BM, une convention basée sur une nouvelle approche de gestion des ressources des formations sanitaire dénommée « financement basée sur la performance » en abrégé PBF. Cependant, cette nouvelle approche, se heurte dans sa mise en œuvre par une réglementation en vigueur qui ne prend pas en compte ses spécificités qui sont davantage tournées vers une logique « marché ». Ceci constitue un véritable changement de paradigme au regard de la réglementation en vigueur en matière de gestion des ressources financières des formations sanitaires.

Du coup, la réussite de l'implémentation de PBF impose une relecture de la réglementation en vigueur, afin de l'adapter à l'impératif d'autonomisation qu'induit la logique PBF dans le but de garantir l'efficacité et l'efficience des formations sanitaires, et par ricochet leur survie et leur pérennité pour l'atteinte effective de la CSU recherchée par les pouvoirs publics de l'État.

7.8.2 Problématique

Dans un contexte marqué par la rareté des ressources financières de l'État et qui se manifeste par une trésorerie en permanence tendue, quelles sont les leviers institutionnels à activer pour une mise à disposition en temps réel des subsides des FOSA provenant du budget de l'État ? La réponse à cette question nous commande d'examiner deux points essentiels à savoir, la démarche séquentielle de mise disposition des ressources depuis le vote du budget à l'assemblée nationale en indiquant les différents intervenants et leurs rôles (I), puis les perspectives en terme de relecture de la réglementation dans le but d'intégrer la démarche PBF dans le corpus législatif et réglementaire de notre pays (II).

7.8.3 Plan d'action pour disposer les subsides PBF sur fonds de l'État

Cette partie nous renseigne sur les étapes à suivre afin d'atteindre l'objectif recherchée de mise à disposition rapide des ressources financières aux FOSA.

NB : La décision de déblocage unique pour la totalité de la dotation régionale précisera bien dans l'un de ses articles que les engagements se feront par le délégué régional de la santé au fur et à mesure de la production des factures mensuelles pour les PMA et PCA ; puis trimestrielles pour les districts et la délégation régionale.

| Acteurs | Actions à mener | Moyens utilisés | Responsables | Délais |
|--|---|---|--|--|
| 1. Assemblée Nationale | - Vote de la loi de Finances | - Session budgétaire | - Les Parlementaires | - 15 Déc N-1 |
| 2. MINSANTE (CTN), MINFI (DGB) | - Suivi actif en vue de programmer une Autorisation Unique de Crédits (CTN auprès DGB) | - Rencontres ; - RDV ; - Appels téléphoniques ; - Messages divers | - Le Coordonnateur CTN auprès du DGB | - Entre 16 – 30 Déc N-1 |
| 3. Contrôle financier régional | - Chargement du Budget et édition des auto.de dépense - Ventilation des auto.de dépense et des carnets bons de commande - Visa sur le Projet de décision - Traitement et transmission de la dépense au TPG | - Application informatique PROBMIS ; - Fichier PROBMIS et dossiers physiques | - Le contrôleur régional et l'équipe de la DGB - Le contrôleur Régional - Le contrôleur Régional - Le contrôleur Régional | - Au plus tard 15 Jan N - 48h dès réception (19 Jan) ; - 48h (le 04 de m+3 pour les PMA-PCA et le 04 de T+3 pour les Districts et DRSP) |
| 4. Délégation régionale de la sante publique | - Élaboration projet de décision de déblocage unique pour toute la dotation régionale des FOSA ; - Engagement et ordonnancement sur la base de la production des PMA et PCA (mensuel), et production des districts et DRSP (Trimestriel) | - Cabinet DRSP (secrétariat) - Carnet de bons de commande avec justificatifs (factures FOSA) | - Le Délégué régional Santé - Le Délégué régional Santé | - Dès réception des auto dépense, 48h (17 Janvier) ; - 48h dès réception des justificatifs (le 02 de m+2 pour les PMA et 02 de T+2 pour les districts et la DRSP) ; |
| 5. Gouverneur de région | - Signature de la décision | - Idem | - Le Gouverneur | - Dès réception 48h (21 Janvier) |
| 6. Trésorier-Payeur General | - Traitement de la dépense ; - Mise en paiement avec annonce au DGTCFM/ACCT | - Application informatique CADRE ; - Application informatique SYSTAC | - Le TPG - Le TPG | - 48h dès réception (le 06 de m+3 pour les PMA-PCA) et (le 06 de T+ 3 pour les districts et DRSP) ; - 24h après PEC (le 08 de m+3 pour les PMA et PCA) et (le 08 de T+3 pour les districts et DRSP) ; |

7.8.4 Intégrer la logique PBF dans le corpus législatif et réglementaire

Cette partie de notre travail présente en termes de perspectives et de recommandations, quelques actions préalables qui de notre point de vue pourraient contribuer substantiellement à une mise œuvre réussie de la démarche PBF dans notre environnement :

- Introduire dans la loi de finances et plus spécifiquement dans la circulaire sur l'exécution du budget, les exigences du PBF ;
- Rendre disponible les autorisations de dépense PBF sous forme de délégation automatique unique de crédits en début d'année ;

- Prévoir des quotas spéciaux PBF tous les mois ;
- Mettre sous contrat de performance PBF, le Contrôleur Régional des Finances et le Trésorier-Payeur Général ;
- Afin de garantir la disposition rapide des ressources financières aux FOSA régions régionales, nous nous interrogeons, sur la nécessité que les factures après vérification et validation par le comité de validation du district, partent encore au CTN pour une vérification et une validation supplémentaire. Comme les fonds sont logés dans la Région, un paiement direct pourrait être proposé en utilisant les factures physiques ainsi que les données sur le portail PBF.

7.8.5 Conclusion

Le PBF est une option gouvernementale de gestion des FOSA en vue de l'atteinte de la CSU. Il est donc impératif pour que cette démarche qualité atteigne ses objectifs, que l'administration de l'État lève tous les obstacles réglementaires et comportementaux qui freinent la mise en œuvre optimale de ce processus. Bien plus, le corpus réglementaire et même législatif doit s'ajuster afin d'assimiler les exigences de la logique de marché que recommande le PBF, gage de performance des FOSA nationales. C'est la condition incontournable pour atteindre la CSU recherchée par les pouvoirs publics de notre pays.

7.9 **Fonds Régional pour la Promotion de Santé du Nord**

ABDOUL AZIZ Djibrilla ET SOUMAIYA Abdoukarim

7.9.1 Contexte et justification

La région du Nord est l'une des dix Régions du Cameroun, son chef-lieu, Garoua. Elle est composée de plusieurs ethnies Bororos, souvent éleveurs, et les Hausa essentiellement commerçant et les immigrants. Avec une population estimée à plus de 2.8 millions, l'agriculture et l'élevage occupent 90% de la population.

Dans le domaine sanitaire, l'enclavement de certaines formations sanitaires et le taux de pauvreté élevé, faisaient en sorte que l'État s'est résolu à mettre en place des Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique qui s'occupait de la mise à disposition des médicaments dans toutes les Formations Sanitaires Publiques (279). Cette structure, subventionnée par l'État lui confère un marché de monopole qui a fragilisé le système en créant des ruptures au niveau des FOSA parce que le CAPR ne parvenait pas à satisfaire les 279 Formations Sanitaires de la Région.

Ainsi, la nouvelle formule était la mise en place des GIP Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (GIP-FRPS) qui sont des Groupements d'Intérêt Public, formés de l'état, les partenaires techniques et financiers et la communauté. Les GIP FRPS dont le rôle principal est la promotion de la Santé, vient résoudre partiellement le problème du monopole d'approvisionnement en médicaments car la convention prescrit en son article 10 (2), qu'en cas de rupture des MEG au niveau de la CENAME, et après consultation Régionale, le GIP-FRPS soumet un dossier de commande à l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique, qui doit se prononcer dans un délai n'excédant pas 8 jours. Ces dispositions qui lient les GIP-FRPS constituent des blocages qui freinent la diversité du marché. Le début de solution est intervenu avec l'avenue du programme PBF en 2016, qui a permis aux FOSA de s'approvisionner aux fournisseurs disposant d'une accréditation. A nos jours, quatre (04) fournisseurs accrédités sont sur le marché et aux FOSA d'en bénéficier de la libre concurrence.

Le programme PBF, bien qu'étant mise en œuvre au GIP-FRPS-NO depuis 2016, reste encore méconnu du personnel du GIP-FRPS-NO.

La structure pourrait perdre des points du fait de la pratique peu connue des mécanismes PBF par le personnel du GIP-FRPS-NO. Par ailleurs, les textes du FRPS-NO prescrivent que son approvisionnement en MEG et dispositifs médicaux essentiels se fasse tout d'abord à la CENAME. Cet état de fait qui monopolise le marché, crée une série de ruptures des médicaments et ne permet pas au GIP FRPS-NO de satisfaire les formations sanitaires du Nord.

7.9.2 Analyse du problème

- Les mécanismes du PBF non connu du personnel peuvent causer des limites pour le fonctionnement de celui-ci. Cette situation entraîne une perte de points de la structure lors des évaluations de la CTN, et par conséquent, la diminution des subsides.
- Il en est de même de l'application de l'outil indice, qui ne faisait pas parti de l'indicateur output du FRPS-NO jusqu'en décembre 2018. La recommandation faite par l'équipe de la CTN pour l'évaluation du quatrième trimestre était d'introduire dès janvier 2019, l'application de l'outil indice comme indicateur de résultat au FRPS-NO. La non application de cet outil de gestion ne favorise pas l'équité et la transparence,
- En outre, vue la nouvelle concurrence installée, le FRPS-NO se doit de s'arrimer au nouveau contexte de marché de la libre concurrence. Ainsi, le texte fixant le monopole d'approvisionnement des GIP-FRPS en médicaments auprès de la CENAME reste encore en vigueur et peut en pratique causer d'énorme préjudice et nécessite d'être réformé.

Le score de faisabilité obtenu à la suite de l'évaluation des critères d'un programme PBF est de 84%

7.9.3 Recommandations

- Faire le plaidoyer auprès de l'Administrateur, de proposer à l'Assemblée Générale, la réforme du texte du FRPS-NO sur le monopole d'approvisionnement de ce dernier auprès de la CENAME ;
- Autoriser le FRPS-NO de s'approvisionner librement à tous fournisseurs disposant d'un agreement.
- Vulgariser et Appliquer l'outil indice au personnel du FRPS-NO ;
- Proposer à l'ACV-NO d'exiger aux FOSA d'inclure un plan de remboursement dans leur business plan.

7.9.4 Plan d'action

| Problème | Activité | Responsable | Période |
|---|--|-------------------------------|-------------------|
| 1. Ignorance des mécanismes (pratique) du PBF par le personnel du FRPS-NO | - Organiser deux réunions de restitution de la formation aux personnels du FRPS-NO (créer des power point, initier les notes de service) | - CSGPP / CURHL / Superviseur | 21 mai 05 juin |
| 2. Proposition à l'ACV-NO d'exiger aux FOSA d'inclure un plan de remboursement dans leur business plan. | - Inviter le manager pour une séance de travail (préparer une correspondance, assister à la séance de travail, dresser un état | - CURHL / Superviseur | 27 août |

| | | | |
|---|--|---------------------------|----------------------------------|
| | de dette FRPS-NO vis-à-vis des FOSA) Paiement de la dette du FRPS-NO par les FOSA | | |
| 3. Non Application et vulgarisation de l'outil indice au personnel du FRPS-NO ; | - Organiser trois (03) séances de formation pour faire connaître l'outil indice et son application | - CURHL / Superviseur | 21 juin 28 juillet 26 août |
| 4. Absence d'une grille d'évaluation du personnel | - Élaboration d'une grille à d'évaluation du personnel et suivi de la mise en œuvre. | - CURHL / Superviseur | 29 juin |
| 5. Faire le plaidoyer auprès de l'Administrateur, de proposer à l'AG la réforme du texte du FRPS-NO sur le monopole d'approvisionnement de ce dernier auprès de la CENAME | - Plaidoyer auprès de l'Administrateur de solliciter à l'AG de reformer les textes du FRPS-NO | - JUIN | CURHL / Superviseur |
| 6. Application et vulgarisation de l'outil indice | - Organiser 3 séances de formation du personnel sur la mise en œuvre de l'outil indice | JUIN JUILLET - AOUT | CURHL / Superviseur |
| 7. Proposer à l'ACV-NO d'exiger aux FOSA d'inclure un plan de remboursement dans leur business plan | - Suivi des recommandations à l'issue de la séance de travail | - AOUT | CURHL / Superviseur |

7.10 L'IGSMP du MINSANTE

Monsieur ATANGANA ZEH Jean Bernard, CA/IGSMP

7.10.1 Contexte et justification

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé publique, le Ministère de la Santé Publique s'est fixé entre autres objectifs la mise en place d'une CSU d'ici à 2021. Or le constat actuel fait état de nombreux obstacles qui entravent l'émergence d'un système de santé efficace et à même de répondre aux besoins réels des populations. Dans un environnement où les ressources (financières, matérielles, humaines) deviennent de plus en plus rares face aux besoins sans cesse croissants, il apparaît impérieux de mettre en place des mécanismes permettant l'utilisation optimale de celles disponibles.

Objectifs organiques de l'Inspection Générale des Services Médicaux et Paramédicaux :

- Contrôle des formations sanitaires publiques, privées et des autres administrations publiques ;
- Inspection sanitaire sur la base des normes ;
- Suivi de l'application des protocoles de soins ;
- Contrôle des performances des projets et programmes de santé ;

- Évaluation permanente du système de santé ;
- Exploitation des rapports d’audit technique sur le fonctionnement des formations sanitaires ;
- Contrôle du respect de l’éthique, de la déontologie et de la réglementation dans l’exercice des professions de la santé.

7.10.2 Analyse des problèmes

- Comment rendre le travail des Inspections Générales plus efficient afin d’améliorer la qualité de l’audit et du contrôle des FOSA publiques et privées et des autres administrations ?
- Obsolescence des textes réglementaires et les instruments de travail en vigueur dans le secteur de la santé et de l’organigramme du MINSANTE ;
- Non définition des tâches du personnel ;
- Retard ou résistance dans la modification des textes déjà obsolètes ;
- Les difficultés liées au manque de moyens logistiques de transport et financiers pour les descentes sur le terrain et la difficulté d’accès pour les FOSA situées dans les zones reculées ;
- Retards dans le paiement des missions effectuées dû aux lenteurs administratives de traitement des dossiers ;
- Missions réalisées mais impayées du fait du principe des quotas budgétaires ;
- Retard dans la modification des méthodes d’allocations budgétaires sous la forme inputs ;

Il soit nécessaire de récompenser du personnel en fonction du rendement. Avec l’arrivée du système PBF, désormais les fonctions d’audit, de vérification et de contre-vérification sont assurées d’une manière décentralisée d’abord par les ACV de district, ensuite par les groupes de pairs au niveau régional et parfois par l’ACV externe qui peut être une Inspection Générale. Le rôle principal des Inspections Générales dans le système PBF consiste à cet effet à effectuer des contre-vérifications au niveau du district et de la Délégation Régionale. En surplus, le PBF pose les principes d’autonomie (boite noire) et de motivation du personnel en fonction de l’efficacité et de BAQ pour les investissements.

Au regard de la mouvance actuelle, il apparaît clairement que le PBF offre l’opportunité de résoudre cette difficulté. Depuis l’exercice 2018, les Inspections générales du Ministère de la Santé sont engagées dans le processus de contractualisation avec la CTN en vue d’intégrer le système PBF. Un contrat de performance de l’IGSMP est actuellement en cours de validation auprès de la CTN PBF.

7.10.3 Score de faisabilité

| Les 23 critères de pureté d’un programme PBF | Points dispo | Points donnés |
|---|---------------------|----------------------|
| 1. La Cellule Technique Nationale PBF est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Inspections Générales. | 2 | 2 |
| 2. Les Inspections Générales du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité | 2 | 0 |
| 3. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. | 2 | 0 |
| 4. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel. | 2 | 0 |
| 5. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d’obtenir un contrat. | 2 | 0 |
| TOTAL: | 50 | 40 = 80% |

Le score de faisabilité de notre structure est de 40/50 soit 80%

7.10.4 Recommandations

| Recommandations | Stratégies | Personnes concernées | Délais d'exécution |
|---|---|----------------------|---------------------|
| 1. Organisation d'une réunion de restitution sur le PBF | - Produire les fiches de plaidoyer expliquant les meilleures pratiques du PBF et l'équité dans son approche | IGSMP | Mai 2019 |
| 2. Signature d'un contrat de performance avec la CTN | - Élaborer un plan de business et un contrat - Les soumettre le plan de business à la validation et à la signature de la CTN PBF | IGSMP | Mars et mai 2019 |
| 3. Grilles d'inspection et de contrôle révisées et validées | - Présenter les grilles d'inspection existantes - Organiser une séance de travail pour réviser et annoter les grilles d'inspection | IGSMP | Mai à juin 2019 |
| 4. Implication des Inspecteurs dans les évaluations trimestrielles dans le cadre du suivi de la performance et le système d'accréditation | - Saisir la CTN PBF pour la participation des inspecteurs aux réunions trimestrielles d'évaluations | IGSMP | Mai à décembre 2019 |
| 5. Modification de l'organigramme du MINSANTE | - Organisation d'une séance de travail relative à la réorientation des attributions de l'IGSMP | IGSMP | Mai à novembre 2019 |

7.10.5 Plan d'Action

| Objectifs | Activités | Personnes impliquées | Délais |
|--|--|---|------------------|
| 1. Révision des Grilles d'inspection/audit et contrôle en vigueur à l'Inspection Générales et leur adaptation aux normes PBF relatives à l'audit et vérification et contre-vérification | - Organiser une séance de travail pour la révision et la validation des outils de travail existantes à l'IGSMP | - IGSMP - ISMP - Cadres | 30 juin 2019 |
| 2. Modification de l'organigramme du MINSANTE avec une nouvelle orientation des attributions des Inspections Générales | - Proposition de projet d'organigramme des Inspections Générales | - PRC, PM - MINSANTE - SG/MSP - IGSMP - ISMPs | 30 novembre 2019 |
| 3. Autonomisation des Inspections Générales avec possibilité d'acquisition des équipements logistiques de transport et des matériels de travail non-inscrits dans le PTA du Ministère afin de leur permettre de répondre aux besoins urgents | - Initiation du plaidoyer par l'introduction d'un projet de lettre adressée au MINSANTE par l'IGSMP | - MINSANTE - IGSMP - DRFP | 30 juin 2019 |

7.11 Organisme Extrême-Nord

ADAM DJIBRILLA

7.11.1 Contexte et justification

Malgré l'intérêt de la communauté internationale et l'engagement de l'État camerounais à améliorer la santé maternelle et infantile, les efforts restent insatisfaisants. La grossesse au Cameroun reste sujette à de nombreuses complications dont la plus dévastatrice est la fistule obstétricale. Au Cameroun chaque année le nombre de cas augmente, les chiffres indiquent que 10.000 voire 19.000 femmes souffrent de la fistule obstétricale (Tebeu, 2017).

7.11.2 Analyse du problème

Vu la mise sur pied le PBF et certains programmes qui s'occupent de la santé de la reproduction et l'augmentation des médecins gynécologues avec augmentation des nombres FOSA et des Hôpitaux le nombre de cas de FO augmente autant dans le milieu hospitalier et à domicile. Les facteurs qui peuvent expliquer ce niveau élevé de fistules sont essentiellement le nombre important des mariages précoces, les naissances rapprochées, l'accès aux soins de santé de qualité mais surtout les accouchements sans assistance médicale.

7.11.3 Recommandations

- Intégrer la sensibilisation des problèmes sur les fistules dans les visites à domicile
- Promotion de l'éducation scolaire des jeunes filles pour la lutte contre l'analphabétisme
- La mise en œuvre des moyens humains, matériels, et financiers nécessaires à la disposition des structures sanitaires pour la prévention, le diagnostic précoce, et la prise en charge spécifique des fistules obstétricales
- Formation du personnel, sensibilisation en cas d'un accouchement difficile il faut référer.

7.11.4 Plan d'action

| Problèmes | Activité | Responsable | Délais |
|--|--|--------------------------------------|------------|
| 1. Les mariages précoces | - Organisation des campagnes d'information des populations sur les méfaits du mariage précoce | - ADAM - DRSP/DSH/FOSA - MINAT | 15/06/2019 |
| 2. Ne pas faire les CPN | - Campagnes d'information des populations sur les avantages des CPN | - ADAM - FOSA | 02/09/2019 |
| 3. Faible utilisation des services de Planning familial | - Campagnes d'information des populations sur les avantages de la planification familiale | - ADAM - FOSA - MINAT | 12/12/2019 |
| 4. Faible taux d'accouchement dans les structures sanitaire | - Participation régulière aux consultations prénatales jusqu'à l'accouchement dans les structures sanitaires | - ADAM - FOSA | 03/03/2020 |
| 5. Faible connaissance auprès du personnel de santé vis-à-vis les fistules | - Il est important de connaître cette affection pour savoir la prévenir lors d'un accouchement difficile, ou la dépister - L'utilisation judicieuse du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement | - ADAM - FOSA | 01/06/2020 |
| 6. Les mariages précoces | - Organisation des campagnes d'information des populations sur les méfaits du mariage précoce | - ADAM - DRSP/DSH/FOSA - MINAT | 15/06/2019 |

7.12 MINEPAT

7.12.1 Contexte et justification

Pour inscrire résolument la vision de développement à long terme dans la durée et briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté, le Gouvernement entend faire du jeune enfant à l'horizon 2035, un être en bonne santé physique, mentale et morale, bien nourri, bien éduqué et bien instruit, éveillé, jouissant pleinement de ses droits, respectueux des valeurs sociales, culturelles et spirituelles de son milieu et vivant dans un environnement sain, sécurisé et juste.

Le Cameroun s'est approprié divers instruments juridiques de protection de l'enfant, notamment la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (1989) et la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (1990). La protection de l'enfant étant au centre des préoccupations du Président de la République.

L'analyse de la situation de la petite enfance au Cameroun révèle des résultats assez mitigés dans plusieurs domaines, entre autres la santé (taux de malnutrition chronique variant de 35 à 46,1% chez les enfants de 0-5 ans), l'éducation (faible taux d'enregistrement des enfants dans le préscolaire 35%), l'hygiène et assainissement, la protection sociale. Au Cameroun, 31,7% des enfants de 0 à 5 ans ont un retard de croissance. L'analyse de la pauvreté au Cameroun montre des effets à long terme sur les enfants nés des familles pauvres. Pour y faire face, il est question de mener des actions en faveur de la petite enfance pour rompre le cycle de pauvreté dans lequel la petite enfance peut se retrouver.

Un certain nombre de principes doivent ainsi guider les actions à mener pour le DPE.

- L'enfant est le premier agent de son développement ;
- L'enfant apprend par le jeu ;
- L'État doit prendre les mesures voulues pour que les enfants soient élevés dans un environnement familial stable et serein ;

Lors des Assemblées Annuelles du Groupe de la Banque Mondiale en Octobre 2016, le Gouvernement à travers le Ministre de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), a marqué sa volonté d'investir dans le Développement de la Petite Enfance qui demeure une problématique essentielle pour le développement économique, social et culturel de la Nation. Un Plan d'Action Multisectoriel pour le Développement de la Petite Enfance (PAM/DPE) pour la tranche d'âge de la conception jusqu'à 2 ans (1 000 premiers jours) et de 2 à 5 ans en vue de la prise en compte du préscolaire, composante importante de ce développement.

L'approche retenue pour l'implémentation de l'initiative pour le Développement de la Petite Enfance au Cameroun concerne notamment l'amélioration des stratégies d'intervention des programmes et projets existants dans le domaine de la petite enfance.

7.12.2 Le rôle potentiel des Communes pour le Développement de la Petite Enfance

Les communes en tant acteurs de premier rang du développement local et de par leur proximité avec les communautés sont théoriquement mieux placées pour articuler leurs besoins et y apporter des réponses plus cohérentes et de manière efficace et efficiente. Cependant la faible structuration des services de la commune, l'insuffisance de ressources qualifiées et la faible articulation de l'investissement par les communes sont de nature à entraver la coordination des activités menées au niveau local. De ce fait, le PBF visant le Développement de la Petite Enfance avec les communes peut constituer une opportunité pour renforcer l'implication des communes dans les activités au niveau local avec les services déconcentrés de l'État.

7.12.3 Problèmes identifiés

- L'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines au niveau local qui se caractérise par le manque de cadres compétents capables de définir et de concevoir des stratégies de gestion des communes, le recrutement du personnel communal étant encadré par les textes aussi bien en matière d'approbation de la décision que du cadre budgétaire général¹
- Le déficit de collaboration entre les CTD et les services déconcentrés de l'État : La coordination multisectorielle au niveau communal est un paradigme essentiel pour le succès de PBF en matière du DPE avec les communes. Le DPE porte sur plusieurs secteurs, ce qui demande un travail en synergie de plusieurs acteurs sous l'impulsion de la commune ;
- Le problème de gouvernance communale qui se caractérise par la collaboration difficile entre les l'exécutif communal et le conseil municipal mais également entre les différents membres de l'exécutif communal. Cette situation limite la collaboration et crée un climat délétère de travail marqué par la concentration du pouvoir entre les mains du maire et une marginalisation de certains adjoints. Cette situation exacerbe le clientélisme et ne favorise pas la contribution optimale. Un autre problème de gouvernance est lié au choix même des investissements et la transparence dans la gestion des ressources ;
- Le retard dans le paiement des prestations qui est un risque majeur pouvant impacter négativement le mise en œuvre du PBF. De l'expérience du PBF dans le secteur de la santé et compte tenu de la rigidité imposée par les textes réglementaires régissant les communes, des retards dans les paiements des subsides auraient des conséquences qui les exposeraient aux sanctions.

7.12.4 Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF ?

Le voyage d'études réalisé par les membres du Groupe de Travail au Pérou qui est une référence en matière de développement de la petite enfance et l'étude de faisabilité réalisée avec l'appui de la Banque Mondiale mettent en exergue l'implémentation de cette initiative à travers le Financement Basé sur la Performance (PBF) avec les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), en l'occurrence les communes.

Le PBF sur le Développement de la Petite Enfance avec les communes est une approche nouvelle et novatrice qui requiert une contextualisation qui sied à l'environnement institutionnel des CTD qui ont leurs réalités. La PBF tire son essence dans le système de santé dont l'origine dans les pays à faible ou moyen revenu peut être retracée dans les premières expérimentations de l'introduction des forces du marché dans les soins de santé primaire². Au Cameroun, ce mécanisme a débuté en 2011 dans 26 districts de Santé dans 4 régions du Pays (Littoral, Est, Nord-ouest et Sud-ouest) grâce à un financement de 25 millions \$ US de la Banque Mondiale. Avec les succès connus, le Cameroun s'est engagé à la mise en échelle sur l'ensemble des régions du pays. Se basant sur l'exemple du PBF santé, une transférabilité et une contextualisation au cadre institutionnel communal sont possibles et envisagées.

Le PBF avec les communes au Cameroun est une volonté de voir les interventions du DPE au niveau décentralisé dans une approche multisectorielle avec une appropriation des CTD. Les CTD, en l'occurrence les communes, comme entités décentralisées de base sont au centre du développement local du fait de leur proximité des communautés et sont les mieux disposées à

¹ Le recrutement en fonction des besoins de la commune et la proportion des salaires et bénéfices du personnel ne saurait dépasser les 35% du budget de fonctionnement communal.

² Fritsche GB, Soeters R, Meessen B. Performance-Based Financing ToolKit. Washington, D.C: World Bank, 2014, p.7.

articuler les besoins des communautés et de coordonner les interventions de manière efficace. Le besoin impérieux d'atteindre les ODD dans le domaine du DPE, entre autres, demande l'adoption des solutions novatrices en tirant profit des fonctions organiques des CTD pour jouer un rôle de premier ordre.

Les objectifs globaux visés par le PBF avec les communes dans le domaine du DPE sont multiformes. Ils portent sur le renforcement des capacités des communes dans la promotion du DPE, la coordination multisectorielle au niveau décentralisé, la gouvernance locale et le plaidoyer pour l'adoption du PBF.

7.12.5 Score de faisabilité du programme PBF conçu

Le problème majeur que soulève la mise en œuvre du PBF en matière de DPE au niveau des communes est la faible coordination des approches, stratégies et interventions occasionnant une dispersion de ressources et limitant l'atteinte des objectifs d'épanouissement de cette frange fragile de la population qu'est la petite enfance.

En se basant sur l'analyse des critères de pureté, le score de faisabilité est de 84% :

| Les 23 critères de pureté d'un programme PBF | Points dispo | Points donnés |
|--|--------------|---------------|
| 1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*). | 4 | 0 |
| 2. La Cellule Technique Nationale PBF pour le DPE est intégrée dans le Ministère de la Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes. | 2 | 0 |
| 3. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire. | 2 | 0 |
| TOTAL : | 50 | 42 – 84% |

Au vu de l'aspect multisectoriel que revêt ce projet, il apparaît opportun que la coordination des activités menées en faveur du DPE soit effectuée par le Groupe de Travail Multisectoriel placé sous la tutelle du MINEPAT et qui s'appuiera sur la Cellule Technique Nationale PBF du MINSANTE pour la phase pilote. De même, le caractère multisectoriel du projet ne permet d'évaluer si le financement mis à disposition est conforme au standard énoncé dans le critère 1. S'agissant du critère 3, l'ACV dans sa configuration actuelle ne dispose pas du personnel suffisant pouvant effectuer les tâches relatives au DPE en particulier dans les secteurs du DPE autres que le secteur de la santé. De ce fait, le personnel de l'ACV doit être revu afin de prendre en compte ces compétences.

7.12.6 Recommandations

- Renforcer les capacités des acteurs intervenants dans la chaîne du PBF en matière de DPE: il s'agira de les former sur le DPE, sa multi-sectorialité et les principes du PBF (en insistant sur l'utilisation des fonds des subsides)³ pour les acteurs de communes, les régulateurs (services déconcentrés) et les autorités administratives et la décentralisation pour les ACV. Un accent sera aussi mis sur la clarification des rôles et responsabilités. Il est impératif que les différents acteurs aient la même compréhension des thématiques et du processus ;
- Renforcer en personnel et en logistique les ACV : en particulier le personnel spécialisé en DPE ;

³ Pour une utilisation judicieuse des subsides du PBF, il serait utile de clarifier d'entrée de jeu avec les communes leur utilisation en tenant compte des textes statutaires des communes.

- Articuler la collaboration multisectorielle et la communication entre la commune et l'ensemble des acteurs du FBP-DPE : à travers l'impulsion d'une dynamique de collaboration multisectorielle et une communication fluide entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le FBP-DPE. Ceci permettra de créer un environnement de transparence et de redevabilité dans le travail des différents acteurs pour une optimisation des résultats
- Sensibiliser les communautés sur le PBF en matière de DPE ;
- Mener des plaidoyers pour un financement adéquat du PBF en matière de DPE ;
- Mettre en œuvre la phase pilote du PBF en matière de DPE dans dix communes réparties sur l'ensemble du territoire national.

7.12.7 Plan d'actions

Le plan d'actions ci-dessous regroupe les activités à mener sur deux mois pour l'implémentation de la phase pilote du financement basé sur la performance en matière de développement de la petite enfance.

| Activités | Objectifs | Indicateurs | Responsables | Période |
|--|---|--|---|-------------------------------|
| 1. Réunion de restitution de la formation du PBF aux membres du Groupe de Travail Multisectoriel pour l'initiative pour le DPE | - Restituer de la formation sur le PBF | - Compte rendu de la réunion | - Groupe de Travail | Semaine du 13 au 17 mai 2019 |
| 2. Finalisation du manuel d'opérationnalisation du PBF-DPE et d'élaboration du PTBA 2019 pour le DPE | - Revoir les indicateurs proposés pour chaque acteur identifié ; - Revoir les outils proposés pour chaque acteur ; - Finaliser le manuel d'opérationnalisation du PBF-DPE ; - Identifier les activités à réaliser pour le DPE ; - Actualiser la décision du Groupe de Travail ; | - Rapport de l'atelier ; - Manuel d'opérationnalisation du PBF-DPE disponible ; - Décision de mise en place du Groupe de Travail actualisée disponible | - Groupe de Travail ; - CTN-PBF Santé ; - Banque Mondiale | Semaine du 27 au 31 mai 2019 |
| 3. Traduction du manuel d'opérationnalisation élaboré et impression des documents | - Traduire le manuel élaboré pour prendre en compte les acteurs des régions du Nord- Ouest et du Sud-Ouest | - Manuel d'opérationnalisation du PBF-DPE traduit disponible ; - Manuels imprimés dans deux langues | - Groupe de Travail ; - CTN-PBF Santé ; - Banque Mondiale | Semaine du 3 au 14 juin 2019 |
| 4. Atelier de renforcement des capacités des acteurs de dix communes | - Renforcer les capacités des acteurs au niveau de dix communes sur le DPE, le principe du PBF et la décentralisation | - Rapport de l'atelier | - Groupe de Travail ; - CTN-PBF Santé ; - Banque Mondiale | Semaine du 17 au 21 juin 2019 |
| 5. Réunion avec la CTN-PBF Santé | - Réviser le BP de la CTN-PBF Santé ; - Discussions indicateurs DPE dans le portail PBF | - Compte rendu de la réunion | - Groupe de Travail ; - CTN-PBF Santé ; - BM | Avant le 28 juin 2019 |

7.13 Transition du système de logistique inputs ou « push » vers « pull »

GUENE VE'POM Vanessa Evelyne.

7.13.1 Contexte et justification

La logistique est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques, et les données (informatives, douanières et financières) s'y rapportant, dans le but de mettre à disposition les ressources correspondant à des besoins en respectant les conditions économiques et légales prévues, le degré de qualité de service attendu, les conditions de sécurité et de sûreté réputées satisfaisantes. La logistique de santé est un élément essentiel de l'appui aux équipes techniques dans la mise en œuvre de leurs activités. Elle couvre la gestion des stocks et la distribution d'équipements et de consommables ainsi que le transport d'échantillons dans les opérations de surveillance.

Le Cameroun a choisi le PBF comme politique nationale pour atteindre la couverture de santé universelle. Le PBF propose un système d'achat des performances en cash en donnant donc le pouvoir aux responsables des formations sanitaires de gérer de manière autonome leur structure. Cela implique que les structures soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel.

Une étude PBF a montré qu'un dollar (1 \$US) donné en cash à une structure, par le mécanisme du FBP, peut avoir le même résultat que 4 \$US fournis à la structure en intrants tels que des médicaments et des équipements. Par conséquent, dans cette logique le Gouvernement doit s'assurer que les gestionnaires des structures ont accès à des distributeurs d'intrants qui opèrent en concurrence. Cependant, beaucoup de programmes nationaux de santé (PNLP, CNLS, LMN et les partenaires techniques et financiers etc.) restent encore dans le système de planification centralisé des intrants.

Dans le cadre du 76ème cours international il nous a été proposé de travailler sur les apports des programmes nationaux de santé et des partenaires techniques et financières (PTF) dans la mise en œuvre du système PBF au Cameroun.

7.13.2 Du système « push » vers le système « pull »

La gestion de la logistique se fait soit en flux poussé « push system » ou en flux tiré « pull system ». Ces deux systèmes sont utilisés dans la gestion des opérations, la logistique et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le système de flux « push » correspond au mode de financement classique du gouvernement et des partenaires qui consiste à faire des dotations aux formations sanitaires des inputs pour l'atteinte des résultats. Le système de planification centralisé qui consiste à donner aux formations sanitaires des intrants (matériels techniques, équipements médicaments etc.) sans tenir compte de leurs besoins réels. Ce système est à l'origine de plusieurs problèmes que nous observons dans les formations sanitaires.

Le système de flux « pull » correspond au Financement Basé sur les Performances (FBP) dans ce système, le gouvernement et les partenaires achètent les performances des prestations de services en termes des résultats (qualité, de l'efficacité et de l'équité).

7.13.3 Analyse du problème

- Les ruptures de stock viennent du fait que qu'une seule structure approvisionne toutes les formations sanitaires du pays. Dans notre Pays par exemple le fait seul la CENAME (Le monopole du marché) achète les intrants pour tous les programmes est une faiblesse parce

que lorsqu'elle n'a pas un produit tout le pays est en rupture parce que le pays n'a pas beaucoup de fournisseurs.

- Le sur stockage : le système de planification centralisé ne tiens pas en compte des besoins réels, des consommations et des espaces de stockage des formations sanitaires. Plusieurs formations sanitaires se retrouvent avec des quantités très importantes des intrants dont elles n'ont pas assez d'espace pour conserver et qui finissent par se périmer.
- Les quantités importantes d'intrants se périment : la plus pars du temps, les dotations que le niveau central et les programmes font aux formations sanitaires ne sont pas très loin de la date de péremption en plus de cela, la structure ne peut pas tout consommer ne ci peu de temps. Cela donne des charges suppléments aux structures pour la destruction.

7.13.4 Recommandations

- Faire le plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) de mettre à contribution leurs apports sous forme d'achat des outputs
- Le plaidoyer avec les termes faciles, clair comme des slogans qui sont en faveur du PBF – identifier les allies, chercher des alliances, neutraliser l'opposition que ce soit par des campagnes d'information ou de pression et Informer et convaincre les indécis.
- Des courts séminaires, de 1 à 3 jours, pour les décideurs des groupes de travail technique.

7.13.5 Le plan d'action

Changement de paradigme du système centralisé d'un partenaire vers le PBF

Dans le but d'un changement optimal de paradigme et que les ressources soient correctement redistribué, nous proposons que les programmes nationaux de santé et les partenaires techniques et financiers signent avec les formations sanitaires qui mettent en œuvre leurs activités des contrats de performance afin que en lieu et place des input qui consiste à donner des intrants en quantité importantes avec les couts nettement plus importante, que les programmes et les partenaires achètent les performances de leurs activités uniquement.

Nous prenons l'exemple du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités en lieu et place de donner des moustiquaires aux formations sanitaires pour qu'elles les partagent, il serait mettre mieux de mettre ces fonds en concurrence en signant des contrats de performances avec les formations sanitaires avec les indicateurs clairs sur la basse des activités précises (partage de moustiquaire, prises en change du paludisme chez un enfant de moins de 5ans etc.). A la fin de chaque mois et après des vérifications et des validations des données, la formation sanitaire reçoit ses subsides qui lui permettrons d'améliorer ses performances (la qualité de services, plateau technique, motivation du personnel etc.) avec un cout-efficient.

7.14 Services gouverneurs - affaires économiques, sociales, culturelles régions

NYINDIE Samuel Célestin (Région du Littoral), ONDOBO NYASSA Théodore (Région du Adamaoua), DJAWA Emmanuel (Région du Centre), SAIDOU MOUSSA (Région du Nord-Ouest), ESSAM Jean Marie (Région du Sud), ZOGO NKOA Richard Éric (Région de l'Est), MOUSSA GONI (Région de l'Extrême-Nord) ET FADIMATOU IBRAHIMA YAYA (Région du Nord)

7.14.1 Contexte

Le Gouvernement du Cameroun, dans sa volonté d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et de mise en œuvre de son projet d'émergence à l'horizon 2035 et ses documents de planifications subséquents, a engagé depuis quelques années la modernisation de ses institutions. Pour ce faire, l'État s'est appuyé sur un levier très important qu'est la décentralisation inscrit dans sa Constitution. Il s'agit d'un mode de gouvernance axé sur le transfert des compétences du centre vers la périphérie qui est, par ailleurs, l'épine dorsale du Programme PBF. Au cours de ce voyage ambitieux pour l'émergence, les Gouverneurs des Régions jouent un rôle fondamental au niveau déconcentré.

En clair, le Gouverneur, conformément au **Décret 2008/377 du 12 novembre 2008 fixant les attributions des chefs des circonscriptions et portant organisation et fonctionnement de leurs services**, assure les missions de représentations des instances de coordination centrale (Présidence de la République, Services du Premier Ministre), de coordination des différents secteurs techniques de l'Administration comme indiqué dans les articles 4 et 5 du décret suscité. Toutefois, dans la pratique, il apert quelques dysfonctionnements dans le suivi des politiques.

Pour ce faire, le modèle managérial que prône le PBF et que l'État du Cameroun a commencé à implémenter notamment au Ministère de la Santé Publique, peut s'avérer un outil important à même de permettre à l'Administration Camerounaise de se moderniser et de répondre aux aspirations des populations de manière efficace et efficiente.

7.14.2 Analyse du problème

Difficultés liées à la coordination des activités dans la Région.

- Des sectorielles
- Du PBF.

7.14.3 Score de faisabilité

| Les 23 critères de pureté d'un programme PBF | Points dispo | Points donnés |
|---|--------------|-----------------|
| 1. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire. | 2 | 0 |
| 2. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès. | 2 | 0 |
| 3. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne). | 2 | 0 |
| TOTAL | 50 | 44 = 88% |

Au regard du score réalisé suivant les critères de pureté ci-dessus, à savoir 44 point sur 50, soit 88%, il est évident que le PBF peut résoudre ces problèmes à travers la création d'un Comité de coordination régional avec comme point focal dans les services du Gouverneur et l'implémentation du programme PBF dans d'autres services de la Région.

7.14.4 Recommandations

Au Ministère de la Santé Publique et au Comité Technique National du PBF :

- Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités PBF présidé par le Gouverneur
- Étendre l'approche PBF à d'autres administrations en l'occurrence le MINAT avec pour structure pilote le Secrétariat Général des services du Gouverneur.

7.14.5 Plan d'action

| Objectifs | Activités | Acteurs | Chronogramme |
|---|---|---|---|
| 1. Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités PBF présidé par le Gouverneur | - Restitution du Cours International PBF à l'attention du Gouverneur (note compte-rendu) | - Participants au 76ème Cours International PBF de Douala | 2 ^{ème} semaine du mois de Mai 2019 |
| | - Élaboration d'un rapport de faisabilité | - Participants au 76ème Cours de Douala - ACV Régional | 1 ^{ère} semaine mois de juin 2019 |
| | - Plaidoyer par saisine des instances de pilotage PBF au niveau national | - Gouverneur | 10 juin 2019 |
| | - Mise en place du Comité Régional - Projet d'acte de création | - Gouverneur | 25 juin 2019 (sous réserve accord CTN / MINSANTE) |
| | - Organisation d'une de réunion d'information des acteurs sur le comité régional et son fonctionnement | - Autorités Administratives (Gouverneurs, Préfets, Sous-Préfets) + acteurs chaîne PBF régional | 25 juillet 2019 |
| | - Suivie des activités du PBF dans la Région - Tenue des réunions de coordination générale de tous les acteurs du programme du FBP - Organisation des réunions d'évaluation des activités et de règlement de conflits | - Gouverneur - Autorités Administratives, Municipales, et Traditionnelles - Parlementaires, - OSC - ACV - DR Santé - FRPS | 25 août 2019 |
| 2. Étendre l'approche PBF à d'autres administrations en l'occurrence le MINAT avec pour structure pilote le Secrétariat Général des services du Gouverneur. | - Restitution du Cours International PBF à l'attention du Gouverneur (Note compte-rendu) | - Participant au 76ème Cours International PBF de Douala | 2 ^{ème} semaine du mois de Mai 2019 |
| | - Élaboration d'un rapport de faisabilité | - Participant au 76ème Cours de Douala - ACV Régional | 1 ^{ère} semaine mois de juin 2019 |
| | - Plaidoyer par saisine des instances de pilotage PBF au niveau national | - Gouverneur | 10 juin 2019 |
| | - Organisation d'une de réunion d'information des acteurs sur le comité régional et son fonctionnement | - Gouverneurs et collaborateurs, Préfets, Sous-Préfets Services Régionaux des Finances + DR Santé + ACV + Administrateur FRPS | Septembre 2019 |