



CAMEROUN : RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE A MOYEN-TERME

Décembre 2014

Table des matières

Résumé	Error! Bookmark not defined.
Contexte	6
Le secteur de la Santé du Cameroun	6
Le Financement basé sur la Performance au Cameroun Error! Bookmark not defined.	
Evaluation de l' impact du PBF	Error! Bookmark not defined.
Méthodologie de l'étude qualitative à mi-parcours du PBF au Cameroun	9
Thèmes et Questions de recherche	Error! Bookmark not defined.
Populations cibles	10
Méthodologie d'échantillonnage	11
Personnel de l'étude qualitative	Error! Bookmark not defined.
Collecte des données et Transcription	14
Analyse des données	16
Résultats	16
I^{ère} Partie: Points de vue des Prestataires et des Administrations concernant la mise en oeuvre du PBF	16
II^{ème} Partie: Perceptions de la communauté sur la fourniture des soins de santé	26
Discussion	30
Limites de l'étude	31
Conclusions	31
Références	32

Résumé

Le Cameroun conduit actuellement une évaluation d'impact à grande échelle pour étudier les effets du Financement basé sur la Performance sur les résultats de santé dans le contexte spécifique du Cameroun. Bien que l'évaluation d'impact repose largement sur l'analyse quantitative à partir d'enquêtes de base et finale, l'équipe de l'évaluation d'impact a proposé d'introduire une composante qualitative à l'évaluation globale pour creuser en profondeur afin d'obtenir des explications ou explorer des questions spécifiques relatives à l'expérimentation du PBF au Cameroun. Les rôles de la recherche qualitative en lien avec l'évaluation de l'impact du PBF sont nombreux : (i) identifier les problèmes inhérents au contexte camerounais; (ii) élaborer des mesures quantitatives pertinentes; (iii) investiguer les questions importantes plus en profondeur et de manière détaillée; (iv) comprendre le rôle du lieu, du moment, des pratiques et des processus et; (v) améliorer l'interprétation des résultats quantitatifs.

L'étude qualitative à mi-parcours du PBF au Cameroun était axée sur deux objectifs principaux:

1. Les expériences dans l'expérimentation du FBP au niveau central, régional et du district: points de vue des *décideurs et des fournisseurs*.
2. Les expériences dans la fourniture des services de santé au niveau opérationnel: points de vue des *dirigeants communautaires et des membres de la communauté*

La collecte des données de l'étude qualitative à mi-parcours visait à répondre à deux questions de recherche différentes mais complémentaires concernant les objectifs d'apprentissage de l'étude :

1. Quelle expérience les niveaux administratif et opérationnel du système de santé au Cameroun ont-ils tiré de l'expérimentation du PBF?
2. Quelles expériences les *personnels de santé et les membres de la communauté* ont-ils tiré sur la fourniture des services de santé pendant les deux premières années du PBF?

L'étude qualitative à mi-parcours s'est déroulée de juillet 2013 à septembre 2014. Au total, 128 interviews (112 interviews approfondies et 16 entrevues avec les groupes de discussions) ont été réalisées dans quatre régions du Cameroun: les régions anglophones du Nord-ouest et du Sud-ouest et les régions francophones du Littoral et de l'Est de janvier à mars 2014. Les interviews approfondies ont été faites auprès des autorités sanitaires du niveau central, régional, et du district en plus des prestataires de services de santé, des responsables des formations sanitaires sous contrat PBF et des dirigeants des communautés desservies par les structures sous PBF. Les entrevues avec les groupes de discussion ont été entreprises au niveau communautaire avec des femmes adultes vivant dans les communautés desservies par les formations sanitaires sous PBF.

Les interviews approfondies et les entrevues avec les groupes de discussion concernaient les expériences et points de vue des acteurs eu égard à leurs réactions et perception de l'application du FBP dans les régions cibles. Les résultats ont été classés en deux types de perspectives 1) les *points de vue du système de santé et des prestataires* des niveaux central, régional, de district et des formations sanitaires et, 2) les *points de vue des communautés* recoupées à partir des interviews des chefs communautaires et les entrevues avec les membres des groupes de discussion dans la communauté.

De l'avis d'un responsable du niveau régional et de district/Responsable d'une formation sanitaire, **l'obstacle le plus couramment rencontré** lors de la mise en œuvre du PBF a **d'abord été la réticence du personnel de la formation sanitaire à s'ajuster** aux exigences du programme. La majorité du personnel de la formation sanitaire s'est d'abord montré réticente ou incrédule face aux promesses et les éléments livrables du projet, en des incitations financières en particulier. Le personnel hésitait à accepter le changement radical de méthodologie de travail qu'exigeait le programme PBF avant d'avoir perçu le premier versement pour leurs résultats (« il faut le voir pour croire »). Cependant, après la réception des premiers versements PBF, il a adhéré avec enthousiasme et a aligné les rythmes de travail sur les normes fixées par les indicateurs du FBP. Pour motiver les personnels de santé, en particulier au début du programme PBF et avant la réception des subventions PBF, **il est primordial d'obtenir d'emblée la forte adhésion et le soutien des autorités nationales de la santé et des responsables des formations sanitaires**. Il est également important de raccourcir les longs délais (comme ceux qu'a connu le Cameroun pour le premier versement du PBF) dans le paiement des subventions du PBF afin de maintenir l'adhésion, l'enthousiasme et l'appui du personnel de santé aux initiatives du PBF.

Dans l'ensemble, les répondants ont **réagi et accueilli favorablement** la mise en œuvre du PBF dans leurs régions et formations sanitaires. Ils ont exprimé le désir que le programme PBF ne s'arrête pas. **La plupart des réactions positives concernaient les ressources mises à la disposition des prestataires des services de santé**: i.e. les salaires et les primes, l'achat de nouveau matériel, la modernisation et la construction des infrastructures. Les besoins en ressources étaient liés à la durabilité du programme du PBF ; la majorité des responsables des structures sanitaires et des membres de la communauté exprimant le désir de voir le programme continuer, de « n'être jamais à court d'argent ». Ce n'est qu'au niveau hiérarchique le plus élevé (central et régional), à quelques exceptions près, que le besoin d'un plus grand appui logistique et programmatique (comme un changement en matière de politiques ou le désir de maintenir la durabilité du programme au-delà des subventions financières) a été exprimé.

Dans l'ensemble, les responsables des formations sanitaires, les dirigeants communautaires et les membres des formations sanitaires C3 et les communautés (groupes témoins de l'évaluation de l'impact) ont réagi positivement et se sont montrés satisfaits de leurs formations sanitaires, en dépit du fait qu'elles ne sont pas sous contrat PBF. Cependant, lorsqu'on les a interrogés sur les besoins et les attentes du système de santé et des formations sanitaires, les personnes interviewées ont parlé, officiellement, de divers besoins, certains très graves (par exemple, le manque d'eau, de médecin, de matériel ou de ressources dans l'hôpital).

L'un des avantages du PBF tiré des différents points de vue (gouvernement, formation sanitaire et communauté) est une meilleure collaboration entre les différents acteurs que comprend le secteur de la santé au Cameroun. Le projet a soit créé ou renforcé les liens qui existaient déjà entre les équipes de supervision régionales et de district avec les formations sanitaires, et entre les formations sanitaires et les membres des communautés qu'elles desservent. Grâce aux contraintes de feedback auxquelles le programme PBF astreint les acteurs, ils ont été dû collaborer ensemble de façon plus cohérente, au lieu de travailler comme des entités distinctes dans un système plus vaste.

Le « **virus du PBF** » s'est révélé un résultat intéressant, quoique n'apparaissant pas beaucoup au sein des formations sanitaires du groupe témoin.

Contexte

Le Secteur de la Santé du Cameroun

En dépit des progrès réalisés dans certains domaines, plusieurs indicateurs globaux de la santé au Cameroun se sont détériorés au cours de la dernière décennie. L'espérance de vie a baissé passant de 55 ans en 1990 à 51 ans en 2011, tandis que le taux de mortalité (chez les populations âgées de 15-60 ans) a augmenté passant de 321/1000 en 1990 à 403/1000 en 2008. Malgré la régression continue du VIH au fil du temps (de 5,3% en 2004 à 4,3% en 2011), la prévalence demeure plus élevée que dans la majorité des pays voisins d'Afrique centrale et de l'Ouest. Le taux de mortalité lié au paludisme (116/1000) dépasse également celui de l'Afrique (104/1000), ainsi que celui des pays voisins comme la République Centrafricaine (Banque mondiale, 2014).

Tous les indicateurs sanitaires présentent de grands écarts entre les zones rurales et urbaines, les taux de mortalité y sont plus élevés dans les groupes socio-économiques défavorisés. Tous les indicateurs de la mortalité sont plus bas dans les ménages nantis que dans les ménages pauvres. Seuls 80 sur 1000 enfants nés dans le quintile le plus riche meurent avant l'âge de cinq ans. Pourtant, le taux de mortalité des moins de cinq ans est deux fois plus élevé chez les pauvres. L'âge de la mère est également un facteur déterminant. Un enfant sur six né d'une mère âgée de moins de 20 ans meurt avant l'âge de cinq ans et un enfant sur huit né d'une mère âgée entre 20 et 29 ans meurt pendant l'accouchement (Banque mondiale, 2014).

Au Cameroun, une femme meurt toutes les deux heures des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, et une grossesse sur 127 est fatale. Le Cameroun a le 18^{ème}-taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde, juste après la République du Congo et l'Angola. Une analyse des écarts en fonction du lieu de résidence révèle également une plus grande mortalité maternelle pendant l'accouchement en zone rurale qu'en zone urbaine. **Près de 40 pour cent de femmes accouchent encore à domicile, et le pourcentage va jusqu'à 81,8 pour cent dans le quintile le plus pauvre de la population.** Les disparités régionales révèlent qu'en 2011, le taux de couverture d'accouchement assisté dans l'Extrême Nord représentait à peine la moitié du taux de couverture réalisé dans d'autres régions au cours des vingt dernières années (1991). De façon générale, il y a eu peu de progrès au cours des dernières années en ce qui concerne l'accès aux services de maternité dans une structure sanitaire adéquate. En 2011, 61 pour cent des naissances a eu lieu dans une formation sanitaire, ce qui signifie qu'environ 40 pour cent des femmes accouchent encore à domicile (Banque mondiale, 2014).

Le Cameroun dépense 61US\$ par habitant pour la santé mais son profil épidémiologique correspond davantage à celui des pays effectuant de très faibles dépenses en santé (US\$10-15 par personne par an). Cette situation reflète une inefficacité profonde dans l'utilisation des ressources sanitaires disponibles et entraîne d'importantes inégalités d'accès aux services de santé en fonction du lieu et du statut socio-économique du ménage. **Le fardeau du financement de la santé est largement supporté par les ménages au Cameroun. Au vu des dépenses globales en santé, les paiements directs représentaient 51,4 pour cent en 2010** (y compris 94,5 pour cent sous forme de paiements directs) (Ministère de la Santé publique, 2014).

L'allocation des ressources dans le secteur de la santé est à la fois très imprévisible et sujette à des fuites (argent, médicaments et fournitures) qui entravent le fonctionnement des services de santé. La centralisation, l'allocation et la gestion verticale des ressources humaines et financières étaient supposées canaliser les ressources d'une manière contrôlée. Les formations sanitaires ne reçoivent cependant pas toujours les budgets de fonctionnement ou les fournitures dont elles ont besoin pour fournir des services appropriés. Elles sont amenées à chercher d'autres alternatives en dehors du système de santé (achat de médicaments dans les circuits parallèles, mauvaise utilisation des « autorisations », etc.). Au niveau périphérique, la gestion des ressources des formations sanitaires est souvent opaque, en particulier pour ce qui est des frais médicaux et des médicaments..

Les problèmes de gouvernance sont un autre obstacle majeur dans l'amélioration de la performance du secteur de la santé. Une focalisation excessive sur les contrôles qui ne met pas le même accent sur les résultats n'incite pas le personnel de santé à offrir de services de qualité ou à promouvoir l'utilisation des services. Par ailleurs, la gestion opaque des ressources humaines et les salaires bas poussent le personnel à détourner les fonds publics en imputant aux malades des frais non réglementaires ou en surfacturant les services, ce qui décourage finalement l'utilisation des services par les pauvres.

Expérimentation du Financement Basé sur la Performance au Cameroun

Le Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) au Cameroun expérimente actuellement le PBF dans des formations sanitaires des secteurs public, privé et confessionnels dans 26 districts du Littoral, du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Est du Cameroun, soit une couverture d'une population totale d'environ 3 millions d'habitants. Le financement basé sur la performance (PBF) a pour objectif d'améliorer la qualité et la quantité des soins de santé en payant les fournisseurs de soins de santé et les organismes de réglementation en fonction de leur performance, mesurée par rapport aux objectifs prédéterminés, et de formaliser ce financement par un contrat entre le prestataire de services et l'acheteur. Cette action vise à accroître la redevabilité des fournisseurs eu égard à leur mission et à leur donner l'autonomie et les incitations financières nécessaires à l'atteinte de ces objectifs, en particulier en renforçant la motivation du personnel de santé. La première expérimentation du PBF au Cameroun s'est déroulée dans la région de l'Est dès 2006 avec un projet pilote mis en œuvre par CORDAID. Grâce à la Banque mondiale à travers le Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé, le PBF s'est étendu en 2011 à quatre districts de la région du Littoral, et en 2012 au Nord-Ouest, au Sud-Ouest, et dans la Région de l'Est.

Évaluation de l'impact du PBF

Une évaluation de l'impact du PBF au Cameroun est en cours. Etant donné que le PBF n'a jamais été appliqué au Cameroun sur une échelle significative et n'a jamais été évaluée de façon systématique, les objectifs de la politique d'évaluation de l'impact sont les suivants: (a) déterminer l'impact du PBF sur la couverture et la qualité des services en Santé Maternelle et Infantile (SMI); (b) identifier les facteurs clés à l'origine de l'impact; et (c) évaluer le rapport coût-efficacité du PBF en tant que stratégie d'amélioration de la couverture et de la qualité. Ainsi, nous espérons que les résultats de l'évaluation de l'impact seront utiles à l'élaboration de la politique nationale du PBF au Cameroun et contribueront également à l'accroissement des connaissances sur le PBF. L'évaluation de l'impact

comprendait une composante qualitative à mi-parcours afin d'obtenir des explications approfondies ou d'investiguer les problèmes spécifiques en lien avec le pilotage du PBF au Cameroun. Elle comportera également une composante qualitative finale pour analyser davantage les résultats de l'évaluation de l'impact.

Cette étude est un essai en grappes randomisé (CRT) en fonction de la région. Elle comporte un pré-test comparatif. Chaque formation sanitaire des 14 districts des trois régions de l'évaluation d'impact (Nord-ouest, Sud-ouest et Est) ont été répartis au hasard dans l'un des quatre groupes d'étude lors des cérémonies publiques de répartition aléatoire. La répartition aléatoire vise à s'assurer que les quatre groupes d'étude sont comparables en termes de caractéristiques observées et non observées qui pourraient affecter les résultats de sorte que les différences moyennes dans les résultats peuvent être causalement attribuées.

Tableau 1: Régions et districts à couvrir par le projet pilote PBF au Cameroun

	Région	District	Population (2011 est.)	Evaluation d'impact?
1	Nord ouest	Fundong	122 160	Oui
2	Nord ouest	Kumbo East	166 979	Oui
3	Nord ouest	Ndop	198 356	Oui
4	Nord ouest	Nkambe	117 541	Oui
5	Sud ouest	Buea	133 089	Oui
6	Sud ouest	Kumba	250 048	Oui
7	Sud ouest	Limbe	141 466	Oui
8	Sud ouest	Mamfe	63 365	Oui
9	Est	Doume	41 177	Oui
10	Est	Abong-Mbang	65 392	Oui
11	Est	Lomie	36 260	Oui
12	Est	Messamena	32 554	Oui
13	Est	Nguelemendouka	30 628	Oui
14	Est	Kette	40 677	Oui
15	Est	Batouri*	81 157	Non
16	Est	Mbang*	26 840	Non
17	Est	Moloundou*	37 124	Non
18	Est	Ndelele*	44 318	Non
19	Est	Yokadouma*	83 802	Non
20	Est	Garoua-Boulai*	43 008	Non
21	Est	Betare-Oya*	78 624	Non
22	Est	Bertoua*	164 948	Non
23	Littoral	Cité des Palmiers**	403 174	Non
24	Littoral	Edea**	130 955	Non
25	Littoral	Loum**	81 625	Non
26	Littoral	Yabassi**	17 447	Non

*N.B.- Notez-19 districts de l'Est, du Nord-Ouest et Sud-Ouest participeront à la deuxième phase du projet pilote PBF. Cependant, 5 de ces districts - Batouri, Yokadouma, Mbang, Moloundou, Ndelele - ont déjà commencé à mettre en œuvre le PBF dans les formations sanitaires confessionnelles. L'évaluation d'impact exclura donc ces districts, bien que la mise en œuvre du PBF dans ces formations sanitaires sera financée dans ces districts à travers le projet PAISS. Les 14 districts restants seront inclus dans l'évaluation d'impact.

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

Après l'enquête de base en juin 2012, le PBF a été étendu aux 14 districts de santé couverts par l'évaluation, lancé en organisant des cérémonies publiques de répartition aléatoire dans chaque région où chaque établissement de soins de santé primaires a été choisi au hasard et logé dans l'un des quatre groupes d'évaluation (voir le tableau 2). L'enquête de fin d'étude s'achèvera au début de l'année 2015.

Table 2: Groupes d'étude

T1: PBF recevant des primes de performance pour les agents de santé	C1: même ressources financières par habitant que le PBF mais non liées à la performance; Même supervision, suivi et autonomie de gestion que les T1
C2: Pas de ressources supplémentaires, mais même supervision et suivi que les structures sous PBF, les T1 et les C1	C3: Status quo

Méthodologie de l'étude qualitative à mi-parcours du PBF

Thèmes et Questions de recherche

Une étude qualitative à mi-parcours a été réalisée dans le cadre de l'évaluation d'impact du projet pilote PBF. L'étude qualitative à mi-parcours du PBF au Cameroun était axée sur deux objectifs principaux: (i) recenser les expériences du niveau central, régional et de district dans l'expérimentation du FBP (*points de vue des décideurs et des fournisseurs*); et (ii) recenser les expériences du niveau opérationnel concernant la prestation des services de santé (*points de vue des dirigeants communautaires et des membres de la communauté*).

L'étude qualitative à mi-parcours visait à répondre à des questions différentes mais complémentaires répondant aux objectifs d'apprentissage de l'étude:

1. **Qu'est-ce que les différents niveaux administratif et opérationnel du système de santé du Cameroun ont tiré de la mise en œuvre du Financement basé sur la Performance?**
 - a. Comment les décideurs; les autorités administratives et les partenaires au développement des niveaux central et régional du système de santé au Cameroun voient-ils l'évolution et la mise en œuvre du PBF au cours des deux premières années de son fonctionnement ?
 - i. Quels ont été les défis, les goulots d'étranglement et les succès rencontrés lors de la préparation du projet et dans la première année de sa mise en œuvre?
 - b. Comment ces acteurs perçoivent-ils le financement basé sur la performance dans le contexte de défis que présente le secteur de la santé au Cameroun, en particulier la faible couverture en services de santé, l'inefficacité dans la mobilisation et distribution des ressources, la mauvaise gestion des ressources humaines, la mauvaise gouvernance et la mauvaise qualité des soins?
 - i. Comment le PBF a-t-il relevé ces défis ?
 - ii. Le PBF marche-t-il comme prévu?

- iii. Comment le PBF peut-il être reformulé pour mieux répondre au contexte camerounais ?
 - c. Comment les personnes chargées de la mise en œuvre du PBF au **niveau opérationnel**, comme les *comités de gestion du district de santé*, ont-ils perçu le PBF au cours de la première année de son fonctionnement?
 - i. Quels ont été les défis, les goulots d'étranglement et les succès rencontrés lors de la préparation du projet et dans la première année de sa mise en œuvre?
 - ii. Quels changements (positifs ou négatifs) ont été relevés dans l'organisation et la fourniture des services?
 - iii. Comment peut-on améliorer le PBF pour qu'il réponde aux besoins du secteur de la santé du Cameroun?
- 2. **Quelle expérience les personnels de santé et des membres de la communauté ont-ils tirés concernant la prestation des services de santé au cours des deux premières années du financement basé sur la performance?**
 - a. En quoi les perceptions des fournisseurs concernant la qualité des soins ont-elles changées depuis l'introduction du PBF?
 - i. En particulier, en ce qui concerne le personnel de la structure et les heures d'ouverture, les infrastructures, l'approvisionnement en médicaments, le matériel, la supervision, les rapports et la gestion du SGIS, les frais d'utilisation des services, les recettes de la formation sanitaire, la motivation personnelle et la satisfaction professionnelle, le dynamisme du personnel, les relations avec l'Agence d'Achat de Performance (AAP), le Comité de Gestion du district de santé, la Délégation régionale de la Santé, les malades et la communauté locale?
 - b. Comment la perception des membres de la communauté concernant la qualité des soins a changé depuis l'introduction du PBF?
 - i. En particulier: l'accès financier et physique aux services, le personnel et les heures d'ouverture, la fourniture en médicaments et en équipements, la propreté de la structure, les frais d'utilisation des services, l'accueil par les prestataires, la qualité des soins, la satisfaction des malades, la sensibilisation des communautés par les prestataires et l'accès socio-culturel des services?
 - ii. Comment les comportements en matière de recours aux soins ont-ils changé dans la communauté? Quels sont les obstacles ou les adjuvants de l'utilisation de services de santé à l'hôpital?
 - c. Comment la perception des chefs communautaires et des agents de santé communautaires concernant la qualité des services a-t-elle changée depuis l'introduction du PBF?

Populations cibles

L'étude qualitative a été menée dans les quatre régions où le PBF a été mis en œuvre dans le cadre du Projet d'appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé. Il s'agit notamment des Régions du Nord-ouest, du Sud-ouest, de l'Est et du Littoral. Bien que le Littoral soit exclu de l'étude d'évaluation d'impact, il a été compris dans cette étude qualitative dans le but de mieux comprendre les processus et les résultats dans les districts PBF de la région.

Les entretiens qualitatifs auprès des deux groupes recherchaient les points de vue sur le financement basé sur la performance:

- 1) *Points de vue des prestataires*: Constitués des responsables de la santé des niveaux central, régional et de district en plus des responsables des formations sanitaires et du personnel dans les quatre régions sous contrat PBF.
- 2) *Points de vue des communautés*: Constituées des dirigeants communautaires et des membres de la communauté des zones desservies par les formations sanitaires sous PBF dans les quatre régions.

Le **tableau 3** présente les deux groupes cibles de façon plus détaillée.

Tableau 3: Groupes cibles et méthodologie d'échantillonnage

	Population cible	Niveau des acteurs	Description	
1	Principaux responsables administratifs et décideurs aux niveaux central, régional et de district du système de santé du Cameroun; Responsables des formations sanitaires et prestataires au niveau de la fourniture des services de santé	Central	Ministère de la Santé et Partenaires au Développement	Régions du NO, SO, Est, et Littoral uniquement
		Régional	Délégations Régionales de la Santé	
		District	Chefs de Services de Santé de District	
		Formations sanitaires	Responsables des formations sanitaires et personnels des hôpitaux de District et centres de santé sous PBF (y compris formations sanitaires privées, publiques et confessionnelles)	
2	Membres de la communauté impliqués dans le PBF au niveau de la prestation des services de santé	Communauté	Dirigeants communautaires et Groupes	

Méthode d'échantillonnage

Au **niveau central**, quatre entretiens approfondis en tout ont eu lieu, deux avec des responsables du ministère de la Santé et deux avec des partenaires au développement intervenant dans le secteur de la santé. Pour chacune des quatre régions comprises dans l'étude, les interviews suivantes ont été faites:

- Au **niveau régional**, chaque Délégué régional de la Santé a été interrogé (4 au total)
- Au **niveau du district**, deux chefs des services de santé des districts sous PBF ont été choisis au hasard et interrogés (8 au total)
- Au **niveau de la formation sanitaire**, 64 interviews au total ont eu lieu dans 64 formations sanitaires individuelles à travers le pays, ciblant chacun des quatre

groupes d'étude de l'EI (T1, C1, C2 et C3) afin de déterminer les différents points de vue et l'accueil du PBF dans les quatre groupes et dans différents types de formations sanitaires. L'équipe de recherche voulait placer un accent particulier au niveau des T1, où l'action du PBF a été pleinement menée permettant ainsi d'identifier une stratégie d'échantillonnage axée sur les entretiens avec les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles tant en zone rurale qu'en zone urbaine. Le **tableau 4** présente la répartition des entretiens au niveau des formations sanitaires, à l'exception de la région du Littoral qui n'avait que des formations sanitaires sous contrat PBF (T1) et non PBF (C3).

Tableau 4: Répartition de la stratégie d'échantillonnage des formations sanitaires dans les Régions du Nord-ouest, du Sud-ouest et de l'Est

	T1		C1		C2		C3	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Publique	1	1	1	1	1	1	1	0
Confessionnelle	1	1	1	1	0	1	1	1
Privée	1	1	0	0	1	0	0	1
Total	6		4		4		4	
18 interviews approfondies au total(IA) dans les Régions Nord-ouest, Sud-ouest et de l'Est								
10 interviews approfondies au total pour la Région du Littoral (Formations sanitaires T1 et C3 uniquement)								
64 interviews approfondies au total sur l'ensemble du territoire au niveau des formations sanitaires								

Au total, 18 formations sanitaires dans chacune des trois régions de l'évaluation d'impact (Nord-ouest, Sud-ouest et Est), et 10 dans la région du Littoral ont été ciblées pour des entrevues approfondies. Une sélection raisonnée des districts, hôpitaux de district et formations sanitaires a été échantillonnée en collaboration avec les Délégations régionales de la Santé et les Agences d'Achat de Performance de chaque région cible pour s'assurer que les objectifs d'apprentissage et l'échantillon d'étude souhaité ont été atteints correctement et complètement. Les Délégations régionales de la Santé et les Agences d'Achat de Performance de chaque région sous contrat PBF ont aidé à la sélection des formations sanitaires cibles lors de la collecte des données.

Au **niveau communautaire**, il y a eu des entrevues approfondies et des entretiens avec des groupes de discussion. Les communautés T1 et C3 ont été spécifiquement ciblées afin de mieux saisir les différences notées dans les communautés desservies par les formations sanitaires sous PBF complet par rapport aux communautés dont les formations sanitaires ne l'expérimentent pas dans sa totalité. Le niveau communautaire s'est intéressé aux communautés des zones urbaines/rurales T1 et C3 dont la sélection s'alignait principalement sur les formations sanitaires T1 et C3 qui avaient été choisies et ciblées dans le cadre des interviews approfondies des responsables des formations sanitaires. Les communautés desservies par les formations sanitaires C1 et C2 n'ont pas été enquêtées car, l'objectif était de comparer les communautés servies par les formations sanitaires sous PBF complet et les communautés se rendant dans les formations sanitaires dans le cadre strict du groupe témoin. Des localités urbaines et rurales ont été ajoutées au critère de stratification de l'échantillon communautaire afin de mieux saisir les différences dans les opinions des communautés qui pourraient se rapporter à une localité urbaine ou rurale.

Des entretiens approfondis ont été conduits auprès des membres de la communauté choisis parmi deux groupes, 1) la présidente du groupe de femmes dans la communauté et 2) le membre de la communauté représentant de la communauté au Comité du Centre de santé. La santé maternelle étant un élément clé de l'évaluation globale d'impact, l'équipe de recherche a choisi les leaders des groupes communautaires de femmes comme informatrices clés afin d'identifier les éventuels changements ou effets induits par le PBF sur la santé maternelle dans la communauté. Les membres du comité de gestion des centres de santé communautaires ont été pris comme informateurs clés pour que l'échantillon de recherche reflète les points de vue de la communauté par des personnes ayant connaissance des activités des centres de santé de leurs T1 ou C3. Les leaders communautaires ont été échantillonnés et interviewés dans les communautés où les entretiens avec les groupes de discussion ont été menés. Le **tableau 5** présente la stratégie d'échantillonnage pour les interviews approfondies au niveau communautaire qui comprenait *32 interviews approfondies de dirigeants communautaires*.

Tableau 5: Interview approfondie des dirigeants communautaires

	T1		C3	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Présidente des Groupes de Femmes	1	1	1	1
Membre de la communauté membre du Comité de gestion du Centre de Santé	1	1	1	1
8 IA par région				
32 IA au Cameroun au niveau des dirigeants communautaires				

Les entretiens avec les groupes de discussion ont été menés auprès des communautés T1 et C3 où se sont déroulées les interviews approfondies des dirigeants communautaires. Les entretiens avec les groupes de discussion ont eu lieu au niveau communautaire uniquement comme le moyen de mieux saisir les différents points de vue et perceptions des membres de la communauté dans un court délai alloué pour la collecte des données. L'échantillonnage des membres des groupes de discussion s'est limité à des groupes de femmes adultes constitués de 6 à 10 participants compte tenu de l'accent mis sur la santé maternelle et infantile, objet de l'étude d'évaluation d'impact. Le **Tableau 6** présente la stratégie d'échantillonnage des groupes de discussion dans le cadre de l'étude qualitative à mi-parcours, avec une stratification par groupes d'étude de l'évaluation d'impact T1 et C3 et par zones urbaines/rurales. Au total *16 entretiens avec des groupes de discussion au sein des communautés* ont été menés.

Tableau 6: Echantillonnage des entretiens avec les groupes de discussion communautaire

T1		C3	
Urbain	Rural	Urbain	Rural
Femmes	Femmes	Femmes	Femmes
1	1	1	1
4 GD par region			
16 GD dans le pays au niveau communautaire			

Personnel de l'Étude qualitative

Le coordonnateur de l'étude qualitative à mi-parcours a été recruté en juin 2013 pour amorcer le développement et la conception de l'étude qualitative à mi-parcours. Des experts en recherche qualitative de l'Université de Yaoundé I, Faculté de médecine du Cameroun ont également été engagés pour apporter un soutien à l'élaboration et la mise en œuvre de l'étude. Huit enquêteurs locaux ont été engagés pour conduire la phase de collecte de données du projet. Ils ont été répartis en deux équipes (une équipe anglophone et une équipe francophone) pour accomplir le travail de terrain dans les régions qui leur étaient affectées (Nord-ouest et Sud-ouest pour l'équipe anglophone, Littoral et Est pour l'équipe francophone). Les enquêteurs avaient tous une expérience préalable dans la conduite et la facilitation des interviews approfondies et les entretiens avec des groupes de discussion communautaires au Cameroun ainsi que les aptitudes multilingues pour mener des entrevues en français, en anglais, ou en pidgin le cas échéant.

Collecte des données et transcription

La collecte de données s'est faite sur le terrain de janvier à mars 2014 sous la supervision et la direction des consultants locaux et des experts en recherche de l'Université de Yaoundé I. Les protocoles d'interview ont été élaborés en anglais, traduits et retraduits en français. Des protocoles distincts ont été élaborés pour chaque groupe d'acteurs.

Il y eut en tout neuf questionnaires pour l'étude qualitative à mi-parcours:

- 1) Protocole d'interview du niveau central
- 2) Protocole d'interview du Délégué régional de la Santé
- 3) Protocole d'interview du Chef des Services de Santé du District
- 4) Protocole d'interview du Responsable d'une formation sanitaire T1
- 5) Protocole d'interview du Responsable d'une formation sanitaire C1
- 6) Protocole d'interview du Responsable d'une formation sanitaire C2
- 7) Protocole d'interview du Responsable d'une formation sanitaire C3
- 8) Protocole d'interview du dirigeant communautaire
- 9) Protocole d'interview du Groupe de Discussion communautaire

Une copie de chaque protocole d'interview se trouve en annexe. Les protocoles d'interview de l'administration de la santé et des prestataires, à l'exception du protocole d'interview des responsables des formations sanitaires C3 obéissaient au même schéma: s'appesantir d'abord sur l'opinion de l'informateur principal concernant le rôle et sa perception du projet PBF, suivi de questions sur les changements attribuables au PBF, et enfin une discussion sur la façon dont l'informateur clé pense que le projet PBF pourrait être amélioré ou reformulé. Les interviews au niveau régional et de district contenaient également une section sur les rôles de superviseurs et la formation que les informateurs clés à ce niveau ont reçus du programme PBF. Les protocoles d'interviews des responsables des formations sanitaires T1, C1, et C2 comportaient une section supplémentaire dans laquelle les informateurs clés répondent spécifiquement aux questions sur les avantages perçus, ce qu'ils aiment ou désapprouvent concernant les interventions des T1, C1 ou C2. Étant donné que les formations sanitaires C3 ont fonctionné au statu quo, sans interaction avec le personnel PBF, le protocole d'interview des responsables des formations sanitaires C3 santé se sont focalisés sur les changements ou améliorations relevés par les informateurs clés au cours de l'année précédente, en gardant les répondants concentrés sur une période

de rappel correspondant avec le chronogramme de mise en œuvre du PBF dans les autres formations sanitaires T1, C1 et C2.

Au niveau communautaire, les protocoles d'interview des dirigeants communautaires et les membres des groupes de discussion de femmes adultes se sont concentrés sur les comportements liés à la recherche de la santé au sein de la communauté. Il était demandé aux membres de la communauté de se rappeler les bonnes et mauvaises expériences vécues dans leurs formations sanitaires au cours de l'année écoulée. Alors que l'objectif global de PBF est d'améliorer la qualité des services de santé pour les utilisateurs, l'équipe de recherche a constaté que la plupart des membres de la communauté pourrait ne pas savoir ce qu'est le programme PBF. Toutefois, réunir les points de vue des membres de la communauté sur leur vécu dans leurs formations sanitaires s'est révélé un élément important dans l'exploration des effets de la mise en œuvre du PBF dans le pays.

Après le recrutement et la formation de l'équipe d'enquêteurs, les guides d'interview et les outils ont fait l'objet d'un pré-test sur le terrain à la mi-décembre 2013. L'équipe anglophone a fait des pré-tests dans la région du Nord-ouest et l'équipe francophone dans la région de l'Est. Après les pré-tests, les guides d'interview et les outils ont été révisés à nouveau et rajustés afin de garantir la saisie de tous les thèmes en rapport avec l'étude. Les protocoles d'interview ont également été réexaminés et approuvés par un expert consultant en recherche ayant connaissance de la recherche qualitative PBF.

Les équipes d'enquêteurs ont passé environ huit semaines sur le terrain, soit quatre semaines dans chaque région à interviewer les informateurs clés du niveau régional, de district, dans les formations sanitaires et la communauté. Les quatre entretiens du niveau central ont été menés et retranscrits par une équipe de l'Université de Yaoundé I à la fin de la collecte de données. L'équipe de recherche a accompagné les enquêteurs au cours de la première semaine de collecte de données sur le terrain pour garantir la coordination et la qualité du processus de collecte de données. A l'arrivée de chaque équipe dans une région PBF, les enquêteurs rencontraient l'Agence d'Achat de Performance PBF et le Délégué régional de la Santé pour faciliter les présentations dans la région et recevoir l'aide des vérificateurs de l'AAP chargés de faciliter les contacts entre les enquêteurs et les informateurs clés sélectionnés. Tous les entretiens ont été enregistrés, après consentement. Les enregistrements et interviews ont été étiquetés suivant un code pré-attribué afin d'organiser et gérer toutes les données. Un responsable a été désigné pour chaque équipe de quatre. Celui-ci était chargé d'organiser et sécuriser le stockage du matériel d'enregistrement et des enregistrements.

Une réunion de vérification de l'étude à mi-parcours s'est tenue au milieu de la période de collecte des données lorsque les équipes anglophones et francophones se sont retrouvées pour récapituler la première étape de la collecte des données et présenter les premiers enregistrements à l'équipe de transcription de données. Les enregistrements des interviews et des entretiens avec les groupes de discussion ont été stockés sur des clés USB sécurisées, puis envoyés à une entreprise de transcription basée à Yaoundé, Cameroun, où elles ont été transcrites en anglais et en français. Les interviews réalisées en pidgin ont été traduites en anglais au cours de cette opération.

Analyse des données

L'analyse a commencé dans un processus de codage ouvert par la revue de la liste des éventuels thèmes majeurs tirés des questions de recherche sur le processus de mise en œuvre du PBF et la réaction suscitée. L'élaboration des codes qui s'en est suivie a succédé à une approche fondée sur la théorie de terrain modifiée qui incorporait le codage thématique basé sur les questions de recherche. Ce qui a permis de s'intéresser aux interprétations qui émergeaient des données mais se rapportaient aux thèmes spécifiques aux questions de recherche (Glaser, 1965). Les stratégies d'identification des thèmes consistaient à relever les répétitions, des typologies et catégories fondées sur les données, les transitions, les similitudes et les différences linguistiques, les connecteurs, les données manquantes et les éléments liés à la question de recherche et à la théorie (Ryan et Bernard, 2009). Les codes élaborés en codage ouvert ont ensuite été organisés et résumés dans un livre de codes (Glaser, 1965; Strauss & Corbin, 1998). L'étape suivante consistait à s'inspirer des thèmes identifiés en utilisant un codage axial et un codage sélectif (Miles et Huberman, 1994) qui faisait le lien entre les différentes parties des données de manière pertinente par rapport aux questions de recherche. Compte tenu de la structure des entretiens qui visaient à saisir les perceptions des parties prenantes à travers une grande variété de points de vue, les données relatives aux interviews ont été portées dans deux livres de codes distincts pour l'analyse, reflétant ainsi les catégorisations des thèmes de recherche originaux de cette étude qualitative : (1) *Les points de vue du système de santé et des prestataires* et (2) *les points de vue des communautés*. Le premier livre de codes a été conçu à partir des données des entretiens avec des responsables du niveau central, régional et de district ainsi que des responsables des formations sanitaires tandis que le second s'est inspiré des données des IA des dirigeants communautaires et des membres de la communauté appartenant aux GD. Les données ont été triangulées pour analyser les mesures comparatives et les incohérences constatées entre les deux groupes d'interview. Le processus de codage et d'analyse a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo 10.

Résultats

1ère Partie: Points de vue des prestataires et de l'administration concernant la mise en œuvre du PBF

Réussites de la mise en œuvre du PBF au Cameroun (Points de vue du Système de santé et des prestataires)

Dans l'ensemble, les autorités sanitaires et les acteurs des formations sanitaires interrogés ont affiché **des réactions enthousiastes quant à la mise en œuvre du PBF** dans leurs régions. Il n'y a pas eu de différences notoires entre les régions. La majorité des réactions positives concernait l'augmentation des ressources de la formation sanitaire. Parmi ces avantages citons la mise à jour ou l'achat du matériel pour les formations sanitaires, l'amélioration des infrastructures en termes de propreté, d'entretien, de peinture et d'extension des installations.

« Si vous regardez, vous pouvez voir vous-même, nous avons déjà fait la clôture ... ça vient des subventions et là, nous avons également acheté un téléviseur qui aide également à distraire certains malades, ça provient toujours de ces fonds, il y a de très petites choses que nous faisons. C'est très insignifiant, mais ça a permis de changer cet endroit. Si vous étiez venu ici une fois par le passé

vous auriez vraiment pu convenir avec moi qu'il y a un grand changement. Il y a des choses que vous faites sans vraiment vous rendre compte qu'elles comptent à ce moment-là, mais elles aident vraiment. » (*Directeur d'une formation sanitaire*)

«Nous avons construit cette cantine comme je le disais, nous avons peint l'hôpital comme vous pouvez le voir. Certains murs étaient fissurés et nous avons même cimenté de nouveau à cause des fissures. Ce sont quelques signes que nous progressons doucement car nous avons commencé avec la maternité. Nous avons peint l'intérieur et l'extérieur puis nous nous sommes allés dans le service des admissions dont nous avons peint l'intérieur et l'extérieur. Mon propre service ici, ce bâtiment, n'est pas encore peint ; nous prévoyons encore de peindre l'extérieur parce que l'intérieur est encore un peu propre ». (*Responsable d'une formation sanitaire*)

«Nous sommes capables de travailler; J'ai parlé du véhicule que nous avons pu réparer à hauteur de deux millions de francs en une fois grâce au ressources du PBF; j'ai parlé du toit qui fuyait et que nous avons pu réparer sinon il attendrait encore. Nous avons pu ... créer un système de fichier à présent où l'on peut... la tenue des dossiers s'est améliorée. » (*Chef de Services de Santé de district*)

«Nous essayons d'embellir notre environnement; nous voulons planter ... le banc que nous plantons autour de cette broussaille jaune, nous voulons planter dans toute la concession pour qu'elle soit belle et attire davantage de monde et nous essayons d'arranger les routes... Et puis nous essayons de construire également des caniveaux pour drainer les eaux. Nous avons commencé par la façade où vous étiez assis, il y avait des fleurs. Nous avons essayé de cimenter ça et avec la disponibilité des moyens nous étendrons à d'autres endroits et même autour du bâtiment. Et l'autre innovation, nous avons peint la maternité et le laboratoire et laissé ce côté-ci pour nous en occuper dès que les moyens seront là. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

«L'hygiène et l'assainissement des structures sanitaires se sont beaucoup améliorées et les rend plus attrayantes.» (*Délégué régional de la santé*)

« Les infrastructures se sont améliorées, le bureau dans lequel nous sommes assis, si vous l'aviez vu il y a ... deux ans avant le début du projet, on ne pouvait pas penser que c'est le bureau du Chef des Services de Santé de district. Même le vieux véhicule que j'utilise était abandonné. Grâce aux fonds que nous recevons du PBF nous avons pu remettre le véhicule en état et il peut au moins nous aider à aller à quelques endroits pour la supervision. Et... si vous allez dans d'autres formations sanitaires vous verrez que c'est vraiment venu améliorer les infrastructures et les équipements des formations sanitaires. Beaucoup des formations sanitaires ont pu acheter l'équipement de base ». (*Chef de Services de Santé de district*)

Les personnes interrogées ont cité **l'amélioration de l'attitude et de la moralité du personnel** comme l'avantage le plus positif de la mise en œuvre du PBF après l'amélioration des infrastructures. De même que l'amélioration des infrastructures, l'amélioration de l'attitude et de la moralité du personnel est étroitement liée à l'augmentation des ressources, des biens et équipements achetés grâce aux fonds PBF. Les incitations financières reçues par le personnel des formations sanitaires ont été un puissant facteur de motivation pour amener le à personnel travailler au-delà des objectifs liés à leur poste et leur rôle au sein de la formation sanitaire. L'amélioration de l'attitude et de la moralité du personnel ont été relevés non seulement au niveau des formations sanitaires, mais également au sein des équipes de supervision au niveau régional et du district. A noter cependant, certains responsables des formations sanitaires ont fait la remarque que les

fonds du PBF et les primes du personnel servent en fait à rappeler au personnel son devoir – qu'en réalité le personnel était moins performant avant et au début du programme PBF.

« L'esprit d'équipe s'est également considérablement amélioré et les pratiques de corruption comme les ventes parallèles de médicaments et les dessous de table ont beaucoup diminué. Je pense donc, avant tout, que le personnel est plus motivé à faire son travail et en est satisfait grâce à l'environnement favorable. » (*Délégué régional de la Santé*)

« Avec le temps, les gens ont commencé à voir que c'était bien et qu'ils pouvaient vraiment en tirer profit et en particulier, lorsque les premiers paiements ont été effectués les gens étaient vraiment heureux de recevoir de l'argent. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Dans chaque service, particulièrement pour les quantités que j'ai acheté, le personnel est bien formé sur la façon de documenter; par exemple, on a dû assigner et rappeler aux médecins leurs fonctions. Je pense que le PBF n'a rien apporté de nouveau, mais a rappelé aux gens de ce qu'ils devaient faire, mais négligeaient. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

Entre autres succès attribués à la mise en œuvre du PBF figurent l'amélioration de la qualité des services de santé offerts, l'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation des services de santé et l'augmentation de la satisfaction des malades. Les personnes interrogées ont étroitement liés ces succès à une plus grande autonomie, en termes de finance et de gestion, accordée aux formations sanitaires à travers les contrats PBF. Avant le PBF, les formations sanitaires T1 et C1 comptaient sur les responsables centraux pour décider de l'utilisation et de la distribution des fonds, qui avec le temps, devenaient plus une promesse qu'une réalité. Les fonds additionnels ont permis aux formations sanitaires de diriger les ressources vers les priorités identifiées par la direction et le personnel de la formation sanitaire au lieu d'attendre l'autorisation du niveau central pour effectuer les dépenses et investissements de la formation sanitaire.

« En ce qui concerne l'utilisation, le personnel de santé génère ses fonds et les utilise en fonction des besoins: les besoins locaux plutôt que de les aligner sur les besoins physiques ou l'exécution du budget de l'Etat tel que prescrit par les règles et règlements budgétaires. » (*Délégué Régional de la Santé*)

« L'idée de donner de l'argent, de vous accorder l'autonomie financière et vous avez votre boîte noire pour laquelle vous vous asseyez en comité et décidez de ce qu'il faut faire dans votre formation sanitaire, ce qui ne se faisait pas. Nous savons que le gouvernement vous donne un carton de trois cent mille, mais vous n'arriverez même pas à utiliser cent mille francs. Il n'était même pas facilement disponible donc je pense que c'est une grande innovation parce que nous avons ... L'argent rentre dans les formations sanitaires et nous sommes libres de décider de ce que nous en faisons. Le personnel des formations sanitaires l'utilise sur place et décide du montant à dépenser dans la formation sanitaire pour développer les infrastructures. » (*Chef des Services de Santé de District*)

« L'autre point positif du PBF ne concerne pas seulement ce que nous recevons parce que normalement, selon les normes du PBF nous ne sommes pas censés utiliser plus de 50% pour nos primes. Ici, à l'hôpital, c'est l'un des rares hôpitaux où nous avons parfois accepté d'un commun accord de ne même pas utiliser l'argent pour nos primes individuelles... et de temps à autre, même lorsque nous voulons nous motiver, nous n'allons même pas jusqu'aux 50% que nous sommes autorisés à utiliser. Cette décision est prise en accord avec les responsables des services. Pourquoi? Parce que l'autre aspect positif du FBP est l'amélioration de la qualité et la quantité de matériel et nous avons fait beaucoup dans cet hôpital avec cela. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

«Eh bien nous sommes passés d'une fréquentation de moins de 40% à environ 80%. C'est notre première réussite, l'utilisation du centre de santé a augmenté. Nous consultions généralement entre 30 et 40 malades mais maintenant nous en avons plus de 100. Même le nombre de femmes qui viennent à la clinique ont accru nos revenus. Même les revenus du centre de santé se sont accrus; donc, même sans le PBF aujourd'hui nous serons heureux de l'augmentation de nos revenus et ils augmenteront davantage si nous continuons de travailler comme nous le faisons maintenant. Avec le PBF nos revenus continueront d'augmenter. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*.

«Comme je le disais il y a un grand changement. Si vous jetez maintenant un coup d'oeil à mon registre, c'est le registre avec lequel j'ai commencé le PBF, mais si vous regardez l'autre, je ne consultais jamais plus de quarante malades...mais maintenant j'ai au moins plus de cent consultations. Il y a des mois où je suis même allé jusqu'à deux cent...donc, les services se sont améliorés; les accouchements se sont améliorés, Les CPN se sont améliorées, tout s'est amélioré. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*

« Pour ce qui est de la santé maternelle et infantile permettez-moi de commencer d'abord par la CPN et l'accouchement. Par le passé, nous mettions au monde peut-être un enfant ou deux par mois. Mais avec le PBF et la mobilisation sociale, nous mettons au monde cinq enfants en moyenne par mois. En décembre dernier, nous avons eu neuf enfants. Dans mon dernier rapport PBF, je leur ai dit que depuis que je suis ici c'est le plus grand nombre d'enfants nés ici dans un délai de trois mois - 21 enfants! Par le passé, ça n'allait pas du tout. Certaines personnes ne savaient même pas qu'on accouchait ici. Alors maintenant, elles viennent pour la CPN, Aujourd'hui c'était le jour de la PCN – J'ai reçu trois femmes. Avant, vous pouviez recevoir ici deux femmes pour tout le mois, mais ce mois-ci, nous avons environ 9 cas de CPN déjà. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*

« Le nombre de patients a augmenté. L'appréciation est ... vous pouvez l'entendre dans leur voix. Parce que d'habitude quand c'est mauvais, ils ne parlent pas ou ils parlent très loin, mais quand c'est bien ils sont heureux de vous le dire. Ça c'est clair. Ici, nous avons des malades qui sont vraiment venus nous remercier pour tout ce qui se passe. Pour moi, la quantité, le nombre de patients qui fréquentent l'hôpital a augmenté. » *Responsable d'une formation sanitaire)*

Une autre réussite de la mise en œuvre du PBF mise en évidence par la grande majorité des participants aux entrevues concerne **les vastes changements dans la supervision** apportés par le PBF. L'amélioration de la supervision se trouvait au cœur du programme PBF - une supervision intense par les niveaux central, régional et de district permettant une plus grande collaboration entre les organismes de réglementation et les formations sanitaires qu'ils supervisaient. Au niveau des formations sanitaires, la multiplication des supervisions par le personnel et les vérificateurs des Agences d'Achat de Performance du PBF a permis de tenir le personnel de santé en alerte, à se réunir, s'améliorer et à travailler au-delà des exigences et les attentes liées à leur poste. Les réussites et résultats positifs mis en évidence ci-dessus peuvent être liés à l'amélioration de la supervision provoquée par le programme PBF.

« Je pense que ... J'avais l'habitude de dire au CSSD quand il venait superviser... Je dis « chef, c'est le PBF qui vous a fait venir ». Je pense que je suis resté ici trois ans sans jamais rencontré le CSSD. Il n'a pas été remplacé, c'est le même, mais maintenant il y a un registre de supervision. Chaque fois qu'il supervise, il vient, supervise et signe. Chaque fois qu'il vient, il supervise. Mais avant, personne ne connaissait le CSSD ici. Maintenant, il doit venir superviser parce que s'il ne supervise pas, le PBF le saura.» *(Responsable d'une formation sanitaire)*

« La supervision est le plus grand aspect du PBF. Il ne s'agit même pas d'argent, l'argent vient juste pour que ... quand ils vous surveillent, vous êtes fatigué, vous pouvez avoir une certaine motivation, mais je pense que ... l'aspect supervision, il faut une surveillance étroite car ici, si je ne

suis pas là pour superviser le comptage et la clarification, des erreurs surviennent dans les chiffres. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Nous n'allions pas superviser les formations sanitaires pour les aider à élaborer des business plans. Mais maintenant, avec l'arrivée du PBF, nous le faisons. Nous n'avions pas l'habitude de superviser pour voir le niveau de réalisation des objectifs, maintenant nous le faisons. Nous évaluons la qualité à la fin de chaque trimestre et utilisons la grille d'évaluation de la qualité. Nous ne le faisons pas d'habitude. » (*Chef des Services de Santé de District*)

« Je pense que l'un des grands résultats que nous obtenons au niveau de la Région et qui est très positif c'est la supervision du district. Avant aujourd'hui la question de la supervision était toujours un problème. » (*Délégué régional de la Santé*)

« Au moins maintenant, nous avons des visites de supervision ... que nous n'avions pas, ce qui pour moi est bien parce qu'elles aident et éclairent certaines choses qui ont été négligées, vous savez, et ça vous réveille; au moins quand vous savez que quelqu'un va venir contrôler et superviser vos activités vous essayez de faire de votre mieux de sorte qu'à son arrivée, vous ne vous ridiculiez pas. Ce n'était pas le cas avant, mais avec le programme PBF c'est ce qui se passe et personnellement, j'apprécie. J'aime. » (*Responsable de formation sanitaire*)

Obstacles et défis dans la mise en œuvre du PBF au Cameroun (Points de vue du système de santé et des prestataires)

De l'avis des autorités sanitaires/prestataires, l'obstacle le plus fréquemment rencontré lors de la mise en œuvre du PBF était **la réticence initiale du personnel des formations sanitaires à s'ajuster** aux exigences du programme. La majorité du personnel de la formation sanitaire s'est d'abord montré réticent ou incrédule face aux promesses et éléments livrables du programme, en particulier en ce qui concernait des incitations financières basées sur la performance. Le personnel hésitait à accepter le changement radical de méthodologie de travail qu'exigeait le programme PBF avant d'avoir perçu le premier versement pour leurs résultats.

« Ce n'était pas facile au début parce que j'essayais de les forcer à appliquer les principes du PBF rien qu'avec des promesses parce qu'ils disaient « vous nous demandez de faire ceci et que l'argent viendra, ceci viendra, cela viendra, que ce ne sera pas comme les autres programmes qui viennent et font des promesses et nous font attendre 5-10 ans en vain ». Et franchement ce n'était pas facile; c'était vraiment très difficile. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Ça a été difficile d'y arriver parce que [le personnel] n'était pas venu pour le briefing de sorte que nous sommes venus pour la formation et lorsque nous sommes revenus une autre fois, ils m'appelaient « Docteur PBF, votre chose là va nous déranger, nous voulons que les choses aillent plus vite après tout où est notre intérêt dans tout ça? Ils viennent nous déranger tous les jours disant que nous devons porter l'uniforme, que vous ne nous donnez pas de savon et ainsi de suite ». Donc, quand ça venait de commencer c'était un peu difficile parce que quand ils l'ont conçu, ils l'ont fait aller de pair avec l'argent. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« La réaction d'ensemble lorsque ça a commencé c'est que les gens étaient très négatifs parce qu'ils pensaient que le PBF venait jouer le rôle de censeur, les gens venaient travailler à l'heure qu'ils voulaient et disparaissaient n'importe quand à cause de funérailles [sic.] et autres. » (*Chef des Services de Santé de district*)

Cependant, une fois les premiers paiements du PBF reçus, le personnel a accepté et a adapté avec enthousiasme les rythmes de travail aux normes établies par les

indicateurs du PBF. Le processus d'adaptation et d'acceptation du PBF a été légèrement entravé par les longs retards dans le versement des premiers fonds, les dirigeants des formations sanitaires servant à la fois de figures d'autorité et de motivation dans le cadre des préparatifs à la réception de paiements. Dès réception des paiements, les membres du personnel sont alors devenus plus désireux de respecter et de travailler en vue de dépasser les objectifs arrêtés par le PBF pour leurs formations sanitaires.

« Bon, les défis que nous avons rencontrés, vous voyez c'était un nouveau projet et ... c'est arrivé et dès le départ les gens ne pensaient pas vraiment que c'était quelque chose qui marcherait, en particulier nos hôpitaux missionnaires et les autres ne croyaient pas vraiment que ça marcherait et donc... il y avait peu de suivi et les gens n'étaient pas vraiment sûrs que ça marcherait.. et ça a commencé très timidement, mais avec le temps les gens ont commencé à voir que ça valait la peine et qu'ils pourraient vraiment en bénéficier en particulier lorsque les premiers paiements sont arrivés, les gens étaient vraiment heureux de recevoir l'argent et ... le personnel aussi s'est rendu compte que ce qu'ils disaient ... quelque chose d'intéressant se passait. » (*Chef des Services de Santé de district*)

« Donc, le chèque pour les quatre premiers mois, trois mois sans argent, ils, ils étaient ... un peu, à un moment donné, ils sont devenus certainement réticents mais une fois que l'argent a commencé à couler, la motivation est revenue, tout le monde s'est levé. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Eh bien, au niveau de la mise en œuvre, l'un des obstacles en général c'est l'incertitude quant à l'arrivée des fonds à temps; il y a des formations sanitaires dont je me suis plaint ce qui pourrait être dû à la bureaucratie et les goulots d'étranglement de notre administration ». (*Délégué régional de la Santé*)

En plus de la réticence initiale du personnel des formations sanitaires à s'ajuster, un autre défi majeur vécu par les acteurs du FBP concernait les **messages contradictoires**. Les acteurs de l'administration de la santé (au niveau régional et de district) trouvaient que certains paramètres du PBF allaient à l'encontre des directives qu'ils avaient reçues du niveau central du Ministère de la Santé. Face à ces conflits, les autorités ne tenaient généralement pas compte des directives du PBF qui s'opposaient à celles du niveau central. Comme souligné dans la section précédente, la supervision était un élément clé du programme PBF car jugé comme présentant un grand avantage pour l'amélioration des infrastructures et des services, en particulier avec la mise en place des systèmes de contrôle solides lors de la phase de mise en œuvre. Cependant, les formations sanitaires ont souvent été embarrassés par les informations contradictoires ou confuses des superviseurs concernant des aspects tels que les indicateurs de rapportage ou la façon dont les formations sanitaires doivent répartir les fonds PBF. Plusieurs répondants des formations sanitaires sous PBF ont noté que le personnel de l'Agence d'Achat des Performances utilise des normes différentes pour harmoniser les indicateurs ce qui conduit à des écarts dans les rapports mensuels, affectant ainsi le montant des subventions à recevoir par les formations sanitaires. Différentes directives données sur la façon dont les formations sanitaires devraient utiliser les fonds PBF contenaient des informations contradictoires sur le pourcentage de fonds devant être alloué pour les primes du personnel et celui affecté aux infrastructures et investissements.

« Si vous venez ici et insistez sur les principes du PBF, par exemple... ils disent que tout l'argent généré par les formations sanitaires doit être réuni avant l'utilisation. Mais si vous vous tournez vers les autorités sanitaires, ce n'est pas ce qu'elles demandent de faire. Si vous posez cet argent là et les contrôleurs viennent, personne ne vous écouterait. Et j'ai été affecté ici par les autorités sanitaires et non par le PBF. Donc, je ne le ferai pas. » (*Chef des Services de Santé de district*)

« Il y a des politiques qui ne correspondent pas avec le PBF et qui doivent être changées, mais au niveau supérieur. Et ce sont les goulots d'étranglement qui nous empêchent d'avancer, qui m'ont empêché de faire certaines choses, des choses qui ont à voir avec l'autonomie. Le niveau supérieur doit le faire et c'est de la compétence du Ministère de la Santé de le faire à cause de l'autonomie. C'est là notre difficulté mais ensuite nous avons dû l'écarter parce que le PBF était alors mis en œuvre comme projet et avec le projet on peut contourner les règles et des règlements. » (*Délégué régional de la Santé*)

« J'ai un problème avec les équipes d'évaluation par les pairs. Parce qu'elles ne s'asseyent jamais pour établir des normes de qualité. Quand elles viennent, certaines personnes viennent avec leurs opinions personnelles au sujet de la qualité d'une chose particulière. Donc, mon avis est que les pairs évaluateurs s'asseyent ensemble et arrivent à une norme commune que nous pourrions voir. L'équipe d'évaluation par les pairs devrait arriver à des normes communes afin que, quelle que soit la personne qui vient pour le contrôle qualité, ce qui est correct le soit et ce qui est mal est mal, et non pas à cause des différentes perceptions sur la qualité. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Je ne pense pas que [le processus de vérification] est très transparent parce que quand telle personne viendra, elle va valider et de dire ceci est correct, mais telle autre personne viendra et dira le contraire. Dès fois, nous dansons juste comme des idiots. Donc, il serait bon d'avoir quelque chose de très direct et dynamique de sorte que si on le met en place, on sait ce qui est correct. Comme la dernière fois qu'un vérificateur est venu pour la supervision, pour la cuisine, elle est venue et nous ont grondé, mais elle nous a quand même donné un zéro. J'ai dit: «Comment pouvez-vous me donner zéro quand j'ai une cuisine équipée avec le nécessaire exigé?» Elle a dit que je n'ai pas carrelé ma cuisine, je ne l'ai pas cimentée. Elle m'a donné zéro et s'en est allée donc je n'ai eu qu'à l'accepter. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« En ce qui concerne la supervision je voudrais qu'elle soit uniforme. Parce qu'ils nous apportent... comme aujourd'hui par exemple, un superviseur vient et me dit de faire une chose et quand je le fais, le prochain superviseur vient dire que ce n'est pas correct. Donc, ça doit être uniforme. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« Comme la dernière réunion que nous avons eu - au début du PBF- ils ont donné l'impression que quand ils achètent, 50% des fonds est pour la motivation du personnel. Puis, plus tard, on nous a dit de ne plus donner 50% pour la motivation du personnel. Donc, ça a créé un problème de sorte que même le personnel qui était présent a dit «Ha! Ce genre de chose quand vous reculez maintenant et que vous voulez leur dire ça ils vont dire non! Vous voulez manipuler l'argent. Pourquoi est-ce que vous êtes venus nous dire que ce sera 50%? Pourquoi changez-vous encore? » Ils ont répondu : « Non, nous voulons que l'argent soit utilisé pour les investissements plutôt que pour motiver le personnel. » Mais dès le début c'est ce que vous avez dit et maintenant vous changez de sorte que ça créé des malentendus. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

Résultats du groupe témoin d'EI (Points de vue du système de santé et des prestataires)

L'une des principaux combats des formations sanitaires était de fonctionner selon les paramètres de leur groupe témoin d'EI – soit que les formations sanitaires aient été choisies au hasard et affectées aux groupes T1, C1, C2, C3. **Le fonctionnement des formations sanitaires à différents niveaux de base de compétence** était une plainte majeure et un obstacle exprimé par les informateurs clés des formations sanitaires en termes de capacité à atteindre les objectifs du PBF, quel que soit le groupe d'EI auquel ils avaient été affectés. Les différences entre les formations sanitaires ont souvent été attribuées à différents niveaux de gestion, des zones de compétence des formations sanitaires ou de difficultés d'accès.

« Et les défis du système de santé de district concernent le fait qu'avant on créait des formations sanitaires sans tenir compte de la zone de desserte de la formation sanitaire. Donc, vous avez des formations sanitaires qui sont créées dans des endroits où la fréquentation pose un problème quel que soit ce que vous faites. Voici donc quelques-uns des défis auxquels nous sommes confrontés avec le PBF parce que, peu importe ce que vous faites, la formation sanitaire a été créée là où il n'y a personne. Donc, l'utilisation sera toujours faible et dans ce cas notre performance est liée au plus bas niveau. Donc, vous voyez, nous allons simplement être pénalisés parce que nous voyons que rien ne changera dans ces formations sanitaires depuis leur création, elles ont été créées dans des lieux reculés ». *(Chef des Services de Santé de district)*

« Ce qui n'a pas bien marché avec le PBF c'est qu'il y a des choses que le PBF veut que nous fassions, comme avoir une morgue ce qui n'est pas à notre portée; oui, un incinérateur n'est pas à notre portée; oui, l'eau courante dans la formation sanitaire; certaines activités ne sont pas à notre portée. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*

« Si le PBF peut vraiment évaluer la formation sanitaire sous contrat et si on remarque que c'est une zone difficile et qu'on en tient compte, ça aidera vraiment beaucoup. Parce que si vous regardez les centres de santé impliqués dans le PBF, vous verrez que certains de ces centres ne sont pas vraiment aussi difficiles que les autres, mais il y en a qui sont très difficiles. Donc, s'il peut se pencher sur cette situation, le PBF va vraiment prospérer. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*

« Si vous prenez les formations sanitaires T1, toutes ne produisent pas le même résultat, en se référant juste sur la gestion de ces formations sanitaires. » *(Délégué régional de la Santé)*

« Les T1 ont beaucoup d'exigences. Elles s'attendent à ce que vous fassiez davantage que ce que vous pouvez même faire. C'est le plus grand défi avec les T1. Elles attendent plus, mais à notre niveau, dans notre communauté, nous n'avons pas vraiment la population qu'il faut, mais nous faisons de notre mieux. » *(Responsable d'une formation sanitaire)*

Les formations sanitaires T1 ont montré beaucoup de ressentiment envers les C1 qui reçoivent des subventions sans fournir d'efforts en termes de performance comme il est attendu des T1. Beaucoup de responsables de formations sanitaires T1 se sont montrés jaloux ou ont rapporté le mécontentement du personnel envers les C1. Ils ont souvent le sentiment que les C1 profitent de leur travail acharné et des efforts de leur personnel pour améliorer les performances. D'autre part, certaines formations sanitaires C1 ont exprimé leur propre mécontentement à l'égard des T1, se plaignant des mauvais résultats des formations sanitaires T1 qui ont entraîné une diminution des primes du PBF pour les C1 ce qui n'aurait pas été le cas si elles avaient été classées selon leur propre résultat.

« Parfois, nous, les T1, avons des rancunes parce que les C1 mangent juste l'argent tandis que nous nous battons. Au début, quand ils ont fait l'échantillonnage aléatoire j'étais très heureux, mais après un certain temps j'ai réalisé que les C1, même si elles viennent aussi et sont suivies, elles ne se battent pas comme nous parce que nous fournissons davantage d'efforts chaque mois pour voir notre travail. Sinon, nous n'aurons rien. Mais les C1 sont juste là. » *(Responsable d'une formation sanitaire- T1)*.

« Par exemple, nous pouvons faire beaucoup de travail d'après leur calcul, peut-être que nous pouvons accomplir beaucoup de travail et vous voyez que si vous calculez le travail que nous avons fait en termes d'argent, il pourrait être d'environ 400 000 FCFA, mais parce qu'ils nous paient en fonction de la production des T1, l'argent peut revenir à 330 000 CFA. Donc, dans ce genre de cas, nous ne nous sentons pas vraiment bien parce qu'on fait vraiment notre part et nous ne sommes pas payés en fonction de notre production. » *(Responsable d'une formation sanitaire C1)*.

De nombreux succès ont été constatés et signalés par des informateurs clés interrogés dans des formations sanitaires C2. Les améliorations des infrastructures et de la qualité ont été fortement attribuées à la supervision du projet PBF. Cependant, dans l'ensemble, les responsables des formations sanitaires C2 ont exprimé à plusieurs reprises l'ardent désir de recevoir également des paiements PBF ou cité la non réception des fonds PBF comme le principal obstacle à de nouvelles améliorations dans la prestation des services de santé. Malgré l'expression générale d'un besoin d'argent, il y a eu quelques cas de personnel des formations sanitaires C2 ayant dépassé cet aspect et fait usage des idéaux d'organisation et de supervision enseignés par le PBF pour améliorer leur structure en dépit de l'absence de fonds PBF.

« Pour citer mes collègues : « ils nous dérangent pour rien ». Ils vous donnent des connaissances en matière de supervision, mais pourtant vous n'en voyez pas les avantages financiers. Ils veulent vous envoyer au ciel étant vivant. Ils veulent que vous fassiez des choses et ils ne vous donnent pas la capacité de le faire. Alors, que faire? » (*Responsable d'une formation sanitaire C2*)

«Le personnel des C2 s'est montré très réticent, mais il y a certaines C2 qui travaillent encore plus dur que celles qui ont vraiment de l'argent, Elles essayent de se conformer. l'hôpital Baptiste par exemple – l'hôpital baptiste ne reçoit pas de fonds mais travaille bien mieux que certaines structures qui reçoivent des financements. » (*Délégué régional de la Santé*)

Dans l'ensemble, toutes les formations sanitaires T1, C1, C2 ont montré quelques améliorations structurelles ou qualitative grâce à la mise en œuvre du programme PBF. Comme nous l'avons souligné avec le groupe C2 ci-dessus, **beaucoup de ces améliorations ont été attribuées à la supervision intense du programme** qui exige des formations sanitaires et du personnel de «s'asseoir» et commencer à organiser leurs registres, ou des infirmières d'améliorer leur apparence et leur présence dans leurs structures respectives. Les dirigeants des formations sanitaires du groupe C3 ont exprimé leur satisfaction quant au statu quo, parlant souvent en termes positifs de leurs structures et de leur niveau actuel de performance et de la satisfaction des utilisateurs. Toutefois, lorsque interrogés sur les améliorations qu'ils souhaitaient, les responsables des formations sanitaires ont exprimé de gros besoins pour leurs structures, du manque d'eau ou d'équipement de base au besoin d'un médecin permanent pour diriger la structure et consulter les malades. Quelques informateurs clés interrogés au niveau des formations sanitaires C3 semblaient être au courant des activités de supervision et du programme PBF se déroulant dans d'autres formations sanitaires T1, C1 et C2 dans leur région – ce qui a valu qu'ils expriment peu, voire pas du tout le désir d'être davantage impliqués dans le programme PBF.

Un résultat intéressant, mais pas très répandu qui a émergé des groupes témoin des formations sanitaires était le «**virus du PBF**». Dans certains cas, les responsables de la santé ont pris sur eux de répandre les idées et les concepts enseignés par le programme PBF aux formations sanitaires non-PBF. Quelques formations sanitaires C2 et C3 ont également signalé qu'elles avaient remarqué une perte importante des malades de leurs formations sanitaires au profit des formations sanitaires sous PBF, en particulier lorsque leur structure avait été considérée par le passé comme étant une bonne formation sanitaire mais présentait un ou deux inconvénients pour les utilisateurs, comme la distance ou les coûts élevés. Après l'amélioration de la qualité et de la compétitivité des formations sanitaires sous PBF, les formations sanitaires C2 et C3 qui étaient précédemment utilisées ont soudain perdu des malades au détriment des structures sous PBF.

«J'utilise les connaissances du PBF pour améliorer les services de soins de santé dans la région, non seulement dans les districts de santé sous PBF mais aussi dans d'autres districts de santé ... Je

m'assure de partager les connaissances que j'ai sur le PBF pour qu'ils soient capables d'améliorer leurs services. C'est pourquoi je vous ai dit que le PBF contamine déjà d'autres districts de santé et d'autres formations sanitaires qui ne sont pas dans le district de santé sous PBF parce que je partage ce savoir avec eux. Je les amène à l'utiliser et je dis que même si le PBF a apporté un peu d'argent comme déclencheur, ce sont les principes qui sont plus importants parce qu'ils paient ces services après avoir été produit ». (*Délégué régional de la Santé*)

« En fait, quand je vois les autres amis et comment ils répartissent l'argent – les motivations du personnel de certaines formations sanitaires sont même parfois plus élevées que leurs salaires, et donc j'espère que si nous pouvions être placés sous PBF ce serait merveilleux pour nous, car cela nous aiderait et aiderait la structure. Il y a une structure proche qui me prend certains de mes clients à cause de la façon dont le centre de santé fonctionne. Et je pense que personne ne voudra venir se coucher sur un lit nu quand il sait que s'il va dans l'autre formation sanitaire il aura un lit avec un matelas propre et bien d'autres choses. Donc, si le PBF nous tend la main, je pense que nous allons récupérer ces clients que nous perdons. » (*Responsable d'une formation sanitaire C2*).

Indépendamment de type d'intervention ou du classement du groupe témoin, de nombreux prestataires des formations sanitaires ont parlé de l'inertie ou de l'absence d'amélioration des soins de santé n'eût été la mise en œuvre du programme PBF dans leurs régions. N'eût été le PBF, les prestataires de soins de santé auraient été incapables d'améliorer les infrastructures et de fournir les efforts de sensibilisation communautaire qui ont été possibles grâce aux subventions financières du PBF, ainsi que la plus grande autonomie accordée au personnel des formations sanitaires dans l'utilisation de ces fonds.

« S'il n'y avait pas eu le PBF, il n'y aurait pas de consultations gratuites, de laboratoires gratuits. Car tous ceux qui viennent ici paient pour la plupart des frais de consultation qu'on soit orphelin ou non, épileptique ou non; donc nous prenons cet argent chez eux pour faire fonctionner la structure. S'il n'y avait donc pas le PBF, je ne peux pas vous mentir, nous ne ferions rien gratuitement pour personne. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

« J'ai observé les autres formations sanitaires qui sont financées par le PBF. Je pense que l'apparence de leur formation sanitaire est merveilleuse. Donc, s'il n'y avait pas eu le PBF, je ne pense pas que les formations sanitaires auraient cette belle apparence parce qu'ils prennent l'initiative maintenant de faire de la structure ce qu'ils veulent sans dépendre du gouvernement parce qu'à force d'attendre le gouvernement vous viendrez un jour et trouverez l'hôpital en train de s'effondrer. » (*Responsable d'une formation sanitaire*)

Perspectives d'avenir (Points de vue du système de santé et des prestataires)

En termes de perspectives et compte tenu de l'avenir du PBF, **toutes les personnes interviewées ont unanimement exprimé le désir de voir le programme PBF se poursuivre** indéfiniment. Les participants veulent en particulier que les subventions financières du PBF et la grande autonomie accordée au personnel du système de santé dans l'utilisation de ces fonds se poursuivent, que « l'argent ne vienne jamais à manquer ». À quelques exceptions près, ce n'était seulement qu'au niveau hiérarchique supérieur (avec les responsables centraux et régionaux) qu'a été exprimé le besoin de compétences plus logistiques et programmatiques, comme le besoin accru de dialogue sur les politiques de réforme ou le désir de maintenir la viabilité du programme au-delà des subventions financières.

« Nous devons nous assurer aussi qu'après la fin du projet PBF, lorsque les sources de financement [de la Banque mondiale] auront disparu, la même approche puisse continuer avec le soutien du gouvernement. C'est autre chose, car nous savons tous que la santé est un domaine

prioritaire pour le gouvernement et le programme PBF coûte cher. Avons-nous déjà pensé à une stratégie de sortie? Une fois que la Banque mondiale ne sera plus là pour payer, le Ministère de la Santé pourra-t-il continuer ou allons-nous nous arrêter brusquement et retomber dans les vieilles idées?» (Niveau central - Partenaires au développement)

« Je pense que les résultats sont encourageants, mais il reste à voir si le PBF aura un véritable impact sur une plus grande échelle. Puisque nous n'avons que deux ans je pense que nous devons penser à la durabilité, car actuellement, nous bénéficions du financement de la BM. Nous préparons-nous à prendre le relais? Je ne sais pas. Je ne peux pas y répondre et c'est ce qui m'inquiète. Aurons-nous les provisions budgétaires et financières suffisantes pour financer le PBF une fois que la Banque mondiale se sera retirée du projet? Donc, c'est un problème. » (Niveau central - Ministère de la Santé).

« Les principes du PBF appliqués au Ghana, au Nigeria, au Gabon, en Afrique centrale dépendent des circonstances locales, mais le principe reste le même. Il s'agit donc de les adapter aux réalités des différents pays. C'est donc pourquoi je ne peux que dire que pour que le PBF marche bien dans le contexte camerounais il faut revoir nos politiques. Nos politiques de santé, en particulier celles liées aux finances, à la gestion des ressources humaines et à l'autonomie. Nous devons les refonder pour qu'elles s'adaptent aux principes du PBF qui permet une autonomie de gestion, une grande influence sur les ressources humaines au niveau local et la gestion décentralisée.» (Délégué régional de la Santé)

« Le PBF est vraiment venu de nous retirer de notre boue et maintenant il m'a lavé de ma boue. Je suis tout simplement heureux. Moi je souhaite juste qu'il continue. Le PBF devrait être un programme à vie. Oui, au début, il n'était même pas facile d'acheter un registre, les gens ne venaient pas, on n'avait pas l'argent de la communauté, donc le PBF a vraiment fait du bien à cette formation sanitaire en particulier. » (Responsable d'une formation sanitaire)

II^{ème} Partie: Opinions de la communauté sur la prestation des soins de santé

Pratiques, accès et obstacles au recours aux soins (points de vue des communautés)

Les informations tirées des IA des dirigeants communautaires et des entretiens avec les groupes communautaires de discussion indiquent que les Camerounais semblent suivre une simple routine en ce qui concerne les pratiques de soins de santé lorsqu'eux-mêmes ou un membre de leur famille tombe malade. Ils préfèrent d'abord traiter les maladies courantes (telles que les fièvres ou la toux) à la maison par l'automédication ou par des traitements maison. Si les symptômes ne s'atténuent pas au bout de quelques jours, alors les personnes interrogées se «précipitent vers le centre de santé ». Toutefois, en insistant davantage, les membres de la communauté ont rapporté qu'ils ont entendu dire que des amis ou des voisins recourraient aux guérisseurs traditionnels pour traiter les problèmes de santé. Fait intéressant, ces rapports émanaient toujours d'un tiers ; les membres de la communauté reconnaissaient rarement qu'ils recouraient également aux charlatans ou à la médecine traditionnelle.

«D'accord, à la maison quand on est malade, on commence la prise en charge par l'administration des premiers soins avant d'emmener la personne à l'hôpital. Par exemple, quand un enfant a la diarrhée on s'en occupe à la maison en lui donnant du sucre, de l'eau et du sel avant d'aller à l'hôpital. » (GD- membre de la Communauté)

« Il a été prouvé que parfois les gens pensent qu'ils peuvent trouver du réconfort dans la médecine traditionnelle. Je ne vois personnellement aucun mal avec les herbes médicinales traditionnelles

parce que même les comprimés qu'on nous donne sont dérivés des herbes et des écorces d'arbres, mais le problème, c'est que parfois, vous voyez quelqu'un qui traite un mal qu'il ignore.»
(*Dirigeant communautaire*)

De façon unanime, les membres de la communauté ont très largement considéré **les raisons financières comme l'obstacle le plus important à leur accès au genre de soins de santé qu'ils désirent**. Les coûts élevés des services de santé et le manque de revenu discrétionnaire pour couvrir les coûts imprévus des soins de santé sont des obstacles importants pour les membres de la communauté, ainsi que les finances en ce qui concerne l'accès aux soins de santé à cause des longues distances entre les formations sanitaires et les villages nécessitant des besoins financiers supplémentaires pour couvrir le transport.

« Tout le problème réside dans la pauvreté parce que vous pouvez avoir un membre de la famille malade qu'on réfère vers un plus grand hôpital et là vous n'aurez pas les moyens d'y aller. Votre malade va mourir sur place parce que vous n'avez pas d'argent pour l'emmener vers un grand hôpital ». (*membre GD - Communauté*)

« Il y a des endroits où vous aimez vraiment aller mais quand vous pensez à votre situation financière vous préférez rester à la maison. » (*membre GD - Communauté*)

En termes de barrières sociales, les participantes aux groupes de discussion ne pensaient pas que les membres de la famille, le mari ou la belle-mère, pourraient les empêcher ou empêcher leurs enfants de recevoir les soins de santé. Le travail ne semblait pas non plus être considéré comme un obstacle à l'accès aux soins de santé. Cependant, elles ont parlé de **femmes dans la famille jouant le rôle de prestataire des soins de santé primaires et de soignante** en ce sens qu'on attend d'elles de se procurer et fournir les fonds pour le traitement des soins de santé pour elles-mêmes et les personnes à leur charge. Elle est également le seul membre de la famille responsable du transport vers la formation sanitaire et la recherche de soins de santé, alors que son partenaire utilise souvent l'argent à d'autres fins, telles que boire et jouer, ou est au chômage.

« Lorsque tu es à la maison c'est seulement la mère même si le père est à la maison et qu'il n'y a pas de travail; il est assis dans la maison et regarde la femme comme les enfants. Les enfants regardent leur mère et leur père fait de même. Alors la mère est seulement obligée d'aller travailler au champ; les produits agricoles sont achetés à un prix très décourageant. Le prix des produits agricoles n'est même pas encourageant donc quand tu apportes une petite quantité et la vend au marché, tu rentres à la maison et tous les problèmes de la terre vont simplement absorber tout l'argent que tu as ramené du marché. Oui, ce qui nous dérange ici ce n'est que la pauvreté. »
(*membre GD - Communauté*)

« Où même! Il va plutôt dire «Que moi je vois clair?" Pa ne s'intéresse qu'à son vin de palme. Quand il a 50 francs il cherche où il peut acheter son vin de palme. Quand tu vas au champ récolter des légumes dans des paniers et ajouter parfois du bois de chauffage par-dessus et tu rentres à la maison Pa ne t'aide même pas descendre ton fardeau. Il sera en train de dormir. Ensuite, tu prépares les légumes parfois sans huile. Pa va même te demander « Tu as préparé ces légumes sans huile? » Il fait des problèmes à tout le monde. Alors, quand tu veux aller à l'hôpital et tu te plains du mal de dos et tu vas le voir, il va te demander « Tu veux aller à l'hôpital? » « Oui » « D'où viendra l'argent ? » Parfois, c'est l'argent des légumes que tu as vendu que tu vas utiliser pour acheter ce que nous appelons «body pain» Quand ça fini, tu vas tout simplement t'asseoir à nouveau et c'est comme ça ». (*membre GD - Communauté*)

Résultats des groupes spécifiques d'EI (Points de vue des communautés)

Les membres des communautés vivant dans les zones de desserte des T1 ont souvent parlé des changements notables dans leurs formations sanitaires T1 au cours des deux dernières années de la mise en œuvre du PBF. Lors des entretiens avec les groupes de discussion, les membres de la communauté ont été invités à parler de leurs expériences avec la formation sanitaire où ils recherchaient généralement des services au cours des deux années précédentes et de parler de tous les changements qu'ils y ont notés pendant cette période. Même si souvent, les membres de la communauté ne savaient pas ce qu'est le programme PBF, des changements et des améliorations au niveau des formations sanitaires et dans l'attitude du personnel de la structure sanitaire étaient très perceptibles. Avant la mise en œuvre, les membres de la communauté ont parlé de mauvais traitements et de discrimination par le personnel de la formation sanitaire : les infirmières vendaient parallèlement des médicaments ou surfacturaient les frais médicaux déjà élevés ou insultaient les parturientes pendant le travail. Ils ont débattu de la médiocrité des infrastructures des formations sanitaires (manque d'eau ou d'équipement moderne) ce qui les met très mal à l'aise. Par exemple être en travail et accoucher dans un service mixte au milieu de malades qui ne sont pas là parce qu'elles sont en travail ou pour l'accouchement. Très souvent, les formations sanitaires n'ont pas de médecin permanent, quand il y en a même un, et aussi de personnel affecté. Les membres de la communauté ont rapporté des cas où ils se rendent dans des formations sanitaires éloignées (à grands frais, en termes de temps et de dépenses) et trouvent l'hôpital vide et fermé.

Les expériences antérieures décrites ici contrastent fortement avec ce que les membres de la communauté vivant dans les zones desservies par les formations sanitaires T1 ont relevé pendant l'exécution du programme PBF durant laquelle de grandes améliorations ont été notées. Il s'agit des améliorations dans les attitudes du personnel et le comportement envers les malades, l'amélioration des infrastructures, la baisse des coûts de santé, une meilleure collaboration avec la communauté et la sensibilisation.

« Oui, les choses étaient différentes par le passé. Lorsque vous étiez admis à l'hôpital, vous veniez avec vos objets de toilette: du seau au lit en passant par le nécessaire de toilette et un peu de bois de chauffage si vous habitez loin. Mais maintenant, si je viens, je n'aurai plus besoin des objets de toilette et je serai bien installé sous une moustiquaire. Je serai à l'aise. J'ai de l'eau propre au robinet. Je n'ai pas de problème. On peut comparer la propreté de l'hôpital; vous pouvez voir comment est l'hôpital comparé aux dernières années. J'aime la façon dont les infirmières s'occupent des malades par rapport aux années passées. C'est mon avis. J'aime la façon dont les infirmières s'occupent des malades parce que la dernière fois que je suis venue ici, elles n'étaient pas vraiment accueillantes. Mais quand vous entrez dans l'hôpital en vous sentant mal, quelqu'un peut simplement venir vers vous et un sourire peut vous faire vous sentir mieux. Lorsque vous ne connaissez pas ou vous trompez sur la direction à prendre, quelqu'un va vous montrer le chemin. »
(*membre GD - Communauté*)

« Une infirmière m'a maltraité quand je suis allée accoucher. Elle ne prend pas de temps et elle se précipite beaucoup alors que vous êtes en travail. Elle vous dit d'arrêter de vous comporter comme un petit enfant. Pendant ce temps, vous ressentez des douleurs et elle dit que vous faites comme un petit enfant. » (*membre GD - Communauté*)

« En salle, le médecin a prescrit ses propres médicaments que nous devons acheter, mais les infirmières nous ont forcé à acheter chez elles. On nous a dit que nous ne devrions pas acheter chez elles mais si vous n'achetez pas le médicament chez elles, elles vont vous traiter d'une façon, oui, elles vous regardent d'une façon... et pour vous éviter des problèmes vous achetez le médicament chez elles pour qu'elles ne négligent pas votre malade. » (*membre GD - Communauté*)

« Ooohh ! j'ai détesté... vous venez parfois et les infirmières sont absentes. Parfois, les médecins ne sont pas là, Mais maintenant, le médecin est de garde 24 heures sur 24. Maintenant les infirmières sont rapides parce qu'elles sont disciplinées, les médecins sont là, il n'y a pas de dimanche ou de samedi. Mais avant on venait ici et on ne trouvait pas d'infirmière le samedi, le dimanche et ainsi de suite. Maintenant, elles sont là en permanence. » (*Dirigeant communautaire*)

« Certains médicaments sont chers. Avant, les infirmières gardaient les médicaments dans leur sac de sorte que quand le malade est couché, elles vont lui vendre ce médicament plus cher qu'à la pharmacie. Mais maintenant, non, nous avons refusé. Si nous voyons une infirmière ou une autre personne qui vend un médicament en dehors de la pharmacie, la personne doit être renvoyée. Mais maintenant, la situation est sous contrôle. » (*Dirigeant communautaire*)

« Les enseignements des infirmières sont très bons parce que nous nous sommes améliorées autant grâce à elles. Elles nous disaient souvent que même s'il n'y a pas d'huile dans la maison nous pouvons toujours préparer et les enfants seront bien nourris. Nous cultivons les graines de courges (*egusi*) et le soja. Nous ne savions pas qu'on pouvait mettre les graines de soja et même l'arachide dans les légumes mais maintenant qu'elles nous ont appris, nous savons que ces choses peuvent être mises même quand il n'y a pas d'huile. Nous prions pour qu'elles continuent à aller de maison en maison pour nous enseigner. Parce qu'avant elles restaient seulement au centre de santé de sorte que ça n'avait pas d'importance que vous y alliez ou non. Mais maintenant qu'elles ont commencé à aller de maison en maison, je prie qu'elles continuent. » (*membre GD - Communauté*)

Les communautés résidant dans les zones de desserte des formations sanitaires C3 ont reflété ce que les responsables des formations sanitaires C3 ont dit au cours des interviews : l'expression de fortes réactions positives et d'un taux de satisfaction élevé concernant l'état de leur formation sanitaire. Mais lorsqu'on a insisté davantage sur les améliorations souhaitées, les dirigeants communautaires et les membres de la communauté ont parlé des besoins essentiels, comme celui d'un médecin dans la structure ou de l'eau courante.

I: « Donc, que vous attendiez une heure ou deux heures avant d'être consultée ne vous pose pas de problème? »

P: « Oui. »

I: « Ok, pourquoi ce n'est pas un problème? »

P: « Je n'ai pas de problème parce que j'aime cet hôpital. C'est un bon hôpital dont je ne peux dire du mal » (*membre GD - Communauté*)

« Notre structure sanitaire ne s'est pas améliorée; elle manque de laboratoires, de personnel, nous avons besoin d'une ambulance, un véhicule qui peut emmener les malades référés vers la personne ou l'hôpital de référence. Par exemple, si une femme est sur une route loin d'ici et les nouvelles parviennent à l'hôpital et qu'il n'y a pas de véhicule, ce malade va mourir. Donc nous avons vraiment besoin d'une ambulance pour l'hôpital. Ensuite, nous avons besoin de plus de personnel pour les hôpitaux et les centres de santé. Nous n'en avons pas assez. » (*Dirigeant communautaire*)

Même avec les différences trouvées entre les communautés desservies par les T1 et C3, les formations sanitaires T1 présentant d'importantes améliorations et les C3 voulant de grandes améliorations, les membres des deux communautés souhaitaient encore beaucoup de changement au sein de leurs formations sanitaires. Les membres des communautés ont dit qu'il reste de nombreux problèmes avec le personnel, en termes d'attitudes et de comportements, ainsi que la nécessité de diminuer le nombre d'employés temporaires et d'avoir un personnel permanent plus qualifié. D'autres problèmes mis en évidence par les membres de la communauté concernaient la réduction des coûts de santé, l'amélioration continue des infrastructures et de l'équipement ainsi qu'une plus grande collaboration entre les communautés et leurs formations sanitaires à travers des sensibilisations communautaires et des visites à domicile.

Discussion

Les résultats présentaient les thèmes et les points communs qui ont émergé de l'analyse des 112 interviews approfondies et 16 entretiens avec les groupes communautaires de discussion. Les interviews centrées sur les points de vue des prestataires - les parties prenantes représentaient le niveau central, régional et de district de gouvernance de la santé, en plus d'autres entretiens au niveau des formations sanitaires avec les responsables - ont donné un aperçu sur le déroulement de la mise en œuvre du FBP et son accueil au sein des structures sanitaires. Les points de vue des communautés - tirés des interviews des dirigeants communautaires et des entretiens avec les femmes adultes des communautés desservies par les formations sanitaires T1 et C3 - quels changements, le cas échéant, les membres des communautés desservies par les formations sanitaires sous PBF ont remarqué, même si elles ne connaissaient pas le programme PBF. Les membres de la communauté ont également pu fournir une vue d'ensemble des pratiques des Camerounais en ce qui concerne le recours aux soins et les obstacles - financiers ou sociaux - à l'accès aux soins de santé pour eux-mêmes et leurs familles.

D'après les résultats, **la réticence initiale du personnel des formations sanitaires à accepter et s'adapter aux exigences du programme PBF était le plus grand obstacle rencontré par les formations sanitaires au cours de la phase de mise en œuvre. Il en ressort qu'il est essentiel d'obtenir l'adhésion totale et l'appui des responsables centraux de la santé et des responsables des formations sanitaires pour motiver le personnel de santé, en particulier au début du programme PBF et avant la réception des premières subventions.** Beaucoup de personnels de santé doutaient des promesses du programme PBF au départ, une peur qui a été davantage renforcée par les longs retards dans le décaissement des premiers paiements PBF comme ce fut le cas au Cameroun. Il est important d'éviter ces retards pour conserver l'adhésion, l'enthousiasme et l'appui du personnel de santé aux initiatives PBF. Une fois les premiers paiements initiaux perçus, le personnel de santé a pu comprendre la légitimité du programme et s'est immédiatement montré plus enthousiaste pour améliorer la performance et le rythme de travail de leurs centres de santé.

Le renforcement de la supervision était une composante majeure des résultats mis en évidence par les acteurs à tous les niveaux et dans toutes les formations sanitaires des groupes intervention et des groupes témoins T1, C1, C2 comme un des attributs les plus avantageux du programme PBF. Les formations sanitaires des trois groupes se sont améliorées de manière significative en termes de performance et de la qualité des prestations de services comme le rapporte les prestataires et les membres de la communauté. Le renforcement et la réglementation rigoureuse des supervisions s'est avéré être l'un des éléments les plus forts du PBF pendant la phase de mise en œuvre, conduisant à un système de santé plus cohérent et fonctionnel. Cependant, certains problèmes demeurent comme les informations conflictuelles concernant les normes qu'utilisaient les vérificateurs pour évaluer les supervisions ou les politiques du PBF et les politiques de santé globales. **Le renforcement de la supervision oblige le système de santé à travailler comme il est censé le faire, avec une collaboration accrue entre les acteurs du système de santé par opposition aux intervenants opérant dans des sphères séparées.** L'aspect supervision du programme PBF pourrait être justifier la plupart des avantages et améliorations signalés par les intervenants interrogés dans l'étude qualitative, de l'amélioration de l'attitude des agents de santé au traitement des membres de la communauté en passant par une plus grande interaction et participation des Chefs des Service de Santé de district et des Délégués régionaux de la Santé avec les formations

sanitaires. Compte tenu des grands changements intervenus dans la moralité du personnel, les progrès réalisés dans l'amélioration et la mise à jour des formations sanitaires et de l'équipement des structures, l'augmentation de la fréquentation associée à une baisse des coûts des soins et la désormais grande collaboration généralisée entre les acteurs du secteur de la santé, les communautés et les formations sanitaires, il semblerait que le suivi immédiat de la mise en œuvre du PBF dans les formations sanitaires au Cameroun a certainement eu d'emblée un impact immense et positif sur les services de santé en améliorant les services de santé dans les quatre régions où le PBF est expérimenté.

Du point de vue de la communauté, les membres des communautés desservies par les formations sanitaires T1 ont remarqué une différence positive dans les attitudes et le traitement des agents de santé en plus de l'augmentation des services et la diminution des coûts des soins. Le changement le plus positif noté par les membres de la communauté était de loin l'accroissement du nombre d'agents de santé dans les formations sanitaires de leurs communautés et villages notable à travers les visites à domicile et les sensibilisations communautaires. Fait intéressant, les membres de la communauté résidant dans les zones de desserte des C3 sont aussi enclins à dire leur satisfaction concernant leurs formations sanitaires - une tendance attribuée à l'inclination culturelle qui consiste à exprimer la bonne volonté et taire les critiques, notamment lorsqu'ils sont interrogés par des autorités qui ne sont des membres de la communauté tels que les consultants de la Banque mondiale. Cependant, malgré les taux de satisfaction élevés décrits, lorsqu'on creusait plus profondément au cours des discussions, les participantes exprimaient souvent de sérieux besoins de voir les formations sanitaires qu'elles fréquentent d'habitude s'améliorer, tant dans les zones de desserte des T1 que dans celles des C3. Aucun effet d'entraînement n'a été observé lors des entretiens avec les groupes de discussion où les participantes ont noté tous les changements dus au programme PBF dans les formations sanitaires qu'elles fréquentent - et le personnel des formations sanitaires C2 et C3 a confirmé cette remarque.

Limites de l'étude

Une éventuelle limite de l'étude réside dans la multiplicité des langues utilisées à différents moments de l'étude. Alors que les protocoles d'interview étaient disponibles en anglais et en français, les entretiens ont été menés sur le terrain en pidgin, en plus de l'anglais et du français. Une entreprise de transcription composée de personnes qui n'avaient pas été impliquées dans la phase d'enquête s'est chargée de la transcription des entretiens, ce qui pourrait causer une éventuelle perte du contexte sous-jacent et du sens des interviews approfondies et des entretiens avec les groupes de discussion lors de la transcription. Les entretiens qui avaient été fait en pidgin ont été traduits en anglais pendant la transcription. En outre, les phases d'analyse et de diffusion ont été faites en anglais, entraînant de nouveau une éventuelle perte du contexte et du sens véhiculé dans les entretiens en français.

Conclusions

Il est important de garder à l'esprit lors de l'évaluation globale du succès de la mise en œuvre du PBF au Cameroun que le programme a été introduit dans un système qui était déjà peu performant ; ce qui a eu d'importantes retombées positives et des améliorations ont été visibles dans la première ou deuxième année de sa mise en œuvre. Comme l'ont noté plusieurs informateurs clés, le véritable défi sera de parvenir à l'amélioration continue et la durabilité globale des interventions du PBF dans le pays. Alors que ceux qui bénéficient des interventions du PBF ont exprimé leur désir que le Cameroun poursuive le programme PBF

et l'étende à l'ensemble du pays, il faut encore voir comment arriver à la durabilité du programme. De nombreux intervenants interrogés dans cette étude, en particulier au niveau des formations sanitaires ont exprimé le désir que les fonds du PBF « ne finissent jamais », bien qu'aucun n'ait suggéré de quelle façon se serait possible. A des niveaux plus élevés du système de santé, des intervenants tels que les fonctionnaires du niveau central et les Délégués régionaux de la Santé ont parlé de changements qui devaient être mis en œuvre au niveau des politiques afin de favoriser la durabilité, mais là encore, sans évoquer les types de changements dont il s'agit. En lien avec la durabilité il y a la question de savoir si le succès et les améliorations démontrées par les acteurs du secteur de la santé perdureront au fur et à mesure qu'évolue le programme.

Malgré ces défis, les résultats de l'étude qualitative à mi-parcours font néanmoins ressortir une image forte de la façon dont le PBF a été exécuté et perçu à travers le pays et chez les acteurs du secteur de la santé au Cameroun ou affectés par le programme PBF. Du niveau central au niveau communautaire, les acteurs bénéficient de la supervision intense du programme PBF et d'une collaboration accrue entre tous les niveaux du système de santé. Ils ont exprimés des opinions généralement positives concernant le programme PBF. La durabilité et la continuité du programme PBF est l'ardent désir de tous les acteurs, à tous les niveaux, qu'il s'agisse du vœu que le soutien financier basé sur la performance continue ou de la nécessité d'instaurer des changements en commençant par les politiques. Les questions qui se dégagent de l'étude qualitative à mi-parcours est de savoir si oui ou non l'accueil très positif des améliorations attribuées à la mise en œuvre du PBF par les informateurs clés de cette étude se poursuivra ou s'arrêtera éventuellement avec la poursuite du programme PBF, en plus de savoir si un tel progrès sera visible à la fin du projet.

Références

Ministère de la Santé publique du Cameroun.(2014). Comptes nationaux de la Santé. Yaoundé, Cameroun

Glaser, B. G. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis.*Social problems*, 436-445.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2009). *Analyzing qualitative data: Systematic approaches*. Sage Publications, Incorporated.

Strauss, A., Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.

World Bank.(2014). Cameroon Country Status Report on Health. Washington, D.C.