

FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET MAITRISE DE LA GESTION BUDGETAIRE DANS CERTAINS HOPITAUX DE DISTRICT AU CAMEROUN.

PERFORMANCE BASED FINANCING AND BUDGET MANAGEMENT PERFORMANCE IN DISTRICTS HOSPITALS IN CAMEROON.

Auteur 1 : KAMTCHEU NGAKO Guilène Susy.

Auteur 2 : OWONA MANGA Léon Jules.

Auteur 3 : ASSOBN GUEDIA Jules Clément.

Auteur 4 : ADIOGO Dieudonné.

KAMTCHEU NGAKO Guilène Susy, Phd Candidate, ORCID : <https://orcid.org/0009-0002-2869-5927>
économie de la santé, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun..

OWONA MANGA Léon Jules, professeur titulaire, ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-6711-1934>, santé publique, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

ASSOBN GUEDIA Jules Clément, professeur titulaire, ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-9793-1298>, biochimie clinique, Département de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

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

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

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

Pour citer cet article : KAMTCHEU NGAKO G, OWONA MANGA L, ASSOBN GUEDIA J, ADIOGO D. (2026) «Financement Base Sur La Performance Et Maitrise De La Gestion Budgetaire Dans Certains Hopitaux De District Au Cameroun», African Scientific Journal « Volume 03, Num 34 » pp: 1065 – 1077.



DOI : 10.5281/zenodo.18696846

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Introduction : Le financement basé sur la performance est un système de financement de la santé dont la stratégie prône la gestion budgétaire comme moyen de pilotage de la performance. Il se concrétise par un système de suivi et évaluation dont les mécanismes sont externes à l'hôpital. **Objectif :** Près d'une décennie après son implémentation, cet article tente de déterminer la contribution du PBF à la maîtrise des outils et méthodes de gestion budgétaire dans les hôpitaux du Cameroun. **Méthodologie :** L'analyse transversale a combiné des données qualitatives et quantitatives. L'échantillonnage par convenance (n=89) a conduit à des entretiens semi directifs du personnel de santé et administratifs de 8 hôpitaux de district et 1 CMA des régions de l'Est et du Littoral. L'analyse consistait à une compilation des réponses sous forme de tableaux. **Résultat :** Les résultats ont montré une présence effective des budgets dans tous les hôpitaux pourtant, 73,04% de la population n'avaient aucune connaissance de l'existence d'un système budgétaire. 59,55% du personnel estimait que le PBF n'avait eu aucun impact sur la formalisation des procédures et une association positive existait entre les fiches de poste et la nature du personnel ($p=0,04$). Les hôpitaux n'effectuaient pas une comptabilité analytique encore moins des calculs de coûts et 85,39% du personnel sont ignorant même des concepts. Le niveau d'exécution du budget était méconnu bien qu'associé à la nature du personnel ($p=0,00$). **Conclusion :** La gestion budgétaire dans les hôpitaux se résume à la constitution du budget dont l'implémentation demeure questionnable. L'absence d'une comptabilité analytique, des méthodes de coûts et leur calcul, indique que la gestion budgétaire reste très embryonnaire.

Mots clés : Economie de la santé, Financement basé sur la performance, Gestion budgétaire, Gestion hospitalière, Santé publique.

Abstract

Introduction: Performance-based financing is an innovative approach to health financing whose strategy advocates, among other things, budget management as a means of steering towards achieving and/or improving performance. It is realized through a monitoring and evaluation system whose mechanisms are external to the hospital. More than a decade after its implementation, the results and impact of its application in the healthcare system are still mitigated. **Purpose:** to determine the contribution of PBF to the mastery of budget management tools and methods in hospitals in Cameroon. **Methodology:** The cross-sectional analysis combined qualitative and quantitative data. A convenience sampling (n=89) led to semi-structured interviews with health and administrative staff from 8 district and 1 subdivisional hospitals in the Eastern and Littoral regions. The analysis consisted of compiling the responses in the form of tables. **Findings:** The results revealed the regular and effective preparation of budgets in all hospitals; however, 73.04% of the population had no knowledge of the existence of a budgeting system. Furthermore, 59.55% of the staff believed that the PBF had no impact on the formalization of procedures, and a positive association existed between job descriptions and the nature of the staff ($p=0.04$). The hospitals did not perform analytical accounting, let alone cost calculations, and 85.39% of the staff were even unaware of the related concepts. The level of budget execution was unknown despite being associated with the nature of the staff ($p=0.00$). **Conclusion:** Budget management in hospitals is limited to the preparation of the budget, whose implementation remains questionable. The absence of analytical accounting, cost methods, and their calculation indicates that budget management remains very rudimentary.

Keywords: Budgetary management, Health economics, Hospital management, Public health, Performance based financing.

Introduction

Le financement basé sur la performance est une approche contractuelle de financement des systèmes de santé expérimentée au Cambodge dans les années 90 puis, implantée en Afrique à partir des années 2000 avec le Rwanda pour point de départ[1–3]. Il s’invite dès 2006 au Cameroun dans le Diocèse de Bertoua sous le projet de redynamisation des soins de santé à l’Est-Cameroun (REDSSEC) avant d’être vulgarisé dans le pays à travers un programme pilote en 2011[2,4]. Appelé en anglais Performance Based Financing(PBF), c’est un ensemble de réformes qui vise la transformation managériale du système de santé et sous-tend une autonomie qui nécessite la maîtrise des outils et méthodes permettant de piloter la performance attendue. Des outils et méthodes qui s’articulent autour des moyens pour les mettre en œuvre et permettre de piloter la performance des hôpitaux à travers une bonne gouvernance qui, passe aussi par une gestion budgétaire adéquate [5]. Ainsi, le PBF prône l’expression d’une certaine liberté de décision dans l’utilisation des ressources, la fixation des tarifs, l’approvisionnement et la gestion du personnel sans que cette autonomie ne se résume à une indépendance ; avec l’aide de la gestion budgétaire qui se décline comme une méthode de gestion prévisionnelle à court terme fondée sur l’évaluation des moyens à mettre à disposition des responsables pour atteindre les objectifs issus d’un plan stratégique global[3,5,6]. De manière conceptuelle, l’approche vise à améliorer le système de soins de santé et à obtenir plus d’impact grâce à la fourniture d’incitations de diverses natures aux prestataires[7]. Elle repose sur des principes et pratiques parmi lesquelles, l’autonomie de gestion, la séparation des fonctions, l’équilibre financier et la recherche des effets économiques multiplicateurs[3,8,9]. Les hôpitaux soumis désormais à une obligation de résultat, se doivent d’utiliser de manière optimale les ressources qu’ils génèrent pour assurer un renforcement des soins et une meilleure prise en charge en terme de qualité-prix[10]. Les études réalisées sur les effets du PBF montrent que les résultats les plus palpables étaient liés à la motivation, la satisfaction et la rémunération du personnel et suggèrent que les preuves de son efficacité sont mitigées et hétérogènes tandis que son efficience n’a pas encore été démontré de manière crédible[11–14]. Bien trop d’attentions ont été portés aux résultats à court terme du programme au détriment des déterminants structurels tels que la transparence dans l’utilisation des ressources financières, la gestion des finances publiques, etc... . Ce qui n’a pas permis au PBF d’être pleinement intégré dans les processus de routine du système de santé national[11]. Dans ce contexte d’intérêts superposés des acteurs où peu d’efforts ont été investis à la mesure de l’impact du PBF sur la maîtrise des outils de gestion au sein des hôpitaux, cet article se propose d’étayer les effets perçus du financement basé sur la

performance et la maîtrise de la gestion budgétaire dans certain hôpitaux de district du Cameroun à travers la collecte de données transversale conduite dans le pays. Notre objectif visait à déterminer les effets du PBF sur la planification, sur la gestion et sur le contrôle du budget des hôpitaux de district sélectionnés. Notre recherche dont l'économie est soumise comporte une introduction, des objectifs, une méthodologie, la restitution des Résultats issue de l'analyse des données, discutée suivant l'ordre des objectifs avant de conclure.

Matériels et Méthodes

L'approche méthodologique a reposé sur une combinaison de données qualitatives et quantitatives qui s'appuyait respectivement sur des entretiens semi-directifs, l'analyse de sources documentaires internes (Rapport Mensuel d'Activité) et des observations simples. Notre étude transversale a nécessité plusieurs témoins clés impliqués dans le système de management et les responsables d'exécution des plans stratégiques que sont successivement, les surveillants généraux, les économistes, les comptables matières, les régisseurs, les chefs des services et les majors des services. Définis comme personnel de santé et personnel administratif pour $n=89$, la population d'étude comprenait 9 hôpitaux de district repartis sur deux régions (Est et Littoral) pouvant être représentatif des autres régions du pays. Une clairance éthique et une autorisation de recherche avait été obtenu de la délégation régionale du ministère de la santé publique du Littoral et de L'Est avant toute collecte de données à l'aide d'un questionnaire soumis aux participants par interview après l'obtention de leur consentement. Les données ont été retranscrites sur KOBO CollectV.2024.1.3 en s'assurant que les données qualitatives étaient claires et compréhensibles ; puis, transmises sur SPSS 7. 2 .6 pour analyse. La mesure d'association entre les variables qualitatives était le Test de KHI-2 avec $e=5\%$ de marge d'erreur et 95% d'intervalle de confiance pour $p<5\%$ considéré comme significatif. L'imputation par valeur qualitative a été utilisée pour compenser les biais de sélection pouvant résulter des données manquantes.

Résultats

1. Caractéristique sociodémographique

Les données ont été collectées de mars 2023 à février 2024. L'échantillonnage était par convenance répartis dans 8 hôpitaux de districts et 1 centre médical d'arrondissement que sont le district de Deido, de la Cité des Palmiers, de New-Bell, de Mbanga, de Bertoua, d'Abongbang, de Bétaré-oya, de Batouri et le CMA d'Edéa. Le personnel de santé était le plus

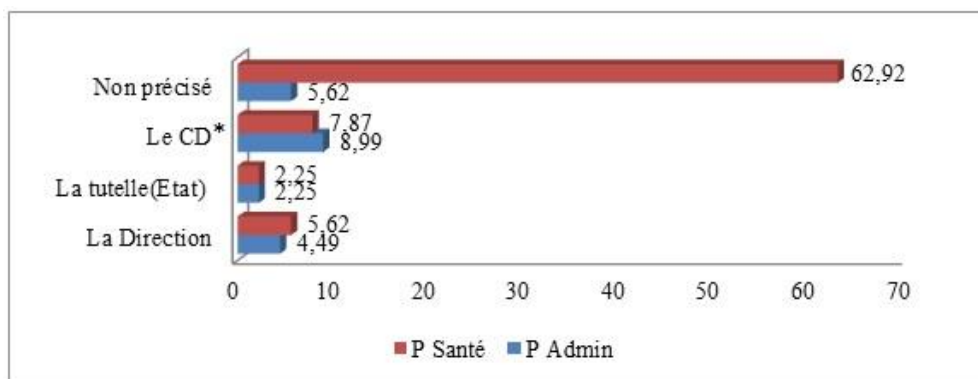
représenté avec 70 (76,4%) participants et 19 (23,6%) pour le personnel administratif. L'âge moyen des participants étaient de $39,72 \pm 7,75$ ans avec des extrêmes compris entre 23 ans et 57 ans. Le groupe d'âge le plus conséquent était 30-39 ans (40,45%). L'ancienneté variait de moins de 4ans à plus de 13 ans et la tranche la plus représentée était 4-6 ans (33,71%).

2. Les effets induits du PBF

2.1. Sur la planification.

L'état des connaissances sur l'existence d'un système budgétaire au sein des formations sanitaires est varié : 65 (73,04%) n'ont aucune connaissance, 20 (22,47%) affirment son existence tandis que 4 (4,49%) la réfute. Le personnel de santé est la tranche de la population qui n'en a pas le plus connaissance (67,42%) et certain personnel administratif nie son existence (4,49%). 22,47% de la population affirme que le financement basé sur la performance a jouer un rôle salvateur en instituant et en veillant à l'évaluation des stocks (8,99%), à l'élaboration et l'application des budgets (6,74%) et en donnant la possibilité de constituer des réserves(4,5%). Bien que tout le personnel atteste de la présence du budget, nombre sont ceux qui n'ont pas d'avis sur l'instance responsable de l'arrêt du budget définitif de l'hôpital [61(68,54%)]. 15 (16,85%) désignent le comité de gestion, 9 (10,11%) portent la responsabilité au conseil de direction et 4,49% pointe l'Etat. La distribution par type de personnel de l'instance responsable de l'arrêt du budget est illustrée en (figure1).

Figure N°1 : Désignation du Responsable de constitution du budget par type de personnel en %



*Conseil de Direction

Source : Elaboration propre

Les budgets dits élaborés est pour la plus part de dépenses (24,72%) d'approvisionnement (26,97%), d'investissement (19,10%) des recettes (20,22%), le bilan (11,24%), de trésorerie (5,62) et le compte des résultats (4,49%). Le personnel administratif et de santé confirment que l'hôpital génère des fonds (98,88%) et qu'ils sont soit transférés au trésor avant mise à disposition (17,88), soit utilisés directement pour les besoins de l'hôpital (7,87%) et 74,25% n'ont pas d'avis sur la question. Les budgets ainsi établis sont financés par fonds propre et fonds PBF (6,74%), fond propre, subvention Etat et fonds PBF (5,62%), fonds propre (4,49%) et aucune précision pour 75,28% des participants. Il est établi pour 21,34% personnel administratif que la constitution d'un budget est une exigence du PBF et a permis une latitude dans la définition des besoins en fonction de la feuille de route du ministère et des réalités des différents services des formations sanitaires, la constitution d'une caisse d'avance budget, les fonds générés sont reversées directement au compte de l'hôpital au trésor ; après une retenue de 30%, tandis que les subsides sont directement reversé au compte de l'hôpital.

2.2.Sur la gestion

Elle fait référence à la mise en œuvre du budget et à sa déclinaison dans un temps prédéterminé. 65 (73,03%) attestent de l'existence d'un manuel de procédure (protocole) des soins dans tous les services des formations sanitaires contre 26,97% qui disent n'en avoir aucune connaissance. Ce document est connu à 70,79%, appliqué à 67,22%, accessible pour 57,30% et disponible pour 59,55%. Il est conçu à l'initiative de la direction pour 47.19% et n'est qu'un standard de la tutelle pour 14,19%. 58.43% des participants affirment la présence des manuels de formalisation des postes (fiche des postes) tandis que 41,57% le réfutent. Disponible (41,57%), accessible (35,96%), connu et appliqué (49.44%), ils sont mis sur pied par la direction pour 47,19% et ne constitue qu'un standard de la tutelle suivit par la direction pour 14,61%. La présence du règlement intérieur est une évidence (86,52%) bien que réfuté par 13,48% de la population. Il est disponible (73,03%) accessible (69,66%) connu (78,65%) et appliqué (71,91%) au sein des hôpitaux. Mis au point par la direction pour 67,42% et n'est qu'un standard de la tutelle pour d'autres. Le personnel de santé affirme que le PBF n'a eu aucun impact sur la formalisation des procédures (59,55%), tandis que le personnel administratif atteste du contraire (4,45%). Nous avons trouvé une association positive uniquement entre la connaissance de l'existence du manuel de formalisation des postes et le type du personnel ($p=0,04$; $X^2_1=4,18 > X^2_0=3,841$). L'Etat des connaissances générales sur les différents manuels a une association négative avec le type de personnel que ce soit en ce qui concerne le manuel du

protocole des soins ($p=0,76$; $X^2_i=1,16 < X^2_0=7,81$), les fiches de poste ($p=0,95$; $X^2_i=0,3 < X^2_0=7,81$), et le règlement intérieur ($p=0,77$; $X^2_i=1,11 < X^2_0=7,81$). Il n'y avait aucun lien entre l'état des connaissances des documents et les différents types de documents ($p=0,97$; $X^2_i=1,18 < X^2_0=12,59$).

2.3. Sur le contrôle.

L'effectivité du contrôle des recettes et dépenses est mitigée à 52,93% pour l'un et 53.93% pour l'autre. Pris à échelle, le personnel administratif assure de la pratique du contrôle des recettes (68,42%) et des dépenses (63,16%) respectivement de manière hebdomadaire (42,11%) et mensuelle (26,32%). A contrario, le personnel de santé n'a aucune idée sur l'effectivité des contrôles des recettes (78,75%) et des dépenses (78,65%). L'activité apportant le plus de recette est la pharmacie (16,67%) suivit du laboratoire (13,33%) et celles nécessitant le plus de dépenses est la pharmacie et le laboratoire (14,44%), suivit de l'investissement en bâtiment, matériels et entretien (5,56%). L'association entre le niveau d'exécution des différents budgets et le type de personnel interrogé est significative ($p=0,00$). 85,39% de la population ne sait pas si oui ou non l'hôpital effectue une comptabilité analytique et un calcul des coûts. Pourtant, 31,58% du personnel administratif confirme l'effectivité de ces calculs. Les indicateurs de mesure sont méconnus des participants (88,76%) seul le personnel administratif en a une idée, 47,37% pour l'activité médicale et 15,79% pour l'activité administrative. Les autres effets du PBF sur la maîtrise budgétaire se compilent dans le (tableau1). Ces effets soulignés à 69,66% ont une association négative avec la nature du personnel ($p=0,35$).

Tableau N°1 : Autres effets du financement basé sur la performance sur la maîtrise budgétaire par nature du personnel.

Variables	Nature personnel						Test KHI2
	PA	(%)	PS	(%)	TOTAL	(%)	
Meilleure archivage des données	2	2.25	3	3.37	5	5,62	P=0.352
Objectivité et structuration du calcul des primes	3	3.37	15	16.85	18	20,23	

Constitution des outils de gestion (Business plan, grille supervision etc.)	4	4.49	6	6.74	10	11,24	X_i^2 =6.674
Sentiment de revalorisation du métier	1	1.12	4	4.49	5	5,62	
Ouverture aux recherches de subventions et dons comme mode de financement	2	2.25	5	5.61	7	7,87	$X_0^2=$ 12.591
Autonomie dans la gestion quotidienne	5	5.62	3	3.37	8	8,99	
Gestion participative	2	2.25	7	7.86	9	10,11	
Aucun avis	0	0.00	27	30.34	27	30.34	
Total	19	21.35	70	78.65	89	100	

Source : Elaboration propre

3. DISCUSSION

3.1.Limite de l'étude

Les difficultés rencontrées étaient pour la plupart liées à l'accès aux différents hôpitaux objet de recherche, l'accès aux archives et la disponibilité du personnel à répondre aux questionnaires. Cependant, malgré ces difficultés, les estimations des effectifs n'étaient pas directement affectées avec un taux de participation d'environ 70,37%. Notre étude fait partie des premières à aborder la question de l'impact du financement basé sur la performance sur le niveau de maîtrise de la gestion budgétaire dans les formations sanitaires.

3.2.Justification des résultats.

Dans le cadre du projet PBF, la mise en place d'un système budgétaire était une exigence[3]. Pourtant, on dénote que seulement 52,63% du personnel administratif contre 14,29% du personnel de santé en ont connaissance au sein des hôpitaux. Montrant ainsi une méconnaissance des mécaniques de gestion budgétaire par le personnel-principal acteur. Cette ignorance pourrait être due à un manque de communication et/ou diffusion de l'information ou à un désintérêt du personnel. Une attitude souvent associé au style de formation reçu ou au style de gouvernance[15]. Sur l'axe de la planification, cet état de fait peu conduire à une sous production de valeurs entraînant des possibles écarts entre les réalisations et les prévisions par

manque de synergie dans les efforts d'exécution des plans. Une situation délicate aboutissant parfois à une déconnexion du personnel de l'organisation entraînant un désintérêt systématique et une démotivation collective ; que seul l'intérêt personnel égoïste inhibe temporairement dans un univers où, l'insatisfaction financière qui caractérise le personnel ne cesse de croître. Ainsi, il est logique que la satisfaction du personnel soit liée à la rémunération et la performance à la satisfaction tel que perçu dans les travaux de L.Owona et al [12]. La déclinaison du budget au travers de ses outils est très peu visible. Les plus saillants sont le règlement intérieur (86,62%), le protocole des soins (73,03%) et le manuel de formalisation des postes (58,43%). L'évolution décroissante de la connaissance de leur existence s'explique par le fait, du respect ou de l'application de ses documents, résulte la base de calcul des subsides et de la détermination de la performance perçu par les bénéficiaires. Selon que le personnel est administratif ou de santé il se dégage une certaine légèreté dans la conceptualisation des outils de gestion. Bien que la plus part atteste de l'existence des procédures, il ne nous a pas été donnée de les parcourir à l'exception du règlement intérieur. L'existence des différents procédures n'a aucune relation avec le type de personnel à l'exception du manuel de formalisation des postes ($p=0,04$). L'état des connaissances générales (disponible, accessible, connu et appliqué) n'était pas associé à la nature des documents ($p=0,97$). Seul le personnel administratif affirme avec précision une amélioration à travers l'évaluation périodique des stocks et le récapitulatifs de recettes et des dépenses (63,16%). On observe aussi une structuration et une objectivité dans le calcul des primes (20,22%), la constitution et le suivi des outils de gestion et une participation du personnel dans la prise des décisions de gestion. Le contrôle est une activité de gestion qui s'exécute en cours et ou en fin d'un exercice déterminé au préalable. L'étude montre que le contrôle des recettes et des dépenses est respectivement fait de manière hebdomadaire (42,11%) et mensuelle (26,32%). Le personnel de santé n'a aucune idée sur l'effectivité de ces contrôles (78,7%) contrairement au personnel administratif (52,9%). Le niveau de sous information du personnel acteur traduit le peu d'attentions que les politiques de santé accordent au contrôle de gestion au sein des formations sanitaires [10]. Un environnement où il est aisé de confondre une simple collecte des fonds de la caisse à un contrôle, un budget à une gestion budgétaire et d'assimiler les chiffres de ventes à des recettes. On observe que le personnel rechigne à se mêler des affaires financières et axe ses efforts dans l'atteinte des objectifs rémunérés. Avec le PBF, l'implication du personnel dans l'atteinte des exigences de gestion en ce qui concerne les subsides est perceptible à travers la tenue des outils statistiques et l'évaluation des stocks dans tous les services 42,11%. Les aspects n'ayant pas trait aux indices d'évaluations et de suivi

sont occultés et négligés. L'analyse des résultats et des écarts de réalisations sont quasi inexistant, rendant difficile l'évaluation de l'état d'avancement par rapport aux objectifs et plans qui découlent de la vision (politique publique). Dans le même ordre d'idées, les indicateurs de mesure au sein des hôpitaux, se concentrent sur l'activité médicale et délaissent complètement l'activité administrative. Cet état de fait peut trouver sa logique dans le caractère « d'obligation de résultat » directement lié à la rémunération qu'impose le PBF. Aussi, il est important d'observer que les principes et règlements du PBF ont juste été associés à l'existant permettant un ajustement ponctuel des mécaniques pour l'atteinte objective des buts visés. Le suivi évaluation effectué par l'agence de contractualisation et de vérification se rapproche d'un audit externe, met une pression dont l'aboutissement est une assiduité dans la tenue des outils d'évaluation et le respect des prescriptions du PBF. Une assiduité qui s'est vue décliné avec le retard de paiement des subsides. Au vue de nos résultats, il serait intéressant pour le personnel administratif et le personnel de santé à responsabilité d'acquérir des notions de gestion budgétaires en formation ou par diplôme universitaire. Pour ce faire, les politiques au niveau central du système de santé devront l'inclure dans les cahiers de charge afin de mettre tout nouveau responsable à niveau. Des actions en termes de développement des procédures de mesure, suivi et contrôle de l'activité des hôpitaux qui passerait par un renforcement du système informatique pour générer de manière automatique les données de gestions et de mesure de l'activité hospitalière.

Conclusion

L'approche PBF du système de santé se distingue aussi par l'adoption d'un système budgétaire dont le suivi et l'évaluation de la performance par l'agence de contractualisation et de vérification en est la parfaite illustration (contrôle externe). La gestion budgétaire au sein des hôpitaux d'études reste embryonnaire et ne se conçoit encore qu'à travers la constitution du budget. La rareté des outils de gestion remet en question l'implémentation stricte du budget tel qu'arrêté et les informations liés aux finances restent opaques pour le personnel. Le calcul des coûts et leur analyse est quasi inexistant. Un outil dont la maîtrise permettrait aux responsables de prendre des décisions éclairées en suivant tout objet de coût ou de profit. L'introduction du PBF dans les hôpitaux a permis l'initiation à la gestion budgétaire. La maîtrise de cet outil managérial essentiel par les hôpitaux a été compromise dès lors que l'approche externalisait le contrôle sans toutefois s'assurer de son application en interne (double contrôle 'interne et externe'). Condamnant ainsi le management des hôpitaux a resté focalisé dans une logique de gestion administrative ce qui empêche la réalisation des performances hospitalières qui resteront visibles sur le très long terme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Mayaka Manitu S, Meessen B, Muvudi Lushimba M, Macq J. The debate concerning performance-based financing in Africa south of the Sahara: Analysis of the nature. *Sante Publique* (Paris) 2015;27:117–28. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0117>.
- [2] Sieleunou I. Le financement basé sur la performance au Cameroun : analyse de son émergence, sa mise en œuvre et ses effets sur la disponibilité des médicaments essentiels 2021.
- [3] Robert Soeters P-SH. Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments. La Haye, 2019 2019. <http://www.sina-health.com/wp-content/uploads/LivrePBFSantEducSINATheorieMeilPratV021219.pdf> (accessed September 13, 2021).
- [4] USAID. Le Financement Basé sur la Performance | Feuille de route pour le financement de la PF n.d. <https://www.fpf financingroadmap.org/fr/learning/specific-topics/performance-based-financing> (accessed September 13, 2021).
- [5] Barroy H, Dale E, Sparkes S, Kutzin J. LES ENJEUX BUDGÉTAIRES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ QUESTIONS CLÉS SUR LA FORMULATION ET LES CLASSIFICATIONS BUDGÉTAIRES NOTE POLITIQUE FINANCEMENT DE LA SANTE No 4 BUDGETISATION EN SANTE 2018.
- [6] ETTIEN SP. Memoire Online - Mise en place d'une gestion budgétaire dans une PME: cas de la société Art 2000 - 2011. https://www.memoireonline.com/09/11/4839/m_Mise-en-place-dune-gestion-budgetaire-dans-une-PME-cas-de-la-societe-Art-20005.html (accessed September 24, 2021).
- [7] Njournemi Z, Fadimatou A, Sciences B, Njournemi Z, Commons C. Financement basé sur la performance pour le suivi-évaluation du système de santé au Cameroun 2013:1–11. <https://doi.org/10.4102/aej.v1i1.22>.
- [8]CORDAID. MANUEL DE PROCEDURES OPERATIONNELLES DU PROGRAMME PBF SECURITE & JUSTICE Manuel produit par les Expert PBF de l'Agence d'Achat de Performances en collaboration avec les autorités de la Province du Sud Kivu avec l'appui Financier de Cordaid 2015.

- [9] Gatome-Munyua A, Sieleunou I, Barasa E, Ssengooba F, Issa K, Musange S, et al. Applying the Strategic Health Purchasing Progress Tracking Framework: Lessons from Nine African Countries. <https://doi.org/10.1080/2328860420222051796> 2022.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2051796>.
- [10] Avelé D, Bikourane N. LA MISE EN OEUVRE D’OUTILS DE CONTRÔLE DE GESTION ET MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE EN MILIEU HOSPITALIER: UNE APPROCHE PAR ETUDE DE CAS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS CAMEROUNAIS n.d.
- [11] Paul E, Albert L, Bisala BNS, Bodson O, Bonnet E, Bossyns P, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn’t it time for a rethink? *BMJ Glob Heal* 2018;3:e000664. <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2017-000664>.
- [12] wona Manga LJ, Bitá Fouda AA, Mbida L, Mvogo CE. Performance based financing and job satisfaction in a semiurban health district in Cameroon. *J Public Health Africa* 2018;9:60–4. <https://doi.org/10.4081/JPHIA.2018.760>.
- [13] Paul E, Ridde V. Le financement basé sur les résultats (FBR) en Afrique. <http://JournalsOpenEditionOrg/Ried> 2022:169–204. <https://doi.org/10.4000/RIED.334>.
- [14] ANGWAFOR III FRU FOBUZSHI. Comment notre hôpital au bord de la faillite est devenu un modèle de gestion basée sur la performance? 2017. <https://blogs.worldbank.org/fr/africacan/un-hopital-au-bord-faillite-devenu-modele-de-gestion-basee-sur-la-performance> (accessed January 19, 2023).
- [15] Hélène Löning VMJMYPÈCDMAS. le contrôle de gestion organisation, outils et pratiques 3 e édition. 2008.