



**ATELIER DE REFLEXION SUR LES MODALITES D'IMPLEMENTATION
DE LA DECISION N° 0498/D/MINSANTE/ SG/CNLS/GTC/SP DU 04 AVRIL 2019 FIXANT LES
MODALITES D'ACCES ET DE SUIVI DES POPULATIONS AUX SERVICES
DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH DNS LES FOSA
PUBLIQUES ET LEUR ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE AFFILIEES**

Douala, les 06 et 07 juin 2019

RAPPORT GENERAL



- **Coordination**

Docteur Hamadou Ba -Chef de la Division de la Coopération

- **Supervision**

Monsieur ZibiBengono E. Chef de la Cellule du Partenariat International

- **Equipe de rapporteurs :**

Madame Bakary Hapsatou Issa – Chargé d'Etudes Assistant n°1 CPI/DCOOP

Monsieur EFA Francis Salomon – Cadre CPI/DCOOP

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	03
I.INTRODUCTION.....	04
II.Objectifs de l'atelier.....	05
1. Objectif général	05
2. Objectifs spécifiques.....	06
3. Résultats attendus.....	06
III.Méthodologie de travail.....	06
IV.Déroulement des travaux proprement dits de l'atelier.....	07
1. CEREMONIE PROTOCOLAIRE.....	07
1- Mot d'ouverture du Chef de la Division de la Coopération du MINSANTE	08
Mot d'ouverture de la Directrice Pays ONUSIDA.....	09
2. PRESENTATIONS THEMATIQUES.....	09
Présentation 1 : Barrière à l'accès aux soins VIH au Cameroun (par le CNLS).....	09
Présentation 2 : Expérience et situation au Cameroun par Dr BAKOR de la Cameroon Baptist Convention.....	10
1- HIV user fee charges at CDC supported health facilities, et Voucher initiative for viral load.....	11
2- Exposé de l'ANRS.....	12
3- Les réformes pour la suppression du paiement direct des soins quelques idées provenant d'autres pays africains par Monsieur Ridde Valéry.....	12
5- Exposé sur la gratuité des coûts VIH par Positive Generation.....	14
6- Exposé : Etat des lieux de la CSU par Dr OWONO Virginie du MINSANTE.....	15
 V.TRAVAUX DE GROUPE : TERMES DE REFERENCE DES TRAVAUX DE GROUPE ET REPARTITION DES GROUPES DE TRAVAIL	22
1. TERMES DE REFERENCE	22
2. STRATEGIES/APPROCHE	23
3. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ISSUES DES ECHANGES (TRAVAUX DE GROUPE)	24
VI. CONCLUSION	28
ANNEXES	29
▪ DECISION N° 0498/D/MINSANTE/ SG/CNLS/GTC/SP DU 04 AVRIL 2019 FIXANT LES MODALITES ▪ D'ACCES ET DE SUIVI DES POPULATIONS AUX SERVICES DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE ▪ DU VIH DNS LES FOSA PUBLIQUES ET LEUR ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE AFFILIEES.....	30
▪ Lettres d'invitation	32
▪ AGENDA	33
▪ LISTE DES PARTICIPANTS	34
▪ TERMES DE RÉFÉRENCE DES TRAVAUX DE GROUPE.....	35
▪ LISTE DES MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL	37
▪ QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ATELIER	40

LISTE DES ABREVIATIONS

N°	ABREVIATIONS	SIGNIFICATION
1.	ARV	Anti Rétro Viraux
2.	CPI	Cellule du Partenariat International
3.	CSU	Couverture Santé Universelle
4.	DCOOP	Division de la Coopération
5.	DRH	Direction des Ressources Humaines
6.	DPS	Direction de la Promotion de la Santé
7.	DSF	Direction de la Santé Familiale
8.	PEC	Prise en charge
9.	FOSA	Formations sanitaires
10.	MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
11.	ODD	Objectifs de Développement Durables
12.	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH

I. INTRODUCTION

La lutte contre l'infection à VIH/SIDA reste l'une des préoccupations majeures au cœur des politiques de santé dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne. Au Cameroun, la prévalence de l'infection à VIH en population générale est passée de 4,3% en 2011 (EDS-MICS, 2012), à 3,7% en 2018 (CAMPRIA, 2018). D'après certaines estimations, plus de 530.000 personnes vivent avec le VIH au Cameroun (ONUSIDA, données spectrum 2019 non validées), malgré les efforts du Gouvernement en termes de sensibilisation, de prise en charge et de distribution gratuite des ARV aux Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH). Face aux différentes barrières socio-économiques et culturelles liées à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, le Ministre de la Santé Publique du Cameroun a publié en avril 2019, la **Décision N°0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019, fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH dans les FOSA publiques et leur organisation à base communautaire affiliées.**

Cette décision historique a pour objectif de permettre la gratuité d'un ensemble de services fournis dans les établissements publics et les sites communautaires en faveur des personnes vivant avec le VIH. Ces services comprennent le dépistage du VIH pour tous et l'accès gratuit aux consultations prénatales et aux carnets de santé, au dossier médical, aux tests de dépistage des CD4 et de la charge virale, au dépistage du VIH pour les soins pédiatriques, aux ARV, aux médicaments contre les infections opportunistes et à la fourniture de médicaments contre les infections opportunistes aux personnes atteintes du VIH. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à fournir gratuitement tous les médicaments et fournitures nécessaires à tous les établissements de santé et laboratoires affiliés relevant de son ressort de compétence. La suppression du paiement direct pour les patients est une mesure politique audacieuse qui a le potentiel d'améliorer la couverture, l'accès et l'équité des services et ainsi d'accélérer les progrès vers les objectifs de la riposte au VIH. Toutefois, une préparation insuffisante peut avoir des effets imprévus et compromettre l'effet positif attendu de la décision politique. Aussi, est-il essentiel de rappeler que le Cameroun s'est engagé vers la Couverture Universelle en Santé (CSU)¹, notamment à travers la mise en place du groupe technique national depuis 2015 et la formulation de la stratégie nationale du financement de la santé. C'est dans ce contexte que la décision concernant la suppression du paiement pour les patients vivant avec VIH est assurément un pas vers la CSU car, elle va améliorer tant la couverture des services de santé offerts, que la proportion des populations pouvant en bénéficier. En outre, l'application de cette décision permettra de produire des connaissances et un savoir faire sur sa mise en œuvre dont les leçons seront utiles pour la progression vers la CSU concernant les autres services et populations du pays. Ensuite cette décision est aussi en

¹Discours du Chef de l'État, le 31 décembre 2017

faveur de l'amélioration de l'équité dans l'accès et le financement des services de santé au Cameroun et permettra certainement de n'oublier personne sur le chemin de la CSU. Enfin, ladite décision témoigne d'un engagement fort de la part du Ministère de la Santé Publique à mettre en œuvre la politique sociale du Chef de l'État à travers la CSU.

L'expérience des pays africains qui se sont engagés dans l'abolition des paiements directs a permis de tirer plusieurs leçons importantes sur les facteurs clés qui conduisent à une mise en œuvre réussie d'une telle décision². Pour ce faire, il a été nécessaire de créer un groupe de travail chargé de la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et de son évaluation. Ce Groupe de travail a été composé de deux sous-groupes à savoir : (1) **un Comité directeur de haut niveau, qui** a eu pour objectif général, de diriger la mise en œuvre de la Feuille de route qui a été élaborée au cours de l'atelier délibératif pour atteindre les objectifs fixés dans la Décision ministérielle. Spécifiquement, il est chargé de : préparer les changements politiques et budgétaires nécessaires qui seront soumis au Parlement et à l'exécutif et assurer le suivi et l'évaluation nécessaire à une mise en œuvre efficace. (2) **Un groupe de travail technique**, composé de techniciens de plusieurs ministères, de représentants de la société civile et de partenaires internationaux et nationaux, il a été chargé de soutenir la mise en œuvre et le suivi de la feuille de route pour la mise en œuvre de la décision ministérielle, de guider les travaux d'analyse préliminaires à entreprendre pour fournir au Comité directeur de haut niveau des options fondées sur des données probantes pour les décisions politiques et budgétaires.

C'est donc dans ce contexte que le Ministère de la Santé Publique avec l'appui technique et financier de ses partenaires notamment ONUSIDA, PEPFAR, OMS, UNICEF, la Société Civile et bien d'autres, a organisé les 06 et 07 juin prochains, dans la ville de Douala, **Un atelier délibératif efficace** dont le but était de favoriser des prises de décisions fondées sur des données scientifiques mais aussi sur des contributions issues de toutes les parties prenantes et de l'analyse tirée des expériences dans six pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal) à l'effet de proposer des recommandations opérationnelles pour organiser avec efficacité ce type d'atelier délibératif³. Cet atelier, visait à atteindre les objectifs ci-après :

II. Objectifs de l'atelier

4. Objectif général

L'objectif principal de cette rencontre était de favoriser le démarrage efficace de la mise en application de la Décision au 1^{er} Janvier 2020, à travers la suppression du paiement pour les tests et la prise en charge du VIH.

²Ridde V. 2015. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research* 15: S6. ;Hercot D, Meessen B, Ridde V, Gilson L. 2011. The Policy Process of removing user fees for health services in low-income countries: a multicountryreview framework. *Health Policy & Planning*.

³Ridde V, Dagenais C. 2017. What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health* 2: e000432. ;McSween-Cadieux E, Dagenais C, Ridde V. 2018. A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso: a mixed-method evaluation. *HealthResearch Policy and Systems* 16.

5. Objectifs spécifiques

De façon plus spécifique il s'est agi de :

- examiner les contextes, les expériences et les opportunités liées à la suppression du paiement pour les tests et la prise en charge liés au VIH ;
- mettre en exergue les défis et prendre les défis et prendre des mesures d'anticipation pour faciliter la mise en application de ladite décision ;
- proposer des solutions opérationnelles pour la mise en application de la décision du 1^{er} Janvier 2019
- élaborer une feuille de route avec des besoins en appuis techniques pour la mise en application de la décision du 1^{er} Janvier 2020

Au terme de cet atelier, il est attendu un certain nombre de livrables.

6. Résultats attendus

Les résultats attendus étaient :

- l'examen des contextes, des expériences, et des opportunités liées à la suppression du paiement pour les tests et la prise en charge liés au VIH est fait ;
- les défis sont mis en exergues et les mesures d'anticipation pour la mise en application de la décision sont connues
- des solutions opérationnelles pour la mise en application de la décision au 1^{er} Janvier 2020 sont faites et connues
- une feuille de route est disponible.

Pour atteindre les résultats ci-dessus escomptés, il a été nécessaire pour les organisateurs et les participants d'adopter une méthode de travail rigoureuse, et d'apporter des réponses aux différentes questions.

III.Méthodologie de travail

▪ Phase préparatoire

Pour la réussite de cet atelier, des réunions préparatoires ont été régulièrement organisées entre les partenaires techniques et financiers et le Ministère de la Santé Publique.

Aussi, un Comité Technique d'Organisation a été mis en place au niveau de la Division de la Coopération du Ministère de la Santé Publique, avec pour missions entre autres :

- l'élaboration du budget ;
- la mise en œuvre des procédures administratives nécessaires à l'élaboration des invitations et de leur distribution à temps aux participants ;
- la location de la salle dans un hôtel à Douala où se dérouleront les activités de l'atelier ;
- la disponibilité du matériel de reprographie ;
- le bon déroulement des activités de l'atelier.

✓ Documents à préparer

Pour s'assurer que les parties prenantes de l'atelier puissent disposer des meilleures informations à jour concernant la problématique des thèmes abordés, des notes de politiques (Policy Brief⁴) ont été préparées en avance. Elles ont notamment porté sur :

- l'analyse préliminaire sur le paiement des soins et VIH au Cameroun
- les expériences des autres pays dans l'abolition du paiement
- les expériences au Cameroun liées au paiement des soins (FBR ; chèque santé, observatoire, etc.)

Par ailleurs, un Kit du participant a été préparé et mis à la disposition de chaque participant.

Toutes les contributions scientifiques en termes d'exposés sur Power-points sont parvenues au Comité Technique d'Organisation deux jours avant l'atelier pour faciliter le bon déroulement des travaux compte tenu du temps.

Chaque groupe de travail a disposé à l'avance de TDR par thématique pour faciliter les travaux de groupe.

Un questionnaire de collecte des données relatives aux perceptions des participants par rapport à la Décision sur la gratuité de la PEC du VIH SIDA a été distribué par ONUSIDA, et rempli par l'ensemble de participants.



Une vue de la table des modérateurs

✓ L'atelier proprement dit

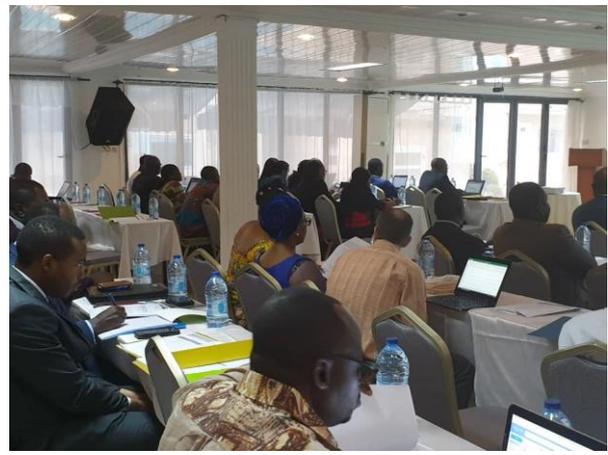
Durant les deux jours d'atelier, des présentations Powerpoint, des panels de discussions ouvertes et des travaux de groupe ont eu lieu sur les 04 thèmes prioritaires suivants pour la mise en œuvre de la décision ministérielle:

1. Financement : augmentation de budget étatique, engagement long terme, coordination des bailleurs, estimation des coûts, modalité de transfert des fonds, etc.
2. Offre de soins : disponibilité des intrants ; ressources humaines, qualité des soins, etc.
3. Demande de soins : autres barrières que le paiement ; communication, mobilisation, etc.
4. Gouvernance : participation, redevabilité, task force, suivi et évaluation, etc.

⁴Dagenais C, Ridde V. 2018. Policy brief as a knowledge transfer tool: to "make a splash", your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*. May - Jun;32(3):203-205

✓ Participants

L'atelier a vu la participation effective d'environ 80 personnes issues du MINSANTE, des PTF, de la Société Civile, et des Associations.



Une vue des participants dans la salle

IV. Déroulement des travaux proprement dits de l'atelier

A. CEREMONIE PROTOCOLAIRE

La cérémonie protocolaire a été ponctuée par trois grandes articulations :

2- Mot d'ouverture du Chef de la Division de la Coopération du MINSANTE

Dans son mot d'ouverture, le DCOOP a commencé par rappeler l'engagement de l'Etat camerounais à l'atteinte des trois 90 de l'ONUSIDA, tout en soulignant la corrélation entre lesdits objectifs et la gratuité des services.

Il poursuit par un rappel des données démographiques des PVVIH au Cameroun ce qui lui a permis de relever l'importance de l'atelier en considérant le fait que cette population ne pourrait que s'accroître compte tenu de la future gratuité instaurée des services.

Il a conclu son propos par des remerciements adressés aux divers partenaires techniques et financiers, notamment l'ONUSIDA pour leur accompagnement constant et volontaire à l'amélioration de la qualité de vie des populations camerounaises (notamment en matière de santé).

3- Mot d'ouverture de la Directrice Pays ONUSIDA

La Directrice Pays dans son propos introductif, s'est dit honorée de participer et co-présider cet atelier. En tant que Représentante de l'ONUSIDA et donc de l'Agence du système des Nations Unies en charge de la lutte contre le SIDA, elle a félicité l'Etat du Cameroun pour l'importante Décision relative à la gratuité des soins et services de santé liés au VIH (Dépistage et prise en charge), et les maladies opportunistes, en faveur des populations camerounaises. Dans le cadre de cette Décision a-t-elle poursuivi, le Gouvernement camerounais compte assurer la suppression des coûts des soins et atteindre plus rapidement les objectifs (90-90-90). D'où la primauté qu'elle apporta à la phase de préparation afin d'obtenir « *de maximiser les impacts positifs et minimiser les impacts négatifs* ».

Elle a poursuivi en précisant la vision de ONUSIDA qui est de « mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, (...) avec une étape importante qui est 2020. » Elle a ainsi affirmé qu' « à l'horizon 2020, nous souhaitons réaliser une situation ou :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. »

Enfin, elle a considéré le cadre offert par l'atelier comme une opportunité d'analyser les goulots d'étranglements qui pourraient s'opposer à la mise œuvre de la décision gouvernementale, ainsi qu'à la mise en place d'une Task-force chargée de veiller à l'implémentation de la décision ministérielle ; de ce fait il est question d'apprendre des expériences de gratuité d'autres pays pour plus d'efficacité car, dit-elle « *cela s'est fait ailleurs, nous pouvons donc le faire ici* »

Différentes présentations ont été ensuite faites sur les thèmes ci-dessous indiqués.

B. PRESENTATIONS THEMATIQUES

Plusieurs présentations ont été faites par des Experts.

Présentation 1 : Barrière à l'accès aux soins VIH au Cameroun (par le CNLS)



Une vue de la présentation faite par le CNLS

Cette première présentation, dont l'objectif était de faire un état des lieux, s'est articulée autour des points suivants :

1- Situation

Au cours de cet exposé, l'assistance a été entretenue sur des données démographiques et épidémiologiques du Cameroun, en liaison avec le VIH SIDA. Il a ainsi été indiqué que pour une population de 23,1 millions d'habitants, le Cameroun est le 2^{ème} pays dans région AOC, après le Nigéria, où le poids de l'épidémie VIH est le plus considérable. L'épidémie est également mixte, généralisée, concentrée dans certains groupes HSH et TS et enfin féminisée (F : 5,6% vs H:2,9%); prédominante en zone urbaine (EDS 2011). Parmi les populations urbaines, on estime à 531 396(Estimation SPECTRUM) le nombre de personne vivants avec le VIH au Cameroun. La prévalence chez les 15-49 ans est de 3,4% avec une incidence dans la même tranche d'âge estimée à 0,26%.

2- Dynamique de l'infection de 2017 à 2018

On note une **Baisse du nombre de nouvelles infections** (pour les adultes de 15ans et plus, les femmes de 15 ans et plus, les enfants de 0à14 ans, et les jeunes de 15 à 24 ans) cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2020. On a également pu constater une baisse considérable du nombre de décès liés au SIDA.

3- Etat des lieux de la prise en charge

Grace à la mise en œuvre depuis 2016 de la stratégie «*Test and Start* », 281 083 PVVIH ont pu être mis sous traitement parmi lesquelles 70% de femmes, 4% d'enfants et 20,3% de personnes âgées de 50 ans et plus. Ce qui atteste d'une bonne progression de la cascade prise en charge au Cameroun

4- Barrière de l'accès aux soins

Pour ce qui est des barrières à l'accès aux soins, de façon générale, elles se répartissent entre les points suivants :

- accueil peu ou pas convivial
- qualité non optimale des services
- faible coordination des interventions de soins
- hygiène hospitalière non optimale
- environnement peu ou pas propice (stigmatisation, discrimination, etc...)

De manière plus spécifique, on relève l'intégration insuffisante des services (TB, Planning familial, SMNI, etc...), et le coût élevé des services.

Pour lever ces obstacles, il a été proposé de :

- améliorer l'hygiène hospitalière
- créer un environnement propice (réduction de stigmatisation, discrimination, etc...)

- assurer l'implication/engagement communautaire pour suppléer le personnel de santé
- mettre en place dans chaque FOSA un système d'amélioration de qualité
- organiser les services et les soins pour une meilleure intégration et la diminution du temps d'attente des patients
- réduire ou supprimer les coûts des services prioritaires

Présentation 2 : Expérience et situation au Cameroun par Dr BAKOR de la Cameroon Baptist Convention

Cette seconde série de présentations a permis aux participants de s'enquérir des expériences de la gratuité des services déjà menées au Cameroun. Ainsi avons-nous débuté par :



Une vue de la présentation faite par Dr Bakor

1- HIV user fee charges at CDC supported health facilities, et Voucher initiative for viral load

Cet exposé a permis d'effectuer une évaluation des frais d'utilisation du VIH dans les cliniques du Centre et du Littoral avant la mise en œuvre de l'initiative Voucher de CDC.

Il s'est articulé autour des points suivants :

- effets de l'initiative de coupons sur les frais d'utilisation du VIH
- autres efforts pour réduire les frais d'utilisation du VIH dans les cliniques
- leçons tirées de la mise en œuvre de l'initiative relative aux bons
- recommandations et conclusions

Les recommandations suivantes ont découlé de cet exposé :

- mettre en œuvre des stratégies ou des politiques pour traiter le financement des soins de santé
- mettre en place au niveau du Ministère de la Santé Publique des systèmes de contrôle efficaces pour superviser et garantir la conformité des établissements de santé aux réglementations, et la suppression complète des frais informels

- renforcer le soutien apporté au Ministère de la Santé Publique (services de santé de district, délégations régionales de la santé publique et inspections générales) dans le cadre du respect de l'élimination des redevances informelles
- continuer à subventionner les services pour les bénéficiaires jusqu'à l'élimination complète des frais d'utilisation formels d'ici janvier 2020
- plaider en faveur d'une augmentation du budget de la santé au niveau national

2- Exposé de l'ANRS

Cet exposé a été consacré à la présentation de la surveillance de la résistance aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées. Les participants ont ainsi pu être éclairés sur les raisons de l'émergence des résistances aux médicaments ARV, sur la situation actuelle des résistances et sur la manière de prévenir lesdites résistances.

- **Raisons de l'émergence des résistances aux traitements ARV ?** Traitement de première intention : médicaments à faible barrière génétique ET surveillance de la charge virale « sous-optimale », Diversité du VIH : différences dans la distribution des mutations et la pertinence clinique, Adhérence : tolérance, comorbidité, croyance, disponibilité des médicaments
- **Situation actuelle des résistances ?** On a pu noter ici une prévalence sérieuse des résistances au traitement chez les enfants et les adolescents en Afrique. Pour ce qui concerne le Cameroun des résistances à l'initiation étaient selon la présentation proche de 10% avec des risques d'échec précoce des TARV de 1^{ère} ligne
- **Comment prévenir les résistances ?** Une première ligne plus « robuste » avec le dolutégravir, L'accès à la charge virale et son utilisation efficace.

3- Les réformes pour la suppression du paiement direct des soins quelques idées provenant d'autres pays africains par Monsieur Ridde Valéry



Une vue de la présentation faite par Mr RIDDE Valéry

Sur la base des expériences de certains pays africains (Burkina Faso, Bénin, Niger), le consultant ONUSIDA a démontré que la suppression des paiements ou la gratuité des coûts nécessitent un certain nombre de réformes préalables. Celles-ci visent la prise en compte du contexte national, des acteurs impliqués dans le processus, la définition du contenu et l'élaboration d'un processus.

a. Le contexte spécifique national

S'agissant du contexte spécifique national, le plan de gratuité doit découler d'un fort engagement national et intégrer une volonté politique clairement exprimée.

Par ailleurs, il doit tenir compte de la prévalence nationale de la maladie, du taux de mortalité dû à la maladie, du budget de l'Etat consacré à la lutte contre le VIH, la part du financement par les ménages, les effets délétères du paiement direct sur l'observance, la restauration du système immunitaire, la qualité de vie et l'équité, et l'impact de la Gratuité des ARV.

Au Cameroun, la prise en compte des opportunités opérationnelles est capitale, et doit impérativement intégrer les éléments suivants :

- la présence des groupes de travail Couverture Santé Universelle (CSU) et Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS).
- le programme Leadership P4H
- les études d'outil de gestion des factures (OpenIMIS)
- le PBF à l'échelle nationale avec achat des indicateurs VIH
- l'état des comptes bancaires des FOSA
- le rôle des Fonds régionaux pour la Promotion de la Santé
- le suivi de la file active (exemple : PEPFAR : 180 000 PVVIH en plus sur 2 ans)
- une cartographie de la Société Civile et des innovations pour la demande et l'adhérence
- le rôle de l'Observatoire par la société civile
- les recherches sur VIH et dépenses de santé
- les études prévues sur les FRPS et circuit financier

b. Les acteurs

L'implémentation des mesures de gratuité nécessite l'implication inclusive de tous les acteurs :

- ☞ Décideurs Politiques,
- ☞ Partenaires Techniques et Financiers,
- ☞ Personnels de Santé,
- ☞ les acteurs sectoriels,
- ☞ la Société Civile,

- ☞ le secteur privé,
- ☞ les Leaders d'opinion etc,

et une coordination parfaite des activités pour l'atteinte efficace des objectifs.

c. Le contenu

Le contenu d'une politique de gratuité doit être :

- **Précis** : il doit prendre en compte les besoins de santé, la perception des besoins et la demande des soins, la quête des soins de santé, la disponibilité des soins de santé ; il doit également favoriser l'accès aux soins de santé, et intégrer les conséquences économiques, sanitaires et la satisfaction des bénéficiaires.

- **Adapté** : pour ce faire, le Gouvernement doit évaluer sa capacité à percevoir/Accessibilité, à chercher/Acceptabilité, à atteindre / Disponibilité, Accueil, à payer / Coût abordable, et à s'engager / Pertinence, Adéquation.

- **Financé** : à savoir faire l'objet d'une bonne évaluation. Toutes les activités doivent être planifiées, budgétisées et financées.

Le Gouvernement doit s'assurer de la disponibilité des fonds provenant des partenaires techniques et financiers, pour la mise en œuvre de la politique de gratuité.

d. Processus

Le processus doit être préparé, adaptatif et évalué ; il se décline en 04 phases :

Phase 1 : intégrer les considérations initiales concernant l'environnement hôte

Phase 2 : créer une structure pour la mise en œuvre

Phase 3 : mettre en place une structure continue après le début de la mise en œuvre

Phase 4 : améliorer les applications futures.

Au cours de cet exposé, un film sur l'expérience de cette politique au Niger a été projeté, faisant état des différents biais pouvant entraver la réussite de la mise en œuvre de la gratuité de la PEC du VIH SIDA.

En résumé, le consultant a récapitulé quelques idées susceptibles de concourir à la réussite de la politique de gratuité, du point de vue des expériences de certains autres pays africains ; il a ainsi proposé de :

- Mobiliser des champions (Etat et PTF)
- Impliquer toutes les parties prenantes (exemple : OSC et médias)
- Anticiper les besoins en RH, financements, intrants
- Décider des modalités de paiements/achats, etc.
- Informer et former toutes les parties prenantes (surtout population et professionnels)
- Définir les modes de gouvernance, de suivi/évaluation
- Se donner les moyens de l'adaptation, la réactivité et l'agilité
- Assurer la réalité de la mise en œuvre et la pérennité

4- Présentation : Exposé sur la gratuité des coûts VIH par Positive Generation (Société Civile)



Une vue de la présentation faite par le représentant de Positive Generation

i. Les objectifs spécifiques

Ils ont été indiqués comme suit :

- Collecter, analyser et diffuser des informations relatives aux dysfonctionnements concernant l'accès aux soins des populations.
- Élaborer des propositions et recommandations visant l'amélioration des conditions d'accès aux soins pour les malades.
- Mener un plaidoyer efficace pour faciliter l'accès aux soins et traitements.

ii. Les cibles

Les populations concernés ou cibles ont été identifiées :

- Acteurs Politiques ;
- Communautés ;
- Structures décisionnelles et opérationnelles du système de Santé et des Droits Humains;
- Structures de Développement;
- Organisations de la Société Civile

iii. Les différents programmes du TAW

Il a poursuivi sa présentation par les différents programmes du TAW : la Citoyenneté, la Sentinelle, Access Watch, et le Feedback.

Au cours de l'analyse de la prise en charge du VIH SIDA proprement dite, l'expert a procédé à une simulation pour les examens médicaux et les traitements, à travers les stocks outs et les extra costs. Il a ensuite indiqué les raisons de l'accroissement des coûts dans les 10 régions.

Il a conclu son propos par des pistes de solutions, qui sont : rompre avec les ruptures, casser les prix ou rompre avec les surcoûts.

5- Exposé : Etat des lieux de la CSU par Dr OWONO Virginie du MINSANTE



Une vue de la présentation sur la CSU

La présentation a été faite selon le plan ci-dessous indiqué :

1. Introduction

Il a ainsi été rappelé dans la partie introductive de l'exposé que l'objectif de la CSU était essentiellement de « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, promotionnels, curatifs, palliatifs, de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». Elle se rapporte au 3^{ème} Objectif de Développement Durable qui est « Good Health and WellBeing ».

Les 03 dimensions de la CSU ont été ensuite indiquées, à savoir :

1. **Couverture des services essentiels aux populations**
2. **Population couverte par un paquet des services essentiels**
3. **Protection contre le risque financier**

Des éléments de la vision stratégique et de l'encadrement institutionnel de la MEP de la CSU ont été présentés, comme suit :

- ☞ le Gouvernement a initié un processus visant à doter notre pays, à terme, d'un système de couverture Santé Universelle pour garantir un accès équitable aux soins de santé de qualité aux camerounais,
- ☞ la création en 2015 d'un Groupe Technique National multisectoriel, présidé par les Ministres de la Santé Publique et du Travail et la Sécurité Sociale, avec pour mission principale de conduire le processus et faire des propositions au Gouvernement sur les différents aspects de ce système
- ☞ Un comité de coordination aux Services du Premier Ministre

En outre, il a été fortement rappelé que la CSU bénéficiait d'un « Engagement politique du Chef de l'Etat et leadership manifeste », comme ci après indiqué :

« ... C'est dans cette optique que j'ai donné au Gouvernement l'instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle. » **Discours à la nation, le 31 décembre 2017**

Pour clore cette partie introductive, l'exposante a précisé que la Couverture Santé Universelle signifie : 2 grands volets à adresser :

- Renforcement de l'offre de soins pour la disponibilité des soins et services de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire national
- organisation et financement de la demande de soins ou la protection sociale en santé

2. Situation du financement de la santé et du niveau de couverture en santé de la population

Concernant ce volet, la situation du financement de la santé et du niveau de couverture en santé de la population la description suivante a été déroulée à l'assistance, à travers :

i. Ressources financières allouées à la santé

- Dépense totale de santé: 728.1 milliards FCFA
- Dépense totale de santé par habitant : 67\$ / 106\$ pour atteindre la CSU
- Paiements directs des ménages : 70,27% des dépenses de santé/475 milliards en 2012
- Part du budget de l'Etat alloué à la fonction santé oscille entre 5.5 et 7% depuis 2011

ii. Niveau de couverture en santé de la population

- Seulement 6.46 % de la population camerounaise couverte par un mécanisme de protection sociale en santé.
- La majorité (93,54 %) ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier et continue de supporter les dépenses directes de santé à travers le paiement direct des soins.

iii. Mutualisation des ressources

- Forte fragmentation du financement de la santé
- Taux de mutualisation très faible: 2%
- Plusieurs dispositifs de gratuité et subventions très limités en couverture, dédiés à des cibles ou des maladies spécifiques

iv. Degré d'équité dans le financement de la santé

- Allocation des ressources publiques en partie de manière "historique" ou égalitaire
- 33% des dépenses publiques de santé captées par les fonctions administratives, 42% dans les mutuelles de santé

- Redevabilité et transparence faible
- v. **Achat des prestations**
Trois principaux acteurs:
 - Les ménages à travers les paiements directs et les tickets modérateurs
 - Le MINSANTE
 - Les assureurs privés et mutuelles de santé
 - Principal mécanisme de paiement est le paiement à l'acte = surconsommation

3. Description du système national de Couverture Santé Universelle

- **Les principes directeurs** sont au nombre de 04 : Universalité, Solidarité nationale, Responsabilité générale de l'Etat et Affiliation obligatoire.
- **L'architecture du système de Couverture santé universelle** est définie comme un ensemble cohérent de mécanismes ou instruments de regroupement et de gestion des fonds pour permettre la prise en charge collective des dépenses liées à l'accès des populations aux soins et services de santé
- **Le paquet de soins et services de santé du système de Couverture Santé Universelle :** est l'ensemble des soins, préventifs et curatifs, des médicaments et des dispositifs médicaux considérés comme fondamentaux et prioritaires et dont la prise en charge collective sera garantie par le système national. **185 affections et interventions de santé publique ont été retenues dans le paquet de soins de base, avec 101 sous-interventions**

Les protocoles de soins par spécialités visent trois objectifs :

- Offrir des soins et services de qualité
- Rationaliser les dépenses de santé
- Servir de référence pour le remboursement des prestations aux formations sanitaires

Ils sont élaborés pour favoriser une bonne délivrance des interventions du paquet de soins de base, et constituent un Document fixant les règles de bonne pratique d'un acte médical ou paramédical, basées sur une expérience clinique partagée et un consensus de professionnels d'une part, et d'autre part un Guide de rappel des procédures de soins que les professionnels de santé se devront de suivre dans le cadre de la prise en charge des pathologies et des services arrêtés dans le panier de soins.

- **L'estimation du coût du système de Couverture Santé Universelle**

Le coût total est composé du coût technique c'est-à-dire coût des interventions du paquet de soins de base et les coûts de gestion de l'architecture. Le Coût technique: dépend du Logiciel « One health ». Il prend en compte trois variables:

- ♦ Le coût unitaire des intrants pour la réalisation de chaque intervention : *Décret N°87-529 du 21 avril 1987* sur la tarification des prestations a été le document de référence pour les actes médicaux et paramédicaux
- ♦ La prévalence de chaque intervention : proportion de personnes ayant besoin de chaque intervention
- ♦ La population cible : part de la population qui est concernée par chaque intervention avec l'hypothèse principale d'une couverture à 100% de ladite population.

Le Phasage, le panier de démarrage et le cout annuel sont des éléments importants dans la MEO de la CSU.

Soins et services de santé	Coût de prise en charge en FCFA par an
Vaccination	31 663 516 999
Pédiatrie	143 922 146 428
Gynécologie/obstétrique	95 328 975 849
VIH SIDA, Paludisme, Tuberculose, cancer, dialyse, schistosomiase, helminthiase intestinales.	61 451 147 000
Services de promotion de la santé (Santé communautaire)	2 389 455 192 FCFA
TotalPhase Une	334 765 241 460 FCFA

Tableau : le panier de démarrage et le cout annuel

• L'enrôlement et l'immatriculation

Une description du processus d'enrôlement et d'immatriculation à la CSU a été faite.

Ainsi que les Informations collectées durant l'enrôlement:

- Informations de premier groupe: données biographiques et biométriques
- Informations de deuxième groupe: données faisant référence aux autres systèmes d'immatriculation
- Informations de troisième groupe: informations complémentaires

• Le plan d'investissement pour le renforcement de l'offre de soins

Les différentes étapes ont été présentées :

- un dossier d'investissement pour la mise à niveau des infrastructures et équipements en cours
- un dossier de recrutement du personnel technique au niveau local
- une évaluation des besoins des FOSA du niveau opérationnel faite

• Les sources de financement du système de Couverture Santé Universelle

Trois sources de financement ont été identifiées :

- L'Etat

- Les cotisations sociales
- Les partenaires
- **Le cadre juridique**
 - Avant-projet de loi portant sur la CSU est soumis
 - Sensibilisation des parlementaires
 - Texte de création de l'organe national de gestion proposé
 - Plan de communication élaboré / Information, sensibilisation des acteurs, plaidoyer
 - Ciblage des personnes vulnérables en cours / Registre social unifié
- **Conclusion et perspectives**

Au terme de 04 années de réflexions participatives, le Groupe Technique National a défini les principaux éléments de base : l'ensemble des éléments proposé est fondé à la fois sur les leçons tirées des expériences internationales en matière de couverture santé universelle mais aussi et surtout sur le contexte camerounais. La Phase de pré-lancement en cours.

- implication de tous les acteurs nécessaire pour trouver les bons arrangements

ECHANGES

Des échanges, il est ressorti la nécessité de:

- prendre en compte dans l'estimation des couts toutes les charges induites par le traitement
- s'inspirer des programmes de gratuité qui fonctionnent (PEV, Palu pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes)
- définir un plan de suivi évaluation clair impliquant les districts
- évaluer le paquet minimum disponible dans les FOSA pour la prise en charge gratuite
- définir précisément les rôles et responsabilités de chaque acteur ;
- évaluer les financements disponibles sur le plan national et la part à compléter pour ce qui est des sources de financement.

Au terme de ces exposés, l'atelier s'est poursuivi par les travaux de groupe.

V. TRAVAUX DE GROUPE : TERMES DE REFERENCE DES TRAVAUX DE GROUPE ET REPARTITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Pour une réflexion efficiente sur la politique de gratuité des soins VIH, les groupes suivants ont été mis en place, et les termes de référence correspondants ont été indiqués. Les 4 groupes ont tablé sur leurs thèmes respectifs pendant une journée et demie.

La restitution de ces travaux a permis de collecter les éléments suivants :

4. TERMES DE REFERENCE

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Thème du groupe	Financement	Offre de soins et fournitures de services	Gouvernance	Demande de soins
Termes de référence des groupes de travail	<p>L'objectif final des travaux de groupes est d'identifier les points saillants, les divergences d'opinions, les éléments de consensus sur les sujets du débat clés concernant la décision d'avril 2019 et la liste de recommandations opérationnelles permettant de répondre à la question centrale du groupe. Les travaux de groupes visent à atteindre les deux objectifs suivants de l'atelier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer des solutions opérationnelles efficaces pour la mise en application de la décision au 1^{er} janvier 2020 ; • Élaborer une feuille de route avec les activités préalables à effectuer et les besoins en appuis techniques pour la mise en application de la décision au 1^{er} janvier 2020. <p>Les travaux de groupes et les discussions doivent aboutir à un plan opérationnel ou une feuille de route de la mise en application du décret du Ministère au 1er janvier 2020, les responsables des activités proposées, les échéanciers, les besoins d'appui technique et appui des partenaires. Le comité d'organisation de l'atelier a décidé en amont de quatre thèmes essentiels pour le développement du plan opérationnel, ce qui donne lieu à 4 groupes de travail :</p>			
	<p>Financement A : L'estimation des besoins financiers pour l'élimination des paiements directs (comment et où vu la diversité de l'application des paiements), autres éléments des besoins financiers à prendre en compte pendant l'analyse (charge du travail, augmentation de la demande), les options à court, moyen et long terme pour assurer les besoins de financement, y compris l'augmentation de budget de l'Etat pour la santé, rôle et coordination des bailleurs, en lien avec le CSU.</p>	<p>disponibilité et gestion des intrants ; ressources humaines, qualité des soins, qualités et mesure correctrice, etc.</p>	<p>engagement politique de l'Etat et des bailleurs, participation, redevabilité, task force, suivi et évaluation, coordination et fréquence de réunions, communication et engagement des gestionnaires et professionnel santé, place des communautés et de la société civile dans chaque phase de l'opérationnalisation,</p>	<p>autres barrières que le paiement ; communication, mobilisation, le rôle des communautés dans l'information mais aussi la délivrance des soins, etc.</p>

	<p>Financement B : Options pour les modalités de transfert des fonds, tenant comptes des présentations sur PBF, chèque santé, CSU et financement de la santé ;quelles conditions pour une gestion financière efficace et transparente possible au niveau des postes et centres de santé, les risques que le fonctionnement actuel posent les mesures à prendre pour éviter de mettre à risque le fonctionnement des centres santé</p>		<p>formation, documentation, renforcement des capacités de gestion du processus au Ministère de la Santé, etc.</p>	
--	--	--	--	--

5. STRATEGIES/APPROCHE

Thème du groupe	Groupe 1 Financement	Groupe 2 Offre de soins et fournitures de services	Groupe 3 Gouvernance	Groupe 4 Demande de soins
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Estimation des couts à éliminer ♦ Analyse approfondie des recettes actuelle ♦ Moyen de financement ; ♦ Comité de pilotage ; ♦ Assistance technique des PTF <p>Le groupe a proposé un secrétariat technique et un comité de pilotage</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Définition des prestations à offrir aux PVVIH (à tous les services contenus dans la décision ils ont rajouté les services de dépistage de la tuberculose, la 1ière CPN uniquement pour les FEC VIH+, la 2,3, et 4ième CPN FEC VIH+); ♦ Consultation médicale (que chaque FOSA décrive le circuit du patient); ♦ Élaboration des messages et affiches (OBC) ♦ Créer un environnement favorable (stigmatisation) ♦ Consultation prénatales ♦ Production des outils ; ♦ Test de dépistage VIH ; ♦ Appui à la maintenance des appareils DC4 ♦ Dispensation des ARV ♦ Ressources humaines ♦ Formation des acteurs ♦ Répartition du personnel et fonction 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Introduction ♦ L'architecture institutionnelle ♦ Respecter l'architecture existante ♦ Capitaliser les acquis système du CNLS ♦ Mise sur pied d'un comité de pilotage ♦ Coordination ♦ Contrôle et suivi-évaluation ; ♦ Nextstapes : ♦ Document normatif pour la mise sur pied et le fonctionnement ; ♦ La communication ; ♦ Suivi évaluation ; ♦ Formation ; ♦ Interventions communautaires ; ♦ 	<p>Le groupe a travaillé sur une approche d'exploitation des 05 piliers que détermine la demande (communication, opportunités, défis, stratégie et demande)</p>

- du nombre de patients à suivre,
- ♦ Ajouter des postes de suivi évaluation
- ♦ Motivation des RH
- ♦ Disponibilité et gestion des intrants
- ♦ Renforcer le transport des intrants
- ♦ Acquisition des équipements pour le traitement d'échantillon (centrifugeuse)
- ♦ Faible capacité de stockage des FOSA

6. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ISSUES DES ECHANGES (TRAVAUX DE GROUPE)

Thème du groupe	Groupe 1 Financement	Groupe 2 Offre de soins et fournitures de services	Groupe 3 Gouvernance	Groupe 4 Demande de soins
Principales recommandations (échanges)	<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter la DSF parmi les structures en charge de l'identification des paquets de services (CPN...) - Envisager de proposer une 3^{ème} piste de réflexion à proposer aux PTF 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter les CPN en stratégie avancée - Prévoir une gestion décentralisée des dossiers médicaux dans les FOSA - Prévoir le dépistage à domicile et son financement, et un texte de lois qui l'encadre - Penser à prendre en compte les questions de maintenance des équipements biomédicaux - Envisager un ou deux centres de référence pour les contrôles de qualité (à arrimer à ceux à l'international, à terme) - Prévoir des études sur les résistances - Impliquer la DRH pour renforcement des capacités des personnels soignants - Adresser une correspondance au MINFOPRA concernant le reversement des psychologues cliniciens au MINSANTE - Le PMA est celui concerné par la Décision sur la politique de gratuité, le PCA l'étant moins - Prévoir l'implication des acteurs - clés du suivi évaluation de cette politique de gratuité - Impliquer les officines de pharmacie privées pour la fourniture des ARV - Prévoir le contrôle qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des éléments de contrôle interne - Inclure la task force située à la Primature - Associer la DPS et la Cellcom pour les questions de communication - Faire apparaître les réalisations liées à l'intégration des activités - Se concentrer sur le concept de Gouvernance - Information stratégique à prendre en compte - Les aspects de redevabilité croisé devaient être abordé et les aspects d'intervention multisectoriel ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Associer les parlementaires pour les questions de plaidoyer - Associer les CTD pour la mise en œuvre de cette politique - Intégrer à part le français et l'anglais, d'autres langues dans le cadre du plan de communication - Proposer un timing clair d'ici au 1er janvier 2020 - Prendre en compte les autotests et la nutrition

Au terme des travaux de groupe, une synthèse des activités prévues a été faite selon le principe de priorisation. La Feuille de Route suivante a été ainsi produite :

N°	Activités	Responsables	Echéance	Observations
1.	Estimer les besoins en financement pour compenser les revenus des paiements supprimés	<ul style="list-style-type: none"> - DRFP - CNLS - DCOOP - DLMEP - DEP - DPS - MINFI - INS - POSITIVE GENERATION - PTF 	21 JUIN	Probable sous-estimation des besoins de financement avec les données du CNLS
2.	Recruter et financer cinq assistants techniques (économistes de la santé, coordination et gouvernance, administration)	<ul style="list-style-type: none"> - PTF - DCOOP - CNLS 	FIN JUIN	Équipe d'internationaux et de nationaux
3.	Suivre l'application de l'arrêt des paiements informels	<ul style="list-style-type: none"> - DCOOP - CNLS - IG 	JUIN	Actions à entreprendre en cas de non suivi des directives
4.	Mettre en place le Comité de Pilotage multisectoriel	<ul style="list-style-type: none"> - DAJC 	JUIN	Intégré au Comité CSU
5.	Renforcer les capacités de l'unité de coordination et de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - DCOOP - CNLS - PTF 	JUILLET	Capacité de gestion, personnel supplémentaire et dédié etc.
6.	Analyser puis définir les options des mécanismes de remboursement et de circuit budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> - DRFP - PTF - CNLS 	AOUT	Capitaliser toutes les expériences nationales
7.	Préparer le dossier pour le Parlement (Financement, Textes Juridiques et réglementaires, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - DLMEP - DCOOP - CNLS 	AOUT	Vérifier en amont la forme et le fond
8.	Organiser une table ronde avec les PTF sur les options de financement et les circuits budgétaires	<ul style="list-style-type: none"> - DCOOP - DRFP 	SEPTEMBRE	Offrir des options et des scénarii différents
9.	Finaliser le contenu du paquet de soins pris en charge par la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> - CNLS 	SEPTEMBRE	Soins de santé maternelle (faible taux de dépistage pour les femmes ne connaissant pas leur statut et PTME)
10.	S'assurer de la disponibilité des intrants, des systèmes d'approvisionnement et des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - CNLS 	SEPTEMBRE	Analyse préalable nécessaire des besoins et de la situation actuelle

11.	Plan de renforcement des capacités communautaires (OSC, Associations etc.) pour agir sur les autres barrières à l'accès	<ul style="list-style-type: none"> - CNLS - DEP - CSU - INS - POSITIVE GENERATION - PTF 	SEPTEMBRE	Formation, distribution d'intrants, motivation et paiement, appui psychosocial, redevabilité etc.
12.	Définir un plan de communication pour toutes les parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - CNLS - DEP - DPS - CELLCOM - INS - POSITIVE GENERATION - PTF 	OCTOBRE	Population, médias, professionnels de santé à tous les niveaux et de tous les secteurs
13.	Développer un plan de suivi et évaluation et réaliser une étude de base pour l'évaluation d'impact	<ul style="list-style-type: none"> - DCOOP - CNLS - ANRS 	NOVEMBRE	Evaluation des processus de l'efficacité, de la qualité des soins, de la satisfaction des usagers et des professionnels de la santé
14.	Rédiger les documents normatifs	<ul style="list-style-type: none"> - DAJC 	OCTOBRE	Les adapter par la suite en fonction des décisions du Parlement



Séance de débriefing par le Comité Technique restreint (DCOOP et PTF), au terme du jour 1



Secrétariat technique et Comité Technique

Au terme des travaux de l'atelier, la **Directrice Pays de l'ONUSIDA**, lors de son allocution de clôture s'est réjouie de la qualité des travaux. Elle a par ailleurs estimé que l'atelier a atteint ses objectifs relatifs à la mise en œuvre de la Décision sur la gratuité de la PEC du VIH SIDA, à savoir : l'évaluation des besoins, l'impact sur les PVVIH, leurs familles et communautés, la visualisation de l'impact de l'appui pour les populations les plus démunies, la définition des besoins, l'identification des défis, et la certitude que les personnes indiquées étaient présentes et contribueraient à la réussite de cette initiative.

Elle a poursuivi en saluant les partages d'expérience qui ont enrichi les discussions ayant permis de revisiter les opportunités et partenariats, et de mettre en lumière le grand potentiel disponible dans ce domaine. La situation sécuritaire dans les régions du nord Ouest et du Sud Ouest devra également être prise en compte dans le cadre de ce travail. Cela justifie selon elle, la nécessité de capitaliser l'ensemble de ces éléments au sein d'une feuille de route cohérente, basée sur le principe de priorisation des solutions opérationnelles proposées. Elle a conclu son propos par des remerciements à tous les participants et les PVVIH qui étaient présentes, le DCOOP le SP CNLS, et les présidents des différentes sessions.

Le SP CNLS prenant à son tour la parole, a adressé ses remerciements aux participants, et indiqué que les bases du travail qui ont été jetées devaient être consolidées. Ses remerciements sont ensuite allés aux consultants, pour lesquels le travail se poursuivra à distance. Enfin, un appel est lancé aux partenaires techniques et financiers pour le maintien de leur appui en vue de l'aboutissement des travaux engagés. Il a souhaité un bon retour à chacun des participants.

Les travaux se sont achevés à 17 heures et 30 minutes.



Photo de famille

ANNEXES

DECISION N° 0498/D/MINSANTE/ SG/CNLS/GTC/SP DU 04 AVRIL 2019 FIXANT
LES MODALITES D'ACCES ET DE SUIVI DES POPULATIONS AUX SERVICES DE
DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH DNS LES FOSA PUBLIQUES ET
LEUR ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE AFFILIEES

30

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

DECISION N° 0498 D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP DU 04 AVR 2019
fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de
Dépistage et Prise en Charge du VIH dans les Formations Sanitaires Publiques et
leur Organisations à Base Communautaire affiliées.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,

- Vu la Constitution;
- Vu la loi 96/03 du 04 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé ;
- Vu le décret n° 2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement ;
- Vu le décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;
- Vu le décret n° 2019/002 du 04 janvier 2019 portant réaménagement du gouvernement ;
- Vu la décision n°00275/D/MSP/CAB du 28 juillet 2003 fixant le cadre des interventions de certaines structures hospitalières dans la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun ;
- Vu la décision n°0858/C/MSP/CAB du 14 septembre 2009 fixant le paquet subventionné des examens biologiques de suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV au Cameroun ;
- Vu la décision n°0002/C/MINSANTE/CAB/CNLS/GTC/SP du 04 janvier 2016 fixant le paquet subventionné des examens biologiques de suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV au Cameroun ;
- Vu la décision n°1019/MINSANTE/CAB/CNLS/GTC/SP du 24 mai 2016 fixant les prix subventionnés des examens de suivi biologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun ;
- Considérant les nouvelles directives de prévention et de prise en charge du VIH au Cameroun de 2014 ;
- Considérant les nécessités de service.

DECIDE :

ARTICLE 1^{er}.- La présente décision fixe les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de Dépistage et Prise en Charge du VIH dans les formations sanitaires Publiques et les Organisations à Base communautaire affiliées.

ARTICLE 2.- Les tests de dépistage rapide du VIH sont gratuits pour toutes les populations.

ARTICLE 3.- Les services ci-dessous sont gratuits pour toute Personne Vivant avec le VIH au Cameroun:

- consultations médicales et consultations prénatales y compris les carnets ;
- dossier médical;
- examens de suivi biologique (CD4 et Charge Virale) ;
- tests de dépistage précoce du VIH pour les enfants ;
- médicaments Antirétroviraux (ARV) et les médicaments de prévention des Infections Opportunistes ainsi que leur collecte.



1

ARTICLE 4.- Les réactifs et médicaments afférents à l'ensemble des examens et services visés aux articles 2 et 3 ci-dessus, conformément aux directives nationales en vigueur, sont fournis gratuitement aux formations sanitaires et aux laboratoires retenus par le Ministère de la Santé Publique.

ARTICLE 5.- Le non respect de la présente décision ou l'application des coûts informels aux services mentionnés ci-dessus, feront l'objet de sanctions conformément à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 6.- Les Inspecteurs Généraux, le Directeur de la Lutte contre la maladie, les épidémies et les pandémies, le Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, le Directeur de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, les Délégués Régionaux, les Chefs Services de Santé de District, le Secrétaire Permanent du Groupe Technique Central ainsi que les coordonnateurs des Groupes Techniques Régionaux du Comité National de Lutte contre le Sida sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente décision.

ARTICLE 7.- Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à la présente décision.

ARTICLE 8.- La présente décision qui prend effet à compter du 1^{er} Janvier 2020, sera enregistrée, publiée et communiquée partout où besoin sera, en français et en anglais./-

Yaoundé, le



Dr MANAOUA MALACHIE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail - Patrie ----- MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ----- SECRETARIAT GENERAL ----- DIVISION DE LA COOPERATION -----		REPUBLIC OF CAMEROON Peace - Work - Fatherland ----- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ----- SECRETARIAT GENERAL ----- COOPERATION DIVISION -----
N° <u>0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP</u>	Yaoundé, le 31 MAI 2019	

MESSAGE PORTE

Les destinataires du présent message porté, sont priés de bien vouloir prendre personnellement part à l'atelier de réflexion sur les modalités d'implémentation de la Décision N°0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019, fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH dans les Formations Sanitaires publiques et leurs organisations à base communautaire affiliées, qui aura lieu du 06 au 07 juin 2019, à l'Hôtel la Falaise de BONANJO à DOUALA.

Il s'agit de :

<p>Participants niveau central (26)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DLMEP, 2. Le DSF, 3. Le DPML, 4. Le DRFP et un (01) collaborateur, 5. Le DCOOP, 6. Le DAJC, 7. Le SOVH/DLMEP, 8. Le SP/CNLS et un (01) collaborateur technique, 9. SDPAC/DPS 10. Le CS/PTME/DSF, 11. Le CSAF/CNLS, 12. Le CEA/CP/DCCOOP, 13. Le CEA/CP/DCCOOP, 14. Trois (03) responsables des FOSA PBF; 15. Trois (03) représentants des CTA; 16. Trois (03) représentants des UPEC; 17. M. EFA Salomon Francis ; CA/DCCOOP, rapporteur général; 18. M. ABE METALA, responsable de la gestion financière et des pièces justificatives/DCCOOP; 19. Deux (02) personnels d'appui; 	<p>Participants Niveau Régional Sepentrion (06)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DRSP de l'Extrême-Nord; 2. L'administrateur du FRPS de l'Extrême-Nord; 3. Le DRSP du Nord; 4. L'administrateur du FRPS du Nord; 5. Le DRSP de l'Adamaoua; 6. L'administrateur du FRPS de l'Adamaoua <p>Participants Autres Régions (07)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DRSP du Centre; 2. Le DRSP de l'Ouest; 3. Le DRSP du Nord-Ouest; 4. Le DRSP du Sud-ouest; 5. Le DRSP de l'Est; 6. Le DRSP du Sud; 7. Le DRSP du Littoral;
<p>Partenaires techniques et financiers (34)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seize (16) représentants de PEPFAR/CDC/USAID; - Deux (02) représentants de FOMS; - Cinq (05) représentants de ONUSIDA; - un (01) représentant de l'UNICEF; - un (01) représentant de l'LO; - un (01) représentant de l'UNFPA; - un (01) représentant de la Banque Mondiale. - Deux (02) représentants de la GIZ; - Un (01) représentant de la Coopération Française; - un (01) représentant de l'ANRS; - Quatre (04) représentants du GTFP/SR (CAMNAFAW, OIP, Presse Jeune Développement, Affirmative Action) 	<p>Secteur apparenté (04)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un représentant du MINFI; 2. Un représentant du MINEPAT; 3. Un représentant de l'INS; 4. Un représentant de l'ANRS; <p>Société civile (04)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un (01) Représentant de RECAP+; 2. un (01) Représentant de la plate forme des Associations de la Société Civile; 3. Un (01) Représentant de RECAJ+; 4. un (01) Représentant de NOFDLWOP.

Ampliation :


ALIM HAYATOU

AGENDA

Projet d'agenda de l'atelier

HORAIRES	ACTIVITES	RESPONSABLES
Vendredi 6 juin 2019		Modération :
08h00-8h30	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Enregistrement des participants 	CTO
	Ouverture de l'Atelier	
08h30-9h30	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Allocution du Représentant d'ONUSIDA 	ONUSIDA
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Allocution de Monsieur le Chef de la Division de la Coopération (le décret et les échéances parlementaires) 	DCOOP
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Présentation et adoption de L'agenda 	CTO
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Objectifs et résultats attendus de l'atelier 	
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Modalités Pratiques 	
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Désignation des rapporteurs journaliers et généraux de l'atelier 		
09h30-10H00	<i>Pause-café</i>	DCOOP
10h00-13h30	Présentation série 1 <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Contexte général : situation VIH, barrière à l'accès ; comment agir : (30 min) 	PNLS
	Présentation série 2 <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Expériences d'autres pays pour la suppression du paiement direct: (30 min) 	Consultant
	Présentation série 3 : Expériences et situation au Cameroun <ul style="list-style-type: none"> ⊙ SNFS et CSU :(30 min) ⊙ Traitement VIH :(20 min) ⊙ FBR, achats, FRPS et VIH : (30 min) ⊙ Chèques santé : (20 min) ⊙ Observatoire communautaire : (20 min) ⊙ Stratégies innovantes en cours : (30 min) 	DRFP Pepfar CDC, ANRS CTN/PBF FRPS Société civile Consultant
13h30-14h 30	<i>Pause-déjeuner</i>	CTO
14h30-15h00	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Présentation des TDR des travaux de groupes et constitution des groupes ⊙ Début effectif des Travaux en groupes 	DCOOP
15h00-16h00	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Travaux en groupes (suite) 	Participants
16h-17h00	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Echanges ⊙ Récapitulatif J1 	Modérateur
17h00-18h00	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Réunion des facilitateurs 	CTO
HORAIRES	ACTIVITES	RESPONSABLES
Samedi 07 juin 2019		Modération :
08h00 – 08h30	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation et amendement du rapport J1 	Équipe de rapporteurs
08h30-10h30	<ul style="list-style-type: none"> • Suite des travaux en groupes 	Facilitateurs/participants
10h30 -11h00	<i>Pause-café</i>	DCOOP
11h00-13h :30	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des travaux en groupe 	Facilitateurs/participants
13h30 – 14h30	<i>Déjeuner</i>	DCOOP
14h30-16h:30	<ul style="list-style-type: none"> • Restitution en plénière des travaux en groupes/Echanges 	Modérateur/Participants
16h30 – 17h00	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption des Recommandations/Feuille de route 	Modérateur/Participants
17h00-17h30	Clôture de l'Atelier <ul style="list-style-type: none"> • Allocution du Représentant d'ONUSIDA • Mot de clôture de Monsieur le Chef de la Division de la Coopération • Fin de l'atelier 	Modérateur
17h30-18h00	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion des facilitateurs 	CTO

LISTE DES PARTICIPANTS

<p><u>Participants niveau central (40)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DLMEP, 2. Le DSF, 3. Le DPML, 4. Le DRFP et son collaborateur, 5. Le DCOOP, 6. Le DAJC, 7. Le SDVIH/DLMEP, 8. Le SP/CNLS et deux (02) collaborateurs techniques, 9. Le représentant de l'INS, 10. Le CS/PTME/DSF, 11. Le CSAF/CNLS; 12. Le CEA1/CPI/DCOOP; 13. Le CEA3/CPI; 14. Trois (03) responsables des FOSA PBF; 15. Trois (03) représentants des CTA ; 16. Trois (03) représentants des UPEC ; 17. M. EFA Salomon Francis ; CA/DCOOP ; 18. M. ABE METALA, responsable de la gestion financière et des pièces justificatives/DCOOP ; 19. Deux personnels d'appui ; 20. Les Chauffeurs des Directeurs et assimilés (10) 	<p><u>Participants Niveau Régional Septentrion (06)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DRSP de l'Extrême-Nord ; 2. Le Responsable du FRPS de l'Extrême-Nord ; 3. Le DRSP du Nord ; 4. Le Responsable du FRPS du Nord ; 5. Le DRSP de l'Adamaoua ; 6. Le Responsable Du FRPS de l'Adamaoua <p><u>Participants Autres Régions (14)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le DRSP du Centre ; 2. Le DRSP de l'Ouest ; 3. Le DRSP du Nord-Ouest ; 4. Le DRSP du Sud-ouest ; 5. Le DRSP de l'Est ; 6. Le DRSP du Sud ; 7. Le DRSP du Littoral ; 8. Les Chauffeurs des Délégués Régionaux.
<p><u>Partenaires techniques et financiers (25)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Six (06) représentants de PEPFAR/CDC/USAID; - Deux (02) représentants de l'OMS ; - Cinq (05) représentants de l'UNAIDS ; - Le représentant de l'UNICEF ; - Le représentant de ILO ; - Le représentant de l'UNFPA ; - Le représentant de la Banque Mondiale. - Deux (02) représentants de la GIZ ; - Le représentant de la Coopération Française ; - Le représentant de l'ANRS ; - Quatre (04) représentants du GFPR/SR (CAMNAFAW, CHP, Presse Jeune Développement, Affirmative Action) 	<p><u>Société civile (04)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le Représentant de RECAP+; 2. Le représentant de la plate forme des Associations de la Société Civile ; 3. Le représentant de RECAJ+; 4. Le Représentant de NOFOLWOP.

L'objectif final des travaux de groupes est d'identifier les points saillants, les divergences d'opinions, les éléments de consensus sur les sujets du débat clés concernant la décision d'avril 2019 et la liste de recommandations opérationnelles permettant de répondre à la question centrale du groupe. Les travaux de groupes visent à atteindre les deux objectifs suivants de l'atelier :

- Proposer des solutions opérationnelles efficaces pour la mise en application de la décision au 1^{er} janvier 2020 ;
- Élaborer une feuille de route avec les activités préalables à effectuer et les besoins en appuis techniques pour la mise en application de la décision au 1^{er} janvier 2020.

Les travaux de groupes et les discussions doivent aboutir à un plan opérationnel ou une feuille de route de la mise en application du décret du Ministère au 1er janvier 2020, les responsables des activités proposées, les échéanciers, les besoins d'appui technique et appui des partenaires.

Le comité d'organisation de l'atelier a décidé en amont de quatre thèmes essentiels pour le développement du plan opérationnel, ce qui donne lieu à 4 groupes de travail :

<p>Groupe 1 : Financement</p>	<p>L'estimation des besoins financiers pour l'élimination des paiements directs (comment et où vu la diversité de l'application des paiements), autres éléments des besoins financiers à prendre en compte pendant l'analyse (charge du travail, augmentation de la demande), les options à court, moyen et long terme pour assurer les besoins de financement, y compris l'augmentation de budget de l'Etat pour la santé, rôle et coordination des bailleurs, en lien avec le CSU.</p> <p>Financement B : Options pour les modalités de transfert des fonds, tenant comptes des présentations sur PBF, chèque santé, CSU et financement de la santé ;quelles conditions pour une gestion financière efficace et transparente possible au niveau des postes et centres de santé, les risques que le fonctionnement actuel posent les mesures à prendre pour éviter de mettre à risque le fonctionnement des centres santé</p>
<p>Groupe 2: Offre de soins et fourniture des services</p>	<p>disponibilité et gestion des intrants ; ressources humaines, qualité des soins, qualités et mesure correctrice, etc</p>
<p>Groupe 3 : Demande de soins</p>	<p>autres barrières que le paiement ; communication, mobilisation, le rôle des communautés dans l'information mais aussi la délivrance des soins, etc.</p>
<p>Groupe 4 : Gouvernance</p>	<p>engagement politique de l'Etat et des bailleurs, participation, redevabilité, task force, suivi et évaluation, coordination et fréquence de réunions, communication et engagement des gestionnaires et professionnel santé, place des communautés et de la société civile dans chaque phase de l'opérationnalisation, formation, documentation, renforcement des capacités de gestion du processus au Ministère de la Santé, etc.</p>

Une discussion de groupe est organisée par l'animateur afin de permettre à tous les participants de s'exprimer, de questionner, de partager leurs expériences et leurs idées et donc finalement de croiser les savoirs en toute liberté et sans jugement de valeurs des collègues.

Après un tour de table de présentation (rapide) des membres du groupe de travail, l'animateur/trice devra rappeler l'objectif du groupe de travail. Au regard des données présentées lors de la matinée de l'atelier et des expériences et connaissances sur le sujet de chacun des membres du groupe, le groupe doit réfléchir sur le sujet désigné concernant les

éventuels points de vue divergents, les points pour lesquels il y a consensus et finalement quelles sont les recommandations spécifiques pour l'action proposées. Ces observations donneront de la matière au comité de synthèse pour formuler les recommandations générales du forum.

Le groupe va identifier pour chaque sujet:

1. Les éléments essentiels et les résultats attendus pour l'application du Décret ;
2. Les défis pour atteindre notre but de l'application du Décret;
3. Les opportunités pour sa mise en place ;
4. Les options à recommander pour y arriver, et les risques et opportunités pour chaque option
5. Les étapes et actions à mener pour chaque option ainsi que les besoins d'appui technique
6. Pour chaque action, l'identification des personnes responsables et des échéanciers.

Le produit attendu pour chacun des groupes est une présentation PPT ou les éléments de réflexions de 4 à 6 diapositives maximum qui sera présentée pendant 10 -15 minutes en suivant le plan suivant :

1. Le résultat qu'on vise par rapport au sujet, les points de discussion abordés
2. Les défis
3. Les opportunités
4. Les points de divergence
5. Les points de consensus
6. Les options considérées pour avancer dans le processus et les recommandations pour l'action
 - 6.1. Besoin de a) décisions politiques, b) de changement des cadres réglementaires, c) de revues, recherches, et analyses approfondies ; d) d'appuis techniques et financiers
 - 6.2. Étapes, risque potentiel à gérer, actions à mener par option
 - 6.3. Échéancier et responsables pour chaque action proposée

Les recommandations pour l'action doivent être :

1. Destinées à un groupe d'acteurs, une institution, une organisation spécifique, les responsables de mise en œuvre
2. Opérationnelles et donc centrées sur l'action
3. De l'ordre du faisable, donc réalistes, adaptées au contexte
4. Soutenues par des données probantes, des preuves, des connaissances, des faits et des expériences présentées pendant l'atelier ou lors de la discussion de groupe
5. Dans la mesure du possible une échelle temporelle de leur réalisation devrait être identifiée également.

Les cinq animateurs des groupes remettront le plus rapidement possible le fruit de leur travail au comité de coordination afin de lui permettre de délibérer sur les propositions générales et le plan de travail.

Lors de la dernière matinée, chaque animateur présentera les résultats de son groupe de travail et un échange sera organisé avec l'ensemble des participants pour en débattre.

LISTE DES MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL

Thèmes	Groupes			
	Financement	Offre de soins et fournitures de services	Gouvernance	Demande de soins
Membres de l'Equipe	1- Dr. HAMADOU BA DCOOP-MINSANTE 2- Mme SAVINA A MMASARI/ONUSIDA 3- Mme VARLOTEAUX MARIE/ANRS 4- Dr. OWONO VIRGINIE/DPS-MINSANTE 5- Dr. JUDITH SHANG/CDC 6- M. TCHOFFO PAUL BAYARD/GIZ 7- Mme KUO EBONGUE/PEPFAR 8- Dr. MAYER MAGDALENE/CDC 9- Dr. BASILE KEUGNOUNG/UNICEF 10- M. EBOLO GEORGES ERIC/DRFP-MINSANTE 11- Mme. NWAHSA SUYANE/ OMS 12- M. SPENCER UYI/CDC 13- MOODJOM ROLAND/INS 14- DR. DIVINE NZUOBONTANG/CHAI 15- Mme MESSINA EPSE AKINA ETEME/MINFI 16- Mme ANDOUGOU EPSE EVA/DSF-MINSANTE 17- DR. EKOUM JOSEPH/DRSP-LITTORAL 18- Dr. TEMGOUA EDITH/UTC-CNLS 19- DR. ALBERT BAKOR/CBCSH 20- CHARLES ATEM/CHAI	1-Dr. ETOUNDI MBALLA/DLMEP-MINSANTE 2-DR. LONI EKALI GABRIEL/CNLS 3-M. NDZIE PATRICE DESIRE/CSCC COALITION 4-Mme ESSO JEANNE ROSY/PJD 5-DR. MBU EYONGETAH T/HR-BAMENDA 6-M. THOMAS TCHETMI/ONUSIDA 7-DR. PENDA CALIXTE IDA/ HGD 8- Mme NGUEMNE DELPHINE/CAMNAF AW 9-DR. NGO NEMB MARIETTE/ GTC-CNLS 10- DR. KAMGA SIMO/DOSTS-MINSANTE 11- DR. KOUAMEN GAEL/CNLS 12- DR. KOUANFACK CHARLES/ANRS-HCY 13- DR. TONGO FOFACK/HCY 14- M.OLIVER AZINUI/CRS	1- Pr. MBU ROBINSON/DSF-MINSANTE 2- Dr. KEMMEGNE JOSEPH/BIT 3- DR. ZE KAKANOU FLORENCE/DLMEP 4- DR. ELAT JEAN BOSCO/CNLS-MINSANTE 5- DR. AMESSE FRANCOIS/DRSP-SUD 6- DR. SADOU/DRSP-EN 7- M. NOUBISSI CHARLES DOMINGO/RECAP+ 8- DR. CHE GILBERT AMBE/DOD-PEPFAR 9- M. MPOUDI NGOLE EITEL/ANRS 10- M. MEDANG RAPHAEL/METABIOTA 11-DR. KOME BECKY L./RDPH-NW 12- DR. ZAMBOU BENJAMIN/OMS 13- M. RAHMAN MALBOUB A./ONUSIDA 14- M. BOUKAR KELLA/DAJC-MINSANTE 15- DR. DENIS AKO ARREY/GHSS 16-	1-Dr. MPOUDI NGOLE EPSE ETAME/MINDEF 2- M. IBRAHIM MOHAMED/MINSANTE 3-DR SAMBE MPEL/ UPEC ABONG-MBANG 4- M. PAYETH EUGENE/CBCSH 5- Mme KAYO JODELLE/TAW 6- SOEUR KATARZYNA CHMIELEWSKA/CENTRE DREAM DSCHANG 7- M.NSENGUE ZANGA PHILEMON/MISSION CHRETIENNE PRIVEE 8- Mme ETAME ODETTE/ NOLFOWOP 9- DR. NANA K ARISTIDE/ CARE INTERNATIONALE 10- DR. DINA BELL/ HD-BONAMOISSADI 11- M. OMBILITEK JACQUES/ AFFIRMATIVE ACTION 12- M. BOUPDA ALEXI/ CHP 13- M. FOGUE FOGUITO/POSITIVE GENERATION Mme NDOGMO LYDIE ARIETTE/NOLFOWOP

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ATELIER



Atelier de réflexion sur les modalités de mise en œuvre de la décision ministérielle
Relative à la gratuité des soins sur le VIH/SIDA.
Douala, du 06 au 07 juin 2019

QUESTIONNAIRE d'évaluation de l'atelier

Le but de ce questionnaire est de nous permettre de connaître davantage vos réactions à la suite de la tenue de l'atelier délibératif auquel vous venez de participer.

Tout renseignement fourni demeurera **strictement confidentiel** et vos réponses ne seront transmises qu'à l'équipe responsable de l'évaluation de l'atelier. Votre participation est entièrement volontaire et vous êtes libre d'y mettre fin à tout moment. Cependant, votre opinion et vos suggestions sont d'une très grande importance pour comprendre dans quelle mesure l'atelier a été utile et comment nous pourrions améliorer les prochains ateliers. Nous désirons également savoir si les discussions lors de l'atelier ont permis ou vont permettre l'utilisation des **connaissances** qui ont été transmis et abordé durant la journée.

Nous apprécierions énormément que vous preniez le temps de répondre à ce court questionnaire À LA FIN de la journée. Merci de le remettre par la suite aux responsables de l'atelier.

SECTION 1- Renseignements généraux

1. De quel sexe êtes-vous (cochez la case appropriée) ?

Masculin	
Féminin	

2. Indiquez votre âge en années : _____

3. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu (cochez la case appropriée) ?

Niveau Primaire CEP.....1	
Niveau Secondaire 1 BEPC (CAP, BEP)	
Niveau Secondaire 2 Bac	
Niveau universitaire DEUG	
LICENCE	
MAITRISE.(master 1)	
DEA/DESS.(master 2)	
Doctorat	

4. Quelle emploi/fonction occupez-vous ?

5. Selon vous, à quel groupe appartenez-vous en priorité (un seul choix)

Décideurs national, régional, local	
Partenaires techniques et financiers	
Intervenants/Agents de santé/Acteurs de terrain/ONG/OSC	
Chercheurs/évaluateurs/experts	
Autres	

6. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la santé ?

Inscrivez le nombre d'années : _____

SECTION 2- Réactions des participants à l'atelier

1. Quelles étaient vos attentes lorsque vous avez décidé de participer à cet atelier ?

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez dans la colonne de droite le chiffre qui correspond à votre degré d'accord

Fortement en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

Objectifs et contenu de l'atelier

2. Le contenu de cet atelier a répondu à mes attentes. 1 2 3 4 5 6 7
3. Je suis satisfaite face aux éléments suivants:
- 3.1 Les sujets traités 1 2 3 4 5 6 7
- 3.2 La qualité des débats en séance plénière 1 2 3 4 5 6 7
- 3.3 La qualité des débats dans les travaux de groupe 1 2 3 4 5 6 7
- 3.4 La qualité des exposés 1 2 3 4 5 6 7
- 3.5 Le format de l'atelier 1 2 3 4 5 6 7
- 3.6 L'organisation de travaux de groupe 1 2 3 4 5 6 7
4. Les notions abordées lors de l'atelier étaient nouvelles pour moi. 1 2 3 4 5 6 7
5. Le contenu présenté était compréhensible. 1 2 3 4 5 6 7
6. L'information présentée me sera utile dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7

Organisation de l'atelier

7. Je suis satisfait-e face aux éléments suivants:
- 7.1 La qualité des documents distribués 1 2 3 4 5 6 7
- 7.2 Le support de présentation 1 2 3 4 5 6 7
- 7.3 La salle de réunion 1 2 3 4 5 6 7
- 7.4 Les pauses-repas 1 2 3 4 5 6 7

Appréciation générale et suggestions d'amélioration

8. Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié lors de ces ateliers ?

9. Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié lors de ces ateliers ?

10. Quelles sont vos suggestions (contenu, matériel, autres) pour améliorer ces ateliers ?

SECTION 3- Questionnaire sur l'intention d'utiliser les connaissances (traduit de Boyko et al., 2011)

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez dans la colonne de droite le chiffre qui correspond à votre degré d'accord.

Fortement en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Je m'attends à utiliser les (ou une partie des) données d'études/recherches/évaluations qui ont été discutées lors de l'atelier pour m'aider dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7
2. J'ai l'intention d'utiliser les (ou une partie des) données d'études/recherches/évaluations qui ont été discutées lors de l'atelier pour m'aider dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7
3. Je vois déjà une occasion où je pourrai utiliser les (ou une partie des) données d'études/recherches/évaluations qui ont été discutées lors de l'atelier pour m'aider dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7
4. On attend de moi que j'utilise des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier. 1 2 3 4 5 6 7
5. Je sens une pression sociale ou politique à utiliser des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier. 1 2 3 4 5 6 7
6. La plupart des gens qui sont importants pour moi dans ma vie professionnelle pensent que je devrais utiliser des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier. 1 2 3 4 5 6 7
7. Je suis persuadé(e) que je pourrais utiliser des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier. 1 2 3 4 5 6 7
8. La décision d'utiliser des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est hors de mon contrôle. 1 2 3 4 5 6 7
9. La décision d'utiliser des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier dépend seulement de moi. 1 2 3 4 5 6 7

Pour chacun des énoncés suivants, encercler le chiffre qui correspond à votre opinion.

10a. L'utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est...

Très dangereux	Modérément dangereux	Légèrement dangereux	Neutre	Légèrement bénéfique	Modérément bénéfique	Très bénéfique
1	2	3	4	5	6	7

10b. L'utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est...

Très mauvais	Modérément mauvais	Légèrement mauvais	Neutre	Légèrement bon	Modérément bon	Très bon
1	2	3	4	5	6	7

10c. L'utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est...

Très désagréable pour moi	Modérément désagréable pour moi	Légèrement désagréable pour moi	Neutre	Légèrement agréable pour moi	Modérément agréable pour moi	Très agréable pour moi
1	2	3	4	5	6	7

10d. L'utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est...

Très inutile	Modérément inutile	Légèrement inutile	Neutre	Légèrement utile	Modérément utile	Très utile
1	2	3	4	5	6	7

11. Concernant mon utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier, la plupart des gens qui sont importants pour moi dans ma vie professionnelle pensent que ...

Je ne devrais certainement pas utiliser	Je ne devrais sans doute pas	Je ne devrais probablement pas	Neutre	Je devrais probablement	Je devrais sans doute	Je devrais certainement utiliser
1	2	3	4	5	6	7

12. Pour moi, l'utilisation des données d'études/recherches/évaluations du type qui ont été présentées lors de l'atelier est...

Très difficile	Modérément Difficile	Légèrement difficile	Neutre	Légèrement facile	Modérément facile	Très facile
1	2	3	4	5	6	7