



**Analyse de l'extension du chèque santé dans les Régions du SUD et de l'EST
au Cameroun**

RAPPORT FINAL

Par :

Emmanuel BETSI, Consultant

MARS 2024

Table des matières

Liste des abréviations et sigles	4
Liste des Tableaux	5
Liste des figures	5
RESUME EXECUTIF	6
Contexte:	6
Méthodologie	6
Résultats	7
Contexte/Justification :	9
2. Objectifs de l'étude	10
2.1. Objectif général	10
2.2. Objectifs spécifiques :	10
3. Résultats attendus :	10
4. Méthodologie de la recherche	11
4.1. Type d'étude	11
4.2. Délimitation du Champ d'étude :	11
4.3. Méthodes/techniques de collecte des données	12
4.3.1. La revue documentaire	12
4.3.2. L'observation	12
4.3.3. Les entretiens semi-structurés /approfondis	12
4.3.4. Les entretiens structurés	13
4.4. Méthode d'échantillonnage	13
4.4.1. Critères d'inclusion	13
4.5. Outils de collecte des données	13
4.6. Organisation de la collecte proprement dite :	13
4.7. Méthode d'analyse	14
4.8. Les exigences éthiques	14
5. RESULTATS	15
CHAPITRE 1: l'appropriation du mécanisme Chèque Santé par les différents acteurs des Régions de l'Est et du Sud: les bourdes de démarrage.	16
5.1.1. Le niveau de connaissance des différents acteurs sur le CS	16
5.1.2. Formation des acteurs et niveau d'appropriation du Mécanisme CS	19
5.1.3. Formation sur OpenImis et appropriation du processus de facturation	20
5.1.4. Appui conseil et rejet des factures	21
5.1.5. Taux de rejet des factures	21
5.1.6. Processus de contractualisation et appropriation	22
CHAPITRE 2 : NIVEAU DE MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES CS.	23
5.2.1. Le Chèque Santé: Un Produit attractif pour les Femmes enceintes et un booster pour les activités de pré-enrôlement et d'enrôlement à la CSU.	23
5.2.2. Les Consultations prénatales	24
5.2.3. Les consultations post-natales	25
5.2.4. Accouchements Assistés	26
5.2.5. Les échographies	27
5.2.6. Les Césariennes	27
5.2.7. les Décès maternels et néonataux	28
5.2.8. Les prestations non médicales	29
CHAPITRE 3: SUIVI, SUPERVISION ET LA COORDINATION DES ACTIVITES CS: LES VENTRES MOUS DU DISPOSITIF	30
5.3.1. Le suivi	30

5.3.2. La Supervision.....	31
5.3.3. La coordination.....	32
CHAPITRE 4: EFFETS CS SUR LA CSU, BONNES PRATIQUES ET LECONS	
APPRISES.....	34
5.4.1. Les effets du CS sur la CSU.....	34
5.4.2. Bonnes pratiques.....	35
5.4.3. Les leçons apprises.....	36
6. Conclusion.....	40
7. Recommandations.....	42
8. ANNEXES.....	44
8.1. Liste des personnes rencontrées.....	44
8.2. Les outils de collecte.....	44
8.3. Chronogramme.....	51
8.4. Livrables.....	51

Liste des abréviations et sigles

AFD	Agence Française de Développement
ASC	Agent de Santé Communautaire
CDS	Chef de District de Santé
CHR	Centre Hospitalier (universitaire) Régional
CM	Contrôleur Médical
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CTN-CSU	Coordination Technique Nationale de la CSU
CS	Chèque Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
CPN	Consultations Périnatales
CPON	Consultation Post Natale
DEP	Division des Etudes et des Projets
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
EPU	Enseignement Post-universitaire
FE	Femme Enceinte
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
GD	Gestionnaire de District
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GIZ	Deutsche Gesellschaft Internationale Zusammenarbeit
HD	Hôpital de District
HR	Hôpital Régional
KFW	Coopération Financière Allemande
MC	Médecin Conseil
MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
NA	Non Applicable
SNHSP	Social Health Protection Network
PBF	Performance Based Financing
ProPASSaR	Projet Planification Familiale et Appui au Système de Santé pour la résilience au Cameroun
PF	Point Focal
P4H	Providing for Health
RAF	Responsable Administratif et financier
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence Complets
TAA	Taux d'accouchement Assisté

Liste des Tableaux

Table 1 : Personnes Ressources interviewées par Niveau de la Pyramide sanitaire	13
Table 2 : Synthèse des méthodes et outils de collecte des données	14
Table 3 : Niveau de connaissance du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la CSU PHASE1	17
Table 4 : Nombre de prestataires soins et acteurs communautaires formés sur l'ingénierie du CS	20
Table 5 : CPN VS CS vendus:Principe Enrôlement systématique	25
Table 6 : Continuum des soins Régions Sud et Est	26

Liste des figures

Figure 1 : Evolution vente CS_ Régions Sud et Est	24
Figure 2 : Evolution CPN 1 _ Régions Sud et Est	25
Figure 3 : Evolution CPN4 CS_ Régions Sud et Est	26
Figure 4 : Evolution Accouchements Assistés CS_ Régions Sud et Est	27
Figure 5 : Evolution Echographies Régions _Sud et Est	27
Figure 6 : Evolution des Césariennes cs, Régions- Sud et Est	28

RESUME EXECUTIF

Contexte:

Dans le cadre de la lutte contre la Mortalité maternelle néonatale et infantile, l'Etat du Cameroun a entrepris avec ses Partenaires Techniques et Financiers (AFD et la KFW) la mise sur pied du projet dénommé Chèque Santé. Celui-ci est mis en œuvre dans la partie septentrionale du pays (Régions du Nord, Extrême Nord et Adamaoua) depuis juin 2015 et a permis de réduire de manière drastique la mortalité maternelle et néonatale intra-hospitalière. Les résultats encourageants obtenus de cette expérience ont conduit les autorités camerounaises à envisager l'extension de ce mécanisme dans les Régions du Sud et de l'Est à travers le lancement de la CSU Phase 1 effectué par le Minsante à Bertoua à l'est du pays le 12 avril 2023. Depuis près de onze (11) mois, les responsables de ces deux Régions sanitaires ont entrepris la mise en œuvre des activités CS dans 45 formations sanitaires accréditées dont 20 à l'Est et 25 au Sud et forts de la demande de la population, ils envisagent même l'extension dans les autres Districts de Santé restants. Ainsi, en perspective à cette extension et dans le souci d'anticiper sur les différents problèmes à rencontrer, une évaluation préalable de l'extension en cours a été sollicitée par P4H-GIZ dont l'objectif principal est de tirer toutes les leçons du niveau d'appropriation des différents acteurs du mécanisme CS en lui-même et apprécier à ce stade le niveau de mise en œuvre des activités du CS.

Méthodologie

Pour répondre aux objectifs visés, une étude évaluative multifocale de type descriptive et analytique avec une dimension rétrospective a été retenue. Elle a imposé la collecte des données quantitatives et qualitatives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de ces deux (02) Régions en une dizaine de jours. Les entretiens structurés, les entretiens semi-structurés privilégiant les «face to face interviews avec des personnes ressources » et la revue documentaire ont constitué l'essentiel des méthodes de collecte retenues et, grâce à leurs outils correspondants (le questionnaire adressé aux responsables de Suivi-Evaluation des Antennes Régionales des FRPS, le guide d'entretien et la grille de lecture) ont permis de collecter des informations auprès de 40 personnes ressources choisies de manière raisonnée. Ces informations recueillies ont par la suite été enregistrées, saisies puis soumises à l'analyse. Pour les données qualitatives, ces dernières ont été enregistrées, les notes développées élaborées et soumises à l'analyse. En fonction du temps imparti pour l'analyse et la rédaction du rapport, les logiciels Excell et WORD ont été utilisés pour produire les tableaux et figures et faire l'analyse de contenu et tirer ainsi les éléments essentiels rencontrés dans ce rapport.

Résultats

A la fin de cette évaluation, il ressort que:

- Le niveau d'appropriation du Mécanisme CS par les différents acteurs reste encore insuffisant après onze (11) mois de mise en œuvre. Seuls les FRPS et quelques acteurs du niveau régional (Les délégués et les Points Focaux CS) maîtrisent le mécanisme, ses contenus, ses contours, ses enjeux et surtout les différentes interactions entre CS/CSU et agissent conséquemment. La faible conduite des activités marketing dans leur ensemble a contribué à cette quasi-méconnaissance de l'intervention et aussi justifie la faible mobilisation des acteurs communautaires et ceux des structures d'encadrement au niveau périphérique (District de Santé).
- Les activités de lancement opérées dans les Régions de l'Est et du Sud respectivement par le MINSANTE et le Gouverneur de la Région du Sud, ont contribué effectivement à fédérer les énergies autour de cette intervention, à booster les ventes CS et à lancer le démarrage effectif de la prise en charge des FE qui s'est poursuivie dans les FOSA. Malgré les retards de paiement, la décapitalisation des pharmacies et la faible organisation des activités de suivi-supervision par les structures d'encadrement du niveau périphérique (District de Santé), la prise en charge des femmes enceintes se poursuit non sans heurts et le niveau de mise en œuvre des activités CS reste moyennement satisfaisant. Les envolés observés au lancement contrastent avec les baisses observées aujourd'hui sur tous les indicateurs. Tous les indicateurs sont entrain de régresser laissant transparaître une urgence à l'action.
- Le contexte de la CSU avec la focalisation sur les pré-enrôlements et les enrôlements concourt indirectement à maintenir la pression sur les régulateurs, les poussant à organiser des réunions de coordination bi-mensuelles sur la CSU et y intègrent le suivi des indicateurs du CS. Ces activités de coordination sont donc effectives. Elles se font plus en ligne, à distance à travers l'utilisation des plateformes ZOOM ou WhatsApp et portent généralement sur la CSU et subsidiairement sur le CS. Ces réunions de coordination sont donc plus globalisantes et moins spécifiques.
- L'organisation des réunions de coordination à une fréquence bimensuelle, l'implication systématique du PF/CS de la Délégation de la santé lors des descentes des équipes FRPS dans le Sud et l'exigence de l'élaboration par les FOSA des plans de dépense et de leur validation par les CDS avant tout retrait des fonds à la banque, constituent à ce stade les bonnes pratiques pour lesquelles la documentation doit se poursuivre dans la perspective d'un benchmarking.
- La mobilisation et mise à disposition à temps des ressources financières aux FRPS pour le financement de leurs activités, la conduite des activités de marketing d'urgence pour rattraper les retards enregistrés dans la sensibilisation et la mobilisation des cibles, le renforcement des capacités des acteurs de la CSU à travers la formation des responsables du niveau central, des délégations régionales de la santé, des équipes cadre de district et d'autres prestataires à l'ingénierie du Chèque Santé y compris OpenImis et la mise sur pied des plateformes de concertation et de coordination sont les quatre (04) principales actions à

mener qui permettront de mieux coordonner cette intervention et lever la majorité des difficultés rencontrées par les acteurs dans la mise en œuvre de ce mécanisme.

Contexte/Justification :

Le 12 avril 2023, le Gouvernement du Cameroun à travers le Ministère de la Santé Publique a procédé au lancement officiel de la phase 1 de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans la Région de l'Est afin de garantir un accès aux soins et services de santé de qualité à toute la population.

L'ensemble des prestations couvertes par cette intervention majeure qui est à sa Phase 1 intègre plusieurs prestations de soins dont le Mécanisme Chèque Santé. En rappel, le chèque santé est un mécanisme de Financement de la santé qui appuie la demande et l'offre de soins (Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et complémentaires) (SONUB/SONUC). Il vise ainsi à Contribuer à la réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale à travers : (i) la réduction de la barrière financière et (ii) la facilitation à l'accès aux soins (SONUB-SONUC) de qualité aussi vite que possible. Il a également pour objectif de tester un mécanisme de prépaiement subventionné basé sur l'achat stratégique de SOINS SONUB/SONUC.

Le mécanisme chèque santé a été pensé pour agir à la fois sur l'offre de soins ainsi que sur la demande. En ce qui concerne la demande, le chèque santé agit sur :

- La réduction de la barrière financière d'accès aux soins par une « Modeste contribution prépayée à 6000 soit 10% du coût estimé du CS »
- L'accès Gratuit aux soins subventionnés à hauteur de 54 000 soit à 90% du coût des prestations consommées du chèque santé
- La réduction de la barrière d'accès aux soins liée au transport ou à la décision d'aller aux soins par la mobilisation rapide et gratuite des transporteurs et des Matrones pour accompagner vers les FOSA en cas d'urgence.

S'agissant de l'offre, le chèque santé prévoit :

- Le Versement des Primes variables aux FOSA pour investissement à 70% et pour motivation du personnel à 30% du montant reçu ;
- Le Réhabilitation des maternités et achat de petits Équipements grâce aux fonds d'amélioration de la qualité ;
- L'Appui à la formation / recyclage des RH et leur déploiement
- L'Appui-conseil aux FOSA : suivi de la qualité des prestations, primes de supervision aux structures de régulation (DRSP, DS).

Mis en œuvre depuis 2015 dans les régions du septentrion au Cameroun avec un financement conjoint de l'Agence Française du Développement (AFD) et la coopération allemande (KfW), le mécanisme a permis l'amélioration des indicateurs liés à la santé de la mère et du nouveau-né. Ces résultats encourageants ont donc conduit les Autorités camerounaises à envisager l'extension du dispositif dans deux (02) nouvelles régions à savoir le SUD et l'Est depuis avril 2023. L'extension du chèque santé dans ces Régions a d'abord porté sur quatre (04) Districts de Santé sur un total de 18 Districts que comptent ces 02 régions. Les Districts de santé enrôlés pour cette première vague sont respectivement : les Districts de santé d'Ebolowa et Meyomessala pour la Région du Sud et Bertoua et Doumé pour l'Est. L'objectif affiché par le Gouvernement est de

couvrir tous les Districts de Santé restants avant la fin de l'année 2024 tout en préservant les acquis du mécanisme dans les Régions et Districts déjà couverts.

Avant de poursuivre l'extension du Chèque Santé dans les autres DS jusqu'ici non couverts il était judicieux voire nécessaire de procéder à une évaluation à mi-parcours de cette extension afin d'apprécier sur les plans quantitatif et qualitatif les aspects à capitaliser, les points à améliorer et surtout procéder à des réajustements pour la poursuite de la mise en œuvre du mécanisme dans les autres Districts.

C'est dans ce cadre que le P4H/BACKUP HEALTH au Cameroun en collaboration avec le projet bilatéral de la GIZ « PROPASSAR » a recruté un Consultant National en vue de conduire une évaluation sur « l'Analyse de l'extension du chèque santé dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU phase I dans les Régions du Sud et de l'Est du Cameroun ».

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif général de cette évaluation a consisté à analyser l'extension du Mécanisme CS dans le cadre de la mise en Œuvre de la CSU phase I dans les Régions de l'Est et du Sud.

2.2. Objectifs spécifiques :

Il s'est agi plus spécifiquement de :

1. Apprécier le niveau de mise en œuvre des activités de l'ingénierie du chèque santé à travers ses différentes composantes tant au régional qu'au niveau périphérique;
2. Analyser le niveau d'appropriation des acteurs du MINSANTE (Central et Régional) du mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;
3. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique ;
4. Identifier les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
5. Identifier quelques bonnes pratiques et les interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
6. Proposer les principales recommandations visant à corriger les insuffisances pour les futures extensions réussies.

3. Résultats attendus :

Au terme de cette évaluation, les résultats ci-dessous sont attendus :

- Le niveau de mise en œuvre des activités du mécanisme CS seront connus au travers de ses différentes fonctions opérationnelles ;
- Les effets de l'intégration du Mécanisme CS dans le paquet des interventions de la CSU sont connus ;
- Les principales difficultés et bonnes pratiques pouvant limiter ou booster les futures extensions sont connues ;

- Les propositions en termes d'amélioration pour la bonne marche de ce mécanisme sont faites et un corpus d'activités leviers est proposé pour si besoin, remettre en perspective et sous une bannière de performance la mise en œuvre des activités de ce mécanisme.

4. Méthodologie de la recherche

Pour mener à bien cette évaluation, nous avons utilisé deux types de méthodes, notamment la recherche documentaire et la recherche sur le terrain. Il s'est agi donc de mener au préalable une revue documentaire qui, à travers les rapports des Équipes des Antennes /FRPS et autres documents nous ont permis de ressortir les acquis actuels de cette intervention, les changements déjà obtenus, les difficultés rencontrées, les principales leçons à tirer à ce stade et enfin, elle nous ont permis de finaliser ce protocole de recherche et les différents outils de collecte des données.

4.1. Type d'étude

Le type d'étude qui a été retenu est une évaluation multifocale couvrant les deux (02) nouvelles Régions enrôlées dans le mécanisme CS qui sont : l'Est et le Sud. Cette évaluation s'est également voulue descriptive et analytique avec une orientation rétrospective. Les données collectées étaient en temps de types quantitatives et qualitatives. Ces dernières ont été collectées auprès des responsables du MINSANTE des niveaux central, Régional et périphérique et auprès des autorités administratives locales pour avoir à leur niveau un retour des effets de ce mécanisme sur la CSU et sur les populations de manière générale.

4.2. Délimitation du Champ d'étude :

La présente évaluation nous a imposé de nous limiter à notre cible qui est essentiellement constituée des deux Régions (Est et Sud) nouvellement enrôlées dans le mécanisme CS. On a dû dans ces régions se limiter également aux responsables du MINSANTE des trois (03) différents niveaux de la pyramide sanitaire et de quelques autorités administratives des Districts couverts pour apprécier la perception que ces derniers ont du mécanisme CS, des résultats déjà obtenus, des difficultés rencontrées et des solutions potentielles pouvant améliorer la mise en œuvre des activités y afférentes.

Période de l'évaluation : La durée maximale de l'étude était de 20 jours incluant les déplacements dans les régions et districts sanitaires sites du projet et la production des livrables. La durée de la mission était prévue du 01 au 28 mars 2024.

Cibles de l'évaluation étaient constituées des Délégations Régionales de la Santé Publique de l'Est et du Sud, des Districts couverts par l'intervention, Les responsables des différents Fonds Régionaux de la Promotion de la Santé et les différents prestataires en charge de la mise en œuvre de cette intervention dans les formations sanitaires retenues.

Par niveau, nous avons discuté avec les personnes ressources suivantes :

Niveau central : le Coordonnateur National de la CTN-CSU, l'experte de P4H BACKUP/HEALTH, le Conseiller Technique-GIZ en charge des Fonds Régionaux de la Promotion de la Santé et le Conseiller Technique-GIZ chargé de l'implémentation de la plateforme OpenImis

Au niveau de la Région, des interviews ont été organisées avec les Délégués Régionaux, les Administrateurs des FRPS, les Chefs d'antenne, les Responsables Marketing (RM), les Médecins Conseil (MC), les Responsables de Suivi-évaluation, les responsables administratifs et financiers et les Points Focaux CSU.

Au niveau périphérique, au moins douze (12) prestataires ont été interviewés par Région. De manière spécifique, il s'est agi d'interviewer au moins deux (02) Chefs de CSI avec au moins trois (03) membres de leur équipe, deux (02) Responsables de CMA et trois (03) membres de leur équipe, un (01) Directeur de l'Hôpital de District et deux Chefs de District ce qui a fait un total de vingt-trois (23) Responsables de formations sanitaires qui ont été interviewés.

Sur le plan administratif, un (01) responsable de l'Administration Territoriale dont un Sous-préfet.

Au total 44 personnes ont été interviewées à raison de 04 au niveau central, 16 au niveau Régional, 23 au niveau périphérique et 01 responsable de l'Administration Territoriale.

4.3. Méthodes/techniques de collecte des données

Dans le cadre de cette évaluation, au total, Quatre (04) techniques de collecte des données ont été utilisées notamment : la revue documentaire, l'observation, les entretiens semi-structurés (entretiens approfondis) et les entretiens structurés (administration du questionnaire).

4.3.1. La revue documentaire

Elle nous a permis d'exploiter toute la documentation mise à notre disposition. Les rapports d'activités, de mission, des différents ateliers jusqu'ici effectués, les rapports de suivi et quelques bases de données ont été mis à notre disposition pour exploitation par les responsables de P4H/BACKUP HEALTH, PROPASSAR et les FRPS qui mettent en œuvre le mécanisme Chèque Santé.

4.3.2. L'observation

Cette méthode a été également utilisée car, en dehors des témoignages, des informations reçues ou données par les différents répondants, il nous a été possible de vérifier par nous-mêmes certaines de ces informations. Cette technique a été davantage utilisée pour apprécier le niveau d'appropriation des acteurs de ce mécanisme (bonne utilisation des manuels de procédures opératoires standards, la maîtrise des notions et fonctions opérationnelles du mécanisme CS, l'application stricte et maîtrisée des protocoles et algorithmes de prise en charge par les prestataires et les Médecins conseil.

4.3.3. Les entretiens semi-structurés /approfondis

Les entretiens semi-structurés ont été conduits auprès des responsables sus-cités du niveau central, régional et périphérique du Minsante. Ces derniers ont été également conduits auprès des responsables des unités administratives témoins de la mise en œuvre du mécanisme CS dans lesdites localités. Le tableau ci-dessous donne le nombre exact des responsables interviewés par niveau de la pyramide sanitaire.

Table 1: Personnes Ressources interviewées par Niveau de la Pyramide sanitaire

Niveaux d'intervention	Personnes ressources ayant été interviewées	Total ²
Central	Coordonnateur National CTN, Experte P4H/BACKUP-HEALTH + CT-GIZ (02)	04
Régional	DRSP (02) ADM/FRPS (02) CA (02), MC (02), RM (02), Responsable Suivi-Evaluation (02) RAF (02), PF CSU (02)	16
Périphérique	<ul style="list-style-type: none"> • CDS (02) • C-CSI + Equipe (12) • C-CMA (08) • Directeurs HD (01) • Prefets/Sous-prefets (01) 	24
Total	Personnes Ressources à interviewer.	44

4.3.4. Les entretiens structurés

Cette méthode de collecte a été utilisée pour collecter le maximum d'informations auprès des responsables de suivi-évaluation ayant en charge la gestion des données Chèque Santé. Il s'est agi de leur administrer un questionnaire qui nous a permis dans sa globalité d'apprécier l'évolution des principaux indicateurs du mécanisme depuis le lancement jusqu'au jour de l'enquête.

4.4. Méthode d'échantillonnage

Le mode d'échantillonnage retenu dans le cadre de cette évaluation était non probabiliste donc raisonnée.

4.4.1. Critères d'inclusion

- Etre un responsable du MINSANTE d'un des trois niveaux de la pyramide sanitaire ou une autorité administrative travaillant dans une localité où le Chèque Santé est mis en œuvre;
- Avoir été impliqué directement et indirectement dans la mise en œuvre de ce mécanisme dans ces Régions ;
- Avoir entendu parler de Chèque Santé et être au courant de sa mise en œuvre.
- Et avoir donné son consentement pour participer à cette étude.

4.5. Outils de collecte des données

Les méthodes de collecte utilisées dans le cadre de cette évaluation nous ont imposé l'utilisation des outils de collecte correspondants. Ainsi, pour la revue documentaire, une grille de lecture a été élaborée et soumise à validation avant utilisation. Pour les entretiens approfondis, des guides d'entretien ont également été élaborés et soumis également à validation. Quant aux entretiens structurés, un questionnaire a été élaboré et soumis au remplissage.

4.6. Organisation de la collecte proprement dite :

Cette évaluation sera conduite par un Consultant national. Ce dernier devra effectuer des descentes dans lesdites régions. Il est chargé de l'élaboration de la méthodologie de l'étude et de la conduite de ladite évaluation. Les aspects liés à l'éthique et la déontologie de la recherche seront pris en compte dans le cadre de cette évaluation. Tous les répondants devront donner au préalable leur consentement éclairé avant d'être enrôlé et interviewé.

Table 2: Synthèse des méthodes et outils de collecte des données

Méthode retenues	Outils de collecte	Sources de collecte des données	Nbre personnes ressources	Nbre d'outils élaborés
Recherche documentaire	Grille de lecture	Documents publiés, rapports d'activités,	NA	01
Observation participante	Organe de sens (vue)	Responsables FOSA, Equipe Antenne Régionale, FRPS, Régions	18	NA
	Appareil photo	Tous les acteurs, documents et autres sources d'information		
Entretiens approfondis	Guide d'entretien	GIZ+P4H, Directeurs niveau central et CTN et DRSP...	44	06
		Responsables des FOSA, Equipe Antenne, FRPS et autorités administratives		
Entretiens structurés	Questionnaire	Responsable suivi-évaluation	01	01
Totaux			45	08

4.7. Méthode d'analyse

L'analyse de contenu a été la principale méthode que nous avons utilisé pour analyser les données recueillies sur le terrain. Elle a consisté en un découpage systématique des données de terrain en vue de les rendre scientifiquement interprétables. L'analyse de contenu a dans ce travail concerné prioritairement les sources orales, le recoupement des textes. Il a donc fallu les étudier en fonction des idées et des mots qu'ils contiennent pour en extraire du texte, toutes les idées dont on avait besoin. L'analyse de contenu nous a également permis de décomposer et de classer les informations collectées dans des rubriques significatives. Cependant, au regard du délai imparti pour l'analyse des données et la rédaction du rapport, l'élaboration des notes développées par thématique a été privilégiée.

4.8. Les exigences éthiques

Tout répondant avant de participer à cette évaluation a donné son consentement éclairé. Selon les usages, nous leur avons promis que leur identité serait préservée et que les informations recueillies ne devront servir que pour des besoins de cette évaluation.

5. RESULTATS

CHAPITRE 1: l'appropriation du mécanisme Chèque Santé par les différents acteurs des Régions de l'Est et du Sud: les bourdes de démarrage.

S'approprier le mécanisme Chèque Santé impose qu'on ait un bon niveau de connaissance du contexte, des fonctions opérationnelles, des objectifs et des enjeux de cette intervention. Cela suppose également qu'on comprenne les interactions entre Chèque Santé et la Couverture Santé Universelle (CSU) de manière à connaître le rôle, les fonctions, la place qu'on occupe dans le dispositif mis en place et donc les activités à mettre en œuvre de manière sereine, efficace et surtout avec beaucoup de professionnalisme et d'efficacité.

Dans le cadre de cette partie, on appréciera donc le niveau de connaissances que les différents acteurs (les régulateurs, le Tiers-Payant, les prestataires et les communautés) en fraction et/ou en interaction ont du mécanisme Chèque Santé dans les deux (02) Régions nouvellement enrôlées. En effet, Après le lancement de cette initiative par le Ministre de la Santé Publique à Bertoua le 12 avril 2023, plusieurs activités de sensibilisation, de communication et de formation des différents acteurs ont été menées dans les deux (02) régions et avaient pour principaux objectifs d'améliorer le niveau de connaissance des acteurs sur le mécanisme Chèque Santé dans le cadre de la CSU phase 1. Le parallèle établi ici voudrait que le niveau de connaissance des acteurs sur le mécanisme Chèque Santé ait des répercussions directes sur les attitudes et puis sur leurs pratiques. Autrement dit, un prestataire bien informé, qui connaît le Chèque Santé et ses différents contours méthodologiques et enjeux, présente de meilleures dispositions pour une mise en œuvre efficace de cette intervention.

Après plus de onze (11) mois de mise en œuvre de ce mécanisme d'achat stratégique des soins dans les deux régions, quel est le niveau d'appropriation du CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CSU Phase 1 ?

5.1.1. Le niveau de connaissance des différents acteurs sur le CS

Le niveau des connaissances des différents acteurs œuvrant pour le CS au niveau de ces deux régions reste globalement **peu satisfaisant**. En effet, en dehors des acteurs du niveau central notamment ceux de la Cellule Technique Nationale (CTN-CSU) et ceux œuvrant au niveau des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) plus précisément de l'Antenne Régionale, les autres acteurs ne maîtrisent pas à suffisance le CS, ses objectifs, ses fonctions opérationnelles et surtout les interactions CS/CSU. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de cette réalité.

Table 3: Niveau de connaissance du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la CSU PHASE1

N°			Régions					
			Sud			Est		
	Niveaux	Niveau central	Régional	Périphérique (District)	Niveau opérationnel (Fosa)	Régional	Périphérique (District)	Niveau opérationnel (Fosa)
	Acteurs							
	Régulateurs	+/+	+/-	-/-		+/+	+/-	
	Tiers-Payant		+/+			+/+		
	Prestataires		+/-	+/-	+/-	+/+	+/+	++
	Communautés		+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

En effet, après exploitation des notes développées, il ressort que les autres acteurs ont des connaissances éparpillées, approximatives sur ce mécanisme et surtout confondent CS et CSU. Les interactions entre ces deux interventions sont peu connues et les différentes fonctions opérationnelles de cette intervention restent complètement ignorées.

Cette situation est prégnante dans la Région du Sud où on enregistre un véritable back out sur cet aspect. Bien que des autorités administratives grâce à l'action de l'ancien DRSP aient été approchées et briefées, il n'en demeure pas moins que ces actions sont restées sporadiques, ne se sont pas poursuivies et n'ont pas eu de portée dans la durée. Les activités de plaidoyer devant permettre de pallier à cette insuffisance n'ont pas jusqu'ici été menées de manière exponentielle et n'ont pas été soutenues techniquement et financièrement par le FRPS qui lui fait face « à une mise à disposition tardive des ressources financières dédiées au fonctionnement ». Avec les récents déploiements enregistrés au niveau du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation (MINATD), les nouvelles Autorités Administratives n'ont pas encore été briefées et ne comprennent pas grand chose sur cette intervention. Cette situation risque devenir intenable et se détériorer si des actions urgentes de plaidoyer ne sont pas menées en direction de toutes ces autorités administratives, traditionnelles et religieuses, surtout que ce sont ces derniers qui doivent encadrer les populations en leur donnant un élan particulier.

En ce qui concerne le niveau de connaissance du CS par les Prestataires des régions investiguées, il ressort qu'il est globalement satisfaisant dans la Région de l'Est et moins dans celle du Sud. En effet, en dehors des prestataires ayant participé à la formation sur l'ingénierie du Chèque Santé (75)³, la majorité des autres prestataires n'ayant pas bénéficié de ces sessions de renforcement des capacités ne sont pas très au fait de ce mécanisme tant les restitutions suggérées n'avaient pas été systématiquement faites. Par exemple, au niveau du CMA de BIWONG BANE, le

³ Vingt cinq (25) Responsables de FOSA et 25 points Focaux (PF) et 25 Commis de pharmacie

Prestataire formé est parti en stage et du coup la formation sanitaire est bloquée et ne peut ni poursuivre la prise en charge correcte des femmes et poursuivre les saisies des prestations sur OpenImis. Il faut aussi relever que le casting des personnels devant participer à ces sessions de renforcement des capacités avait été tronqué de l'avis des Responsables de Districts de Santé interviewés. Certains Chefs de Centre ont eu à proposer des participants qui ne répondaient pas aux critères édictés. La conséquence directe de cette insatisfaction est qu'une bonne frange (Près de 40%) des 2/3 prestataires des 25 FOSA enrôlées dans la Région du Sud ne peuvent mettre en œuvre le CS avec une certaine efficacité et ces derniers ne se sentent pas interpellés ou concernés. Comme l'affirme un responsable de District interviewé, le refrain selon lequel: *«ceux qui ont été formés doivent assumer le travail demandé»* est presque repris en chœur par ceux qui n'avaient pas participé à ces formations. C'est dire que les enjeux du CS ne sont pas encore connus ces prestataires.

le Document de programmation opérationnelle *«EBOWA 3»* n'est pas assez connu et les pages les plus importantes (les différents protocoles) ne sont pas systématiquement affichées. Il en est de même des contrats FRPS-FOSA qui ne sont pas encore signés. Du coup, les droits et obligations de ces entités ne sont ni entièrement connues encore moins maîtrisées par les responsables des FOSA laissant ainsi libre cours à des interprétations diverses, à l'amateurisme et/ou à la débrouillardise. D'ailleurs, parlant des conséquences de cette insuffisance, un des responsables de FOSA interrogé affirme: *« Chacun comprend à sa façon et essaie de faire ce qu'il ou elle peut»*.

Pour résoudre ce problème de méconnaissance du CS, de ses atouts, opportunités et enjeux par les prestataires de ces deux Régions et beaucoup plus pour ceux du Sud, il est important de finaliser la cérémonie de relecture et de signature des contrats. Etendre la formation à d'autres prestataires n'ayant pas encore bénéficié de ces sessions de renforcement des capacités. Les séances de restitution doivent systématiquement être organisées in situ comme des Enseignements Post-Universitaires (EPU) par les responsables des CSI et CMA ayant participé à la formation avec l'appui des Gestionnaires des District (GD). il faudra également dans les activités marketing à mener, intégrer un axe d'intervention en direction de ces prestataires car, bien formés, sensibilisés et motivés de manière adéquate, ils sont capables de rattraper à eux seuls les fausses rumeurs qui commencent à poindre, garantir un bon accueil et induire un élan particulier pour la qualité de la prise en charge des parturientes et de tous les autres visiteurs des services hospitaliers.

Cette situation sus-décrite est également perceptible au niveau des responsables des DS indépendamment des régions. Bien que sollicités et impliqués peu ou prou pendant les sessions de formations organisées après l'accréditation⁴, les collaborateurs des Chefs de District ne sont pas très au fait du CS. Ils ne maîtrisent pas les enjeux de santé publique que cette intervention recouvre et le rôle qu'ils sont supposés jouer pour une meilleure coordination et suivi de ce mécanisme. Il est à déplorer que ces derniers n'aient pas été pris en compte parmi les formés des

⁴ Tous les quatre (04) Chefs de District avaient pris part aux différentes formations organisées en prélude au lancement.

dernières sessions de renforcement des capacités intervenues en décembre 2023⁵. A ce problème de méconnaissance des enjeux et opportunités offerts par le Chèque Santé, s'ajoute également un problème de motivation directe de ces derniers qui, de la posture observée sur le terrain, se comportent plus en spectateurs qu'en acteurs. La seule chose qui les préoccuperait serait les indicateurs liés à l'enrôlement et au pré-enrôlement dans le cadre de la CSU puisque directement suivis par les Délégués Régionaux et la Coordination Technique Nationale de la CSU. Si tant est que les aspects de supervision sont à prendre en compte et à prévoir, il est important de former les équipes cadre des Districts pour leur permettre d'effectuer à leur tour des supervisions formatives de qualité et aux standards requis. Cette supervision ne peut être effective et assidue que si les Districts de Santé disposent également des moyens financiers et techniques conséquents. Ainsi, le versement des frais d'intermédiation attendues pourrait contribuer à remotiver ces acteurs et à leur permettre de programmer et conduire en toute quiétude, les missions de supervisions formatives importantes et nécessaires au monitoring de cette intervention. Enfin, l'implication des Équipes Cadre de District dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités CS au niveau des Districts devrait être non seulement retenue comme un principe inaliénable, mais également comme une exigence de coordination et de responsabilisation car, il s'agit des indicateurs des Districts et leurs différents responsables devraient être sur le «driven seat» pour mieux porter ces interventions et entrevoir ainsi une potentielle appropriation de l'intervention.

Quant à la population générale, les effets de la sensibilisation faite autour du CS reste peu perceptibles surtout dans la Région du Sud, malgré l'effervescence et la fièvre enregistrées pendant les jours de lancement et le mois qui a suivi (Mai 2023). Les populations n'ont pas encore suffisamment d'informations sur le CS et la CSU et continuent à tout confondre. Les activités marketing restent globalement peu financées et dans la Région du Sud, elles sont même au poids mort malgré l'existence d'un plan d'action marketing, des ASC et des radios communautaires susceptibles de porter la voix à cet objectif recherché. D'ailleurs, la plupart des bénéficiaires interrogés au sortir des FOSA avouent que c'est plus au niveau de ces structures qu'elles ont des informations sur le CS car, les ASC retenus dans le cadre de cette intervention et formés (84 au total) sont supposés faire des visites à domicile (VAD) et y organiser des causeries éducatives. Malheureusement, ces derniers deviennent peu à peu atones et démotivés. Ils n'ont bénéficié d'aucun paiement depuis le lancement en avril 2023. Les spots et les outils de marketing (flyers, dépliants, affiches boîtes à image etc..) sont actuellement en rupture et en cours de production par les FRPS. Toutes ces conjonctures exposent donc la population à la sous-information et à la confusion totale. Il est donc nécessaire voire impératif qu'un plan marketing d'urgence soit élaboré, validé puis mis en œuvre.

5.1.2. Formation des acteurs et niveau d'appropriation du Mécanisme CS

Un acteur pas formé ne peut pas s'approprier une initiative. Il est donc important d'apprécier les effets des formations organisées sur le niveau d'appropriation du CS par les acteurs. Après la phase des accréditations, les sessions de formation ont été organisées dans les quatre (04) principaux DS nouvellement enrôlées. Pour ces Districts de Santé, 135 prestataires de soins et

⁵ L'extension décidée pour les autres DS de ces Régions intervenue en décembre 2023 a induit directement une formation des prestataires mais les Chefs de District n'avaient pas été pris en compte et n'avaient pas bénéficié de cette formation.

251 acteurs communautaires ont été formés à l'ingénierie du CS conformément au tableau ci-dessous.

Table 4: Nombre de prestataires soins et acteurs communautaires formés sur l'ingénierie du CS

N°	Personnes formées	REGION SUD	REGION EST
1	Prestataires	50	40
2	Commis de pharmacie	25	20
3	ASC	44	40
4	Matrone Référentes Communautaire	43	40
5	Transporteurs	44	40
6	Total	206	180

Ce nombre au regard des personnels en service dans ces FOSA et des attentes reste faible et ne permet pas de couvrir les besoins en termes de renforcement de capacités des différentes équipes. Cependant, pour essayer de couvrir cette attente, il a été proposé aux formés d'effectuer des restitutions à leurs différents collègues restés à la FOSA. Seulement, ces dernières n'ont pas été faites de manière systématique. Cette situation a contribué à laisser certains prestataires de côté et à penser qu'ils n'étaient pas concernés par la mise en œuvre de cette intervention. D'où le détachement observé par certains qui vous répondent que: « *Je ne sais de quoi il s'agit*», « *Je ne suis pas impliqué*», ou encore: « *ça concerne l'équipe CS*».

Il est donc important voire nécessaire d'instruire les différents responsables des FOSA déjà formés d'organiser des sessions de restitution in situ lors des réunions de service organisées à une fréquence hebdomadaire et de parachever ces sessions de renforcement de capacités avec les sessions de formation continue organisées par les Gestionnaires de District (GD) ou des Médecins Conseil dans le cadre de leur action d'appui conseil. Ce manque de formation a donc des répercussions directes sur le niveau de connaissance de ces acteurs et sur la mise en œuvre de l'intervention. Car, sans une formation appropriée et adéquate, on ne peut avoir des prestations de qualité, respectant les exigences du protocole Ebolowa 3.

5.1.3. Formation sur OpenImis et appropriation du processus de facturation

L'appropriation du mécanisme CS passe également par une maîtrise du processus de la facturation à travers la plateforme OpenImis qui intègre la saisie et la validation des factures. Pour faciliter la gestion des factures, la Plateforme OpenImis a été mise sur pied, les prestataires formés et pas moins de 45 ordinateurs/tablettes ont été offerts. Au début, l'utilisation de la plateforme OpenImis ne faisait pas l'objet d'une utilisation systématique par les prestataires; d'aucuns y voyaient une activité optionnelle privilégiant la gestion manuelles des factures. Mais avec la mise au point effectuée par la CTN au mois d'Octobre où le remboursement des FOSA a été conditionné par l'utilisation de l'outil OpenImis, toutes les FOSA ont commencé à utiliser cette plate-forme sans exception. En dehors du Centre Médical d'Arrondissement de BIWONG BANE où le Chef est parti en stage et qui ne saisit pas les factures, toutes les autres formations sanitaires indépendamment des Régions utilisent la plate-forme OpenImis et y soumettent leurs

factures pour paiement. A ce jour, toutes les prestations de 2023 soumises à travers cette plateforme ont fait l'objet de paiement non sans difficultés: La nouveauté de l'outil informatique, son utilisation et l'exigence d'avoir les datas pour envoyer ces factures saisies sont autant de contraintes que les responsables peu habitués à cet outil sont obligés d'affronter. En effet, la majorité des responsables des formations sanitaires rurales enrôlées dans ce mécanisme n'avaient pas d'ordinateurs et n'étaient pas habitués à l'outil informatique mais avec la formation, ils s-y sont pliés et les factures arrivent au niveau des FRPS. Avec le turn-over observé au niveau des responsables des FOSA et des collaborateurs, de nouveaux Chefs de Centre sont nommés et il faut également agrandir le pool des personnes formées sur cet outil. Ainsi, les sessions de refreshment prévues au début du mois d'avril 2024 par la CTN et la GIZ visent à atteindre ces objectifs.

5.1.4. Appui conseil et rejet des factures

L'appropriation du mécanisme CS par les prestataires de soins passe également par la régularité de l'appui conseil, sa qualité et le pourcentage des factures rejetées. En effet, pour dire que les prestataires se sont déjà approprié le mécanisme CS, on doit pouvoir voir cela à travers un taux de rejet résiduel des factures par les GD, MC, CM et la plateforme OpenImis. Cela voudrait également dire que l'appui conseil effectué par les GD et MC est bon et le protocole Ebolowa 3 est non seulement connu, mais maîtrisé.

En effet, l'activité liée à l'appui conseil se poursuit également de manière satisfaisante dans les deux régions à travers les GD et MC qui descendent à une fréquence mensuelle (Région de l'Est) et opportune (Région du Sud) dans les FOSA pour apporter un appui technique subséquent aux différentes équipes. Il faut néanmoins indiquer que ce sont les GD qui effectuent davantage ces descentes au regard des problèmes financiers rencontrés par les FRPS qui n'arrivent pas à mobiliser à temps les financements dédiés au fonctionnement. À titre d'exemple, le MC de la Région du Sud indique être déjà descendue dans les FOSA seulement à quatre (04) reprises depuis le lancement et assure n'avoir pas encore fait le tour de ses 25 premières FOSA accréditées en 2023 avant le lancement. Ce suivi se fait à distance, par téléphone et se veut personnalisé. Il en est de même du suivi de l'effectivité et la traçabilité des prestations qui sont faites majoritairement par les GD, les MC ne travaillant majoritairement au bureau, en back-office pour la validation des factures de catégorie 2 alors que ceux-ci doivent travailler en front-office. Cette situation est sans doute empreinte d'imprudence car le contrôle des droits aux prestations doit également s'exercer à leur niveau pour s'assurer du respect total des protocoles, des montants facturés et d'anticiper tout risque de collision avec les équipes périphériques pouvant aboutir au paiement des factures inexistantes ou ayant fait l'objet d'un montage factice. Le MC devrait passer dans toutes les FOSA au moins une fois par trimestre et ne pas le faire expose l'intervention à des risques potentiels pourtant évitables.

5.1.5. Taux de rejet des factures

Bien que cet indicateur ne soit pas calculé systématiquement par les Antennes Régionales de l'Est et du Sud, il ressort néanmoins que ce dernier est résiduel. L'application stricte des directives d'Ebolowa 3 étant la règle, la majorité des rejets se concentrent sur quelques problèmes de paramétrage de l'outil notamment la date de l'activation des chèques santé et les

doublons observés sur les numéros de chèque. En dehors de ces inconvénients, la quasi-totalité des factures sont validées par les GD et les Médecins Conseil puis saisies et les montants soumis à paiement.

5.1.6. Processus de contractualisation et appropriation

L'appropriation d'une initiative passe enfin par une maîtrise parfaite de ses engagements contractuels. Ces derniers permettent au contractant de connaître le contexte, les enjeux, sa position dans le dispositif, ses droits, ses obligations et les principales attentes nourries par rapport au niveau de responsabilité occupé. Dans le cadre du mécanisme CS, les trois (03) différents types de contrats en application⁶ permettent de fluidifier le fonctionnement en ressortant pour chaque acteur ses engagements et également ses droits. Dans la Région de l'Est, la situation est conforme mais dans la Région du Sud, le processus n'a pas encore abouti à une formalisation des droits et des obligations des différentes parties. En effet, les principaux intervenants ne disposent pas encore de contrats signés avec le FRPS. Cette méprise ne permet pas aux prestataires et acteurs en interaction avec le FRPS d'avoir une couverture juridique adéquate et une parfaite connaissance de leurs droits et obligations. Elle ne leur permet pas d'apprécier le niveau réel de leur implication et le niveau de responsabilités qui leur incombe. On peut donc comprendre l'attitude de certains prestataires et responsables de District qui parfois à tort ou à raison ne se sentent pas impliqués et responsables des situations que vivent leur Centre de santé et DS.

Sur cette partie, il ressort après analyse que le niveau d'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs reste majoritairement peu satisfaisant. **Bien que le taux de rejet des factures soit résiduel démontrant ainsi une maîtrise, une bonne application du protocole Ebolowa 3 et la portée de l'appui conseil qui est effectué, il n'en demeure pas moins que peu connaissent véritablement le CS et ses composantes, tout le monde n'est pas impliqué surtout les Chefs de District, peu adhèrent pour l'instant à cette nouvelle vision en dehors des bénéficiaires directs et par conséquent, on ne peut parler d'une appropriation satisfaisante à ce stade.** La conduite des activités marketing, la poursuite des formations in situ des autres prestataires n'ayant pas encore reçu cette formation, la relecture et signature des différents contrats au Sud pourraient contribuer à faciliter l'atteinte de cet idéal.

⁶ Dans le cadre du mécanisme CS, trois (03) différents types de contrat sont en vigueur. Les contrats de prestation (FRPS-FOSA), contrat d'objectif et des moyens (FRPS-ASC) et contrat de régulation (FRPS-DRSP-DS)

CHAPITRE 2 : NIVEAU DE MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES CS.

Dans le cadre de cette partie, il sera question d’apprécier le niveau de mise en œuvre des activités CS qui se déclinent globalement en quatre (04) grandes parties :

- La situation sur les enrôlements des Femmes Enceintes (FE)
- Les prestations médicales
- Les prestations non médicales
- Et la situation sur les décès maternels et néonataux.

Après le lancement de la CSU Phase 1, les FRPS des Régions du Sud et de l’Est ont entrepris la mise en œuvre effective des activités du mécanisme CS dans toute sa globalité. Malgré les retards de paiement observés dans les deux Régions, la mise en œuvre de l’ensemble de ces activités s’est poursuivie de manière satisfaisante non sans heurts. La mise à contribution des prestataires de soins et l’accompagnement apporté par l’équipe régionale, les GD et les MC ont permis, à travers les moyens disponibles, d’obtenir des résultats pour le moins encourageants bien qu’elles commencent à montrer toutes quelques signes d’essoufflement. Pour davantage apprécier le niveau de mise en œuvre de ces différentes activités, nous allons les parcourir les unes après les autres en y ressortant à chaque fois, les détails permettant d’asseoir une bonne analyse.

5.2.1. Le Chèque Santé: Un Produit attractif pour les Femmes enceintes et un booster pour les activités de pré-enrôlement et d’enrôlement à la CSU.

La situation des enrôlements des FE dans le mécanisme CS dans les deux (02) Régions est globalement satisfaisante au regard des attentes, du contexte et des moyens mobilisés. De la période allant d’avril à Décembre 2023, le nombre total des femmes enceintes enrôlées dans les Quatre (04) Districts de Santé et 45 FOSA est de 7.775 soit 4.427 femmes enceintes pour la Région de l’Est et 3.348 pour la Région du Sud. Le tableau ci-dessous présente l’évolution de cet indicateur pour les différentes Régions.

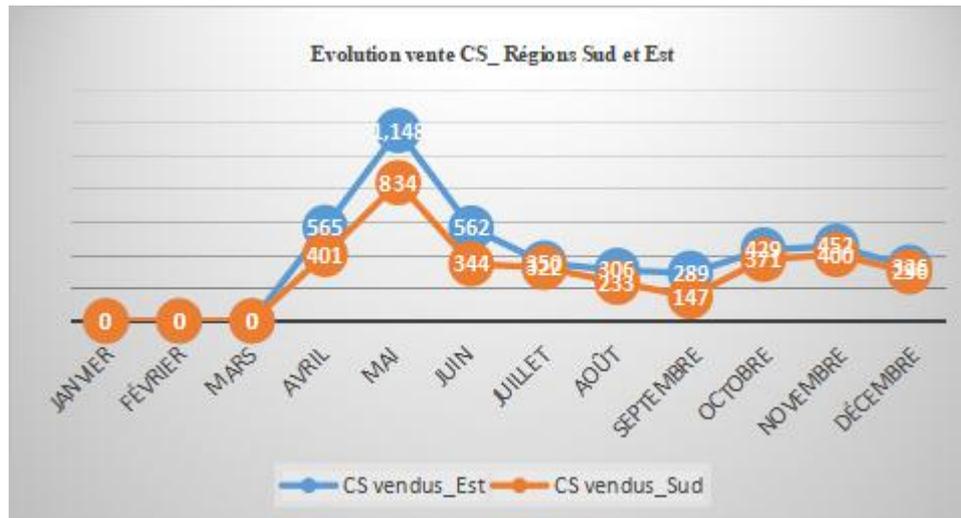


Figure 1: Evolution vente CS_ Régions Sud et Est

En analysant les courbes en détail, il ressort que l'évolution de cet indicateur dans les deux régions est presque similaire. Malgré le fléchissement observé vers la fin de l'année dans les deux Régions, il n'en demeure pas moins que le taux d' enrôlement reste largement supérieur aux attentes et le chèque santé en lui-même reste attractif et apprécié des femmes au regard du nombre qui continuent de s' enrôler chaque mois. Trois principaux éléments contribuent à influencer cette dynamique positive:

1. Le poids du lancement de la CSU phase 1 effectué respectivement par le MINSANTE à l'Est et le Gouverneur du Sud au Sud et la mise à contribution de toutes les autres activités marketing menées;
2. La Mobilisation effective de tous les acteurs, (Régulateurs, Tiers payants, Prestataires et Communautaires) autour d'une cause commune;
3. Et la mise à disposition des ressources financières et logistiques

En effet, à la suite des activités de marketing d'ampleur, on enregistre une hausse des ventes donc une augmentation de la fréquentation et l'utilisation des services de santé. À l'inverse, la situation se détériore et aboutit à une baisse des chèques santé vendus et donc à la baisse de la fréquentation des formations sanitaires. Il en est de même des remboursements des formations sanitaires. Dès lors qu'il y a annonce d'un paiement, on ressent une certaine effervescence dans les FOSA et le reste suit c'est à dire, plus de femmes achètent le chèque et les prestations offertes augmentent aussi. Ces trois (03) facteurs combinés permettent de relever non seulement les taux d' enrôlement des FE mais aussi dopent les prestations. Ces bénéfiques s'étendent aussi à la CSU qui, de manière indirecte, voit le nombre femmes enceintes pré- enrôlées et enrôlées augmenter.

5.2.2. Les Consultations prénatales

A la suite de la logique explicative utilisée sur l'évolution des ventes CS, les consultations prénatales obéissent à la même réalité. En effet, elles ont connu un pic au mois de mai après le lancement et ont depuis ce temps, entamé une réduction progressive qui interpelle. On observe néanmoins une légère augmentation de ces prestations aux mois d'octobre à Novembre qui coïncide également avec la réception des fonds par les FRPS, les descentes auprès des FOSA pour la préparation des factures au paiement. La figure ci-dessous permet d'apprécier cette évolution dans les détails.

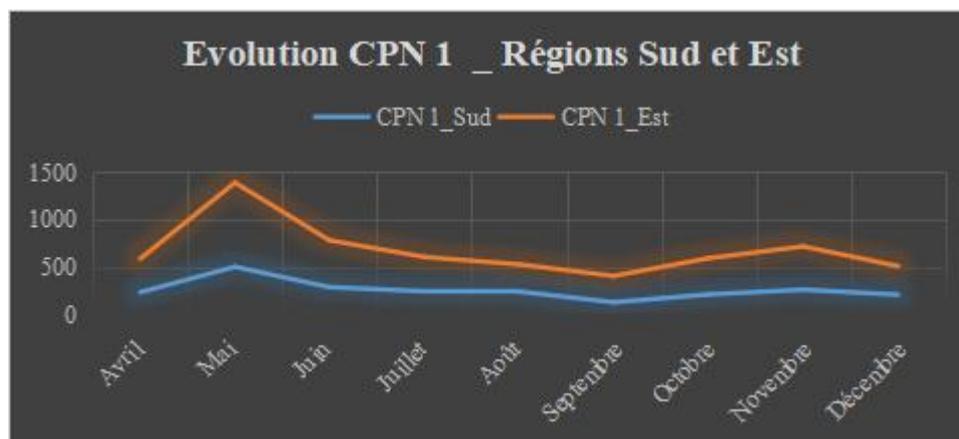


Figure 2: Evolution CPN 1 _ Régions Sud et Est

En comparant les données CS vendus et le nombre de CPN 1 effectuées, il ressort que l'enrôlement systématique n'est pas encore effective dans toutes les FOSA mais la quasi-totalité de ces dernières tendent vers cette exigence. En effet, cela veut dire que sur 4427 femmes enceintes ayant acheté le CS dans la période, 3.782 ont fait une CPN 1, les autres 15% n'ont soit pas fait la CPN1, soit elles ont eu à payer directement. Dans la Région du Sud, 961 femmes soit 29% se retrouvent dans une situation similaire. Le principe voudrait que toute femme ayant acheté le CS l'utilise ou que toute CPN soit faite avec CS pour adhérer au principe d'enrôlement systématique. Ici toutes les femmes ont acheté le CS mais ne l'ont pas encore utilisé. Ou encore, les CS achetés par les autorités dans le cadre des donations spécifiques n'ont pas encore fait l'objet d'utilisation.

Table 5: CPN VS CS vendus:Principe Enrôlement systématique

Mois	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
CS vendus_Est	565	1.148	562	350	306	289	429	452	326	4.427
CPN 1_Est	352	883	491	360	286	276	380	454	300	3.782
Différence CS-Vendus VS CPN1	213	265	71	-10	20	13	49	-2	26	645
CS vendus_Sud	401	834	344	322	233	147	371	400	296	3.348
CPN 1_Sud	242	509	295	252	248	137	219	269	216	2.387
Différence CS-Vendus VS CPN1	159	325	49	70	-15	10	152	131	80	961
Total différence										1.606

5.2.3. Les consultations post-natales

Bien qu'évoluant en dents de scie, on peut tout de même se réjouir que cette prestation commence à être demandée et offerte aux femmes enceintes. Dans les deux Régions, c'est une prestation qui n'était pas systématiquement proposée et même offerte aux Femmes enceintes. Bien qu'elle soit encore en deçà des attentes tant le taux de déperdition reste élevé entre la CPN1 et la CPN 4 mais, on peut déjà apprécier qu'elle est offerte et que cette demande va grandissante malgré l'incursion négative observée en Octobre 2023 conformément aux détails présentés par la figure et le tableau ci-dessous.

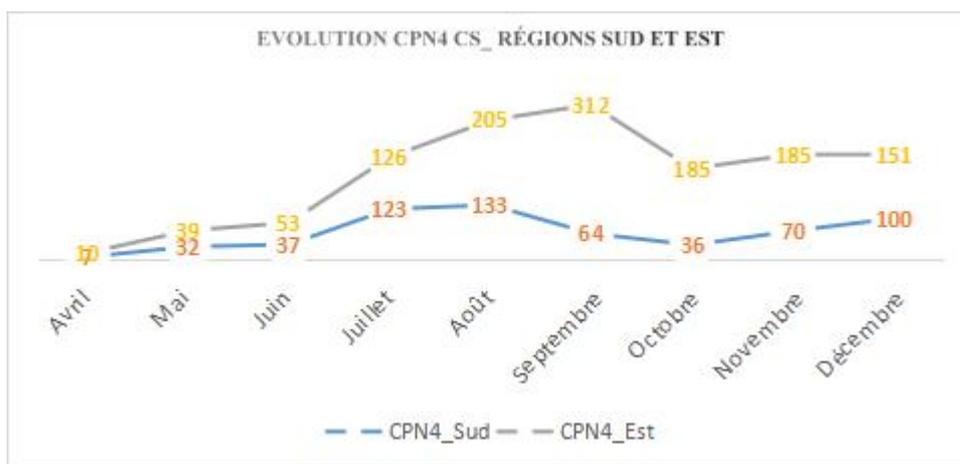


Figure 3: Evolution CPN4 CS_ Régions Sud et Est

Table 6: Continuum des soins Régions Sud et Est

Column1	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
CPN1_EST	352	883	491	360	286	276	380	454	300	3.782
CPN4_Est	10	39	53	126	205	312	185	185	151	1.266
Différence CPN1 VS CPN4	342	844	438	234	81	-36	195	269	149	2.516
% Différence CPN1 VS CPN4	0,97	0,96	0,89	0,65	0,28	-0,13	0,51	0,59	0,50	0,67
CPN1_Sud	242	509	295	252	248	137	219	269	216	2387
CPN4_Sud	7	32	37	123	133	64	36	70	100	602
Différence CPN1 VS CPN4	235	477	258	129	115	73	183	199	116	1785
%Différence CPN1 VS CPN4	0,97	0,94	0,87	0,51	0,46	0,53	0,84	0,74	0,54	0,75

5.2.4. Accouchements Assistés

Malgré la frilosité de départ, les Accouchements Assistés se sont également poursuivis avec sérénité. À la fin de la période d'observation, les deux régions enregistrent un total de 3.048 Accouchements effectués par les Personnels Qualifiés avec une moyenne de 339 accouchements par mois pour les 45 FOSA enrôlées. Dans la Région du Sud, le nombre d'accouchements moyen est de 119 contre 220 à l'Est. Par rapport à la phase d'avant le lancement de la CSU phase 1, tous les acteurs interrogés affirment sans ambages que le nombre accouchements enregistrés dans les différentes FOSA a au minimum doublé. Dans d'autres formations sanitaires notamment au CSI catholique de Doumé (DS DOUME) ou au CSI public de Mokolo 1 (DS Bertoua), le nombre d'accouchements effectués représente actuellement le triple de ce qui était fait avant l'avènement de la CSU Phase 1. Cette explosion des accouchements est également perceptible dans la figure ci-dessous. Bien qu'on enregistre encore quelques cas d'accouchements à domicile dans le DS de Meyomessala par exemple (Aire de Santé Koumyetotan..) ou d'Ebolowa (Aire de Santé de Mengong), il n'en demeure pas moins vrai que la tendance vers plus d'accouchements dans les FOSA se confirme et fait de plus en plus recette.

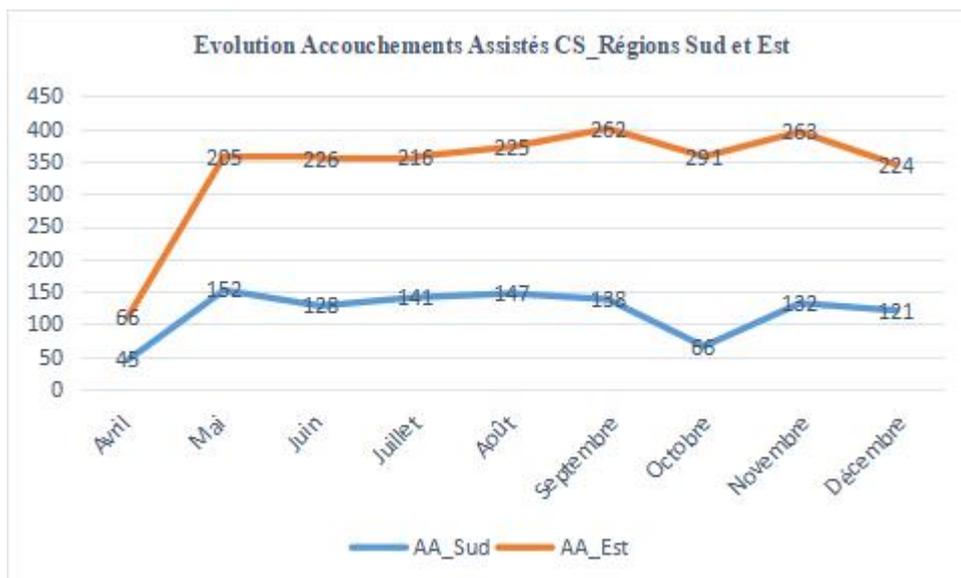


Figure 4: Evolution Accouchements Assistés CS_Régions Sud et Est

5.2.5. Les échographies

L'activité se rapportant aux échographies s'est également intensifiée et répandue dans les deux Régions. Elle a d'abord fait l'objet d'une concentration au niveau des Hôpitaux Régionaux qui assuraient la quasi-totalité des échographies effectuées. Par la suite, entre mai et juin, cette activité a été réorganisée par les DRSP qui ont opté pour une déconcentration avec l'accréditation puis la contractualisation des promoteurs et détenteurs d'échographes. Ces derniers devaient offrir ces prestations sur site (au niveau des FOSA) aux femmes enceintes. Ainsi, pour la période étudiée, plus de 3.395 femmes enceintes ont bénéficié de cette prestation dont 1190 dans la Région du Sud et 2205 dans la Région de l'Est. Pour une activité de cette envergure, elle a rencontré l'adhésion de la cible et constitue même une prestation phare. N'ayant pas eu la possibilité de vérifier les dates auxquelles ces échographies avaient été effectuées, on ne peut assumer l'idée qu'elles ont été faites à la période indiquée et par conséquent, elles ont eu tout au moins la portée attendue.

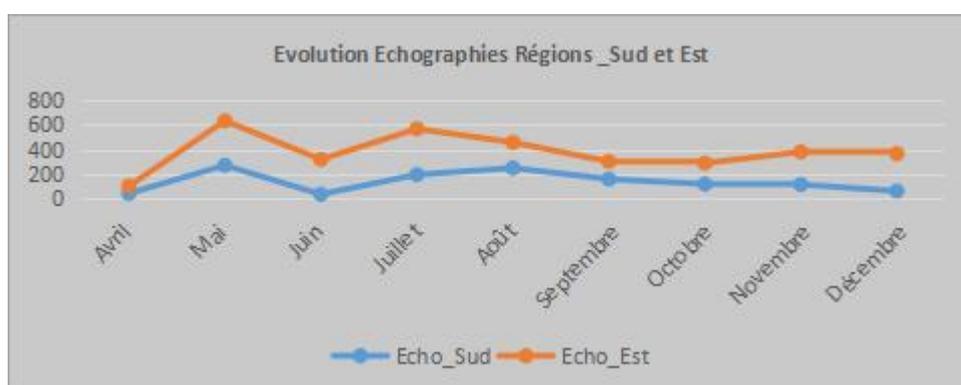


Figure 5: Evolution Echographies Régions_Sud et Est

5.2.6. Les Césariennes

A la suite des accouchements, les césariennes ont également connu une augmentation vertigineuse. Déjà pour la période écoulée (Avril à décembre 2023) pas moins de 348

césariennes ont été effectuées à raison de 96 dans la Région du Sud et 250 dans la Région de l'Est. La figure ci-dessous est plus illustrative

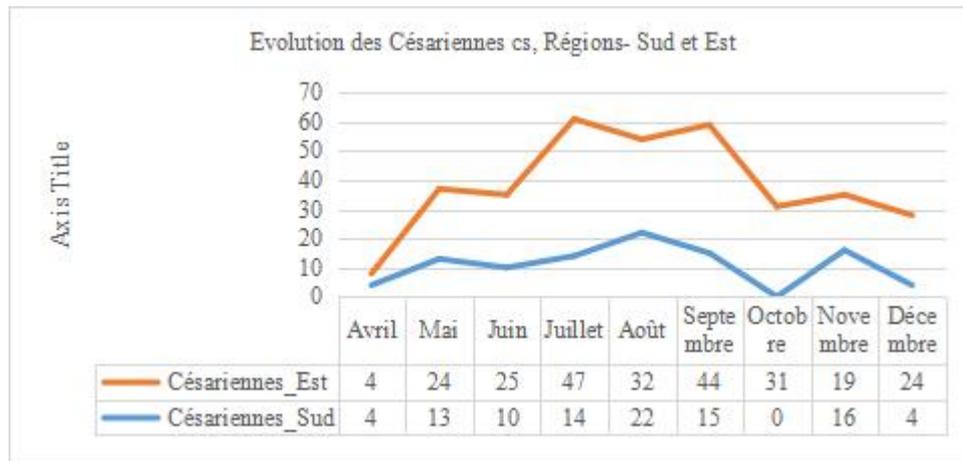


Figure 6: Evolution des Césariennes cs, Régions- Sud et Est

En effet, de l'avis des prestataires interrogés, il ressort que les femmes ne bénéficiaient pas de cette prestation du fait de son coût et des affres liées à l'intervention chirurgicale. Depuis l'avènement de la CSU phase 1 et plus spécifiquement du CS, le nombre de césariennes a augmenté avant de connaître une baisse à partir du mois septembre 2023 due à la rupture des certains intrants traceurs (Ocytocine, Diasépam, etc..) dans certaines pharmacies communautaires et valises d'urgence. Devant certaines références et du fait de manque de médicaments traceurs pour la prise en charge, l'hôpital Régional d'Enongal à Ebolowa par exemple a été obligé de référer les femmes enceintes au Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Ebolowa qui, n'étant pas CS, a appliqué sans sourciller les coûts de recouvrement inhérents à ces différentes prestations offertes. La disponibilité de l'ensemble des intrants, médicaments traceurs et la valise d'urgence s'avère nécessaire pour éviter ce genre de situation.

5.2.7. les Décès maternels et néonataux

Le nombre résiduel des décès maternels et néonataux enregistrés dans ces deux Régions constitue l'un des premiers effets du mécanisme CS dans ces localités. En effet, depuis le lancement de cette initiative en avril 2023 et selon les sources régionales (FRPS), seuls cinq (05) décès maternels et vingt-sept (27) décès néonataux ont fait l'objet de notification. Pour plus de détails, aucun décès de femme enceinte CS n'a été enregistré dans la Région du Sud et seuls 07 nouveaux-nés sur les 27 ont été recensés. Pour les autres cas de décès enregistrés dans la Région de l'Est, la quasi-totalité (05 décès maternels et 15 décès néonataux) a été enregistrée au niveau de l'hôpital Régional de Bertoua qui concentre toutes les références régionales. Les autres décès néonataux (05) ont été enregistrés au CS Catholique de Doumé (02), CMA Bonis (01) CSI Mokolo 1 (01) et à Hope Clinic (01). Pour les cinq (05) décès maternels notifiés, la principale cause est l'hémorragie du post-partum. Le renforcement des capacités des prestataires à travers les Enseignements Post-Universitaires (EPU), la référence à temps, la conduite systématique des audits des décès, la disponibilité des intrants traceurs CS et surtout, la promptitude dans la prise en charge des cas (gestion du 3ème retard) constituent les principaux aspects sur lesquels l'accent doit être mis pour réduire encore de manière drastique ces décès maternels et néonataux.

5.2.8. Les prestations non médicales

Ces dernières se concentrent plus vers la gestion des références par les transporteurs et l'accompagnement des femmes enceintes par les Matrones Référentes Communautaires. Lors du lancement de ce mécanisme, tous ces acteurs ont bénéficié de la formation adéquate et ont depuis entrepris la mise en œuvre de leurs différentes activités.

Pour la période écoulée, dans la Région du Sud par exemple, pas moins 89 femmes enceintes ont été accompagnées par les MRC et 137 autres ont bénéficié d'un transport en situation d'urgence obstétricale. Il faut néanmoins relever que le problème de paiement des transporteurs à temps se pose avec acuité dans toutes les Régions ce d'autant plus que les FOSA n'accusent pas moins de 03 mois d'impayés. En principe, les transporteurs doivent être payés par la FOSA qui reçoit les cas référés dès lors que ces cas arrivent à la FOSA référée sans discussions. Or, cette pratique met en mal les transporteurs qui ne sont pas toujours et systématiquement remboursés par les HD et HR à cause du nombre élevé des références reçues et des fortes sommes à mobiliser de leurs pharmacies pour faire face à ces exigences en attendant le remboursement qui interviendra après plusieurs mois. Du coup, les responsables des FOSA référentes préfèrent adosser cette responsabilité et se faire payer plus tard au risque de perdre le transporteur qui ne répondra pas présent lors des prochaines sollicitations. Cette pratique se fait en totale contradiction avec les exigences du manuel de procédures Ebolowa 3. Il y a donc lieu de revoir cette disposition dans Ebolowa 4 en actant ce qui marche et l'ériger ainsi en principe pour encadrer cette prestation.

Sur cette partie, la mise en œuvre des activités se poursuit de manière satisfaisante non sans quelques difficultés. Le retard de paiement entraîne une décapitalisation des pharmacies communautaires et la démotivation des acteurs. Ces deux contraintes levées, la mise en œuvre des interventions CS va se poursuivre en augmentant et en s'améliorant.

CHAPITRE 3: SUIVI, SUPERVISION ET LA COORDINATION DES ACTIVITES CS: LES VENTRES MOUS DU DISPOSITIF

Parmi les fonctions opérationnelles du mécanisme CS, on retrouve les activités liées au suivi, à la supervision et à la coordination des activités. Toutes ces interventions qui requiert de l'expertise, des outils, des ressources financières, humaines et de la logistique permettent de s'assurer d'une part:

- Une mise en œuvre harmonieuse des activités selon les exigences normatives administratives et/ou techniques,
- Une utilisation rationnelle des ressources
- l'atteinte des objectifs fixés;
- Et le respect du timing (calendrier)

Dans le cadre de la CSU phase 1 dans lequel le mécanisme CS constitue une des interventions du paquet de prestations, ces activités ont également été retenues. Elles doivent systématiquement être menées pour s'assurer du respect des exigences sus-évoquées. Après les 11 mois de fonctionnement, la question est de savoir si ces interventions ont été menées de manière correcte et ont contribué à l'atteinte des objectifs fixés.

5.3.1. Le suivi

Dans le cadre du mécanisme CS, ce suivi doit se faire de manière rapprochée par les équipes des Antennes Régionales des FRPS à une fréquence hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle ceci en fonction des indicateurs. Il peut se faire à distance à travers le téléphone, les plateformes WhatsApp, Zoom ou sur site. Il repose essentiellement sur le suivi des indicateurs. Dans les différentes régions investiguées, le suivi de ces indicateurs CS se poursuit et est majoritairement porté par les équipes des FRPS. Seulement, la fréquence hebdomadaire pour le suivi des indicateurs de vente CS n'est pas toujours respecté. Devant les problèmes de communication, certaines FOSA éprouvent des difficultés à communiquer à temps les données de vente CS ne permettant pas ainsi aux équipes des FRPS de monitorer cet indicateur et de prendre des mesures palliatives au cas où il y aurait des difficultés. En dehors de cet impair, les données du CS remontent et les activités sont ainsi suivies. Il faut cependant relever que ce suivi spécifique n'est pas effectué au quotidien par les équipes de District et régionales qui eux se concentrent plus sur les données et indicateurs CSU. Lors des réunions de coordination mensuelles au niveau des DS et trimestrielles au niveau des délégations régionales, les données CS sont exposées et discutées. Ce n'est qu'à ce niveau que ce suivi s'effectue.

En ce qui concerne le suivi des données CS, il s'effectue à travers l'organisation des missions d'audits et de validation des données générées par les FOSA. Malheureusement à ce jour, aucune mission d'audit des données n'a été conduite, ce qui peut entamer la crédibilité des données envoyées par ces dernières. Il y a donc urgence à organiser une mission d'audit puis de validation de ces données conformément aux exigences du manuel de procédures CS.

5.3.2. La Supervision.

La supervision dans le contexte de la CSU phase 1 se veut formative et intègre l'accompagnement, l'appui technique voire financier du niveau supérieur à celui inférieur. Cela suppose de l'expertise à apporter, des descentes sur le terrain, des outils et de la logistique. Dans le cadre de la CSU phase 1, la supervision attendue n'est pas effectuée selon les exigences requises. Seules les équipes des FRPS qui, en fonction des moyens en leur possession font des descentes mensuelles et opportunément en fonction des problèmes à résoudre. Si la supervision est effective et assurée au niveau des FRPS, la réalité est toute autre au niveau des structures de régulation du niveau périphérique (Districts de Santé). Cette situation est tributaire au manque d'experts dans le domaine CS, des outils de supervision qui n'existent pas à leur niveau et les moyens financiers et logistiques qui font défaut. A ce jour, les DS ne disposent pas de moyens financiers suffisamment pouvant leur permettre de mener à bien cette activité. Même les frais d'intermédiation devant leur être versés pour assurer cette fonction ne l'ont pas encore été.

5.3.2.1. L'expertise sur l'ingénierie CS

Lors des différentes formations organisées en prélude au lancement des activités de la CSU phase 1, les membres des équipes cadre des Districts n'avaient pas été formés à l'exception des Chefs de District. Cette situation a eu pour conséquences directes: l'absence d'une expertise avérée au niveau de ces structures et les personnels qui s'y trouvent en dehors des Chefs de District et des Gestionnaires de District, ne peuvent effectuées des missions de supervision de qualité puisqu'ils ne connaissent ni l'intervention, ni ses exigences méthodologiques et épistémologiques et comme disait un Responsable du District dans la Région du Sud interviewé: *«Vous ne pouvez pas demander au DS de superviser et de suivre une activité à laquelle il n'a pas été formé ou impliqué»*.

Au niveau des Régions en revanche, l'expertise existe, puisqu'il existe des pools d'experts auditeurs/accréditeurs constitués qui maîtrisent le CS et ses différentes composantes. Cependant, ces derniers ne sont pas toujours mis à contribution lorsque ces supervisions sont organisées encore que ces dernières n'existent presque pas. Dans les différentes régions, les quelques supervisions menées l'ont été pour les activités de la CSU. Elles visaient tout simplement à assurer du bon déroulement des activités de pré-enrôlement et d'enrôlement à la CSU.

5.3.2.2. Outils de supervision

Pour mener à bien une supervision de qualité, une grille de supervision doit être élaborée. Elle doit intégrer toutes les composantes du mécanisme CS et d'autres exigences méthodologiques. De l'observation faite, Il n'existe pas à ce jour dans les différentes régions, une grille de supervision CS spécifique, élaborée, harmonisée et utilisée par les différents superviseurs. L'élaboration de cet outil par la CTN-CSU et sa mise à disposition permettra non seulement d'harmoniser les supervisions faites par les différents FRPS et aussi de mieux extraire les outputs.

Il faut également relever que les supervisions faites par les équipes des FRPS permettent certes de corriger quelques irrégularités constatées sur le terrain et d'ajuster les compétences, mais ces dernières sans associer les Districts et les équipes régionales ne permettent pas toujours

d'atteindre les objectifs fixés. Les relations contractuelles que les FRPS ont avec les FOSA n'intègrent pas des liens hiérarchiques et des exigences de subordination. Ce qui fait que les FRPS bien que constatant des insuffisances et irrégularités sur le terrain ne peuvent sanctionner encore moins induire des actions de répression. Pour prendre une décision quelconque, les équipes des FRPS sont toujours obligées de se référer aux régulateurs. Aussi, ce qui sera propice et porteur serait l'organisation des supervisions conjointes où les délégations, les équipes des FRPS et les Districts conduisent ces activités ensemble. La probabilité d'avoir des effets plus significatifs est beaucoup plus élevée que de les conduire sans la pleine implication et participation des régulateurs.

5.3.2.3. Les moyens financiers et la logistique: De véritables frein à la conduite des supervisions.

Les missions de supervision imposent de la logistique et des moyens pour les effectuer. Dans les deux Régions, les Districts et les Régions ne disposent pas de moyens financiers adéquats et de la logistique suffisante pour pouvoir rallier les différentes FOSA. Les frais indéterminés plus précisément les primes liées à la vente CS (600 F CFA à verser par Chèque Santé Vendu) ne sont pas encore payées et en plus, les arriérés des fonds PBF engagés par les Délégations régionales de la Santé et les Districts de Santé n'ont pas encore fait l'objet de remboursement. Aussi, la logistique reste insuffisante. Le matériel roulant n'est pas en reste. Il est vétuste et insuffisant dans les deux Régions. Toutes ces situations ne permettent pas aux Régulateurs d'effectuer ces descentes sur le terrain avec sérénité. Elles contribuent plutôt à la frustration et de la démotivation de ces acteurs.

5.3.3. La coordination

La coordination des activités du mécanisme CS doit se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et à des fréquences établies : hebdomadaire au niveau des équipes CS, bimensuelle au niveau des FRPS, mensuelle au niveau des DS et trimestrielle au niveau des DRSP et du MINSANTE/Niveau central.

Dans les régions investiguées, la coordination des activités CS est effective. Elle est portée majoritairement par les équipes du CS au niveau des FRPS à travers l'organisation des réunions de coordination hebdomadaires au niveau de l'Antenne Régionale et bi-mensuelle au niveau du FRPS. Au niveau des Régulateurs, cette coordination se fait à travers des réunions de coordination des activités de la CSU qui sont également bi-mensuelles et parfois trimestrielles. Ces dernières ne sont pas spécifiques au CS. Elles permettent de passer en revue le niveau d'enrôlement des cibles à la CSU, l'évolution des indicateurs CS et les autres interventions. L'exigence d'apprécier les détails de ces interventions au cas par cas et en détail n'est pas de mise. La majorité de ces réunions de coordination se font en ligne à travers les plateformes WhatsApp et Zoom.

En définitive sur cette partie, le suivi et la coordination des activités CSU Phase 1 sont effectives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, ces interventions restent globalisantes et peu spécifiques. C'est globalement un suivi à distance et une coordination des activités en ligne à travers des plateformes existantes, les moyens financiers faisant parfois défaut. La supervision quant à elle n'est pas faite de manière satisfaisante, tant elle est rare, les outils et les moyens pour

les effectuer de manière sereine ne sont pas mis à disposition et à temps. Seules les Equipes régionales s'activent à un suivi rapproché des indicateurs CS, à des supervisons formatives intégrées et à l'organisation des réunions de coordination à la fréquence retenu et au format validé par l'ancienne Unité de Coordination du Programme Conjoint (UCPC).

CHAPITRE 4: EFFETS CS SUR LA CSU, BONNES PRATIQUES ET LECONS APPRISES

Dans ce chapitre, il sera question d'identifier les premiers effets observés depuis le lancement de la CSU Phase 1 dans ces deux Régions, les bonnes pratiques et les leçons jusqu'ici apprises. Il faut relever qu'il n'a pas été facile pour nous d'apprécier les effets du CS sur le système de santé en lui-même dans ces Régions tant nous ne disposons pas des bases de données de l'année 2022 pouvant nous permettre d'établir des comparaisons fiables. Cependant, à travers les témoignages des acteurs, il a été plus raisonnable de ressortir les effets du CS sur la CSU. Après nous aborderons les bonnes pratiques qui, dans le contexte actuel sont peu nombreuses et très difficiles à observer et à documenter. Enfin, nous avons plus mis l'accent sur les leçons apprises tirer qui nous permettront de mieux préparer les prochaines extensions.

5.4.1. Les effets du CS sur la CSU

N'ayant pas une baseline study où des données de comparaison, il nous est difficile d'affirmer que le CS a eu des effets positifs sur le système de santé en général, qu'il a contribué directement à une meilleure prise en charge des femmes enceintes, une amélioration de leur état de santé et à leur satisfaction de manière générale. Mais de manière empirique et en ne se basant que sur les évolutions de nos différentes courbes (CPN1, Accouchement Assisté, CPON, échographies etc..) nous pouvons tout de même reconnaître qu'il y a un changement dans les différentes formations sanitaires mettant en œuvre le CS. Nous constatons que le nombre de CPN, échographies, accouchements assistés, CPON et même les césariennes a augmenté malgré la baisse observée entre novembre et décembre 2023. Reprenant ce constat, un responsable du Centre de Santé intégré de Koumyetotan affirme : « *les femmes n'accouchent plus en communauté comme avant. Elles viennent toujours en retard à la CPN mais globalement, la fréquentation augmente* ».

Nous avons également observé une augmentation de la fréquentation des formations sanitaires et même une hausse croissante de l'utilisation des services. Au niveau Régional, les hôpitaux Régionaux sont ceux qui vivent l'effet palpable du CS au quotidien avec la baisse de la fréquentation et de l'utilisation de leurs services de maternité. En principe, toutes les femmes enceintes doivent commencer leurs CPN et aller jusqu'aux CPON dans les FOSA SONUB. Elles ne sont référées en SONUC que pour des complications ne relevant pas de leur plateau technique. Par conséquent toutes les femmes qui faisaient des consultations prénatales ou bénéficiaient des accouchements eutociques au niveau des SONUC ont été renvoyées vers les FOSA SONUB pour leur prise en charge, laissant ainsi la responsabilité des complications et des césariennes aux Hôpitaux de District et Régionaux. Cette situation n'est pas sans incidence sur les recettes qui ont connu une véritable baisse (consultations, examens, échographie, pharmacie, journées hospitalisation etc..) car, le service de maternité est l'un des services dans ces structures qui fait grimper les recettes.

Les populations de ces Régions commencent à comprendre la nécessité de respecter la pyramide sanitaire en utilisant en priorité les formations de première ligne (5 et 4ème catégorie) avant d'aller directement vers les structures de références. Les femmes enceintes indépendamment de leur statut acceptent déjà accoucher dans les CSI alors que celles plus nanties optaient en première intention et presque systématiquement pour les FOSA SONUC. La sensibilisation et le dispositif de transport en situation d'urgence obstétricale mis en place dans le cadre de ce mécanisme permettront de mieux appréhender les bénéficiaires d'un tel choix, pour le grand bonheur du système de santé camerounais.

La CS a des effets directs sur les pré-enrôlements et enrôlements des cibles de la CSU. En effet, le femme enceinte et le nouveau-né sont parmi les cibles de cette intervention. Du coup, en enrôlant les femmes enceintes au CS, ces dernières partent directement grossir les données des enrôlements de la CSU car, il s'agit in fine d'enrôler le couple Mère-Enfant à l'accouchement.

5.4.2. Bonnes pratiques

A ce stade, seules trois (03) bonnes pratiques ont été identifiées. Il s'agit de l'organisation systématique des réunions bimensuelles par les FRPS sur le CS et l'implication des PF-CS des DRSP aux différentes activités et descentes organisées par les FRPS et l'élaboration puis validation des plans de dépenses des fonds par les FOSA avant le retrait de tout fond de la banque.

5.4.2.1. L'organisation systématique des réunions de coordination bimensuelles CS

A ce stade, c'est l'une des bonnes pratiques identifiées. Il s'agit de l'organisation des réunions bimensuelles au niveau des FRPS pour le suivi des indicateurs CS. Cette pratique permet ainsi à tout le personnel des FRPS d'être imprégné, de mieux monitorer les principaux indicateurs et d'être proactif en apportant des solutions adéquates aux difficultés rencontrées.

5.4.2.2. L'implication de la DRSP dans toutes les activités CS initiées par les FRPS

L'implication des Points Focaux (PF/CS) de la Délégation dans la conduite de toutes les activités se rapportant au CS est systématique. Cela permet aux délégations d'être au fait des activités qui se poursuivent, et assurer autant que possible son rôle de régulateur. Cela apporte également une forme de proactivité dans la prise des décisions, permet à la Région d'avoir une vue synoptique sur le déploiement du mécanisme et une meilleure coordination des activités.

5.4.2.3. La validation des plans de dépenses des Centres de Santé par les Chefs de Districts avant tout retrait des fonds à la banque.

Dans le souci d'avoir une meilleure traçabilité de l'utilisation des fonds mis à leur disposition, les Chefs de Districts de Santé d'Ebolowa et de Meyomessala ont exigé de leurs Chefs de Centre l'élaboration préalable d'un plan de dépense qui devrait d'abord faire l'objet de validation avant

tout retrait des fonds à la banque. Cela a permis d'après eux de réduire les cas de distraction des fonds, ou à lever les problèmes de discrimination lors du paiement des primes. Les exigences liées à l'équité et la redevabilité sont mises en exergue et permettent ainsi une meilleure gestion des fonds reçus par les FOSA. Il reste néanmoins à poursuivre sa documentation en associant le retour des Chefs de Centre et des prestataires soumis à cette exigence.

5.4.3. Les leçons apprises

A ce stade pas moins de cinq (05) leçons apprises ont été identifiées. Il s'agit de l'importance du marketing et des ASC dans ce dispositif, le rôle indispensable des Districts dans le suivi, supervision et la coordination des activités opérationnelles, les répercussions des retards de paiement et l'héritage néfaste du PBF.

5.4.3.1. L'importance du marketing

Le marketing reste une intervention qui se veut coûteuse mais efficace. Il garantit une meilleure mobilisation, adhésion des cibles et induit une potentielle appropriation de l'intervention par les acteurs. Peu financé, faiblement mené, il est difficile de rallier les acteurs à la cause et de garantir leur adhésion puis appropriation. La réduction de la mortalité maternelle est le principal objectif recherché et cela a besoin de la mobilisation toute azimut des régulateurs, tiers payant, des prestataires, des communautés et de leurs principaux leaders. Il faut bien pour chacune des cibles avoir un angle d'attaque, une stratégie spécifique de marketing qui les rallie plus fortement à la cause. L'enrôlement des FE au CS quoique satisfaisant à ce stade peut davantage s'améliorer surtout que certaines FOSA n'ont véritablement pas encore connu l'envolé attendue et que certaines femmes continuent d'accoucher à domicile comme à l'Aire de Santé de Mengang par exemple.

Un marketing bien mené contribue également à l'augmentation de la fréquentation et de l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires. En partant du postulat selon lequel un accouchement effectué en FOSA a moins de chance de finir en décès qu'en communauté, on peut donc comprendre que la mobilisation des FE et la sensibilisation faite en faveur des accouchements en milieu hospitalier contribue peu ou prou à réduire ces cas de décès. Il est donc urgent au regard du contexte d'élaborer un plan marketing d'urgence dans les deux (02) Régions et mettre ainsi en œuvre des activités pertinentes en direction des prestataires, des bénéficiaires et des communautaires pour un début. Il serait stratégique de privilégier les sessions de plaidoyer pour les leaders, élites et autorités administratives, religieuses et traditionnelles pour solliciter leur accompagnement et utiliser également les communications de masse (radios communautaires) et les méthodes de communication interpersonnelles en communauté en multipliant les visites à domicile et les sessions de counseling au niveau de la FOSA. Pour les prestataires, le paiement à temps des primes et l'organisation de petites sessions de sensibilisation sur l'importance, les enjeux et les retombées potentielles du mécanisme CS à leur niveau permettraient d'enrayer la démotivation; les cas de fraude et d'extorsion des fonds signalés çà et là.

5.4.3.2. Le poids des ASC dans un mécanisme CS en phase de démarrage.

Sans les ASC, la sensibilisation des femmes en communauté serait réduite à zéro et l'enrôlement des femmes au CSU diminuerait surtout pour une intervention qui est en phase de démarrage. En effet, dans les Mémoires de dépense de l'année 2023, la ligne devant prendre en charge les ASC n'avait pas été budgétisée alors que ces derniers avaient été identifiés par les FOSA à raisons de deux (02) pour les FOSA rurales et 01 pour toute FOSA urbaine. La gestion de ces ressources humaines à l'heure actuelle pose problème tant ils ne sont pas payés depuis le lancement. Pour essayer de les garder motivés, certains responsables engagent les dépenses personnelles ou utilisent l'argent issu du remboursement des prestations pour leur donner le minimum. Mais de manière globale, ces acteurs sont déjà démotivés et ont urgemment besoin d'être payés. Certaines FOSA où ces acteurs sont mal gérés ont des taux d'enrôlement les plus bas, d'où l'importance de les avoir et de les avoir payés de temps en temps pour garder intacts leur motivation, leur volonté à contribuer à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et leur dévouement.

5.4.3.3. Le rôle des DS dans l'appui technique périphérique

Une équipe cadre bien sensibilisée, impliquée et imprégnée d'une intervention et qui dispose d'un minimum de moyens financiers, logistiques et techniques assure mieux le suivi, la supervision et la coordination des activités et permet à terme, une économie d'échelle en termes de coûts de gestion. En effet, étant au plus près des prestataires et des communautés à couvrir et ayant les capacités et outils techniques adéquats, il est plus facile pour l'équipe Cadre du District de suivre et de réguler ces interventions. Cela est davantage plus efficace et efficient. Cette stratégie permet d'amortir les coûts de gestion souvent faramineux en évitant que les équipes régionales soient obligées de toujours descendre pour venir résoudre ces problèmes pouvant être résolus localement. D'ailleurs, leurs descentes impliquent toujours la logistique, du carburant, des lubrifiants et aussi des frais de mission pour les personnels. En responsabilisant directement le District, en le plaçant au centre de l'intervention, avec les GD en appui et en leur faisant comprendre également qu'il est le principal et direct bénéficiaire de l'intervention tant cette dernière va contribuer à améliorer ses indicateurs, alors, le suivi, les supervisons et la coordination des activités peuvent être bien menées et les résultats atteints avec efficacité. Les Districts sont capables d'organiser ce travail de suivi et de supervision et peuvent prendre rapidement des décisions administratives et techniques et informer par la suite le niveau Régional et/ou central. Reste donc à assurer d'abord la formation de cette équipe cadre, ensuite, planifier, mettre en œuvre et évaluer de manière collaborative. Il faudra penser également, dans le contexte du CS à payer les frais d'intermédiation pouvant leur permettre de mener ces activités d'appui, de suivi, de supervision et de coordination. Tous ces éléments devraient logiquement apparaître dans leur contrat de régulation à signer avec les FRPS.

5.4.3.4. *Le retard de paiement et la décapitation des pharmacies*

Pour un mécanisme qui est à sa phase d'embryonnaire de mise en œuvre, où les FOSA n'ont pas un stock de démarrage des médicaments ou des réserves en banque, il est très difficile de tenir plus de 3 à 5 mois sans paiements et espérer une évolution satisfaisante des prestations. En effet, les FOSA des régions du Sud et de l'Est qui ont fait face à quelques mois de retard de paiement (03) ont payé cash sur leur niveau de mise en œuvre des activités. Les mois de juin-juillet et Août sont ceux où les indicateurs sont les plus bas dans les deux Régions en dehors des césariennes. En effet, après le lancement de la CSU Phase 1 en Avril 2023, on enregistre un pic des enrôlements en avril et en mai. Ce pic s'accompagne d'une consommation vertigineuse des médicaments pour la période. Arrivées en Juin, sans remboursement, de nombreuses FOSA ne peuvent plus tenir la cadence d'offre en médicaments et réduisent de ce fait les différentes prises en charge. C'est dire qu'il y a un lien de causalité direct entre retard de paiement, décapitalisation des FOSA et ralentissement des activités CS. Dès qu'il y a paiement, tous ces éléments se redressent également.

5.4.3.5. *Le PBF, ses reliquats et le capital confiance*

Le Projet PBF a laissé une forte amertume aux prestataires et responsables des structures d'encadrement (DS et DRSP). D'après le retour de certains responsables de Districts de Santé interrogés: « *le Chèque Santé subit les affres de la CSU mal engagée*». Ceux-ci attendent toujours des remboursements/paiements PBF de 13 mois qui tardent à venir. Certaines FOSA ont épuisé leurs réserves en attendant les prochains paiements qui ne sont pas encore arrivés. Cette situation a installé un climat de confusion et de suspicion généralisé qui doit être pris en compte pour toute initiative de santé qui entrevoit soit des préfinancements soit des remboursements avec les Fonds de l'Etat. En d'autres termes, toute activité de santé qui demandera aux prestataires et acteurs divers de pré-financer et de se voir rembourser plus tard doit prendre en compte cette suspicion qui, de manière diffuse, répand une forte odeur de démotivation qui prend plus la forme d'un boycott discret. On dira on ne savait pas, on n'avait pas entendu parler, on dira que la formation était liminaire mais en fait, tant qu'ils ne voient pas leur intérêt et ne sont pas sûrs de recouvrer les fonds investis, alors, on versera dans la délation ou le «*boycott discret*»

Le mécanisme CS utilisant le même mécanisme (préfinancement à priori et remboursement à posteriori) a subi les mêmes préjugés et suspicions qui se sont renforcées avec le remboursement retardé des FOSA malgré les promesses faites et des rumeurs liées à des désinformations qui commencent à émerger. Ces dernières ont contribué à verser de l'huile sur du feu et à asseoir finalement cette suspicion dans les mentalités des prestataires et bénéficiaires car, comme l'affirme un responsable du District de Santé de Meyomessala interviewé: « *Dès qu'on ne répond pas à la demande, le doute s'installe*». Ils ont fini par penser que: comme le PBF, le CS connaîtra le même sort. Du coup, il vaut mieux moins y investir pour aussi contenir le niveau de déception. Investir moins pour être moins déçu plus tard. Le capital confiance est très bas et les rumeurs viennent s'ajouter. Il est nécessaire d'y travailler pour inverser cette tendance.

Les activités marketing devraient prendre en compte ce contexte et y structurer leurs messages conséquemment. La CTN-CSU devrait également avoir une communication constante voire régulière avec les régulateurs régionaux et les FRPS et rassurer les principaux acteurs lors des réunions de coordination car, sans le dire, les prestataires dans leur grande majorité restent sceptiques quant à la régularité des paiements et surtout de la sincérité des acteurs du niveau central (CTN-CSU).

6. Conclusion

A la fin de cette évaluation dont le but était d'apprécier le niveau d'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs et le niveau de mise en œuvre des principales activités, il est établi très clairement que le niveau d'appropriation du Mécanisme CS par les différents acteurs reste encore insuffisant après onze (11) mois de mise en œuvre. Seuls les FRPS et quelques acteurs du niveau régional (Les délégués et les Points Focaux CS) maîtrisent le mécanisme, ses contenus, ses contours, ses enjeux et surtout les différentes interactions entre CS/CSU et agissent conséquemment. La faible conduite des activités marketing dans leur ensemble a contribué à cette quasi-méconnaissance de l'intervention et justifie aussi la faible mobilisation des acteurs communautaires et ceux des structures d'encadrement au niveau périphérique (District de Santé).

Les activités de lancement opérées dans les Régions de l'Est et du Sud respectivement par le MINSANTE et le Gouverneur de la Région du Sud, ont contribué effectivement à fédérer les énergies autour de cette intervention, à booster les ventes CS et à lancer le démarrage effectif de la prise en charge des FE qui s'est poursuivie dans les FOSA. Malgré les retards de paiement, la décapitation des pharmacies et la faible organisation des activités de suivi-supervision par les structures d'encadrement du niveau périphérique (District de Santé), la prise en charge des femmes se poursuit non sans heurts et le niveau de mise en œuvre des activités CS reste moyennement satisfaisant. Les envolés observés au lancement contrastent avec les baisses observées aujourd'hui sur tous les indicateurs. Tous les indicateurs sont entrain de redresser. Cela laisse transparaître une urgence à l'action pour relever la barre.

N'ayant pas à ce stade reçu une seule mission de contrôle médical pour l'évaluation de la prime variable (qualité des soins) et un rapport analogue pouvant nous permettre d'apprécier la qualité des soins et services de santé offerts, on ne peut donc pas garantir que les soins et services de santé offerts sont de qualité.

La mobilisation et mise à disposition à temps des ressources financières aux FRPS, le renforcement des capacités des acteurs à travers la formation des responsables du niveau central, des délégations régionales de la santé, les équipes cadre de district et d'autres prestataires à ingénierie du Chèque Santé y compris OpenImis, la mise sur pied d'un plan de marketing d'urgence, la création des plateformes de concertation et de coordination sont les quatre (04) principales actions à mener qui permettront de lever la majorité des difficultés rencontrées par les acteurs dans la mise en œuvre de ce mécanisme.

Pour ce faire, les actions suivantes sont à mener:

- Rembourser les FOSA dans les délais et éviter ainsi les décapitations observées des pharmacies communautaires qui ralentissent la prise en charge des parturientes et contribuent à la démotivation des prestataires obligés de recourir à des pratiques peu orthodoxes, incompatibles aux exigences de la CSU;

- Mener les activités de marketing de grande ampleur pour une meilleure sensibilisation des cibles, une adhésion des acteurs, une mise en œuvre participative et synergique des activités et enfin, pour une appropriation espérée de l’initiative dont l’objectif recherché en termes de changement de comportement est la réduction du nombre d’accouchements à domicile. Ce qui passe inexorablement par :
 - ◆ L’élaboration, la validation et la mise en œuvre d’un plan d’urgence marketing par tous les Districts. Ce dernier doit être assorti d’un plan média pour une meilleure couverture médiatique des activités CS de la CSU Phase 1;
 - ◆ Multiplication des outils de communication (flyers, dépliants, boîtes à images affiches etc...);
 - ◆ Production des spots en langues vernaculaires et signature des contrats avec les promoteurs des radios communautaires pour acquérir davantage d’espaces de communication

- Renforcer les capacités des régulateurs des niveaux central, régional et périphérique et des prestataires sur l’ingénierie du Chèque Santé en augmentant leur nombre de manière à disposer d’une expertise nationale consistante à même d’assurer le suivi, la supervision et la coordination des activités CS et d’autres interventions de la CSU Phase 1 indépendamment des niveaux de la pyramide sanitaire et des Régions d’intervention.

- Organiser et conduire enfin de manière sereine les supervisions formatives conjointes et intégrées impliquant les Tiers-Payants, les Régulateurs du niveau régional et périphérique avec de la logistique adaptée et des ressources humaines plus expérimentées pour un meilleur suivi des indicateurs.

- Mettre sur pied cinq (05) plateformes de concertation et de coordination dont: 01 avec les médias, une (01) intégrant les autorités administratives traditionnelles et religieuses, une (01) avec les responsables des formations sanitaires privées catholiques (Coordination diocésaine), une avec les formations sanitaires d’obédience protestante et une dernière avec les formations sanitaires islamiques. Avec l’extension, il sera très difficile de gérer une à une ces FOSA privées qui, pour toute sollicitation requièrent d’abord l’avis de leur hiérarchie. Il serait donc stratégique de travailler directement avec leur hiérarchie qui leur répercutera les orientations et/ou les instructions.

7. Recommandations

		Responsables	Délais
	Rembourser les FOSA dans les délais et éviter ainsi les décapitalisations observées des pharmacies communautaires qui ralentissent la prise en charge des parturientes et favorisent la démotivation des prestataires obligés de recourir à des pratiques peu orthodoxes, incompatibles aux exigences de la CSU;	CTN-CSU	Avant mi-avril pour les prestations 2023 et Mi-Juin pour les prestations du 1er trimestre 2024
	<p>Mener les activités de marketing de grande ampleur pour une meilleure sensibilisation des cibles, une adhésion des acteurs, une mise en œuvre participative et synergique des activités et enfin, pour une appropriation espérée de l'initiative dont l'objectif recherché en termes de changement de comportement est la réduction du nombre d'accouchements à domicile. Ce qui passe inexorablement par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ L'élaboration, la validation et la mise en œuvre d'un plan d'urgence marketing par tous les Districts. Ce dernier doit être assorti d'un plan média pour une meilleure couverture médiatique des activités CS de la CSU Phase 1; ◆ Multiplication des outils de communication (flyers, dépliants, boîtes à images affiches etc...); ◆ Production des spots en langues vernaculaires et signature des contrats avec les promoteurs des radios communautaires pour acquérir davantage d'espaces de communication. 	FRPS	2ème moitié du mois d'avril 2024
	Renforcer les capacités des régulateurs des niveaux central, régional et périphérique et des prestataires sur ingénierie du Chèque Santé en augmentant leur nombre de manière à disposer d'une expertise nationale consistante à même d'assurer le suivi, la supervision et la coordination des activités CS et d'autres		

	interventions de la CSU Phase 1 indépendamment des niveaux de la pyramide sanitaire et des Régions d'intervention.	AT-GIZ et CTN-CSU	
	Organiser et conduire enfin de manière sereine les supervisions formatives conjointes et intégrées impliquant les Tiers-Payants, les Régulateurs du niveau régional et périphérique avec de la logistique adaptée et des ressources humaines plus expérimentées pour un meilleur suivi des indicateurs.	DRSP, DS	Tous les trimestres avant la tenue des réunions de coordination
	Mettre sur pied cinq (05) plateformes de concertation et de coordination dont: 01 avec les médias, une (01) intégrant les autorités administratives traditionnelles et religieuses, une (01) avec les responsables des formations sanitaires privées catholiques (Coordination diocésaine), une avec les formations sanitaires d'obédience protestante et une dernière avec les formations sanitaires d'obédience islamique	Equipes CS/FRPS avec l'appui de l'AT-GIZ	Avant la fin Avril 2024

8. ANNEXES

8.1. Liste des personnes rencontrées

8.2. Les outils de collecte

Guides d'entretien

Autorités administratives

Préfets / Sous-préfets

Thèmes à aborder

- 1) Analyser le niveau d'appropriation des acteurs Sociaux sur le mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;
- 2) Le niveau de connaissance des acteurs du mécanisme CS
- 3) Implication des acteurs communautaires dans le marketing et la mobilisation sociale en faveur du CS et de la CSU;
- 4) Les principales difficultés enregistrées dans la mobilisation sociale en faveur de l'adhésion des cibles au CS et à la CSU;
- 5) Le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau périphérique ;
- 6) L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa
- 7) L'identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
- 8) Recommandations

Guides d'entretien

Responsables Antennes Régionales

Chefs de District et Responsables FOSA

- CDS (04)
- C-CSI (04)
- C-CMA (04)
- Directeurs HD (04)
- Directeur HR (02)

Thèmes à aborder

1. Analyser le niveau d'appropriation des acteurs du MINSANTE (Central et Régional) du mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;

- Niveau de connaissance des acteurs du mécanismes et ses différentes fonctions opérationnelles
- Nombre de personnes formées dans la direction sur le mécanisme
- Quelle fonction est plus connue et celle moins connue?
- Rôle joué par sa direction/institution dans le cadre du Chèque santé?
- Actions déjà menées dans le cadre de cette fonction
- Résultats jusqu'ici obtenus
- Problèmes rencontrés
- Solutions proposées

2. Apprécier le niveau de mise en œuvre de l'ingénierie du chèque santé à travers ses différentes composantes tant au niveau central que régional

- L' enrôlement des cibles
 - Taux de couverture de lafosa/district/région
 - Taux d'adhésion des femmes enceintes par FOSA/District de Santé/Région
- Les prestations médicales et non médicales
 - Tx de CPN1
 - Tx de CPN 4
 - TAA
 - Taux de césarienne
 - Tx de CPON
 - Nombre de décès maternels et néonataux intrahospitaliers
- Taux de remboursement des prestations
- Nombre de mois d'impayés/ primes vente chèque et remboursement des prestations⁷
- Taux de fréquentation des différentes fosa⁸
- Taux d'utilisation des services dans les différentes fosa
- Niveau des recettes des fosa⁹
- Principales difficultés rencontrées
- Principales leçons apprises à ce stade
- Bonnes pratiques identifiées à ce stade,?
- Principales recommandations

3. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique ;

- Qui assure cette coordination au niveau central?

⁷ Pour les FOSA uniquement

⁸ idem

⁹ Ibidem

- b) Comment se fait cette coordination? Processus?
 - c) La fréquence
 - d) Les moyens (humains, matériels, logistiques et financiers) mobilisés
 - e) Principales difficultés rencontrées
 - f) Léçons apprises à ce stade
4. L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa
 5. Les effets du Mécanisme Chèque santé sur la CSU
 6. Identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
 7. Identification de quelques bonnes pratiques et interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
 8. Recommandations

Guides d'entretien

Délégués Régionaux de la Santé Publique

Administrateurs FRPS

Thèmes à aborder

9. Analyser le niveau d'appropriation des acteurs du MINSANTE (Régional) du mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;
 - i. Niveau de connaissance des acteurs du mécanisme et ses différentes fonctions opérationnelles
 - j. Nombre de personnes formées au niveau de la DRSP et le FRPS sur le mécanisme
 - k. Quelle fonction est plus connue et celle moins connue?
 - l. Rôle joué par sa Structure dans le cadre du Chèque santé?
 - m. Actions déjà menées dans le cadre de cette fonction
 - n. Résultats jusqu'ici obtenus
 - o. Problèmes rencontrés
 - p. Solutions proposées
10. Apprécier le niveau de mise en œuvre de l'ingénierie du chèque santé à travers ses différentes composantes tant au niveau central que régional
 - a) L'enrôlement des cibles
 - i. Taux de couverture de la région
 - ii. Taux d'adhésion des femmes enceintes au niveau de la Région
 - b) Taux de remboursement des prestations¹⁰
 - c) Nombre de mois d'impayés/ primes vente chèque et remboursement des prestations¹¹
 - d) Principales difficultés rencontrées
 - e) Principales leçons apprises à ce stade
 - f) Bonnes pratiques identifiées à ce stade,?
 - g) Principales recommandations
11. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique ;
 - a) Qui assure cette coordination au niveau Régional?
 - b) Comment se fait cette coordination? Processus?

¹⁰ Pour le FRPS uniquement

¹¹ IDEM

- c) La fréquence
 - d) Les moyens (humains, matériels, logistiques et financiers) mobilisés
 - e) Principales difficultés rencontrées
 - f) Leçons apprises à ce stade
12. L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa
 13. Les effets du Mécanisme Chèque santé sur la CSU
 14. Identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
 15. Identification de quelques bonnes pratiques et interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
 16. Recommandations

Guides d'entretien
Responsables CTN-CSU

Thèmes à aborder

1. Analyser le niveau d'appropriation des acteurs de la CTN-CSU du mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;
 - a. Niveau de connaissance des acteurs de la CTN-CSU sur le mécanisme CS et ses différentes fonctions opérationnelles
 - b. Nombre de personnes formées au niveau de la CTN-CSU sur le mécanisme
 - c. Quelle fonction est plus connue et celle moins connue ?
 - d. Rôle joué par sa Structure dans le cadre du Chèque santé ?
 - e. Actions déjà menées dans le cadre de cette fonction
 - f. Résultats jusqu'ici obtenus
 - g. Problèmes rencontrés
 - h. Solutions proposées

2. Apprécier le niveau de mise en œuvre de l'ingénierie du chèque santé à travers ses différentes composantes tant au niveau central que régional
 - i. Niveau d'enrôlement des cibles en fonction des attentes
 - ii. Taux de remboursement des prestations¹²
 - iii. Nombre de mois d'impayés/primes vente chèque et remboursement des prestations¹³
 - iv. Principales difficultés rencontrées
 - v. Principales leçons apprises à ce stade
 - vi. Bonnes pratiques identifiées à ce stade ?
 - vii. Principales recommandations

3. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique spécifiquement dans les deux régions nouvellement enrôlées ;
 - viii. Qui assure cette coordination au niveau de la CTN-CSU?
 - ix. Comment se fait cette coordination? Processus?
 - x. La fréquence
 - xi. Les moyens (humains, matériels, logistiques et financiers) mobilisés
 - xii. Principales difficultés rencontrées
 - xiii. Leçons apprises à ce stade

4. L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa
5. Les effets du Mécanisme Chèque santé sur la CSU
6. Identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
7. Identification de quelques bonnes pratiques et interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
8. Recommandations

¹² Pour le FRPS uniquement

¹³ IDEM

Guides d'entretien
Responsables Centraux MINSANTE
DSF-DPS-DRFP-DEP

Thèmes à aborder

1. Analyser le niveau d'appropriation des acteurs du niveau central du mécanisme Chèque Santé et ses différentes fonctions opérationnelles ;
 - i. Niveau de connaissance des acteurs de ces directions sur le mécanisme CS et ses différentes fonctions opérationnelles
 - j. Nombre de personnes formées par direction au mécanisme CS
 - k. Quelle fonction est plus connue et celle moins connue?
 - l. Rôle joué par sa Structure dans le cadre du Chèque santé?
 - m. Actions déjà menées dans le cadre de cette fonction
 - n. Résultats jusqu'ici obtenus
 - o. Problèmes rencontrés
 - p. Solutions proposées
2. Apprécier le niveau de mise en œuvre de l'ingénierie du chèque santé à travers ses différentes composantes tant au niveau central que régional
 - xiv. Niveau d'enrôlement des cibles en fonction des attentes
 - xv. Taux de remboursement des prestations¹⁴
 - xvi. Nombre de mois d'impayés/primes vente chèque et remboursement des prestations¹⁵
 - xvii. Principales difficultés rencontrées
 - xviii. Principales leçons apprises à ce stade
 - xix. Bonnes pratiques identifiées à ce stade,?
 - xx. Principales recommandations
3. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique spécifiquement dans les deux régions nouvellement enrôlées ,¹⁶
 - xxi. Qui assure cette coordination au niveau Central?
 - xxii. Comment se fait cette coordination? Processus?
 - xxiii. La fréquence
 - xxiv. Les moyens (humains, matériels, logistiques et financiers) mobilisés
 - xxv. Principales difficultés rencontrées
 - xxvi. Leçons apprises à ce stade
4. L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa¹⁷
5. Les effets du Mécanisme Chèque santé sur la CSU
6. Identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
7. Identification de quelques bonnes pratiques et interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
8. Recommandations

¹⁴ Pour la FRFP uniquement

¹⁵ IDEM

¹⁶ IBIDEM

¹⁷ DEP Uniquement

Guides d'entretien

Directeur PROPASSAR et Responsable P4H-GIZ

Thèmes à aborder

1. Apprécier le niveau de coordination des activités liées au chèque santé au niveau central, régional et périphérique spécifiquement dans les deux régions nouvellement enrôlées ;¹⁸
 - xxvii. Qui assure cette coordination au niveau Central?
 - xxviii. Comment se fait cette coordination? Processus?
 - xxix. La fréquence
 - xxx. Les moyens (humains, matériels, logistiques et financiers) mobilisés
 - xxxi. Principales difficultés rencontrées
 - xxxii. Leçons apprises à ce stade
2. L'extension du mécanisme CS à de nouveaux Districts et Fosa¹⁹
3. Les effets du Mécanisme Chèque santé sur la CSU
4. Identification des principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du chèque santé dans le cadre de la CSU Phase 1;
5. Identification de quelques bonnes pratiques et interventions leviers susceptibles de faciliter l'extension et l'appropriation du mécanisme CS par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention
6. Recommandations

¹⁸ IBIDEM

¹⁹ DEP Uniquement

8.3. Chronogramme

Activités	CHRONOGRAMME																			
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J20	
Revue documentaire	■	■																		
Finalisation du protocole, élaboration des outils			■	■																
Présentation du protocole et validation de la méthodologie et des outils					■															
Collecte des données						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Analyse et rédaction du rapport de l'évaluation																■	■	■		
Atelier de restitution du rapport de l'évaluation																			■	

8.4. Livrables

A la fin de travail qui se veut rigoureux, sept (07) principaux livrables sont attendus :

Livrable	Contenu principal
Rapport d'analyse de l'extension du chèque santé dans les régions du sud et de l'est	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le niveau de compréhension, d'appropriation et de mise en œuvre des concepts liés à la mise en œuvre du chèque santé conformément à l'ingénierie du chèque santé et du manuel du chèque santé (Ebolowa 3). ▪ Le niveau de coordination des activités de chèque santé tant au niveau central que régional depuis le transfert de la coordination à la CTN-CSU ; ▪ Le niveau de mise en œuvre de l'initiative Chèque Santé dans les deux (02) Régions (Indicateurs traceurs) ; ▪ Les points forts et les faiblesses enregistrées dans la mise en place du chèque santé dans les 02 nouvelles régions ; ▪ Les points d'amélioration à effectuer pour une bonne mise en œuvre du mécanisme ; ▪ Les recommandations pour l'extension dans de nouveaux districts. ▪ Plan détaillé des activités d'extension à poursuivre dans ces deux Régions assorti d'un chronogramme réaliste