



PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU CAMEROUN

NOVEMBRE 2020



PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU CAMEROUN

NOVEMBRE 2020

REMERCIEMENTS

Suite à l'élaboration de la stratégie de la CSU 2020-2030, il était important d'élaborer une feuille de route pour la mise en œuvre de cette stratégie. Celle-ci comprend l'approche de mise en œuvre décrivant les phasages de la CSU, la population cible et l'ensemble des services fournis à chaque phase. En outre, ce document décrit le dispositif institutionnel chargé de la mise en œuvre, leurs relations d'interdépendance, les rôles et responsabilités des secteurs engagés, les mécanismes de coordination et définit les mécanismes de suivi et de l'évaluation.

A ce sujet, je voudrais remercier tous les acteurs de la GTN-CSU qui ont apporté leurs précieuses contributions à l'élaboration de ce document.

Nos remerciements vont aussi à toutes les parties prenantes et nos partenaires pour leur soutien technique et financier particulièrement à l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) pour l'appui technique et financier dans l'élaboration de ce document.

Equipe de rédaction

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	0
SOMMAIRE.....	1
1. PHASAGE DE LA CSU	3
2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE.....	13
3. AMELIORATION DE L'OFFRE ET DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ	23
4. GESTION DES RISQUES.....	26
5. SUIVI ET EVALUATION.....	40
6. PROCESSUS FONCTIONNEL DE LA CSU	44

INTRODUCTION

La République du Cameroun s'est inscrite dans une vision nationale de développement et de lutte contre la pauvreté dans laquelle la couverture santé universelle constitue une priorité. La politique générale du gouvernement vise à lutter contre la pauvreté, renforcer l'équité, accroître l'accès aux services sociaux de base, et protéger les populations contre les risques et chocs, en particulier les personnes vulnérables. Dans le but d'orienter la mise en place de la CSU en fonction des réalités locales et relever les défis y afférents, un plan stratégique de développement 2021 – 2030 a été élaboré.

Ce plan se décline en quatre axes stratégiques majeurs que sont la gouvernance, la couverture de la population, la couverture des services et la protection contre le risque financier.

Les éléments de mise en œuvre de cette stratégie sont déclinés dans ce plan opérationnel qui comprend deux phases importantes. La première phase 2021-2025 permettra de démarrer la fourniture d'un paquet essentiel de prestations qui sera augmenté progressivement avec une amélioration considérable en quantité et en qualité à la deuxième phase 2025 – 2030.

1. PHASAGE DE LA CSU

1.1 Le phasage du système d'informations

La mise en place du système d'informations s'étend sur 2 ans (2020-2021) et comprend deux étapes principales, à savoir:

- La phase pilote ou d'expérimentation (Mise en place du système informations à petite échelle),
- Le passage à grande échelle

1.1.1 La mise en place du système d'informations à petite échelle

La mise en place du système d'informations à petite échelle sera essentielle pour l'apprentissage, l'identification des défis et des opportunités dans la mise en oeuvre des fonctions de la CSU, à savoir la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'achat stratégique des prestations qui seront initiées simultanément. La phase pilote du système d'informations consistera à tester certaines fonctions de la CSU en contexte réel dans deux communes dont l'une en milieu urbain, moins exposée aux problèmes énergétiques et de télécommunications et l'autre en milieu rural pour une période de 06 mois. Ces communes témoins seront celles où le MINAS aura déjà achevé les opérations d'identification des personnes indigentes.

Au sein de ces communes, les phases de tests pilotes concerneront les processus métiers assortis des jalons dans l'ordre suivant:

- L'enrôlement, l'immatriculation et la validation des données ;
- La gestion des cotisations;
- L'accès aux soins;
- La facturation;
- Le règlement des factures des FOSA;
- Le reporting;
- La gestion administrative et financière;
- L'interopérabilité avec d'autres systèmes d'informations.

Cette phase pilote à petite échelle concernera les cibles de la phase une (femmes enceintes, enfants de 0 à 5 ans, personnes indigentes) et les soins de santé primaires

Tous les manquements constatés seront pris en compte, corrigés et validés avant un passage à grande échelle.

1.1.2 La mise en oeuvre du système d'informations à grande échelle

La phase pilote à grande échelle consistera à poursuivre avec les opérations évoquées à petite échelle sur toute l'étendue du territoire national.

1.2 Phase une de la CSU (2021-2025)

Après la mise en place de l'infrastructure informatique à la hauteur des exigences techniques qui se fera dès 2020, la phase une commence en 2021 pour 5 ans.

Le principal aspect de cette phase est l'élargissement de la couverture de la population. Les efforts viseront à identifier, inscrire et enregistrer les ménages. Ainsi, l'objectif principal de cette phase sera de faire passer le taux d'inscription de 06 % à 35 % de la population.

1.2.1 Cibles de la phase une

Taux de couverture estimé : 35% de la population.

Plusieurs raisons justifient le choix des cibles de la phase une de la CSU:

- La mortalité maternelle (406 pour 100 000 naissances en 2018) et la mortalité des enfants de 0 à 5 ans (74 pour 100 000 naissances vivantes en 2018) restent très élevées au Cameroun par rapport à d'autres pays d'Afrique au Sud du Sahara.
- Les enfants de 0 à 5 ans sont au nombre de 4 028 776, soit 15,4% de la population. C'est le groupe de la population qui utilise le plus les services de santé selon MICS 2014, soit 47% de la population. Cette tranche de la population bénéficiera non seulement des soins et services de santé retrouvés en pédiatrie, mais aussi d'autres soins relevant de la médecine interne, de l'ophtalmologie, de la stomatologie, de l'oto-rhino-laryngologie, de la chirurgie et du Programme Elargi de Vaccination.
- Le rapport sur l'analyse du risque financier en santé révèle que la présence d'un enfant de 0 à 59 mois dans un ménage augmente le risque d'exposition aux dépenses de santé catastrophiques. Il montre également que les dépenses directes de santé appauvrissent davantage les populations les plus pauvres. Les indigents, du fait de leur vulnérabilité et leur situation économique, méritent une protection sociale en santé ;

- Les femmes enceintes, au nombre de 938 566, représentent près de 3,6% de la population. Les femmes enceintes sont une des tranches de la population qui sollicitent fortement les services de santé sans compter que près de 30 % accouchent à domicile, du fait de la barrière financière qu'il faut réduire dans le cadre de la CSU.
- Dans la population générale, les pathologies les plus fréquentes ayant un poids considérable sur les ménages et sur l'Etat sont constituées de grandes pandémies comme le Paludisme (file active : 1 957 185, soit 7.31% de la population), le VIH-SIDA (file active : 909 891, soit 3.4% de la population), la Tuberculose (file active : 100 000 soit, 0.37%), certains cancers, l'insuffisance rénale.
- La nécessité de promouvoir la santé sur l'ensemble du territoire national, afin d'adopter de bonnes pratiques favorables à la santé par l'ensemble de la population.

1.2.2 Soins et services de santé couverts

En fonction des cibles retenues et des soins et services de santé définis dans le panier de base, il est retenu pour la phase une de la CSU :

- La santé de la mère et de l'enfant (Pédiatrie et Gynécologie-Obstétrique) ;
- La vaccination;
- Les maladies infectieuses (Paludisme, Tuberculose) ;
- Les maladies chroniques (VIH-SIDA, Insuffisance rénale) ;
- Les Maladies Tropicales Négligées (Helminthiase, Bilharziose) ;
- La santé communautaire (Promotion et Prévention)

Les soins et services de santé ainsi définis, rentrent dans le panier de base des interventions couvertes par la phase une et seront accompagnés de leurs protocoles de soins.

Tableau 1 : Récapitulatif des cibles et des interventions

Cibles	Population	Soins et services de santé
--------	------------	----------------------------

Enfants de 0 à 5 ans	4 110 877	Vaccinations
Enfants de 0 à 5 ans	4 110 877	Pédiatrie - Tous les services inclus dans le paquet de services minimum (CSI, CMA) et complémentaire (HD)
Femmes enceintes	933 071	Gynécologie et Obstétrique - Tous les services inclus dans les paquets minimums (CSI, CMA) et complémentaires (HD)
Fille active des grands programmes de santé publique (VIH, TB, Paludisme, cancers)	22 985 369	VIH-SIDA, Paludisme, Tuberculose, Cancer, Dialyse, schistosomiase, helminthiase intestinale, hépatites virales
Population générale	22 985 369	Services de promotion de la santé (promotion de l'allaitement maternelle, distribution des préservatifs, distribution de MILDA, déparasitage, supplémentation, potabilisation de l'eau, organisation des Campagnes de sensibilisation pour le changement de comportements)

Le passage de la phase une à la phase deux nécessite une évaluation exhaustive.

1.2.3. Contribution sociale (voir tableau pour le narratif)

1.2.4. Mécanismes de paiement des prestataires (voir tableau pour le narratif)

1.3 Phase deux de la CSU : Expansion du panier de soins et services de santé (2026 - 2030)

Taux de couverture estimé : 70 % de la population.

1.3.1 Cibles de la phase deux

Plusieurs raisons expliquent le choix des cibles de cette phase:

- les femmes en général sont les couches de la population qui utilisent le plus les services de santé ; elles représentent environ 51% de la population ;
- les personnes du troisième âge, du fait du poids de l'âge, méritent une attention particulière vu qu'ils font partie des couches de la population les plus vulnérables avec les maladies liées à l'âge. Selon le rapport sur l'analyse du risque financier en santé, la présence d'un adulte âgé de plus de 60 ans expose le ménage aux dépenses catastrophiques en santé.

1.3.2 Soins et services de santé couverts

A la phase 2 de la CSU, on observera une consolidation du paquet minimum d'activités avec une extension vers le paquet complémentaire d'activités avec une ouverture de la référence vers les niveaux supérieurs.

Tableau 2 : Cibles et les services de santé couverts

Cibles	Population	Soins et services de santé couverts
Enfants de 0 à 15 ans	11 030 655	Pédiatrie et vaccination - Tous les services inclus dans les paquets minimum (CSI, CMA) et complémentaire (HD)
Femmes inclus les femmes enceintes	11 952 391	Gynécologie et obstétrique - Tous les services inclus dans les paquets minimum (CSI, CMA) et complémentaire (HD)
Personnes du 3eme âge	1 149 268	Ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Stomatologie, Hypertension artérielle et Diabète
Indigents	900 000	Médecine interne - Tous les services inclus dans le paquet de services minimums (CSI, CMA) et complémentaires (HD)

File active des grands programmes de santé publique (VIH, TB,	22 985 369	VIH SIDA, Paludisme, Tuberculose, Cancer, dialyse, schistosomiase, helminthiase intestinales
Population générale	22 853 369	Services de promotion de la santé

Tableau 3: Phasage de la CSU

	Phase 1 (2021-2025)	Phase 2 (2026-2030)
	Phase initiale	Phase d'extension
Description de la phase	La phase une prend en charge les soins de santé primaires notamment le PMA et le PCA et couvre des cibles spécifiques (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, personnes indigentes). Un ensemble de paquets de base (santé communautaire, pédiatrie, gynécologie-obstétrique) sera offert	A la phase 2 de la CSU, on observera une consolidation du paquet minimum d'activités avec une extension vers le paquet complémentaire d'activités avec une ouverture de la référence vers les niveaux supérieurs. Phase d'extension du panier de soins et services de santé avec ajout des cibles supplémentaires comme les enfants de 0 à 15 ans, toutes les femmes et les personnes du troisième âge. Ce qui inclut des soins et services de santé additionnels (ORL et stomatologie)
Taux de couverture attendu	06 % - 35 %	35 % - 70 %

Contribution sociale	Agents publics actifs, retraités et agents privés actifs	• ¹Contribution de 2 à 5% du salaire brut/mois pour chaque travailleur réparti comme suit : 50% pour l'employé et de 50% de l'employeur	Agents publics actifs, retraités et agents privés actifs	• Contribution de l'employé de 5% et contribution de l'employeur de 5% du salaire brut/mois pour chaque travailleur
	Secteur informel et agricole	• Frais fixés par ménage² (2 500 x 12) = 30 000/ménage/an • Catégorie individuelle³: (1.000x12)=12.000 FCFA /personne/an	Secteur informel et agricole	• Stratification: contribution selon les catégories socio-économiques • Paiement par personne dans le ménage avec adhésion familiale 2.500/personne/an
	Indigents entièrement subventionnés • 30.000 FCFA/ménage/an, contribution du gouvernement		Indigents entièrement subventionnés • 3.500 FCFA /personne/an, contribution du gouvernement • Subvention contribution de 3% de la prime d'assurance maladie privée	
Formations	• Centre de santé intégré (CSI)/ (PMA) - Pas de		• Centre de santé intégré (CSI)/ (PMA) - Pas de référence	

¹ Ménage comprenant deux adultes et tous les enfants jusqu'à 21 ans vivant dans le même ménage. Les autres membres du ménage âgés de plus de 21 ans doivent s'inscrire dans la catégorie individuelle.

² Ménage comprenant deux adultes et tous les enfants jusqu'à 21 ans vivant dans le même ménage. Les autres membres du ménage doivent s'inscrire dans une catégorie individuelle.

³ Les catégories individuelles incluent les personnes individuelles qui ont plus de 21 ans qui ne sont pas inscrits dans les ménages.

sanitaires concernées	référence nécessaire ● Centre médical d'Arrondissement (CMA)/ (PMA, PCA) - Pas de référence nécessaire ● Hôpital de district avec référence du CSI ou du CMA ● Accidents et urgences - Pas de renvoi, mais le cas doit être signalé dans les 24 heures à l'organe de gestion de la CSU ou la structure déléguée de la CSU pour validation	nécessaire ● Centre médical d'Arrondissement (CMA)/ (PMA, PCA) - Pas de référence nécessaire ● Hôpital de district avec référence du CSI ou du CMA ● Paquet ciblé pour les hôpitaux régionaux ou supérieurs - avec référence de l'hôpital Accidents et urgences - Pas de renvoi, mais le cas doit être signalé dans les 24 heures à l'organe de gestion de la CSU ou la structure déléguée de la CSU pour validation
Mécanisme de paiement des prestataires	● CSI et CMA: Sur la tarification arrêtée des actes (paquet minimum d'activités) ● HD: sur la tarification arrêtée des actes (paquet complémentaire d'activités)	● CSI et CMA: sur la tarification arrêtée des actes (paquet minimum d'activités) ● HD : sur la tarification groupe diagnostique (DRG's) (paquet complémentaire d'activités)
Co-paiement⁴	● CSI: 2,5% définition du montant en FCFA/épisode pour les soins ambulatoires ou hospitaliers (la durée d'hospitalisation sera fixée) ● CMA: 5% de Co-paiement de la facture totale ● Hôpital avec référence valide: 10 % de la facture totale de l'hôpital ● Hôpital sans référence valable: 85% de la facture	● CSI: 2,5% définition montant FCFA/épisode pour les soins ambulatoires ou hospitaliers (la durée d'hospitalisation sera fixée) ● CMA: 5% de Co paiement de la facture totale ● Hôpital avec référence valide: 10 % de la facture totale de l'hôpital ● Hôpital sans référence valable⁶: 85% de la facture totale

⁴ Excepté pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans

	totale de l'hôpital ⁵ .	de l'hôpital.
--	------------------------------------	---------------

⁶ Sanctionner les fosa qui ne font pas la contre-référence. LA contre-référence sera primée pour les FOSA

⁵ Exceptées les zones où les CSI, CMA sont situés à plus de 5 kilomètres des lieux d'habitation

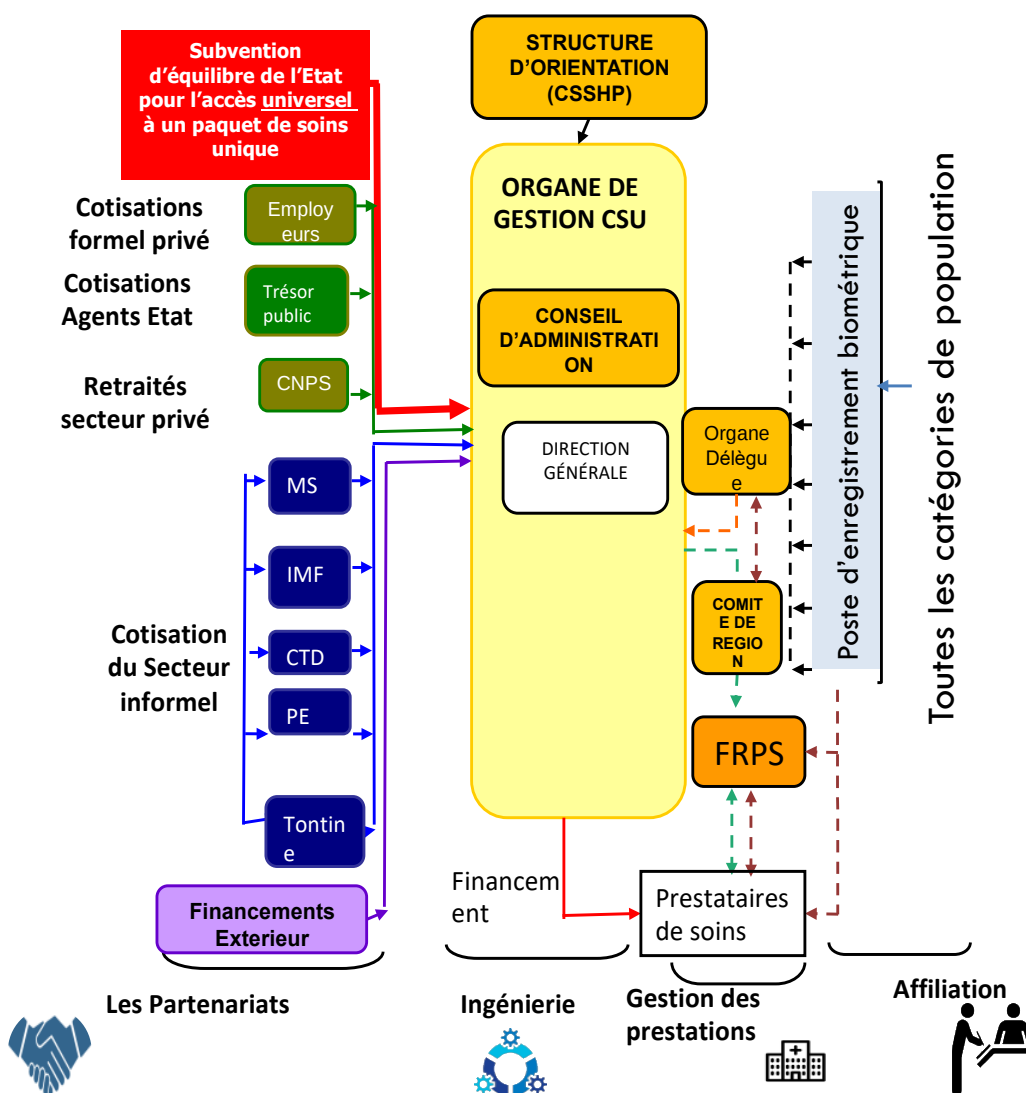
2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE

2.1 Introduction

La figure 1 présente le cadre organisationnel et institutionnel de mise en œuvre de la CSU, organisée autour des structures suivantes:

- L'instance d'orientation stratégique;
- L'organe de gestion ;
- Les organismes délégués
- Les prestataires
- Les bénéficiaires.

Figure 1 : Cadre organisationnel et institutionnel pour la mise en œuvre de la CSU



2.2 Instance d'orientation stratégique : le Conseil National de la Santé et de l'Hygiène Publique (CNSHP)

Composition de l'instance d'orientation stratégique

Le CNSHP est la plus haute instance de gouvernance de l'État en matière de santé. Dans le cadre de la CSU au Cameroun, cette instance aura un rôle supérieur d'orientation des grandes décisions qui guident la mise en place de la CSU. La structure étant multisectorielle portée principalement par deux piliers santé et protection sociale, Il serait pertinent que la coordination soit du ressort d'un acte du Premier Ministre, Chef du Gouvernement fournira le cadre réglementaire après révision de ce texte qui n'intègre pas les aspects de la CSU. La composition, les rôles et responsabilités ainsi que le fonctionnement de cette instance devront être précisés dans l'acte qui la révisé. Cependant, en se basant sur le texte existant, les membres proviendront de l'administration publique, du secteur privé, de la société civile et des prestataires de soins et services de santé.

Rôle et responsabilités de l'instance d'orientation

Cette instance veille à la mise en œuvre des orientations définies par le Gouvernement dans le domaine de la CSU.

Le Conseil a pour missions de:

- S'assurer de l'adéquation entre le fonctionnement du système de CSU, les orientations définies par l'Etat et les textes en vigueur
- Prendre les mesures nécessaires à la régulation du système de CSU
- Proposer les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à la CSU
- Assister le Gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique sanitaire et sociale, ainsi que la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre
- Proposer les formules les plus appropriées en vue d'une meilleure coordination de l'action sanitaire et sociale
- Potentialiser et de coordonner, dans le contexte de la CSU, les activités susceptibles d'influer favorablement sur la santé publique au niveau des divers

ministères, associations et organismes intéressés par les problèmes sanitaires nationaux, afin d'éviter les doubles-emplois et les empiètements préjudiciables au plein succès de leur action.

- Coordonner le processus d'accréditation des prestataires et de définition/actualisation du panier de soins et services de santé dans le cadre de la CSU ;
- Assurer la redevabilité des différents acteurs du système CSU

2.3 Organe de gestion de la CSU

L'organe de de gestion comprend en son sein de l'organe délibérant qui est le Conseil d'administration et d'un organe d'exécution qui est la Direction Générale soutenue elle-même par des organes/services techniques, administratifs et opérationnels.

2.3.1 Conseil d'administration

Composition du conseil d'administration

Le conseil d'administration est la structure délibérante de l'organe de gestion. Il est composé des représentants de l'administration publique, des représentants du secteur privé, de la société civile, des prestataires et du personnel de la structure.

Rôles et responsabilités du conseil d'administration

Le conseil d'administration a pour principal rôle de :

- i. Fixer les objectifs et approuver les projets de performance de l'organe de gestion
- ii. Adopter le budget
- iii. Approuver les rapports annuels
- iv. Adopter l'organigramme de la structure
- v. Autoriser le recrutement/ licenciement du personnel
- vi. Nommer le personnel

2.3.2 Direction Générale

La gestion de la CSU est assurée par un établissement qui sera mis en place par voie réglementaire. Ainsi, il sera chargé de la mise en commun de toutes les interventions (collecte des contributions, mise en commun, immatriculation, gestion de l'information, contrôle médical, contractualisation, achat des prestations).

Rôles et responsabilités

La Direction générale est chargée :

- de la mobilisation des fonds dans le cadre de la CSU ;
- de la gestion des fonds collectés dans le cadre de la CSU ;
- de l'immatriculation des bénéficiaires ;
- de l'organisation et la gestion des informations relatives aux bénéficiaires et aux prestations couvertes ;
- du contrôle administratif des prestations couvertes ;
- du contrôle médical en matière de soins et services de santé et de l'application de la tarification des actes ;
- des conventions avec les prestataires de soins et services de santé et autres organismes aux fins d'assurer les prestations de soins et services et autres activités inhérentes à la prise en charge des bénéficiaires ;
- de la production des statistiques de la Couverture Santé Universelle ;
- de la mise en œuvre de toutes les opérations complémentaires ou connexes pouvant se rattacher à son objet social ;
- de l'exécution de toute autre mission à elle confiée par le Gouvernement en rapport avec son objet social ;
- du suivi des réclamations et de la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires

2.4 Organismes délégués

Les organismes délégués sont inscrits dans le cadre juridique instituant la CSU, ce qui donne la possibilité à l'organe de gestion de déléguer certaines de ces compétences (fonctions techniques) à certains organismes (CTD, Fonds régional de promotion de la santé, établissements de micro finances, assurances privées, coopératives, etc.). Pour

ce faire, une convention doit préalablement être signée entre l'organe de gestion et les organismes délégués.

Rôles et responsabilités

Selon les compétences, les organismes délégués peuvent être chargés de :

- L'appui technique pour une mobilisation continue de la population ;
- La collecte des contributions sociales ;
- Les vérifications médicales ;
- L'enrolement des bénéficiaires ;
- Le règlement des factures des prestataires.

2.5 Collaboration et interaction entre les acteurs de la CSU

2.5.1 Ministère en charge de la Santé

Le Ministère en charge de la Santé Publique continuera de jouer le rôle de régulateur principal du secteur de la santé et de fournisseur de services. A ce titre, toutes les structures de ce Ministère participeront, à des niveaux divers, à la mise en œuvre de la stratégie de la CSU. Ces interventions incluent la mobilisation des ressources, la création des conditions favorables de mise en œuvre de la CSU. En outre, le MINSANTE impulsera en collaboration avec les autres institutions, la création des structures de mise en œuvre des réformes, ainsi que leur régulation. Pour la réussite de la mise en œuvre de ces réformes, il devra renforcer les capacités de son personnel à différents niveaux de la pyramide sanitaire

- Poursuivre le palidoyer en faveur de l'atteinte de l'objectif de la Couverture sanitaire universelle et des ODD

- Renforcer les soins de santé primaires et améliorer la disponibilité et l'accès des services de santé en étroite consultation avec les communautés et les organisations de la société civile, notamment les groupes vulnérables,
- Travailler avec d'autres secteurs pour maîtriser les déterminants sociaux de la santé et les autres barrières aux soins de santé, notamment l'eau et l'hygiène, le manque de personnels de la santé, l'insuffisance d'infrastructures sanitaires, la sécurité de l'emploi et les mécanismes de protection sociale de façon plus générale, la sécurité alimentaire, la communication,
- Assurer à toutes les couches de la population la disponibilité permanente, l'accessibilité, et la qualité de l'offre de soins,
- Assurer de façon durable une bonne couverture sanitaire de qualité ainsi que la maintenance des infrastructures et équipements,
- Améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficiente et la répartition équitable de ressources humaines de la santé motivées, dans le dispositif de gestion du secteur en collaboration avec le ministère de l'économie et des finances et le ministère chargé des affaires sociales
- Offrir à toute la population, au niveau de tous les établissements de santé, un paquet de services intégrés, complets, continus, de qualité, et répondant à leurs besoins sanitaires,
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments, des intrants stratégiques, et leur accessibilité à toutes les couches de la population,
- Déterminer les services à couvrir en collaboration avec le ministère chargé des affaires sociales dans le cadre du système de couverture santé universelle,
- Produire, actualiser et diffuser les directives, les procédures/protocoles, les normes et standards,
- Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du système de couverture santé universelle
- Faire l'audit, le contrôle interne et la supervision,

- Assurer le contrôle de la qualité des prestations,
- Renforcer le système d'information sanitaire pour améliorer la gestion des données et favoriser la prise de décisions basées sur les évidences en vue de l'interopérabilité avec le système d'information du système de la CSU

2.5.2 Ministère en charge du travail et de la sécurité sociale.

C'est le Ministère de tutelle de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale qui joue le rôle de tiers-payant pour les accidents de travail et les maladies professionnelles chez les travailleurs du secteur privé. Ce département ministériel sera davantage impliqué dans la régulation des services de santé des sociétés régies par le code du travail. Il sera utile qu'une collaboration étroite entre le MINSANTE et le MINTSS soit assurée dans le cadre d'un plaidoyer pour faire adopter cette stratégie et mobiliser davantage de ressources pour sa mise en œuvre. Enfin, la collaboration entre les représentants des travailleurs et des employeurs, le MINTSS et le MINSANTE sera renforcée pour une mise en œuvre réussie de cette stratégie.

2.5.3 Ministère en charge des affaires sociales (MINAS)

Le Ministère en charge des affaires sociales est responsable de l'élaboration de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de prévention, d'assistance et de protection des personnes socialement vulnérables. Dans le cadre de la CSU, il est chargé de l'identification des personnes indigentes et de leur ciblage, et de l'élaboration du registre social unifié.

2.5.4 Ministère en charge des Finances (MINFI)

Le Ministère en charge des finances est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de finances publiques. Dans le cadre de la CSU, il est chargé de la collecte des cotisations des bénéficiaires du secteur public, de la subvention de l'organe de gestion. Le MINFI est chargé de collecter les taxes et impôts spécifiques (financements innovants) dédiés au financement de la CSU, déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le ministère en charge de la santé et celui en charge des affaires sociales/Protection sociale, plaidoyer d'augmenter la part du budget de l'Etat alloué à la santé (déclaration d'Abuja 2001) et

s'assurer de l'améliorer de la gestion des finances publiques pour plus d'efficience allocative.

2.5.5 Ministère en charge de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)

Le Ministère en charge de la planification est chargé de la planification, préparation et consolidation du budget de l'Etat, et des investissements dans le cadre de la CSU et de la coopération avec les partenaires.

2.5.6 Autres ministères.

L'approche multisectorielle qui prévaut dans les politiques et les plans de santé sera maintenue dans la mise en œuvre de cette stratégie de CSU. Ainsi, tous les ministères et institutions ayant un volet santé dans leurs interventions seront associés à la mise en œuvre de cette stratégie (MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINDEF, MINJUSTICE, DGSN, etc.).

Les autres ministères appuient et accompagnent le processus de mise en œuvre du système de CSU vers l'atteinte de l'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle et des ODD chacun selon son domaine de compétence

2.5.7 Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

Le rôle des CTD est d'apporter des appuis techniques dans la mise en place, le suivi et la coordination des activités de la CSU au niveau régional. Dans ce cadre, le Conseil Régional appuie les délégations régionales de la santé et les districts de santé dans la définition des priorités, la programmation et la mobilisation de la population. Les CTD coordonnent les activités de formation, d'appui et de conseil. Elles facilitent le partage d'informations et de meilleures pratiques ainsi que le développement de partenariats entre la CSU et les programmes de prévention et de promotion sanitaire dans la région.

2.5.8 Bénéficiaires

Les individus, les ménages et les communautés sont les principaux bénéficiaires du système de CSU.. Pour ce faire, ils doivent jouer un rôle de veille citoyenne à travers la société civile et les organisations à base communautaire ; ceci en dénonçant les mauvaises pratiques des prestataires de soins et services de santé et de l'organe de

gestion. Ils constituent donc un mécanisme de remontée des plaintes et aussi des suggestions pour l'amélioration de la qualité des services.

2.5.9 Prestataires de soins et services de santé (Public et privés)

Dans le cadre du système de CSU, ils sont constitués par les Formations sanitaires du secteur public, du secteur privé y compris à but non lucratif, les officines pharmaceutiques et laboratoires ayant au préalable été accrédités par l'autorité en charge de la santé et bénéficiant d'une convention ou contrat avec l'organe de gestion.

Au niveau des établissements de santé, chaque formation sanitaire passe des conventions avec l'organe de gestion du système de la CSU en fonction de leur personnalité juridique (processus de contractualisation) et respecte leur cahier de charge.

2.5.10 Les partenaires techniques et financiers (PTF) et la société civile camerounaise (OSC) du secteur de la santé.

En leur qualité de pourvoyeurs de ressources financières et de moyens techniques, ces acteurs constituent des partenaires importants pour une mise en œuvre réussie des interventions de la mise en place de la CSU. Les partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux en fonction de leurs mandats, apportent un appui technique et financier au processus de mise en œuvre du système de CSU.

La société civile est la voix forte des bénéficiaires, elle sensibilise et mobilise les populations dans le processus d'instauration et de mise en œuvre du système de CSU. Elle implique la communauté dans la gestion et veille à la qualité des prestations. Il est nécessaire de renforcer à court et à moyen terme le cadre de coopération avec ces acteurs, notamment l'actualisation de la stratégie partenariale qui servira de cadre de concertation et de suivi des interventions de ces partenaires.

2.5.11 Les compagnies privées d'assurance maladie.

Elles seront directement concernées par certaines réformes décrites dans la stratégie. Ainsi, des négociations seront engagées avec elles pour la mise en œuvre des changements attendus. Leur participation et leur adhésion aux réformes

contribueront assurément à l'implantation d'un système crédible et cohérent de Couverture Santé Universelle.

3. AMELIORATION DE L'OFFRE ET DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

L'amélioration de l'offre et de la qualité des soins et services de santé est l'une des interventions stratégiques de la CSU. Il est donc nécessaire que l'on s'assure que le plateau technique des formations sanitaires, l'offre et la qualité des soins s'améliorent progressivement.

3.1 Accréditation des établissements de soins et services de santé

Pour la mise en œuvre de la CSU, il est nécessaire d'institutionnaliser des mécanismes, de définir et de mettre régulièrement à jour les normes, standards, protocoles de soins et les mécanismes de contrôle de la qualité à travers le processus d'accréditation des établissements de soins et services de santé.

Ce programme d'accréditation permettra de s'assurer que les établissements offrent des soins et services de santé qui répondent aux normes et standards de qualité. Ce processus peut être décrit selon les étapes suivantes:

- I. Le ministère en charge de la santé définit les normes, les standards, les protocoles de soins, ainsi que les mécanismes de contrôle de la qualité et de la satisfaction des clients (bénéficiaires, prestataires de soins)
- II. Les établissements de soins et services de santé doivent mettre en place des mécanismes pour s'assurer que les prestations de soins et services de santé fournies sont de qualité et conformes aux normes. Les médicaments et le traitement sont conformes à la liste des médicaments et aux protocoles validés par le ministère en charge de la santé.
- III. Un comité d'évaluation établi par le ministère en charge de la santé évalue régulièrement le niveau de conformité aux normes fixées et fournit des recommandations aux établissements de soins et services de santé et au ministère en charge de la santé sur les domaines à améliorer.
- IV. Au cours de la phase initiale, le ministère en charge de la santé assure la supervision du processus d'accréditation, puis il est nécessaire de créer une

commission d'accréditation indépendante pour superviser et coordonner le processus d'accréditation et assurer la séparation des fonctions (fournisseur des soins et services de santé et mesure de la qualité). Les fonctions d'une telle entité indépendante comprennent :

- Superviser et coordonner le processus d'accréditation des soins de santé
- Gérer le processus d'enquête sur les établissements de santé et mener des enquêtes pour mesurer le niveau de conformité aux normes
- Élaborer, réviser et tenir à jour les normes et les standards en matière de soins et services de santé de qualité
- Fournir une certification d'accréditation et une reconnaissance des établissements de soins et service de santé
- Renforcer les capacités des professionnels de la santé pour qu'ils aient les compétences requises pour gérer le processus d'accréditation des établissements de soins et services de santé.
- Promouvoir une prise de décision fondée sur des données probantes afin d'améliorer la qualité continue des soins et services de santé

3.2 Amélioration de l'offre de soins et services de santé

La mise à niveau progressive du plateau technique des formations sanitaires nécessite des investissements importants. Plusieurs actions relatives à l'amélioration de l'offre et de la qualité des services et soins de santé sont bien décrites dans le Plan Nationale de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2027).

Ce processus peut être décrit selon les étapes suivantes:

- I. Le ministère en charge de la santé développera et actualisera les normes et standards de services à différents niveaux du système de santé décrivant les besoins en ressources pour une fonctionnalité optimale (ressources humaines,

équipements et infrastructures), le contrôle et la supervision.

- II. Un comité d'évaluation établi par le ministère en charge de la santé organise les évaluations régulières des besoins et des fonctionnalités des établissements de soins et services de santé afin de quantifier les besoins de chaque établissement de santé et les priorités d'investissement établies pour répondre aux normes et standards.
- III. Les établissements de soins et services de santé et les CTD doivent mettre en place des mécanismes pour améliorer l'offre de soins et service de santé fournis en quantité et en qualité.

3.3 Définition du panier de soins et services de santé

Le panier de soins et services de santé est l'ensemble des soins préventifs et curatifs, des médicaments et des dispositifs médicaux considérés comme fondamentaux et prioritaires et dont la prise en charge collective sera garantie par le CSU.

Les soins et services de santé seront progressivement inclus dans le panier suivant les phases.

La définition du panier de soins et services prendra en compte les services essentiels couvrant les pathologies les plus courantes, les services avec coûts et efficacités élevés et ceux ayant une externalité positive élevée sur la santé publique. La priorité sera accordée aux soins de santé primaires et aux cibles vulnérables.

3.4 Tarification des actes

Une fois le panier de soins et de services défini, la tarification des actes devra être harmonisée pour permettre l'établissement des factures à présenter pour règlement. Un ticket modérateur sera instauré entre 2,5% et 10% selon la catégorie de la formation sanitaire.

3.5 Paiement des prestataires

Le paiement des prestations se fait à l'acte suivant les protocoles de soins. Ce mécanisme a le bénéfice de favoriser le suivi des procédures et protocoles et améliore le recouvrement des coûts et de la qualité des services. Il présente l'inconvénient de

favoriser la surconsommation des soins et d'augmenter le temps de vérification qui peut avoir une incidence sur le délai de règlement des factures.

Le paiement par groupe de diagnostic sera introduit à la phase deux pour les hôpitaux de district. Il a l'avantage de promouvoir l'efficacité dans la production des services et facilite la vérification et donc améliore les délais de paiement.

Après les prestations et des liasses de dépenses, un délai maximum de 02 mois est recommandé pour le règlement des factures à l'effet de favoriser le renouvellement de l'offre de soins et services.

4. GESTION DES RISQUES

4.1 Méthodologie de cartographie des risques

Une fois les risques identifiés, la méthodologie employée pour leur évaluation dans la suite du document est la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité) qui définit l'indice de criticité d'un risque (R) comme le produit de gravité (G), de la fréquence (F) et de la probabilité de non détection (D) : **$R = G \times F \times D$** .

Il s'agit d'une méthodologie rigoureuse visant à identifier les modes potentiels et traiter les défaillances avant qu'elles ne surviennent avec l'intention de les éliminer ou de minimiser les risques associés. Les "défaillances" peuvent être celles d'un objet, d'un personnel, d'un équipement, d'un service ou d'un processus quelconque.

La méthode AMDEC classe la gravité, la fréquence et la détectabilité dans une échelle de 1 à 4.

Pour les cas de défaillance des processus CSU dans les champs d'actions sus-évoqués, le tableau de cotation ci-dessous est utilisé :

Tableau 4 : Grille de cotation

Cotation	Gravité de la défaillance (G)	Fréquence d'apparition (F)	Possibilité de détection (D)
----------	-------------------------------	----------------------------	------------------------------

1	Défaillance mineure, impact peu significatif sur les performances de la CSU	Apparition rare, tous les 06 mois ou plus	Détection possible, existe au moins un signe précurseur
2	Défaillance significative, dégradation des performances de la CSU	Apparition moyenne, entre 10 jours et 06 mois	Détection moyenne, existence de plus d'un signe qui indiquent son apparition
3	Défaillance grave, forte dégradation des performances avec impact sur son bilan	Apparition fréquente, entre 02 et 09 jours	Détection faible, difficilement décelable
4	Défaillance très grave ou catastrophique, arrêt total des services avec impact sur sa pérennité, réhabilitation très coûteuse et longue	Apparition très fréquente, tous les jours	Détection impossible à détecter avant apparition de l'évènement

4.2 Risque sur le plan de la gouvernance

Tableau 5 : Risque sur le plan de la gouvernance

Risques	Effets	Mesure d'atténuation	G	F	D	GxFxD
Absence de texte encadrant la mise en oeuvre de la CSU	Stagnation du processus de mise en oeuvre de la CSU	Faire un plaidoyer pour la mise en place du cadre juridique	4	3	2	24
Manque de communication	Non appropriation de la CSU	Mettre en place un mécanisme de communication de	4	3	2	24

		proximité avec la population et tous les acteurs				
Absence de cadre de concertation	Suivi approximatif de la mise en œuvre de la CSU ; Manque d'intérêt possible	Mettre en place des plateformes de dialogue entre les administrations, les prestataires de soins et service de santé, la société civile et les structures de dialogue.	3	2	2	12
Conflits d'intérêts entre les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CSU	Faible synergie entre les différentes parties prenantes ; faible efficacité	Définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs et parties prenantes.	3	2	2	12
Faiblesse dans la gestion administrative et financière	Mauvaises performances	Renforcement des capacités techniques et managériales; Profils de postes ; audit technique et financier annuel;	4	3	2	24

4.3 Risque sur la couverture de la population

Enrôlement et affiliation

L'enrôlement se fera dans les ménages par des équipes mobiles des CTD ou des structures accréditées. Au cours de ces opérations, des informations seront recueillies et saisies dans la fiche de collecte physique, puis introduites dans le système

informatique. Ces données seront examinées avant d'être validées et la fiche de collecte physique sera conservée dans les services des CTD. Ceci ne se fera pas sans risques.

Tableau 6 : Risque sur la couverture de la population

Risque	Effets	Mesures d'atténuation	G	F	D	GxFxD
Non adhésion des populations à la CSU	Faible enrôlement ; Faible mutualisation ; aggravation de la vulnérabilité et de la non utilisation des soins par les pauvres	Mettre l'emphasis sur la communication de proximité et le marketing social du projet;	4	3	2	24
Déclaration erronée ou factice des informations fournies	Production de mauvais résultats, mauvaise qualité des services et prises de mauvaises décisions	Confronter systématiquement les informations fournies avec les pièces exigées physiquement / Adapter Stratégies de communication	3	4	2	24
Enrôlements multiples d'une même personne	Production de mauvais résultats (surestimation des prévisions), et prises de mauvaises décisions	- Procéder à la vérification au niveau central de la CSU puis au croisement des données avec les autres systèmes d'identification afin de s'assurer de la véracité des données avant la validation de l'enrôlement	2	2	2	8

		- Implémenter les algorithmes de recherche des occurrences similaires afin de détecter les cas d'homonymie ayant le reste d'informations identiques (date de naissance, lieu de naissance, n° CNI, n° acte de naissance, photo, etc...)				
Perte ou vol d'équipement informatique destiné à l'enrôlement	Risque sécuritaire pouvant donner la possibilité de pénétrer le système	Elaborer un manuel de procédures d'enrôlement et veiller à son application - Sécuriser le processus d'enrôlement	2	2	2	8
Détournement du matériel à des fins autres que celles d'enrôlement	Ralentissement du processus d'enrôlement de la population.	Mettre sur pied des mécanismes de contrôle de proximité.	2	2	2	8
Détérioration de la fiche physique de collecte des données et qui contient les empreintes digitales de la personne enrôlée.	Perte des données et atteinte à l'image de l'organe de gestion de la CSU	-Prévoir des mécanismes d'annulation (invalidation) des fiches d'enrôlement dans le système en cas de signalement de vol ou perte, puisqu'étant dotées des numéros uniques CSU	2	2	2	8

		-Prévoir des dispositifs de conservation des fiches d'enrôlement, les protégeant et résistant au mieux aux intempéries lors des opérations d'enrôlement. -Prévoir des dispositifs ininflammables de conservation des fiches d'enrôlement dans les CTD ou structures accréditées -Prévoir des parapluies, manteaux, bottes et sacs pour les agents enrôleurs				
--	--	---	--	--	--	--

4.4 Risques liés à la couverture en soins et services de santé

Accès aux soins et services de santé

Pour **le risque moral de surconsommation**, il s'agit d'un risque en rapport avec les bénéficiaires qui consomment abusivement les prestations des soins et services de santé. Pour minimiser ce risque, il faut instaurer un ticket modérateur et un système de référence obligatoire qui réduit la consommation des soins qui coûtent chers. La période d'attente est aussi un outil pour maîtriser ce risque.

Pour le **risque moral de sur prescription** qui consiste à une prescription par les prestataires, des soins inutiles pour majorer les coûts en vue d'avoir plus de recettes.

Il faut standardiser des schémas de traitements (protocoles de soins et algorithmes) et contrôler leur respect par des prestataires conseils.

Par ailleurs, il faut mettre en place un système de vérification des prestations et des factures.

Les fraudes et les abus sont multiples et variés. Il faut assurer un contrôle avant le recours aux soins pour s'assurer que le patient est réellement un bénéficiaire enrôlé et à jour de ses cotisations.

Tableau N°7 : Risques liés à la couverture des soins et services de santé

Risques	Effets	Mesures d'atténuation	G	F	D	GFXD
Non accès aux soins et services lié au déficit en énergie électrique	Arrêt temporaire de certains soins et services de santé	-Disposer des dispositifs de stockage et de restitution d'énergie en cas de coupure de courant -Privilégier l'énergie solaire pour les formations sanitaires	3	4	2	24
Absence de carte d'immatriculation (cas des situations d'urgence)	-Non prise en charge du patient -Incertitude pouvant occasionner des problèmes de remboursement de la FOSA	Définir un processus de prise en charge de cas d'urgence Définir d'autres moyens de vérification de l'identité du patient	3	3	1	9
Préférence des FOSA de première et deuxième catégories	Coûts très élevés des prestations	-Respecter le système de référence et de contre-référence -Respecter le circuit du	3	3	2	18

		patient dans l'ordre hiérarchique des FOSA.				
Dysfonctionnement des équipements d'identification et de soins	Mauvaise qualité de services et non utilisation des services	Délivrer un numéro CSU temporaire aux patients arrivés en situation d'urgence, en attendant de revenir à la normale qui permettra leur identification et la régularisation des informations -Améliorer la gestion des équipements et du matériel de soins	4	2	2	16
Refus des FOSA de prendre en charge les bénéficiaires	La perte de confiance des bénéficiaires au système ;	Développer une collaboration étroite et permanente entre les différentes parties prenantes (bénéficiaires, Minsante, CNS, structure de gestion, CTD, etc.) et les FOSA Mettre en place un mécanisme de suivi des réclamations des FOSA	4	3	2	24
Risque hasard moral (surtout prescrire certains soins et services plus rentables pour	Charges élevées influençant le budget global	Mettre en place un dispositif de contrôle et sensibilisation des responsables et personnels des FOSA	3	3	3	27

la FOSA)						
Risque de préférence des patients qui paient cash au détriment des bénéficiaires de la CSU	-Non utilisation du système CSU -Ralentissement du processus d'appropriation et vulgarisation	-Réduire les délais de règlement de factures des FOSA -Proposer une prime CSU aux personnels de santé recevant beaucoup de patients ayant une carte CSU	3	2	3	18
Usurpation d'identité	-Augmentation des coûts de prestations pour le système CSU -Risque de non règlement des factures pour les prestataires	-Renforcer les mécanismes de contrôle et de vérification -mettre en place un système d'identification biométrique	3	3	2	18
Panier de soins et services de santé non attractif	-Faible enrôlement -baisse de confiance au système	-Impliquer les bénéficiaires dans la définition du panier de soins et services -faire du marketing sur les produits de la CSU	3	2	3	18

4.5 Risques liés au protection financière

Tableau 8 : Risques du système de financement par les cotisations

Risques	Effets	Mesures d'atténuation	G	F	D	GxDXF
Risque de non mise à jour des contributions dans le système	Non accès aux soins et services de santé	Mettre en place un système de réconciliation périodique (fichier central des contributions) de tous les modes de contribution avec des informations précises sur le bénéficiaire	3	2	2	12
Risque de mauvaise catégorisation des contributeurs	Non-équité dans le paiement des contributions	Disposer d'un système de mise à jour flexible de la catégorie socio-professionnelle des bénéficiaires et interopérable avec les autres systèmes	2	2	2	8
Risque de faire bénéficier des prestations aux personnes qui n'ont pas contribué	Surconsommation des soins et services de santé	Disposer d'un système de double validation pour l'accès aux soins	2	2	2	8
Risque de non-adhésion massive (absence de masse critique de bénéficiaire et donc de contribution)	Mauvaise couverture des soins et services, sélection adverse (choix de cotiser uniquement pour les personnes à	-Développer une stratégie de communication pour l'adhésion massive -La présentation obligatoire de la carte d'immatriculation/copie	3	3	2	18

	risque) <i>L'organe de gestion de la CSU devient de plus en plus déficitaire, ce qui pourrait conduire à sa faillite</i>	pour l'accès aux services sociaux tels que l'éducation, les dossiers des concours administratifs, le paiement des impôts- Veiller à ce que le système n'active l'accès aux soins que lorsque tous les membres d'un ménage sont à jour de leurs cotisations.				
Risque de non-validation de paiement	Retard de paiement de la cotisation Non accès aux soins et services	-Mettre en place plusieurs moyens de paiement accessibles et simples -Simplifier les procédures de paiement à travers le paiement électronique -Attribuer le paiement par mode électronique à tous les opérateurs -Disposer des numéros verts à l'organe de gestion et ses démembrements régionaux pour vérifier le paiement effectif des cotisations, les mises à jour dans le logiciel de	2	2	2	8

		gestion de la CSU ne pouvant toujours pas être instantanées -Disposer des combinaisons des touches par opérateurs pour vérifier le paiement effectif des cotisations par un bénéficiaire, les mises à jour dans le logiciel de gestion de la CSU ne pouvant toujours pas être instantanées -Permettre le paiement des cotisations directement dans les CTD ou l'organe de gestion de la CSU, contre la délivrance du récépissé et la mise à jour direct des cotisations dans le système.				
Trop forte bureaucratie et procédures trop lourdes qui affecteront les mises à jour des données dans le système et, en conséquence, occasionneront des	Mauvaise qualité des services rendus aux usagers	Simplification des procédures	2	4	1	8

litiges dans les FOSA pour l'accès aux soins et services de santé						
---	--	--	--	--	--	--

4.6 Gestion du remboursement

Le remboursement est l'opération qui consiste à restituer aux FOSA l'argent équivalent aux soins de santé administrés aux patients. L'opération préalable consiste à enregistrer les prestations dans le logiciel de gestion, de scanner les factures et de les envoyer à l'organe de gestion de la CSU où une équipe spécialisée devra examiner et valider :

- La régularité des procédures;
- l'opportunité des soins administrés par rapport aux consultations ;
- la conformité des factures physiques scannées par rapport aux données électroniques.

Plusieurs situations peuvent survenir et impacter le bon fonctionnement du mécanisme.

Tableau 9 : Risques liés à la gestion des remboursements

Risques	Effets	Mesures d'atténuation	G	F	D	GxFxD
Réalisation de la prestation fictive	Païement indu Conséquence négative sur la solvabilité de l'organe de gestion	-Intégrer l'approche de contrôle et de vérification périodiques des prestations -Prévoir des sanctions	3	3	3	27
Païement tardif des prestataires de soins et services de santé	Incapacité de la FOSA à fournir les soins et services de santé aux bénéficiaires Baisse de la	Mettre en place un comité de suivi du paiement des factures Dématérialiser au maximum les procédures de paiement des	4	4	2	32

	qualité de soins et services de santé	prestataires				
Païement multiple, pour une même prestation	Solvabilité de l'organe de gestion	Mettre en place une procédure d'échange des données du patient entre les FOSA en préservant la confidentialité des données.	2	2	2	8
Païement des prestations non couvertes	Solvabilité de l'organe de gestion	Informatiser le contrôle médical	3	2	2	12

5. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi est l'analyse régulière des éléments clés pour mesurer la performance de la CSU grâce à des rapports réguliers et à des systèmes de contrôle, ainsi que la supervision des activités menées. A cet effet, un guide de supervision sera élaboré et précisera le cadre y afférent à travers les trois niveaux de gestion de la CSU : central, régional et communal. De plus, le suivi permet de déterminer les lacunes qui exigent un plus grand effort pour atteindre les résultats.

L'évaluation permet d'apprécier le niveau de mise en oeuvre du système de la CSU.

Dans un système de suivi et évaluation bien conçu, le suivi contribue largement au système d'évaluation. Les indicateurs de suivi se diffèrent selon les domaines d'activités. Il est très important de choisir un nombre limité d'indicateurs qui seront réellement utilisés par les responsables dans la prise de décisions au moment opportun.

Les indicateurs au niveau de la CSU sont classés en quatre catégories suivantes:

- Les indicateurs institutionnels ;
- Les indicateurs d'efficacité ;
- Les indicateurs financiers ;
- Les indicateurs d'impact.

5.1 Indicateurs institutionnels

a) Nombre de personnes enrôlées

C'est un indicateur très important qui montre la population affiliée à la CSU. Il aide dans le calcul du taux d'adhésion.

$$\text{Taux d'adhésion} = \frac{\text{Effectif des personnes enrôlées}}{\text{Population Cible}} \times 100$$

b) Montant des cotisations perçues

C'est un indicateur qui permet de mesurer le volume des recettes recouvrées à travers toutes les sources pendant une période donnée. Il doit être désagrégé par source de recettes (Etat, ménages, secteur formel, secteur informel, etc.)

c) Taux de recouvrement

Dans le secteur formel (SF),

$$\text{Taux de recouvrement SF} = \frac{\text{Montant des contributions perçues SF} \times 100}{\text{Montant des contributions attendues SF}}$$

Dans le secteur informel (SI),

$$\text{Taux de recouvrement SI} = \frac{\text{Montant des contributions perçues SI} \times 100}{\text{Montant des contributions attendues SI}}$$

d) Subvention de l'Etat par rapport au revenu total

C'est un indicateur qui aide à connaître la part de contribution de l'Etat pour la CSU

$$\text{Taux de subvention de l'Etat} = \frac{\text{Subvention de l'Etat} \times 100}{\text{Montant des contributions perçues}}$$

e) Taux de contribution des ménages

$$\text{Taux de contribution des ménages} = \frac{\text{Montant des cotisations des ménages} \times 100}{\text{Montant des contributions perçues}}$$

5.2 Indicateurs de l'efficacité

f) Taux d'utilisation des services de santé couverts.

$$\text{Taux d'utilisation} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas prise en charge} \times 100}{\text{Nombre de bénéficiaires de la CSU}}$$

g) Ratio Dépenses Contributions (DC)

$$\text{Ratio DC} = \frac{\text{Total des dépenses}}{\text{Contributions totales}}$$

Si ce ratio dépenses-contributions ou ratio de liquidité de la CSU est positif, cela signifie que la CSU est capable d'honorer ses engagements financiers.

h) Ratio des frais de fonctionnement (FF)

Ce ratio mesure la part des ressources financières de la CSU utilisées pour son fonctionnement.

$$\text{Ratio FF} = \frac{\text{Dépenses de fonctionnement}}{\text{Total des contributions}}$$

i) Ratio de liquidité immédiate (LI)

Ce ratio renseigne sur la solvabilité de la CSU à court terme en comparant la disponibilité avec les dettes exigibles à court terme

$$\text{Ratio LI} = \frac{\text{Avoirs en banque actuelle}}{\text{Montant total des dettes à court terme}}$$

j) Ratio de solvabilité générale (SG)

Ce ratio renseigne sur la capacité de la CSU à couvrir les dettes cumulées

$$\text{Ratio SG} = \frac{\text{Avoirs en caisse} + \text{avoirs en banque} + \text{créances}}{\text{Cumul des dettes}}$$

k) Ratio de sinistralité (S)

C'est un indicateur qui permet de mesurer la capacité de la CSU à couvrir les charges des prestations à partir des revenus.

$$\text{Ratio S} = \frac{\text{Montant total des prestations}}{\text{Revenus acquis}}$$

5.3 Indicateurs d'impact

Les indicateurs d'impact sont souvent mesurables sur une longue période et à travers des études. L'impact peut porter sur les conditions de vie des ménages, la cohésion sociale, la maîtrise des dépenses etc.

l) Coût moyen des services de santé (SS)

Coût moyen SS = Montant des prestations facturés pour une période donnée
Nombre de bénéficiaires de la CSU pris en charge dans cette période

6. PROCESSUS FONCTIONNEL DE LA CSU

Dans cette partie, nous décrivons les processus fonctionnels du système avec les besoins et les acteurs notamment le processus d'enrôlement et d'immatriculation

6.1 Procès 1: Enrôlement et immatriculation

▪ Objet du processus

L'enrôlement et l'immatriculation consistent à enregistrer un bénéficiaire dans le système tout en lui attribuant un code unique CSU. La fin du processus est marquée par la délivrance d'un récépissé d'enrôlement au bénéficiaire. Ce récépissé fait office de carte CSU en attendant la validation des données par le niveau central au terme d'une opération de vérification et de corrélation des données. Validation qui devra appeler le bénéficiaire à payer sa cotisation et déclencher l'édition de sa carte biométrique.

▪ Principes de base

- L'enrôlement se fait par ménage;
- Tous les membres d'un ménage, quelque soit leur âge se fait enrôler individuellement dans le ménage;
- Un ménage est un groupe constitué d'au moins un parent et des enfants ou associés ;

▪ Rôles et responsabilités des parties prenantes

Parties prenantes	Rôles et responsabilités
Organe de gestion de la CSU et Les organismes délégués	Voir Document sur l'enrôlement
MINTSS	Voir Document sur l'enrôlement

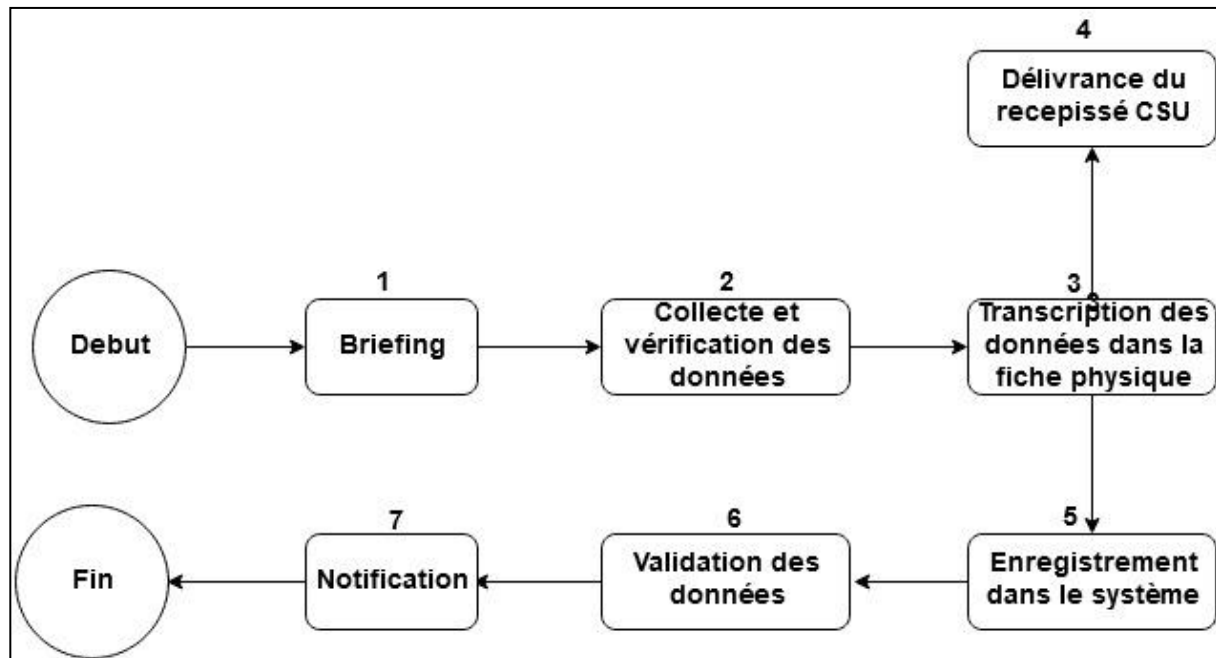
Régions	Voir Document sur l'enrôlement
Communiât	Voir Document sur l'enrôlement
Mobilisation commîtes (National, décentralise)	Voir Document sur l'enrôlement

▪ **Processus d'enrôlement**

Quelque soit le lieu d'enrôlement, cette étape initiale du mécanisme de la CSU pour un bénéficiaire se déroule en huit phases à savoir:

- Briefing sur le bien fondé de la CSU par les agents enrôleurs;
- Collecte des données requises et première vérification physique (avec l'œil humain)
- Transcription des informations de la fiche physique d'enrôlement présentée plus bas, dans le système à travers des ordinateurs ou des terminaux embarqués androïdes;
- Prise de photo et envoie dans le système. En cas de panne accidentelle des dispositifs de prise de photo, une photo physique 4x4 est demandée pour être scannée en temps opportun et chargée dans le système;
- Délivrance immédiate du récépissé d'enrôlement CSU
- Délivrance d'une brochure présentant la CSU et ses processus de cotisation et d'accès aux soins de santé;
- Validation de l'enrôlement après vérification de la véracité des informations grâce au croisement des données avec les autres systèmes d'immatriculation (fichier de police, fichier d'état civil, registre social unifié, fichiers des personnels de l'Etat, fichier des travailleurs CNPS,) et aux investigations éventuelles ;
- Notification de l'intéressé;
- Déclenchement du processus de production de la carte biométrique.

Figure 2: Graphe de flux du processus d'enrôlement



6.2 Procès 3: Paiement des cotisations

▪ Objet du processus

- Ce processus consiste à collecter les cotisations des bénéficiaires, à activer l'accès aux soins dans les FOSA et de procéder aux mises à jour des cotisations.
- La gestion des cotisations se résume en quatre activités à savoir:
 - a. Le paiement de la cotisation suivant le montant et le moyen définis par la Loi;
 - b. La vérification par le système des cotisations du reste des membres du ménage
 - c. L'activation de l'accès aux soins
 - d. Les notifications

▪ Principes de base

- L'ensemble de la population camerounaise dont on estime qu'elle a la capacité de contribuer devra le faire, qu'elle ait ou non une autre assurance maladie volontaire.
- Les cotisations des indigents et des plus vulnérables seront subventionnées et payées par le gouvernement et d'autres subventions mobilisées par la CSU
- Le montant de la cotisation est fixé selon le consensus établi par les parties concernées
- Un délai et les mécanismes de paiement des cotisations seront définis par voie réglementaire

- Le paiement de la cotisation peut être fractionné mais l'accès aux services n'est possible que lorsque le paiement intégral a été effectué.
- Les paiements ne peuvent être acceptés que pour la période en cours et la période suivante.
- Les bénéficiaires ne peuvent payer à l'avance pour la période suivante que lorsqu'ils sont effectivement inscrits pour l'année en cours. Sinon, ils attendent le début de la période de paiement suivante.
- Les nouveaux adhérents doivent attendre une période d'un mois après l'adhésion pour être soigné et couvert par la CSU.
- Le paiement de la cotisation constitue l'une des obligations de l'adhérent vis-à-vis de la CSU; en contrepartie de ce paiement, les bénéficiaires ont droit aux services délivrés par la CSU.

▪ **Rôles et responsabilités des parties prenantes**

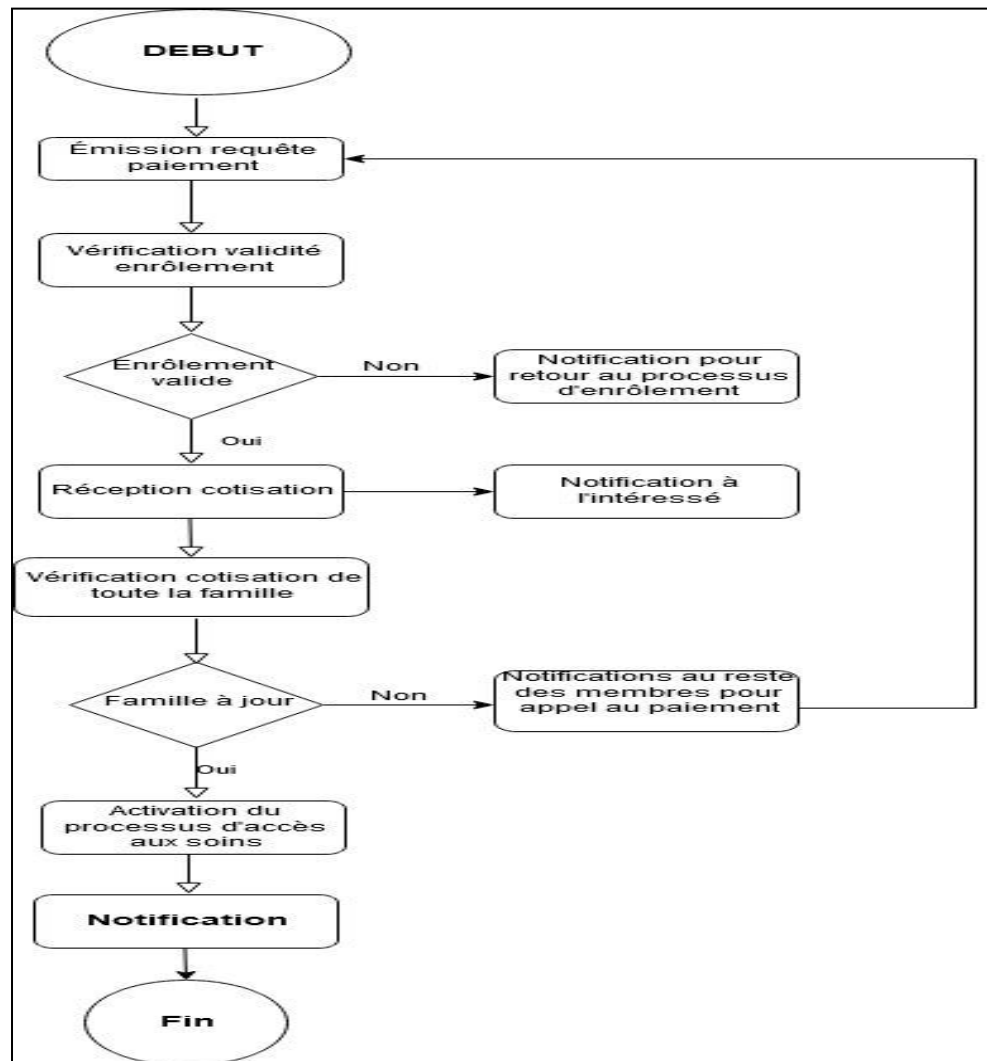
N°	Parties prenantes	Rôle et responsabilités
	MINAS	Interprétation des données des personnes indigentes, invalides et socialement vulnérables
	MINAT	Investigation par le canal de l'autorité traditionnelle des données des personnes du secteur informel
	MINPMEESA	Interprétation des données des personnes du secteur informel
	MINFI	Interprétation des données des personnels de l'Etat
	MINFOPRA	
	CNPS	Interprétation des données des personnes du secteur privé formel

	DGSN	Interprétation des données de la Carte Nationale d'Identité
	BUNEC	Interprétation des données de l'acte de naissance
	HCR	Interprétation des données des réfugiés
	Orange	Interprétation des données du registre téléphonique
	MTN	
	Nextel	
	CAMTEL	
	MINPOSTEL	

▪ **Processus de Paiement des cotisations**

- Identifier le ménage et générer un code de paiement unique
- Etablir le paiement
- Enregistrer le paiement d'une cotisation par le bénéficiaire lui-même ou par une tierce personne
- Notifier le bénéficiaire lorsque la cotisation est payée ou renouvelée
- Notifier le bénéficiaire deux mois avant l'expiration de sa cotisation
- Notifier le bénéficiaire si la cotisation a expiré
- Notifier les membres d'un ménage s'ils sont actifs pour l'accès aux soins
- Produire les états des cotisations
- Produire les tableaux de bords des cotisations actives et expirées

Figure XX: Graphe de flux du processus de Paiement de la cotisation



7. Annex 1: Chronogramme de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun (2020-2030)

Axes stratég iques	Stratégi es	Interventions	Activités	Responsabl es	Période											
					Ph ase 0	Phase 1			Phase 2							
						202 0	202 1	202 2	202 3	202 4	202 5	202 6	202 7	202 8	202 9	203 0
Gouver nance	1.1: Établiss ement du cadre juridico- institutio nnel	1.1.1 Développer un cadre législatif et réglementaire encadrant la CSU	1.1.1.1 Promulgation de la loi sur la CSU et publication du décret de l'organe de gestion de la CSU	MINSANTE, PRC	x											
			1.1.1.2 Elaboration des textes reglementaires pour la mise en place de la CSU (modalités d'affiliation, immatriculation, cotisation...)	MINSANTE, PM, PRC	X											
			1.1.1.3 Elaboration des modèles de convention et de partenariat	MINSANTE, GTN CSU	X											
		1.1.2 Mettre en place l'architecture institutionnelle de la CSU et fournir des ressources adéquates pour réaliser le mandat à lui confié	1.1.2.1 Mise en place effective de l'Organe de gestion	Gouverneme nt		x										
			1.1.2.2 Renforcement des capacités opérationnelles de l'organe de gestion	MINSANTE; MINTSS		X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	
			1.1.2.3 Contractualisation des organismes délégués	Organe de gestion	X	X	x									
			1.1.2.4 Effectuer une cartographie des processus d'affaires, établir des SoP's opérationnels et fonctionnels pour	Organe de gestion		X										

[illegible]

		1.2.3 Mettre en œuvre le plan de communication de la CSU	1.2.3.1 Actualisation du plan de communication	GTN CSU; MINCOM	X										
			1.2.3.2 Elaboration, mise en jour et production des supports de communication	GTN CSU; MINCOM	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.2.3.3 Imprégnation des acteurs	GTN CSU; MINCOM	X										
			1.2.3.5 Sensibilisation de la population	GTN CSU; MINCOM; Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.2.3.6 Suivi et évaluation des activités de communication	Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	1.3: Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences	1.3.1 Mettre en œuvre le cadre de suivi et d'évaluation pour apprécier les progrès	1.3.1.1 Établir les procédures, les outils, les rôles et les responsabilités des parties prenantes concernées	Organe de gestion, MINSANTE		X									
			1.3.1.2 Conduite des évaluations périodiques	Organe de gestion, MINSANTE				X		X			x		x
		1.3.2 Renforcer les mécanismes de partage de l'information, des meilleures pratiques et de l'apprentissage	1.3.2.1 Création d'un site internet et applications numériques sur la CSU	Organe de gestion		X	X								
			1.3.2.2 Participer à des fora aux niveaux national et international	MINSANTE; MINTSS		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		1.3.3 Institutionnaliser l'analyse des informations sur la protection contre le risque financier,	1.3.3.1 Produire annuellement les rapport d'activités	Organe de gestion, MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.3.3.2 Produire les comptes de la santé	MINSANTE	X			X			X			X	

		l'équité et les dépenses de santé, pour la prise de décision	1.3.3.2 Réalisation d'une étude actuariale sur la CSU		X					X					X
	1.4: Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU	1.4.1 Concevoir et mettre en œuvre un système d'information efficace et efficient	1.4.1.1 Identification et développement des systèmes d'information	GTN CSU	X										
			1.4.1.2 Mise en œuvre du système d'information à petite échelle	GTN CSU	X	X									
			1.4.1.2 Mise en œuvre du système d'information à grande échelle	Organe de gestion, MINSANTE	X	X	X								
		1.4.2 Informatiser toutes les fonctions principales de la CSU		PM		X	X	X	X	X					
		1.4.3 Concevoir et développer un plan de continuité d'activités pour le fonctionnement en mode dégradé				X	X								
	1.5: Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion	1.5.1 Améliorer la mise en commun des fonds et intégrer les mécanismes de couverture de la population pour réduire la fragmentation et aligner les ressources sur les priorités	1.5.1.1 Identification et intégration des différents mécanismes de couverture	MINSANTE, Organe de gestion	X					X					X
			1.5.1.2 Création du fonds de mise en commun des ressources mobilisées	Organe de gestion		X									
		1.5.2 Établir des procédures et des lignes directrices pour assurer la reddition de comptes à l'égard des	1.5.2.1 Établir des procédures pour la tenue du compte administratif et du compte de gestion	Organe de gestion		X				X					X

	efficace et efficient e	fonds publics et la gestion des finances publiques	1.5.2.2 Contrôle et vérification des comptes	Chambre des comptes, Consupe, MINFI		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.5.2.3 Maintenir et gérer la fraude, les pertes financières et l'amélioration de l'efficacité des contrôles internes.	Chambre des comptes, Consupe, MINFI		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		1.5.3 Institutionnaliser les audits interne et externe du système CSU	1.5.3.1 Conduite de l'audit interne	MINSANTE; MINFI		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.5.3.2 Conduite de l'audit externe	PM				X		X			x		x
			1.5.3.3 Suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit	PM		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		1.5.4 Renforcer le rôle et les capacités de l'organe de gestion CSU en tant qu'acheteur stratégique de services de santé	1.5.4.1 Renforcement des capacités opérationnelles de l'organe de gestion en ressources humaines	Organe de gestion; MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.5.4.2 Acquisition et distribution des ressources matérielles	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.5.4.3 Mettre en place des mécanismes permettant d'obtenir un retour d'information régulier et de rendre des comptes	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			1.5.4.3 Élaborer un modèle de durabilité à long terme							X					x

Couverture de la population	2.1 Mobilization, Enrôlement, immatriculation et affiliation des bénéficiaires	2.1.1 Assurer une communication suffisante pour une adhésion massive à la CSU	2.1.1.1 Développer des procédures administratives simplifiées et des étapes du processus d'enregistrement des bénéficiaires, y compris les pièces exigibles	GTN CSU; MINSANTE	X	X									
			2.1.1.2 Mettre en place des mécanismes de mobilisations y compris des comités au niveau central, décentralisé et communautaire pour une sensibilisation de proximité	GTN CSU; MINTSS; BUNEC	X	X									
			2.1.1.3 Développement des supports de communication pour l'enrolement des bénéficiaires	GTN CSU; MINTSS; MINCOM	X										
			2.1.1.4 Organiser des sessions de mobilisation sociale	GTN CSU; MINTSS		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			2.1.1.5 imprégnation des prestataires et sensibilisation/ éducation de la population	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			2.1.2 Mettre en place des mécanismes d'affiliation des bénéficiaires (y compris les populations clés) et assurer l'engagement des parties prenantes à plusieurs niveaux	2.1.2.1 Identification des groupes spécifiques	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X
	2.1.2.2 Imprégnation des parties prenantes sur la CSU	Organe de gestion		X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x	
	2.1.2.3 Développement des stratégies pour atteindre les groupes spécifiques	Organe de gestion			X										

		2.1.3 Déployer et mettre à disposition les ressources et outils nécessaires à la mobilization, l'enrôlement et l'immatriculation	2.1.3.1 Acquisition, distribution et installation des équipements	GTN CSU; Organe de gestion	X	X									
			2.1.3.2 Demarrage de l'immatriculation des cibles de la phase Une	GTN CSU; Organes délégués		X	X	X	X	X					
	2.2 Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture	2.2.1 Effectuer une évaluation de la population non couverte et identifier les facteurs et les obstacles pour cette population	2.2.1.1 Identification de la population non couverte	Organe de gestion		X	X	X	X	X					
			2.2.1.2 Réalisation d'une étude pour l'identification des facteurs et obstacles de la couverture	Organe de gestion						X					
		2.2.2 Développer des mécanismes innovants pour atteindre la population non couverte	2.2.2.1 Contractualisation avec les structures périphériques	Organe de gestion		X	X				x	X			
			2.2.2.2 Dmatérialisation des procédures	Organe de gestion		X	X				x	X			
		2.2.3 Impliquer les OSC (OBC, populations clés) pour l'inclusion des groupes vulnérables marginalisés afin de lever les barrières culturelles	2.2.3.1 Etablissement et mise à jour de la cartographie des OSC	GTN CSU; MINAS; MINJEC; MINTSS	X	X									
			2.2.3.2 Imprégnation des OSC sur la CSU	GTN CSU; MINAS; MINJEC; MINTSS	X	X	X								
			2.2.3.3 Contractualisation des OSC pour la mise en œuvre de la CSU	GTN CSU; MINAS; MINJEC; MINTSS	X										
			2.2.3.4 Mise à jour de la cartographie des OBC	Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			2.2.3.5 Imprégnation continue des OBC	Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x

		2.2.4 Poursuivre le ciblage des PSV à l'échelle nationale en vue de la mise en place d'un Régistre Social Unifié (RSU)	2.2.4.1 Activité de ciblage	MINAS	X										
			2.2.4.2 Consitution du RSU	MINAS	X										
			2.2.4.3 Actualisation du RSU	MINAS	X										
			2.2.4.4 Mise à jour du Régistre Social Unifié	MINAS		X	X	X	X	X					
Couverture des services	3.1 Fourniture d'un paquet de soins et services de santé (avantages sociaux) de qualité	3.1.1 Définir le paquet de soins et services de santé de base (avantages sociaux) à couvrir et son extension progressive en associant la communauté et les prestataires de services	3.1.1.1 Actualisation du paquet de soins et services de santé de base	MINSANTE		X	X	X	X	X		X		X	
			3.1.1.2 Imprégnation des prestataires de soins et services de santé	MINSANTE; Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.1.1.3 Sensibilisation des bénéficiaires	GTN CSU; Organe de gestion	X	X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.1.2 Définir les normes, standards et les protocoles de soins y compris les mécanismes de contrôle de la qualité	3.1.2.1 Définition des critères d'accréditation des établissements de soins	GTN CSU	X										
			3.1.2.2 Accréditation des des établissements de soins	MINSANTE	X										
			3.1.2.3 Contractualisation des établissements de soins accrédités	Organe de gestion	X	X									
			3.1.2.4 Production des normes, standards et protocoles	MINSANTE	X	X									
			3.1.2.5 Accréditation des des établissements de soins	MINSANTE	X	X	X								

		3.1.2.6 Contractualisation des établissements de soins accrédités	Organe de gestion											
		3.1.2.7 Actualisation des normes, standards et protocoles de soins	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	3.1.3 Institutionnaliser le mécanisme d'évaluation régulière de la conformité aux normes de soins, aux politiques et aux procédures établies	3.1.3.1 Supervision des établissements de soins	MINSANTE; Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.1.3.2 Evaluation de la conformité des normes de soins	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	3.1.4 Renforcer le système d'approvisionnement pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables médicaux essentiels de qualité	3.1.4.1 Intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments	MINSANTE; DPML; Comité PlaN-Lu- Faux-Med		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.1.4.2 Renforcement des capacités des personnels chargés de la gestion du médicament (distribution, stockage, dispensation) dans les structures de santé	MINSANTE; DPML		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.1.4.3 Mettre en place un système de gestion des stocks dans les structures de santé	DPML; FRPS		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.1.4.4 Amélioration de la gestion du médicament (distribution, stockage, dispensation) dans les structures de santé en utilisant ELMIS (Electronic Logistics	DPML; FRPS		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x

			Management Information Systems)												
			3.1.4.5 Établir des procédures pour amélioration des dispositions de priorisation dans les approvisionnements (FRPS, FOSA)	DPML; FRPS		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	3.2: Renforcement du partenariat entre l'organe de gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé	3.2.1 Définir le cadre de partenariat, de performance et le processus de gestion entre l'organe de gestion (l'acheteur) et les prestataires de soins et services de santé	3.2.1.1 Actualisation des modèles de contrat	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.2.1.2 Evaluation de la performance des prestataires			X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.2.2 Mettre en place des mécanismes et des plateformes pour l'évaluation et le suivi réguliers des indicateurs de performance clés du partenariat.	3.2.2.1 PM	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.2.2.2 PM	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.2.3 Renforcer le niveau de performance des prestataires des soins et services	3.2.3.1 Supervision formative des prestataires	Organe de gestion, MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.2.3.2 Coaching des prestataires des soins et services de santé	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	3.3 Mise à niveau progressive du plateau technique des	3.3.1 Élaborer un dossier d'investissement pour la mise à niveau du plateau technique des établissements de soins et services	3.3.1.1 Actualisation du Dossier d'investissement	MINSANTE; MINEPAT		X				X					x
			3.3.1.2 Mobilisation des ressources pour sa mise en œuvre	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x

	formatio ns sanitaire s	3.3.2 Programmer la mise à niveau progressive du plateau technique des établissements de soins et services dans le cadre de programmation du Ministère en charge de la Santé Publique	3.3.2.1 Inscription du renforcement du plateau technique dans le plan de travail annuel du MINSANTE	MINSANTE; MINEPAT		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.3.2.2 Mobilisation d'autres ressources au niveau local	CTD		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.3.3 Renforcer les ressources humaines disponibles	3.3.3.1 Recrutement du personnel de santé de qualifié	MINSANTE, CTD		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.3.3.2 Déploiement adéquat des ressources humaines au niveau des HD, CMA et CSI	MINSANTE, CTD		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	3.4 Renforc ement de l'approc he « Santé dans toutes les politique s publique s » pour réduire la charge de morbidit é et assurer la viabilité	3.4.1 Améliorer la couverture et l'accès des populations à l'eau potable	3.4.1.1 Elaboration d'un plan conjoint d'approvisionnement en eaux dans les FOSA	MINEE, MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.1.2 Construction/réaménagement des points d'eau potable dans les communautés (les plus à risque de maladies hydriques)	MINSANTE, MINEE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.1.3 Construction/réaménagement des points d'eau potable dans les FOSA	MINSANTE, MINEE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.1.4 Education à la potabilisation de l'eau à domicile	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.4.2 Renforcer les mesures d'assainissement de milieux et promouvoir	3.4.2.1 Promotion de l'assainissement total piloté par la communauté	MINSANTE, MINDDEVEL		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x

	du dispositif de la CSU	un environnement propice à la santé	3.4.2.2 Gestion des déchets en milieu hospitalier	MINSANTE, MINEPDED		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.2.3 Promotion des bonnes pratiques d'hygiène	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.2.4 Promotion de la lutte antivectorielle	MINSANTE, MINADER, MINEPDED		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		3.4.3 Promouvoir l'adoption des comportements sains pour réduire les facteurs de risques	3.4.3.1 Promotion des pratiques familiales essentielles	MINSANTE, MINPROF		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.3.2 Prévention de la consommation des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues)	MINSANTE, MINAS, MINJEC, MINEDUB, MINESEC, MINESUP		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.3.3 Promotion de la santé mentale et du bien-être	MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.3.4 Promotion des activités physiques et sportives	MINSEP		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			3.4.3.5 Promotion de l'alimentation équilibrée et de la nutrition au niveau local	MINADER, MINEPIA, MINSANTE		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
Protection contre le risque financier	4.1 Renforcement des mécanismes de collecte et recouvrement	4.1.1 Définir des mécanismes spécifiques de collecte des contributions pour le secteur informel et formel.	4.1.1.1 Définition des mécanismes de collecte dans le secteur formel	GTN CSU; MINTSS; MINFI; GICAM	X										
			4.1.1.2 Définition des mécanismes de collecte dans le secteur informel	GTN CSU; MINTSS	X										
			4.1.1.3 Actualisation des stratégies de collecte dans le secteur informel	Organe de gestion											

	des contributions sociales	4.1.2 Mettre en place un processus spécifique et des canaux de paiement des primes pour les contributions du secteur informel	4.1.2.1 Exploration d'autres canaux de paiement des primes pour les contributions du secteur informel	Organe de gestion		X	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		4.1.3 Renforcer la mise en œuvre de l'affiliation obligatoire pour assurer la solidarité nationale	Définition des mécanismes d'affiliation obligatoire	Organe de gestion											
		4.1.4 Mobiliser les ressources pour la prise en charge des personnes socialement vulnérables et particulièrement les indigents	Organisation des réunions de plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources pour les indigents	Organe de gestion		x	X	X	X	X	x	X	x	X	x
	4.2 Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes	4.2.1 Engager les principales parties prenantes pour la mobilisation des ressources domestiques pour la CSU	4.2.1.1 Organisation des sessions d'imprégnation	GTN CSU	X										
			4.2.1.2 Organisation des réunions de plaidoyer	GTN CSU	X										
			4.2.1.3 Poursuite des réunions de plaidoyer auprès des parties prenantes	Organe de gestion		x	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		4.2.2 Aligner les engagements des partenaires au développement aux priorités de la CSU	4.2.2.1 Poursuite des réunions de plaidoyer auprès des partenaires	Organe de gestion		x	X	X	X	X	x	X	x	X	x
		4.2.3 Explorer les projets d'investissement et Introduire d'autres mécanismes de génération de ressources pour la	4.2.3.1 Evaluation des revenus financiers générés	Organe de gestion		x	X	X	X	X	x	X	x	X	x
			4.2.3.2 Evaluation des placements engagés par la CSU			x	X	X	X	X	x	X	X	X	x

		CSU													
	4.3 Renforc ement de l'équit é et de la justice sociale dans la mobilisa tion des ressour ces sur la base de la capacité contribu tive	4.3.1 Établir un système dynamique de classification socio- économique pour une meilleure catégorisation des ménages en fonction de leur capacité contributive	4.3.1.1 Réalisation d'une étude sur la classification socio- économique des ménages	GTN CSU; INS	x	x				X					x
			4.3.1.2 Actualisation de la classification socio- économique des ménages	Organe de gestion				X					X		
		4.3.2 Mener le plaidoyer en faveur des subventions spécifiques nationales pour fournir aux personnes vulnérables et aux indigents identifiés des services de santé subventionnés	4.3.2.1 Reunions de plaidoyer en faveur de la mobilisation des subventions pour les indigents	Organe de gestion		x	X	X	X	X	x	X	X	X	x
			4.3.3.1 Elaboration du cahier de charge des mécanismes spécifiques d'affiliation du secteur informel et rural	Organe de gestion	x										
		4.3.3 Mettre en place un mécanisme d'affiliation adapté au système de protection sociale des acteurs du secteur informel et rural	4.3.3.2 Affiliation du secteur informel et rural			x	X	X	X	X	x	X	X	X	x