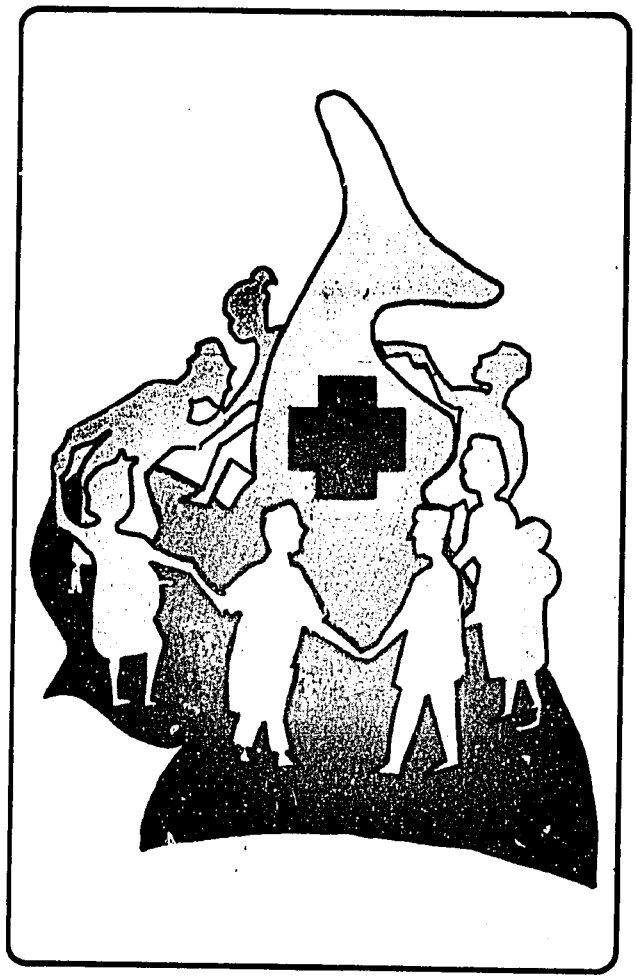
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

REPUBLIC OF CAMEROON



NATIONAL DECLARATION ON THE IMPLEMENTATION OF THE REORIENTATION OF PRIMARY HEALTH CARE

NATIONAL DECLARATION ON THE IMPLEMENTATION OF THE REORIENTATION OF PRIMARY HEALTH CARE

In 1978, at ALMA-ATA, USSR, member governments of the WHO set themselves the social objective of working towards the attainment, by the year 2000, of a standard of health as to enable its people to lead a socially and economically productive life. This social objective is known as "health for all by the year 2000"

This commitment is based on the premise that only a healthy people can effectively contribute to and benefit from the economic and social development of their country. In other words, it is impossible to envisage the social and economic development of a country if the health of the majority of its people cannot be guaranteed.

ADMINISTRATIVE AND STRUCTURAL ORGANISATION

1.1 The reorientation of Primary Health Care is not a program. Rather, it is the REORIENTATION of our National Health System towards the social objective of "Health for All".

The following principles constitute the key elements of the Reorientation of Primary Health Care.

They are:

- Community participation with a view to promoting self-reliance vis-à-vis solutions to its health problems,
- Affirmation of the close link between health and development,
- Respect for human rights such as the right to be informed and that of individual integrity including free will.

1.2 The reorientation of our health services must be oriented towards reinforcing the Health District system. In other words, our sub-divisional health services must be fully integrated into the local development committee, benefiting from technical and administrative assistance from the divisional and provincial levels (including the Provincial Hospital), as well as strategic support from the central level and third level health units. **

1.3 The Health District shall be made up of:

- The community including the health committee (which is in fact an inter-village health committee representing the villages served by the health centre). The health committee is a sub committee of the Sub-Divisional development committee.

  All health centres and dispensaries located within the sub-division are responsible for providing integrated, continuous and global health care to a well defined population in a specific geographic zone known as the HEALTH AREA. In urban zones the dispensary shall act as the health centre.
- The Sub-Divisional Hospital which shall be the Referral Hospital for Health Centres.
- The Sub-Divisional health services.

** Sub-Divisions which do not meet the operational criteria of a health district may be fused so as to constitute a health district.

THE TECHNICAL/ECONOMIC SUB-SYSTEM

2.1 TECHNICAL ORGANISATION

The HEALTH DISTRICT

The *HEALTH CENTRE* is an ideal structure for the creation of an interface between the community and health services.

This shall be where continuous and complete care are delivered.

The minimum range of services to be offered at the health centre level shall include:

- **Maternal and Child care, including:**
  - Infant and pre-school consultations, vaccinations, diarrheal disease control, etc.,
  - Prenatal Consultations, and
  - Family Planning.
- **Curative care,**
- **Treatment of chronic diseases (leprosy, tuberculosis, diabetes, hypertension, etc.),**
- **Referral / counter referral role,**
- **Health promotion, including:**
  - Provision of potable water in sufficient quantity,
  - Hygiene and Sanitation
  - Information, education and communication (IEC) activities relative to the health priorities of the area.

The *SUB-DIVISIONAL HOSPITAL*

This level will play the role of referral and counter referral vis-à-vis the health centres and, as necessary the provincial hospital. It will likewise receive counter referrals from the provincial hospital.

The *SUB-DIVISIONAL HEALTH SERVICE*

The service shall have the following responsibilities:

- **The development of the Health District Action Plan**
- **Follow-up on the implementation of the said Action Plans**
- **Supervision of Health Areas**

2.2 FINANCING OF PRIMARY HEALTH CARE ACTIVITIES

This shall be accomplished through co-financing:

Non community financing through:

- National solidarity (public or state budget)
- International assistance (bilateral and multilateral cooperations, NGOs),*and*

Community financing through:

- Payment for services
- Purchase of essential drugs
- Human investment
- Gifts, bequests, etc.

Co-financing is aimed at rationalizing the complementary efforts of the Government in financing health care costs with those of individuals, families and the community, which are often relatively enormous.

Priority areas for non-community financing shall include training of personnel (scholarships, refresher courses, etc.), construction, equipment, payment of salaries, and the purchase of the initial stock of essential drugs.

Community financing shall be used first and foremost for the operation of health services.

2.3 ESSENTIAL DRUGS SHALL SERVE AS:

- **a means of mobilizing the community to ensure an increased but rational utilization of health services**
- **a mechanism for generating financial resources**
- **a component of health care delivery**

The policy towards essential drugs will continue to be developed and its application rigorously followed. The role of the Ministry of Public Health in this case shall be to ensure that essential drugs are available throughout the country and that they are economically accessible to the majority of Cameroonians.

DECISION MAKING AND INFORMATION

3.1 MANAGEMENT

Non-community financing shall be managed either in accordance with the public and administrative laws and regulations in force or following management procedures recommended by project sponsors (NGOs, religious groups in collaboration with the Ministry of Public Health, etc.)

Community financing shall be managed in a decentralized manner according to local health action plans, National Health Policy, and the consensus of both partners.

Including both partners in management is the foundation for co-management and is a way to stimulate:

- Dialogue between the two partners (health services and the community)
- A continuous, dynamic and constructive exchange resulting in the rational use of available resources in accordance with the expressed and actual needs of each partner.

3.2 SUPERVISION AND THE NATIONAL HEALTH MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM

The process of implementing Primary Health Care according to our National Health Policy is dependent on two supports: Supervision and the National Health Management Information System.

Supervision of the Provinces will be done by the central level, and the Districts by the Divisions. This shall be conducted in close collaboration (during an initial five years) with the means to do so being made available as a priority.

The establishment of a National Health Information System oriented towards management issues must be linked to the implementation of the Reorientation of Primary Health Care in Cameroon.

THE SOCIAL / HUMAN SUB-SYSTEM

The development of this sub-system shall be accomplished through the establishment of dialogue structures including Sub-Divisional Health Committees, and Provincial Special Funds for Health with their respective management committees.

It should be noted here that the endorsement of community knowledge and technical know-how has the effect of enhancing:

- **Human development**
- **Community self reliance and growth which are important components of socio-economic development.**

Particular attention shall likewise be paid to professional training of personnel in public health and national priority health concerns.

Le Ministre de la Santé Publique

25 MAI 1993

République du Cameroun
Republic of Cameroon
Ministère de la Santé Publique
Ministry of Public Health

Pr. Joseph MBEDE

En 1978, à ALMA-ATA en URSS, les Gouvernements de l'OMS s'étaient fixés l'objectif social d'amener en l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. C'est l'objectif social connu sous le slogan "Santé Pour Tous en l'an 2000".

Cet engagement supposait que seul un peuple en bonne santé peut contribuer efficacement au développement socio-économique de son pays et en bénéficier. En d'autres termes, il n'est pas possible d'envisager le développement socio-économique d'un pays sans que la grande majorité de son peuple ne soit en bonne santé.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET STRUCTURELLE

1.1. *La Réorientation des Soins de Santé Primaires* ne constitue pas un programme mais plutôt une REORIENTATION de notre Système National de Santé vers l'objectif social "Santé Pour Tous".

Dans ce CONCEPT, les principes ci-après cités constituent les éléments de base; il s'agit de:

- La Participation de la communauté dans le but d'une Auto-responsabilisation de celle-ci vis-à-vis de ses problèmes de santé,
- La Mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé,
- Le Respect des droits de l'Homme, comme celui d'être informé et celui de l'Intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

1.2 *La Réorientation de nos Services de Santé* doit viser à enforcer le Système de Santé de District, c'est-à-dire organiser nos Services de Santé d'Arrondissement en un système de santé bien intégré au Comité de Développement local, recevant l'appui technique et administratif des échelons départemental et provincial y compris l'Hôpital Provincial, enfin l'appui stratégique des Services Centraux et formations sanitaires du 3e échelon. **

1.3 *Le District Santé* est composé de:

- La communauté avec son Comité de Santé qui représentera en fait les Comités de Santé Intervillage (autour du Centre de Santé). Le Comité de Santé est un Sous-Comité du Comité de Développement de l'Arrondissement
- Tous les Centres de Santé et Dispensaires implantés dans l'Arrondissement, chacun étant chargé de la prestation des Soins Intégrés, Continus et Globaux àune communauté bien définie dans une zone géographique précise dénommée *AIRE DE SANTE*. En zone urbaine le dispensaire joue le rôle de Centre de Santé.
- L'Hôpital d'Arrondissement qui sert d'Hôpital de Référence pour les Centres de Santé.
- Le Service de Santé d'Arrondissement.

** Tout arrondissement ne pouvant répondre aux critères d'opérationnalité d'un District Santé, nous serons parfois amenés à réunir dans un même District Santé 1,2, ou 3 arrondissements.

LE SOUS SYSTEME TECHNICO ECONOMIQUE

2.1. Organisation Technique

LE DISTRICT DE SANTE

Le *CENTRE DE SANTE* constitue le lieu privilégié pour ce qui est de la création de l'INTERFACE entre la Communauté et les Services de Santé.

C'est ici que doivent être prodigués les Soins Globaux, Continus et Intégrés.

Le paquet minimum que l'on doit forcément retrouver au niveau du Centre de Santé est consitué par:

- **La Santé de la Mère et de l'Enfant y compris la planification familiale**
  - Consultations Nourrissons et pré scolaires (CN/CPS); Vaccinations, Maladies Diarrhéiques, etc.
  - Consultations Prénatales (CPN)
  - Consultations de Planification Familiale
- **La Consultation Curative**
- **La Consultation des CHRONIQUES (Lèpre, Tuberculose, Diabète, Hypertension Artérielle, etc.)**
- **La Référence/contre Référence**
- **La Promotion de la Santé**
  - Approvisionnement en eau potable en quantité suffisante
  - Hygiène et Assainissement
  - Information, Education, Communication relatives à l'ensemble des prioritaires de Santé

L'HOPITAL D'ARRONDISSEMENT

Il jouera essentiellement le rôle de Référence/contre Référence vis-à-vis de ses Centres de Santé d'une part, d'autre part il refère certains cas si nécessaires à l'Hôpital Provincial dont il recevra également les contre Références.

***LE SERVICE DE SANTE D'ARRONDISSEMENT* aura pour rôles:**

- **l'élaboration du Plan d'Action Sanitaire du District**
- **Le suivi de l'exécution de ce plan d'action**
- **la supervision des Aires de Santé.**

2.2. *Le financement des Activités des SSP*

Il doit se faire à travers le cofinancement c'est-à-dire:

- **Le Financement non communautaire réalisé à travers:**
  - la solidarité nationale (Budget Public)
  - la solidarité internationale (coopération bilatérale, multilatérale, ONG)

et

- **Le Financement communautaire:**
  - payement pour les services
  - achat des médicaments essentiels
  - investissement humain
  - dons, legs, etc.

Le cofinancement vise à rationnaliser la complémentarité entre les efforts du Gouvernement en matière de financement des soins de santé et ceux souvent aussi énormes des individus, familles et communautés.

Le Financement NON-Communautaire sera dirigé en priorité à la Formation du Personnel (bourses, perfectionnement etc.), aux constructions, à l'équipement et à la prise en charge des salaires ainsi qu'à l'achat du stock initial de médicaments essentiels génériques.

Le financement communautaire sera utilisé surtout pour le fonctionnement des Services de Santé.

2.3. *Les médicaments essentiels devant servir:*

- **d'objet de mobilisation de la communauté pour une utilisation accrue mais rationnelle des Services de Santé**
- **d'outils de génération des ressources financières**
- **de support en matière de prestation des soins.**

La politique des médicaments essentiels génériques sera mieux développée et son application de plus en plus de rigueur. Le rôle du Ministère de la Santé Publique ici consistera à rechercher en permanence d'assurer la bonne qualité des médicaments essentiels génériques consommés sur l'ensemble du territoire du Cameroun et de veiller en permanence à ce que ceux-ci restent économiquement accessibles aux plus de Camerounais possibles.

LE SOUS SYSTEME PRISE DE DECISION/INFORMATION

3.1. *La Gestion*

La Gestion du Financement NON-Communautaire se fera soit suivant la Gestion Administrative Publique en vigueur soit suivant la Gestion pronée par le promoteur du projet (ONG, Confession Religieuse et le MSP).

La Gestion du Financement Communautaire se fera de manière décentralisée suivant le Plan d'Action Sanitaire local et conforme à la Politique Nationale de Santé d'une part et d'autre part sur la base du concensus entre les 2 partenaires.

L'implication des 2 partenaires à la gestion constitue la cogestion qui est un moyen sûr pour stimuler:

- Le dialogue entre les 2 partenaires (Services de Santé et communauté),
- Une dynamique dialectique continuelle devant aboutir à l'utilisation rationnelle des moyens disponibles compte tenu de l'acceptabilité émotionnelle et rationnelle de chaque partie.

3.2. *La Supervision et le Système national d'Informations Sanitaires/Gestion*

Le succès de la mise en oeuvre des SSP conformément à notre Politique Nationale de Santé repose sur 2 Supports: La Supervision et le Système National d'Informations Sanitaires/Gestion.

La Supervision de la Province par les Services Centraux, des Districts Santé par le Département en collaboration étroite au cours des 5 premières années et les moyens pour ce faire doivent être mobilisés en priorité.

La mise sur pied d'un système national d'informations sanitaires orientée vers la Gestion doit accompagner la mise en oeuvre de la Réorientation des SSP au Cameroun.

LE SOUS SYSTEME SOCIAL/HOMME

Le développement de ce sous-système se fera à travers la mise sur pied et le fonctionnement des structures de dialogue que sont les Comités de Santé d'Arrondissement (COSAAR), le Fonds Provincial Spécial pour la Santé ainsi que de leurs Comités respectifs de Gestion.

Il faut noter ici que la valorisation des connaissances et du savoir faire des membres de la communauté favorisera:

- **la promotion humaine**
- **la libération et un épanouissement de la communauté, éléments très importants du développement socio-économique.**

Un accent particulier sera également mis sur la Formation du Personnel en matière de Santé Publique et des Programmes Prioritaires de Santé.

Le Ministre de la Santé Publique

25 MAI 1993

République du Cameroun
Republic of Cameroon
Ministère de la Santé Publique
Ministry of Public Health

Pr. Joseph MBEDE