

PROJECT GRANT AGREEMENT
BETWEEN
THE REPUBLIC OF CAMEROON
AND
THE UNITED STATES OF AMERICA
ACTING THROUGH THE AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT (A.I.D.)

FOR

MATERNAL CHILD HEALTH/CHILD SURVIVAL II

DATED: 29 JUL. 1993

A.I.D. Project No. 631-0090

Article 1. The Agreement

The purpose of this agreement is to set out the understandings of the Parties named above ("Parties") with respect to the undertaking by the Grantee of the project described below, and with respect to the financing of the project by the Parties.

Article 2. The Project

Section 2.1. Definition of Project. The Project, which is further described in Annex I, is a continuation and further development of the Maternal Child Health/Child Survival (MCH/CS) I Project. The purpose of the MCH/CS II Project is to assist the Grantee to implement a participatory and financially sustainable community primary health care (PHC) program in the Adamaoua and South Provinces, and in Mayo Danay, Mayo Kani, Mayo Tsanaga, and Mayo Sava Divisions of the Far North Province. This PHC program will be based on the following principles: the development of functional health districts to coordinate and supervise the provision of effective, efficient, and comprehensive PHC services in health facilities; the initiation of cost recovery programs at all health facilities to finance the resupply of essential drugs and other recurrent costs of delivering PHC; and improved interaction of health

ACCORD DE SUBVENTION
ENTRE
LA REPUBLIQUE DU CAMEROUN
ET
LES ETATS-UNIS D'AMERIQUE
AGISSANT PAR L'INTERMEDIAIRE DE
L'AGENCE POUR LE DEVELOPPEMENT
INTERNATIONAL (A.I.D.)

PORTANT SUR LE PROJET

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE/
SURVIE DE L'ENFANT (PHASE II)

DATE : 29 JUIL 1993

No du Projet à l'A.I.D. : 631-0090

Article 1 : L'Accord

Le but du présent Accord est de définir les termes de l'entente entre les Parties susmentionnées ("Parties") en ce qui concerne la mise en oeuvre, par le Bénéficiaire, du Projet décrit ci-dessous, et en ce qui concerne le financement du Projet par les Parties.

Article 2 : Le Projet

Section 2.1 : Définition du Projet. Le Projet, qui est décrit plus en détail en annexe I, fait suite au projet "Santé Maternelle et Infantile/Survie de l'Enfant" - Phase I (SMI/SE I), qu'il développe de manière plus approfondie. Le projet SMI/SE II aidera le Bénéficiaire à mettre en oeuvre un programme de soins de santé primaire (SSP) financièrement viable et à participation communautaire dans les provinces de l'Adamaoua et du Sud, ainsi que dans les départements du Mayo Danay, du Mayo Kani, du Mayo Tsanaga et du Mayo Sava dans la Province de l'Extrême-Nord. Ce programme de SSP sera fondé sur les principes ci-après : la création de districts sanitaires fonctionnels pour coordonner et superviser la fourniture de prestations effectives, efficaces et complètes de SSP dans les structures sanitaires; l'initiation de programmes de recouvrement des coûts dans toutes les structures sanitaires pour financer le réapprovisionnement en médicaments

Project No. 631-0090

personnel and local communities to assure the success of the program. The total resources to be granted by A.I.D. during the life of the project are estimated to be Eighteen Million United States Dollars (US \$18,000,000). A total of Five Million United States Dollars (US \$5,000,000) is provided to the Grantee under the terms and conditions of this agreement.

The project will consist of nine components: (1) health districts and provincial structures; (2) health coverage and services expansion; (3) pharmaceutical supply and distribution system; (4) cost recovery; (5) health management information system; (6) information, education, and communication; (7) community participation; (8) operations research; and (9) training. The project will finance technical assistance, commodities, training, minor renovations of health facilities, and evaluation activities. Annex I, attached, amplifies the above definition of the project. Within the limits of the above definition of the project, elements of the amplified description stated in Annex I, including the attached financial plan, may be changed by written agreement of authorized representatives of the Parties named in Section 8.2, without formal amendment of this agreement.

Section 2.2. Incremental Nature of the Project

(a) A.I.D.'s contribution to the project will be provided in increments, the initial one being made available in accordance with section 3.1. of this agreement. Subsequent increments will be subject to the availability of funds

essentiels et couvrir d'autres coûts récurrents des prestations de SSP; et l'amélioration des rapports de collaboration entre le personnel médical et les communautés locales pour garantir le succès du programme. Le montant total des ressources devant être fournies par l'A.I.D. pendant la durée du Projet est estimé à dix-huit millions de dollars américains (18 000 000 de dollars US). Un montant total de cinq millions de dollars américains (5 000 000 dollars US) sera fourni au Bénéficiaire conformément aux termes et conditions du présent Accord.

Le projet comportera neuf volets : (1) districts sanitaires et structures provinciales; (2) extension de la couverture sanitaire et des prestations de soins; (3) système d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques; (4) recouvrement des coûts; (5) système de gestion de l'information sanitaire; (6) information, éducation et communication; (7) participation communautaire; (8) recherche opérationnelle et (9) formation. Le Projet financera l'assistance technique, l'approvisionnement en biens et produits, la formation, des activités mineures de réfection des structures sanitaires et des activités d'évaluation. L'annexe I ci-jointe décrit en détail le Projet tel que défini plus haut. Dans les limites de la définition ci-dessus, les éléments de la description détaillée figurant en Annexe I, y compris le plan financier ci-joint, pourront être modifiés par accord écrit des représentants autorisés des Parties, tels que désignés à la Section 8.2, sans qu'un amendement officiel du présent Accord soit nécessaire.

Section 2.2 : Financement du Projet par tranches

(a) La contribution de l'A.I.D. au Projet se fera par tranches, dont la première sera fournie conformément à la section 3.1. du présent Accord. Les tranches ultérieures de financement seront fonction de la disponibilité des fonds à

to A.I.D. for this purpose and to the mutual agreement of the parties, at the time of each subsequent increment, to proceed.

(b) Within the overall project assistance completion date stated in this agreement, A.I.D., based upon consultation with the Grantee, may specify, in project implementation letters, appropriate time periods for the utilization of funds granted by A.I.D. under an individual increment of assistance.

Article 3. Financing

Section 3.1. The Grant: To assist the Grantee to meet the costs of carrying out the project, A.I.D., pursuant to the Foreign Assistance Act of 1961, as amended, agrees to grant the grantee under the terms of this agreement not to exceed Five Million United States Dollars (US \$5,000,000).

The Grant may be used to finance foreign exchange costs, as defined in Section 6.1, and local currency costs, as defined in Section 6.2, of goods and services required for the Project.

Section 3.2. Grantee Resources for the Project

(a) The Grantee agrees to provide or cause to be provided for the project all funds, in addition to the Grant, and all other resources required to carry out the project effectively and in a timely manner.

(b) The resources provided by the grantee for the project will be not less than the equivalent of U.S. \$12,012,000, including costs borne on an "in-kind" basis.

l'A.I.D. à cet effet, et de l'accord-mutuel des Parties, à la date de déboursement de chacune de ces tranches.

(b) Dans les délais de la Date d'Expiration de l'Assistance au Projet stipulée au présent Accord, l'A.I.D. pourra, après consultation du Bénéficiaire, préciser dans des Lettres d'Exécution de Projet les périodes spécifiques d'utilisation des fonds fournis par l'A.I.D. au titre d'une tranche particulière de fonds.

Article 3 : Financement

Section 3.1 : La Subvention. Pour aider le Bénéficiaire à faire face aux coûts du Projet, l'A.I.D., en conformité avec la loi sur l'Aide aux Nations Etrangères de 1961, telle qu'amendée, convient d'octroyer au Bénéficiaire, aux termes du présent Accord, un montant maximum de cinq millions dollars américains (5 000 000 de dollars US).

La Subvention pourra servir à financer les dépenses en devises indiquées à la section 6.1 et les dépenses en monnaie locale indiquées à la section 6.2, pour les biens et services nécessaires au projet.

Section 3.2 : Contribution du Bénéficiaire au Projet

(a) Le Bénéficiaire convient de fournir ou de faire fournir au Projet, en temps opportun, tous les fonds, en sus de la Subvention, et toutes les autres ressources nécessaires à la mise en oeuvre efficace du projet.

(b) La contribution du Bénéficiaire au Projet ne sera pas inférieure à l'équivalent de 12 012 000 dollars, y compris les ressources fournies en nature.

Project No. 631-0090

Section 3.3. Project Assistance Completion Date.

(a) The Project Assistance Completion Date ("PACD"), which is December 31, 1997, or such other date as the Parties may agree to in writing, is the date by which the Parties estimate that all services financed under the Grant will have been performed and all goods financed under the Grant will have been furnished for the project as contemplated in this Agreement.

(b) Except as A.I.D. may otherwise agree in writing, A.I.D. will not issue or approve documentation which would authorize disbursement of the Grant for services performed subsequent to the PACD or for goods furnished for the project, as contemplated in this agreement, subsequent to the PACD.

(c) Requests for disbursement, accompanied by necessary supporting documentation prescribed in project implementation letters, are to be received by A.I.D. or any bank described in Section 7.1. no later than nine (9) months following the PACD, or such other period as A.I.D. agrees to in writing. After such period, A.I.D. by giving notice in writing to the Grantee, may at any time or times reduce the amount of the grant by all or any part thereof for which requests for disbursement, accompanied by necessary supporting documentation prescribed in project implementation letters, were not received before the expiration of said period.

Article 4. Conditions Precedent to Disbursement

Article 4.1. First Disbursement. Prior to the first disbursement under the Grant, or to the issuance by A.I.D. of documentation pursuant to which disbursement will be made, the Grantee will, except as the Parties may otherwise agree in writing,

Section 3.3 : Date d'Expiration de l'Assistance au Projet

(1) La "Date d'Expiration de l'Assistance au Projet", fixée au 31 décembre 1997 ou à toute autre date à laquelle les Parties pourraient convenir par écrit, est la date à laquelle les Parties estiment que tous les services financés dans le cadre de la Subvention auront été accomplis et tous les biens financés dans le cadre de la Subvention fournis au Projet, tel que prévu au présent Accord.

(b) A moins que l'A.I.D. n'en convienne autrement par écrit, l'A.I.D. ne pourra émettre ou approuver de documents autorisant le déboursement de la Subvention pour des services accomplis ou des biens fournis, au titre du présent Accord, après la Date d'Expiration de l'Assistance au Projet.

(c) Les demandes de déboursement accompagnées des documents justificatifs stipulés dans les Lettres d'Exécution de Projet, devront parvenir à l'A.I.D. ou à toute banque indiquée à la section 7.1., au plus tard neuf (9) mois après la Date d'Expiration de l'Assistance au Projet, ou à toute autre date à laquelle l'A.I.D. aura convenu par écrit. Après cette date, l'A.I.D. pourra, par notification écrite au Bénéficiaire, réduire ou annuler à tout moment la Subvention concernée par les demandes de déboursement accompagnées des documents justificatifs stipulés dans les Lettres d'Exécution de Projet, qui n'auront pas été reçues à ladite date.

Article 4 : Conditions préalables aux déboursements

Article 4.1 : Premier déboursement. Avant le premier déboursement de la Subvention, ou avant l'émission par l'A.I.D. de documents autorisant le déboursement, le Bénéficiaire fournira à l'A.I.D., sauf si les Parties en conviennent autrement par

Project No. 631-0090

furnish to A.I.D. in form and substance satisfactory to A.I.D.:

A statement of the name of the person holding or acting in the office of the Grantee specified in section 8.2., and of any additional representatives, together with a specimen signature of each person specified in such statement.

Section 4.2. Disbursement for Health District Hospitals or Health District Offices. Prior to the disbursement of funds for support of health district hospitals or health district offices, or to the issuance by A.I.D. of documentation pursuant to which disbursement will be made, the Grantee will provide, in form and substance satisfactory to A.I.D., evidence that the following actions have been completed:

(a) The delimitation of health districts for the entire project-assisted area has been completed and has been approved by the MOPH; and

(b) district hospitals in project-assisted areas have been granted special authorization to retain 50% of the fees which they generate from the provision of services at the hospitals.

Section 4.3. Distribution of Project-Purchased Commodities to Health District Offices. Prior to the distribution of project-purchased commodities to a specific health district office, the Grantee shall provide the minimum designated personnel to staff the health district office based on standards developed by the Grantee for a functional health district team.

écrit, les éléments suivant donnant satisfaction à l'A.I.D. quant au fond et à la forme :

une déclaration contenant le nom de la personne titulaire ou assurant l'intérim du poste administratif indiqué à la section 8.2., et ceux de tous autres représentants, ainsi qu'un spécimen de signature de chacune des personnes mentionnées dans ladite déclaration.

Section 4.2 : Déboursement pour les hôpitaux ou les services de districts sanitaires. Avant le déboursement de fonds pour les hôpitaux et les services de districts sanitaires ou avant l'émission par l'A.I.D. de documents autorisant le déboursement, le Bénéficiaire fournira à l'A.I.D. des preuves donnant satisfaction à l'A.I.D. quant au fond et à la forme, que les mesures suivantes ont été prises :

(a) délimitation des districts sanitaires dans l'ensemble des zones couvertes par le Projet et approbation de cette délimitation par le Ministère de la Santé Publique; et

(b) octroi aux hôpitaux de districts sanitaires, dans les zones couvertes par le Projet, d'une autorisation spéciale de conserver 50 % des ressources générées par le biais des prestations de soins de santé dans les hôpitaux.

Section 4.3 : Distribution des biens et produits aux services de districts sanitaires au titre du Projet. Avant l'attribution, à un service particulier de district sanitaire, des biens et produits achetés au titre du Projet, le Bénéficiaire devra fournir le personnel minimum requis pour les services de districts sanitaires, sur la base des normes élaborées par le Bénéficiaire pour une équipe de district sanitaire fonctionnelle.

Project No. 631-0090

Section 4.4. Notification. When A.I.D. has determined that the condition precedent specified in Section 4.1 has been met, it will notify the Grantee.

Section 4.5. Terminal Dates for Conditions Precedent. If the condition specified in Section 4.1. has not been met within six months from the date of this agreement, or such later date as the Parties may agree to in writing, A.I.D., at its option, may terminate this agreement by written notice to the Grantee. If all of the conditions specified in Section 4.2 have not been met by December 31, 1994, or such later date as the Parties may agree to in writing, A.I.D., at its option, may terminate this agreement by written notice to the Grantee.

Article 5. Special Covenants

Section 5.1. Non-Governmental Organizations (NGOs). The Grantee agrees to negotiate at least one agreement with an NGO for the collaborative management of a health district, and at least one agreement with an NGO for the collaborative management of a health center zone in the project-assisted area.

Section 5.2. Provincial Health Funds. The Grantee agrees to approve the statutes and periodic review process for the organization and administration of community-managed provincial health funds.

Section 5.3. Procurement of Essential Medicines. The Grantee agrees that during the life of project the project-assisted provinces shall maintain their authority to competitively procure low-cost,

Section 4.4 : Notification. Dès que l'A.I.D. aura déterminé que les conditions préalables spécifiées à la section 4.1 ont été remplies, elle en notifiera le Bénéficiaire.

Section 4.5 : Dates limites de satisfaction des conditions préalables. Si la condition stipulée à la section 4.1. n'a pas été remplie dans les six mois qui suivent la date du présent Accord ou à toute autre date ultérieure à laquelle les Parties pourraient convenir par écrit, l'A.I.D., à sa discrétion, pourra résilier le présent Accord par notification écrite au Bénéficiaire. Si toutes les conditions préalables stipulées à la Section 4.2 n'ont pas été remplies au 31 décembre 1994 ou à toute autre date ultérieure à laquelle les Parties pourraient convenir par écrit, l'A.I.D., à sa discrétion, pourra résilier le présent Accord par notification écrite au Bénéficiaire.

Article 5 : Dispositions spéciales

Section 5.1 : Organisations Non-Gouvernementales (ONG). Le Bénéficiaire convient de négocier au moins un accord avec une ONG pour la gestion en collaboration d'un district sanitaire, et au moins un accord avec une ONG pour la gestion en collaboration d'un centre de santé dans les régions couvertes par le Projet.

Section 5.2 : Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé. Le Bénéficiaire convient d'approuver les textes organiques et la procédure périodique d'examen devant permettre l'organisation et l'administration des Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé gérés par les communautés.

Section 5.3 : Approvisionnement en médicaments essentiels. Le Bénéficiaire convient que pendant la durée du Projet, les provinces couvertes par le Projet conserveront le droit de s'approvisionner

Project No. 631-0090

generic, medicines through either domestic or international sources.

Section 5.4 Vaccines. The Grantee agrees to make funds available from MOPH budgetary credits to procure vaccines in amount equal to the total provided by USAID funds (\$235,000) within two years of the date of this agreement.

Section 5.5. Taxation. The Grant will be free from any taxation or fees imposed under the laws in effect in the Republic of Cameroon.

Section 5.6. Prohibited Uses. The Grant will not be used to finance military, paramilitary or police requirements of any kind, including training or the procurement of commodities or services to be used by the military or police, or to pay the principal or interest on loans to the military or police.

Section 5.7. Project Evaluation. The Parties agree to establish an evaluation program as part of the project. Except as the parties may otherwise agree in writing, the program will include the following during the implementation of the project and at one or more points thereafter:

(a) Evaluation of progress toward attainment of the objectives of the project;

(b) Identification and evaluation of problem areas or constraints which may inhibit such attainment;

en médicaments, sans spécification de fabricant, à des coûts réduits et concurrentiels, auprès de sources nationales ou internationales.

Section 5.4 : Vaccins. Le Bénéficiaire convient de fournir sur le budget du MINSANTE, pour l'achat de vaccins et dans un délai de deux ans à compter de la date de signature du présent Accord, un montant de fonds équivalent au financement total fourni par l'USAID aux mêmes fins (235 000 dollars).

Section 5.5 : Impôts et taxes. La Subvention sera exonérée de tous impôts et taxes en vigueur en République du Cameroun.

Section 5.6 : Utilisations prohibées. La Subvention ne peut servir à financer des besoins militaires, paramilitaires ou de police de quelque nature que ce soit, y compris la formation, l'acquisition de biens ou de services à usage militaire ou de police, ou pour payer le principal ou l'intérêt de prêts accordés à l'armée ou à la police.

Section 5.7 : Evaluation du Projet. Les Parties conviennent de mettre en place un programme d'évaluation qui fera partie intégrante du Projet. Sauf si les Parties en conviennent autrement par écrit, le programme comportera, pendant toute la durée de mise en oeuvre du Projet et à un ou plusieurs moments par la suite :

(a) une évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Projet;

(b) la détermination et l'évaluation des problèmes et obstacles susceptibles d'entraver la réalisation de ces objectifs;

Project No. 631-0090

(c) Assessment of how such information may be used to help overcome such problems; and

(d) Evaluation, to the degree feasible, of the overall development impact of the project.

Article 6. Procurement Source

Section 6.1. Foreign Exchange Costs.

Disbursements pursuant to section 7.1 will be used exclusively to finance the costs of goods and services required for the project having, with respect to goods, their source and origin, and with respect to services, their nationality in countries included in code 935 of the A.I.D. geographic code book as in effect at the time orders are placed or contracts entered into for such goods or services ("Foreign exchange costs"), except as A.I.D. may otherwise agree in writing, and except as provided in the Project Grant Standard Provisions Annex, section C.1(B). Costs will be financed under the Grant only on vessels under flag registry of countries included in code 935, except as A.I.D. may otherwise agree in writing.

Section 6.2. Local Currency Costs.

Disbursements pursuant to section 7.2 will be used exclusively to finance the costs of goods and services required for the project having their source and, except as A.I.D. may otherwise agree in writing, their origin in the Republic of Cameroon ("Local Currency Costs").

Article 7. Disbursement

Section 7.1. Disbursement for Foreign Exchange Costs.

(a) After satisfaction of conditions precedent, the Grantee may obtain disbursements of funds under the Grant for the foreign exchange costs of goods or services required for the project in accordance with the terms of this

(c) la détermination de la manière dont ces renseignements pourraient être utilisés pour résoudre ces problèmes; et

(d) l'évaluation, autant que possible, de l'incidence générale du Projet sur le développement.

Article 6 : Source d'Approvisionnement

Section 6.1 : Dépenses en Devises. Les déboursments de fonds conformément à la Section 7.1. serviront exclusivement à financer, au titre du Projet, les dépenses en biens et services ayant leur source et leur origine dans les pays du code 935 du Code Géographique de l'A.I.D. tel qu'en vigueur à la date de placement des commandes ou de conclusion des marchés pour ces biens et services ("Dépenses en devises"), sauf si l'A.I.D. en convient autrement par écrit et, sous réserve des dispositions de la section C.1(B) de l'Annexe des Clauses Générales. Le transport par mer ne sera financé au titre de la Subvention que s'il est effectué par des navires battant pavillon de l'un des pays du code 935, sauf si l'A.I.D. en convient autrement par écrit.

Section 6.2 : Dépenses en Monnaie locale.

Les déboursments conformément à la Section 7.2. serviront exclusivement à financer, au titre du Projet, les dépenses en biens et services ayant leur source et, sauf si l'A.I.D. en convient autrement par écrit, leur origine en République du Cameroun ("Dépenses en Monnaie locale").

Article 7 : Déboursments

Section 7.1 : Déboursments pour les Dépenses en Devises

(a) Une fois les conditions préalables satisfaites, le Bénéficiaire pourra obtenir des déboursments de fonds au titre de la Subvention pour les dépenses en devises afférentes aux biens et services nécessaires au Projet,

Project No. 631-0090

agreement, by such of the following methods as may be mutually agreed upon:

(1) By submitting to A.I.D., with necessary supporting documentation as prescribed in project implementation letters (a) requests for reimbursement for such goods or services, or, (b) request for A.I.D. to procure commodities or services on the Grantee's behalf for the project; or

(2) By requesting A.I.D. to issue letters of commitment for specified amounts (a) to one or more U.S. banks satisfactory to A.I.D., committing A.I.D. to reimburse such bank or banks for payments made by them to contractors or suppliers, under letters of credit or otherwise, for such goods or services, or (b) directly to one or more contractors or suppliers, committing A.I.D. to pay such contractors or suppliers for such goods or services.

(b) Banking charges incurred by Grantee in connection with letters of commitment and letters of credit will be financed under the Grant unless the Grantee instructs A.I.D. to the contrary. Such other charges as the Parties may agree to may also be financed under the Grant.

Section 7.2. Disbursement for Local Currency Costs.

(a) After satisfaction of conditions precedent, the Grantee may obtain disbursements of funds under the Grant for local currency costs required for the project in accordance with the terms of

conformément aux dispositions du présent Accord, par l'une des méthodes suivantes, telle que convenue mutuellement :

(1) en soumettant à l'A.I.D., en même temps que les pièces justificatives requises dans les Lettres d'Exécution de projet, (a) des demandes de remboursement pour ces biens et services ou (b) des demandes pour que l'A.I.D. acquiert ces biens ou s'attache ces services au titre du Projet, pour le compte du Bénéficiaire; ou

(2) en demandant à l'A.I.D. d'émettre des lettres d'engagement pour des montants précis (a) en faveur d'une ou plusieurs banques américaines acceptables par l'A.I.D., lettres engageant l'A.I.D. à rembourser à cette ou ces banques les paiements effectués par elle(s) à des entrepreneurs ou fournisseurs dans le cadre de lettres de crédit ou autrement, pour ces biens ou services, ou (b) directement en faveur d'un ou plusieurs entrepreneurs ou fournisseurs, lettres engageant l'A.I.D. à payer ces entrepreneurs ou fournisseurs pour ces biens et services.

(b) Les frais bancaires encourus par le Bénéficiaire pour les lettres d'engagement ou de crédit seront financés sur la Subvention à moins que l'A.I.D. ne reçoive du Bénéficiaire des instructions contraires. D'autres frais dont les Parties pourraient convenir pourront également être financés sur la Subvention.

Section 7.2 : Déboursements pour les dépenses en monnaie locale

(a) Une fois les conditions préalables satisfaites, le Bénéficiaire pourra obtenir des déboursements de fonds, au titre de la subvention, pour le financement des coûts en monnaie locale nécessaires au Projet,

Project No. 631-0090

this agreement, by submitting to A.I.D. with necessary supporting documentation as prescribed in project implementation letters, requests to finance such costs.

(b) The local currency needed for such disbursements may be obtained:

(1) By acquisition by A.I.D. with U.S. dollars by purchase or from local currency already owned by the U.S. government; or

(2) By A.I.D. (a) requesting the Grantee to make available the local currency for such costs, and (b) thereafter making available to the Grantee, through the opening or amendment by A.I.D. of special letters of credit in favor of the grantee or its designee, an amount of U.S. dollars equivalent to the amount of local currency made available by the Grantee, which dollars will be utilized for procurement from the United States under appropriate procedures described in project implementation letters.

The U.S. dollar equivalent of the local currency made available hereunder will be, in the case of subsection (b)(1) above, the amount of U.S. dollars required by A.I.D. to obtain the local currency, and in the case of subsection (b)(2) above, an amount calculated at the rate of exchange specified in the applicable special letter of credit implementation memorandum hereunder as of the date of the opening or amendment of the applicable special letter of credit.

Section 7.3. Other forms of disbursement. Disbursements of the grant may also be made through such other means as the Parties may agree to in writing.

conformément aux termes du présent Accord, en soumettant à l'A.I.D., accompagnées des pièces justificatives stipulées par les Lettres d'Exécution de Projet, des demandes de financement de ces coûts.

(b) La monnaie locale nécessaire à ces déboursements peut être obtenue :

(1) par acquisition par l'A.I.D. dans le cadre d'un achat à l'aide de dollars US, ou en puisant dans la monnaie locale déjà détenue par le Gouvernement des Etats-Unis; ou

(2) (a) sur demande de l'A.I.D. au Bénéficiaire pour que ce dernier fournisse de la monnaie locale pour ces coûts, et (b) par la mise ultérieure à la disposition du Bénéficiaire, dans le cadre de l'ouverture ou de l'amendement de lettres spéciales de crédit, d'un montant de dollars US équivalent au montant de monnaie locale fourni par le Bénéficiaire. Ces dollars seront utilisés pour des achats aux Etats-Unis conformément aux procédures appropriées décrites dans les Lettres d'Exécution de Projet.

L'équivalent en dollars US de la monnaie locale fournie au titre du présent Accord sera, dans le cas de l'alinéa (b)(1) ci-dessus, le montant de dollars US requis par l'A.I.D. pour obtenir de la monnaie locale et, dans le cas de l'alinéa (b)(2) ci-dessus, un montant calculé au taux de change stipulé dans le memorandum d'exécution de la lettre spéciale de crédit, à la date d'ouverture ou d'amendement de la lettre spéciale de crédit concernée.

Section 7.3 : Autres formes de déboursement. Les déboursements de Subvention peuvent également être effectués par toutes autres voies auxquelles les Parties pourraient convenir par écrit.

Section 7.4. Rate of Exchange. Except as may be more specifically provided under Section 7.2, if funds provided under the Grant are introduced into the Republic of Cameroon by A.I.D. or any public or private agency for the purpose of carrying out obligations of A.I.D. hereunder, the Grantee will make such arrangements as may be necessary so that such funds may be converted into currency of the Republic of Cameroon at the highest rate of exchange which, at the time the conversion is made, is not unlawful in the Republic of Cameroon.

Article 8. Miscellaneous

Section 8.1. Communications. Any notice, request, document, or other communication submitted by either party to the other under this agreement will be in writing or by telegram or cable, and will be deemed duly given or sent when delivered to such party at the following address:

To the Grantee:

Mail Address:

Director of Preventive and Rural Health
Ministry of Public Health
Yaounde, Cameroon

To A.I.D.

Director
USAID
B.P. 817
Yaounde, Cameroon

All such communications will be in English or French, unless the Parties otherwise agree in writing. Other addresses may be substituted for the above upon the giving of notice.

Section 7.4. : Taux de Change. Sauf dispositions plus spécifiques à la Section 7.2., si les fonds fournis dans le cadre de la Subvention sont introduits en République du Cameroun par l'A.I.D. ou tout autre organisme public ou privé dans le but d'exécuter les obligations de l'A.I.D. au titre du présent Accord, le Bénéficiaire prendra toutes les mesures nécessaires pour que ces fonds soient convertis en monnaie de la République du Cameroun au taux de change le plus élevé qui ne soit pas illégal en République du Cameroun à la date où la conversion est faite.

Article 8 : Divers

Section 8.1 : Communications. Tout avis, demande, document ou autre communication à délivrer à l'une des Parties par l'autre Partie dans le cadre du présent Accord devra être transmis par écrit, par télégramme ou câblogramme, et sera réputé avoir été dûment remis ou envoyé s'il a été délivré à la Partie en question à l'adresse suivante :

Pour le Bénéficiaire :

Adresse postale :

Le Directeur de la Médecine
Préventive et Rurale
Ministère de la Santé Publique
Yaoundé, Cameroun

Pour l'A.I.D. :

Le Directeur de l'USAID
B.P. 817
Yaoundé, Cameroun

Toutes ces communications devront être rédigées en anglais ou en français, à moins que les Parties n'en conviennent autrement par écrit. D'autres adresses peuvent être substituées à celles mentionnées ci-dessus, sous réserve qu'elles soient dûment notifiées.

Project No. 631-0090

Section 8.2. Representatives. For all purposes relevant to this agreement, the Grantee will be represented by the individual holding or acting in the office of Director of Preventive and Rural Health, Ministry of Public Health, and A.I.D. will be represented by the individual holding or acting in the office of A.I.D. Mission Director, USAID/Cameroon, each of whom, by written notice, may designate additional representatives for all purposes other than exercising the power under Section 2.1 to revise elements of the amplified description in Annex I. The names of the representatives of the Grantee, with specimen signatures, will be provided to A.I.D., which may accept as duly authorized any instrument signed by such representatives in the implementation of this agreement, until receipt of written notice of revocation of their authority.

Section 8.3. Standard provisions Annex. A Project Grant Standard Provisions Annex (Annex II) is attached to and forms part of this agreement.

Section 8.4. Language of Agreement. This agreement is prepared in both English and French. In the event of ambiguity or conflict between the two versions, the English language version will control.

Section 8.5. Disclaimer of Liability. A.I.D. assumes no liability for actions or liabilities of the Grantee or any other individuals or entities associated with the Grant, or any activities conducted pursuant to the Grant, including third party claims.

Section 8.2 : Représentants. Pour tout ce qui concerne le présent Accord, le Bénéficiaire sera représenté par la personne titulaire du poste de Directeur de la Médecine Préventive et Rurale au Ministère de la Santé Publique, ou assurant son intérim, et l'A.I.D. par la personne titulaire du poste de Directeur de l'USAID/Cameroun ou assurant son intérim, chacun d'eux pouvant désigner par écrit des représentants supplémentaires à toutes fins autres que celles d'exercer le pouvoir accordé à la section 2.1. de modifier les éléments de la description détaillée du Projet figurant en Annexe I. Les noms des représentants du Bénéficiaire, accompagnés de spécimens de leurs signatures, seront fournis à l'A.I.D. qui pourra accepter comme dûment autorisé tout document signé par ces représentants, jusqu'à réception d'une notification écrite portant révocation de leurs pouvoirs.

Section 8.3 : Annexe des Clauses Générales. Une annexe des clauses générales de la Subvention (Annexe II) est jointe au présent Accord et en fait partie intégrante.

Section 8.4 : Langues de l'Accord. Le présent Accord est rédigé en français et en anglais. En cas d'ambiguïté ou de désaccord entre les deux versions, la version anglaise fera foi.

Section 8.5 : Deni de Responsabilité. L'A.I.D. ne peut assumer la responsabilité des actions ou des engagements du bénéficiaire ou de toute autre personne ou entité, y compris envers des tiers, au titre de la subvention ou de toute activité y afférent.

Project No. 631-0090

IN WITNESS WHEREOF, the Grantee and the United States of America, each acting through its duly authorized representative, have caused this agreement to be signed in their names and delivered as of the day and year first above written.

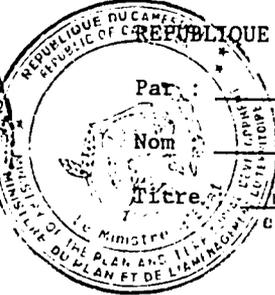
EN FOI DE QUOI, le Bénéficiaire et les Etats-Unis d'Amérique, agissant chacun par l'intermédiaire de son représentant dûment mandaté, ont fait établir et signer le présent Accord en bonne et due forme en vertu des pouvoirs dûment conférés à cet effet, à la date indiquée en premier lieu ci-dessus.

UNITED STATES OF AMERICA

By: *P. B.*

Name: _____

Title: _____



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Par: *[Signature]*

Nom

Titre

A. F. KODJOCK

Le Ministre d'Etat Chargé du Plan et de l'Aménagement Economique

ANNEX I

**AMPLIFIED PROJECT DESCRIPTION
MATERNAL CHILD HEALTH/
CHILD SURVIVAL II**

PROJECT NO. 631-0090

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

AD LUCEM	Catholic Health Services Foundation
A.I.D	U.S. Agency for International Development
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIDSTECH	AIDS Technical Support (AID/W project)
AID/W	Agency for International Development/Washington
ARI	Acute Respiratory Infections
BCG	Vaccine for Tuberculosis
CAPP	Provincial Pharmaceutical Supply Center
CDD	Control of Diarrheal Diseases
CDSS	Country Development Strategy Statement
CIAME	Center for the Procurement of Essential Medicines
CIM	Belgian Primary Health Care Project
CMR	Child Mortality Rate
COGE	Management Committee
COSA	Health Committee
COSADI	Health District Committee
CSM	Cameroon Social Marketing Program
CS	Health Center
CUSS	Cameroon University Center for Health Sciences
DFA	Development Fund for Africa
DFMH	Directorate of Family and Mental Health
DHS	Demographic and Health Surveys (R&D/POP Project)
DMPR	Directorate of Preventive Medicine and Rural Health
DPT	Diphtheria, Pertussis, and Tetanus Immunization
EC	European Community
EHRD	Education and Human Resources Development Office of USAID
FAA	Foreign Assistance Act
FCFA	Franc de la Cooperation Financière en Afrique Centrale (Cameroon currency)
FEMEC	Federation of Evangelical Missions in Cameroon
FSPS	Provincial Health Fund
GDP	Gross Domestic Product
GRC	Government of the Republic of Cameroon
GTZ	German Technical Cooperation
HA	Health Area
HCRP	Health Constraints to Rural Production Project
HIV	Human Immuno-Deficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HP	Health and Population (office in USAID)

IEC	Information, Education, and Communication
IEE	Initial Environmental Examination
IMF	International Monetary Fund
LOP	Life of Project Funding
MAR	Monthly Activity Report
MCH	Maternal Child Health
MCH/CS	Maternal Child Health/Child Survival Project
MCH/CS II	Maternal Child Health/Child Survival II Project
MOPH	Ministry of Public Health
NACS	National AIDS Control Service
NFHP	National Family Health Project
NGO	Non-Governmental Organization
ONAPHARM	National Office of Pharmaceuticals
OR	Operations Research
ORT	Oral Rehydration Therapy
PACD	Project Assistance Completion Date
PCV	Peace Corps Volunteer
PHC	Primary Health Care
PHD	Provincial Health Delegate
PID	Project Identification Document
PP	Project Paper
PRITECH	AID/W Primary Health Care Technology Project
PVO	Private Voluntary Organization
R&D/POP	Office of Population, AID/W
R&D/HEALTH	Office of Health, AID/W
RHDS	Reform of the Health Delivery System Project
RPHC	MOPH Reorientation of Primary Health Care Policy
SAP	Structural Adjustment Program
SAVE	Save the Children
TA	Technical Assistance
TAACS	Technical Advisor in AIDS and Child Survival
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	United States Agency for International Development Mission to Cameroon, also abbreviated as USAID/Cameroon
USG	United States Government
WHO	World Health Organization

I. Project Goal and Purpose:

The Project Goal is to contribute to the improvement of the health status of the people of Cameroon, particularly women and children.

The Project Purpose is to increase the accessibility and utilization of financially sustainable, effective, and efficient primary health care (PHC) in health districts of the South and Adamaoua Provinces and four divisions of the Far North Province.

II. Expected Achievements:

The conditions which are expected to exist at the end of the project are as follows:

- 180 health centers in 27 health districts will be providing comprehensive PHC services, thereby increasing the health coverage from 34 to 70 percent in the project areas.
- Utilization of health centers will be increased from less than 15 to at least 20 percent as expressed by the number of new cases per year as a proportion of the catchment population of assisted health center areas.
- There will be 60% vaccination coverage for measles and DPT III vaccines for children in targeted health center areas.
- 50% of pregnant women in the targeted health center areas will be making at least 3 pre-natal consultations during their pregnancy.
- There will be a 50% vaccination coverage for tetanus toxoid for women of reproductive age in targeted health center areas.
- 80% of children presented for treatment of diarrhea at targeted health centers will be treated according to the guidelines of the national control of diarrheal disease program.
- All project-assisted health districts will have delimited health areas, functional district health and management committees, and written action plans.
- No more than 20 percent of health centers will be reporting outages of any of the five most frequently used medicines in a one-year period.
- Cost recovery revenues will be covering recurrent costs (other than GRC salaries) in 75 percent of health centers.

- Collaboration between existing Cameroonian non-governmental organizations (NGOs) will be effective with four districts managed by an NGO and at least 2 health areas per province based on an NGO facility.

III. Project Strategy:

The Maternal Child Health/Child Survival (MCH/CS) Project will implement the Ministry of Public Health's Reorientation of Primary Health Care (RPHC) program in the Adamaoua and South Provinces and four divisions of the Far North Province.

The RPHC calls for:

- the development of functional health districts to coordinate and supervise the provision of effective, efficient and comprehensive PHC services in health facilities;
- initiation of cost recovery programs at all district health facilities to finance the maintenance of a stock of essential medicines and the recurrent costs (other than salaries of MOPH personnel) of the delivery of PHC; and
- greater and improved inter-action of health facility officials with local communities to ensure the acceptance by the community of cost recovery and to initiate health facility outreach activities (e.g., vaccination, health education).

IV. Project Description:

The project will consist of the following components: (1) health districts and provincial structures; (2) health coverage and services expansion; (3) pharmaceutical supply and distribution system; (4) cost recovery and other sustainability measures; (5) health management information system; (6) information, education, and communication; (7) community participation; (8) operations research; and (9) training.

1. HEALTH DISTRICTS AND PROVINCIAL STRUCTURES

1.1 Decentralization and Structural Reforms

Under the RPHC Program, ongoing decentralization of the Ministry of Public health (MOPH) involves decentralization of previously centralized functions to the provincial level (e.g., planning/budgeting, medical supply management, and training/supervision); the administrative delegation of authority and resources to the provincial and health district levels to implement the functions transferred; and devolution through the creation of semi-autonomous provincial, district and community committees responsible for the fiduciary integrity of cost-recovery funds. Decentralization through privatization is also called for through MOPH agreements with Cameroonian non-

governmental organizations (NGOs) for management of health districts and health centers.

These various types of decentralization will be reflected in management structures for the MCH/CS II Project. Improved management of resources and personnel by the Provincial Health Delegations and district health teams will decrease the burden of the MOPH while increasing its efficiency to resolve problems. Personnel at all levels (provincial, district, and health area) will be trained for these increased responsibilities. They will also be instructed to take a more active, service-oriented approach for using information to identify problems, assessing alternative solutions, and taking responsibility for solution implementation and evaluation.

1.2 Provincial Structures

Provincial Health Delegation: The MCH/CS II Project will provide a long-term technical advisor to each Provincial Health Delegation to assist in health planning, implementation and evaluation. This advisor will assist in establishing or reviewing policies, strategies, standards, procedures, and performance targets of PHC services.

Provincial Drug Supply Center: Technical assistance will help the provincial drug supply centers (CAPPs) to strengthen systems for procuring, stocking, and distributing essential medical supplies down to the health center level.

Provincial Health Fund: The MCH/CS II Project will also help refine and implement draft statutes to establish provincial health funds (FSPSs) to co-manage the CAPPs. These statutes include the formation of a provincial general assembly for the FSPS and community health and management committees (COSAs and COGEs) to manage surplus revenues generated by the cost recovery system. Annual general assembly meetings will review and approve health investment projects to be financed from the surpluses generated from the CAPP.

Special emphasis will be placed on enhancing community participation in the management of surplus funds. The intent of the statutes is for each level to retain and manage the surplus revenues generated from cost recovery.

1.3 Health District Structures

The MCH/CS II Project will consolidate health management and supervision at the health district level. In addition, the project will train and empower district health committees (COSADIs) and health district staff with control over the allocation of resources generated by the district hospital and health centers through decentralized planning, budgeting, and management. This will include interpreting financial reports and providing advice and oversight on the collection and use of revenues.

2. HEALTH COVERAGE AND SERVICE EXPANSION

The emphasis during the MCH/CS II Project will not be in developing or testing new technologies in PHC, but rather in establishing a sustainable health care delivery system to make dependable PHC techniques accessible to an increased portion of the population.

2.1 Health District Management

The MCH/CS II Project is based on the premise that the delimitation of new health districts for the three project-assisted provinces will have been completed and approved prior to the start of the project. The MOPH's delimitation of health districts in July 1992 is still considered preliminary. Further refinement of boundaries between health districts will be done by the health district teams in conjunction with the province. Since the MCH/CS II budget is based on 27 health districts, it will not be possible to accommodate any significant increase in the number of health districts within the project.

The establishment of written action plans and functional management committees for the 27 health districts assisted by the project will be the responsibility of the health district teams supervised by the provinces. Training in PHC planning and management, including the nine project component areas, will be provided to health district teams using the national health district planning modules established with the World Health Organization, and a health district operational manual to be developed by the MCH/CS II Project.

The health district plan must be discussed and approved by the district health committee before it receives project assistance. Each district health plan should include a delimitation of health areas, a long term proposal for developing health areas, and a strategy for each project component. The map of the health district and appropriate graphs should be displayed at the health district office to help the district health committee visualize the health district plan and to plot the progress of its implementation.

2.2 Collaboration with NGOs

Non-Government Organizations (NGOs) can play an important role in the development and management of Cameroon's decentralized health centers. Within the 27 health districts proposed for project assistance there are at least six health districts and 67 health areas (32%) in which NGO collaboration would be possible. These hospitals and health centers are owned and managed by churches such as the Presbyterian Church of Cameroon, the Norwegian Lutheran Church of Cameroon, the Adventists, the Catholics or by the Ad Lucem Foundation.

The medical work and infrastructure of local NGOs have a well established credibility with the population. It is estimated that approximately 50% of curative services are currently

provided through NGO facilities. The existing NGO infrastructure could provide services that would be expensive for the MOPH to establish and manage, e.g., a maintenance garage. NGO personnel are generally recognized for being more motivated and could serve as a good model for MOPH managed health districts.

The project has established an objective to involve Cameroonian NGOs in the management of four health districts and at least two health centers per province. Discussions with national leaders and hospital directors has demonstrated that the NGOs are eager for such collaboration.

The mechanism for GRC and Cameroonian NGO collaboration in the management of a health district must be worked out individually with each NGO. The project should avoid attempting to establish one agreement for all NGOs at the national level, but rather allow provinces to creatively develop working partnerships with their respective NGOs. It might be that an NGO will be able to supply the salaries of the health district personnel, but that they may require start-up funding from the CAPP to support the district office and supervision of health centers. NGO hospitals would also like to see an agreement with the GRC that permits newly graduated medical doctors to work off their obligation to the GRC in church hospitals. In return, the NGOs would need to accept provincial technical and administrative supervision and involve communities in the management of health centers.

2.3 Expanded Health Center Coverage

The health center is the basic unit of expansion to increase the accessibility of PHC services. However, since all facilities, systems, and staff skills targeted for improvement under the project cannot be upgraded immediately, three options for phasing-in health center expansion must be considered. Several options merit careful consideration for the project.

One option is integration by health center, i.e. assistance is provided when the health district and health center meet certain conditions. The district health teams would assure that:

- the health center catchment area is identified and mapped;
- the population is involved and agrees with the new system;
- community health and management committees are organized;
- health center personnel are trained and in sufficient number;
- the health center renovation project, if needed, has begun;
- essential health center equipment is available;

- a revolving fund pharmacy is established; and
- a pharmacy manager is selected by the community and trained.

Under this option, the first project year would probably be needed to develop the functional roles of the district teams. Thus, MCH/CS II assisted health centers would not be upgraded until the health districts become functional. This sequential approach would provide a strong motivation and foundation for organizational restructuring and development of institutional capacities.

A second option is integration by PHC component. Under this option, the MCH/CS II Project would upgrade basic curative services and access to essential medicines more or less simultaneously in all MCH/CS II Project assisted health centers. Additional PHC components would be phased-in over time. However, a health center would not be considered functional until at least five PHC components¹ are operational. The benefit of this approach would be to satisfy the felt need of the population for curative care. However, this approach, in the absence of a functional health district, would reinforce curative care as a provincial, vertical activity and impede the development of preventive services.

A third option may be termed a limited integration, i.e., a compromise integration by functional health center and by PHC component. With this option, each health facility would be expected to meet certain criteria, less strenuous than those for integration by option one². Each health facility would then receive a reduced start-up supply of essential medicines procured from non-MCH/CS II Project funds, i.e., medicines purchased with cost recovery funds or with funds from another donor. This assistance would satisfy the perceived need of the population for limited curative care while the health district team becomes capable of upgrading each facility to the status of a functional health center.

The option chosen among the three will depend, in part, on whether the MCH/CS I Project is able to create some functional health districts. If so, it may be possible to proceed with integration by health center in functional health districts while

¹ The five PHC components suggested for defining a functional health center are IEC/health education, basic curative care, access to essential medicines, immunizations, and maternal child health (pre-natal and under-five care).

² Suggested criteria are a functional health district team (medical chief and nurse supervisor), the establishment of a COSA, the co-financial management of health center revenues by the COSA treasurer and health center nurse and satisfactory completion by the health center nurse of a training course in drug prescription and financial management.

using a limited integration in health districts which are not yet functional. The MCH/CS II Project should be perceived as a program of 27 health district projects. Each health district team works according to an individualized district health plan and at a pace consistent with its management capability.

The MCH/CS II Project provides for 100 additional project assisted health centers which would bring the total under MCH/CS I & II to 180 functional health centers. This is sufficient to cover all 141 health areas with an existing MOPH health center as well as 60% of the health areas which have existing NGO or NGO + MOPH health centers. Given the need for flexibility in revising health area development plans in relation to health district development, the table below indicates a proposed plan to increase health coverage to 74% during the MCH/CS II Project.

**Table
HEALTH CENTER COVERAGE FOR MCH/CS II**

Project Provinces	Health Areas Planned	Estimated Total Population	Expected Functional Health Areas For			Expected Population Coverage in 1997	
			MCH 1	MCH 11	MCH 1&11		%
SOUTH	111	464,658	24	44	68	351,521	76%
ADAMAOUA	76	397,013	25	22	47	278,076	70%
FAR NORTH	90	1,401,000	31	34	65	1,038,350	74%
	277	2,262,671	80	100	180	1,667,947	74%

2.4 Improved Quality of Care

- Renovation and Equipment

The perception of quality of care by clients who are paying for services relates to the quality of the environment where services are provided. Therefore, the MCH/CS II Project includes provision of priority equipment and materials for minor renovations and repairs of health facilities.

The physical structure of health centers and hospitals is generally good, but minor repairs and general rehabilitation are needed. The project will not finance any new construction or major reconstruction of existing facilities. In many facilities this may be limited simply to a good cleaning and repainting. In others it may extend to replacing part of a ceiling, replastering a wall or replacing a window. Special attention will be given to making the pharmacy secure. In reference hospitals, project funding will be limited to services such as the maternity, operating room, pharmacy and laboratory.

This type of rehabilitation does not necessitate building contractors and usually can be done by health personnel in collaboration with the community. The project will seek innovative ways to use project resources not simply to refurbish buildings, but also to re-motivate health personnel to take a

23

pride in their working conditions and to involve the community in taking "ownership" of their health center by contributing materials and labor. One possibility is for funds to be allocated to a health facility on a matching basis up to a certain limit.

The project budget includes maximum amounts for renovation of a health district office (\$5,000); reference hospital (\$10,000); and health center (\$5,000). Health district teams will complete an inventory of the physical conditions of their facilities and make a plan to prioritize renovation projects. They should be encouraged to seek additional funding from the Cameroonian government, the local community, local businesses, and NGOs to co-finance larger renovation projects.

The project budget includes limited funds for health and hospital equipment. Suggested lists of equipment for each level of service should be reviewed by provincial and health district personnel and the central MOPH directorate responsible for the facility (e.g., Directorate of Hospitals for hospital equipment) for further revision before ordering. It is not possible to completely fund the equipment needs of district and provincial hospitals. Therefore, only small equipment and materials for the maternity, laboratory and operating room have been included for funding.

- Guidelines for technical standards

Manuals for technical standards have already been established by the MOPH for family planning, control of diarrheal disease, health center operations and health district supervision. Provincial supervision trips and project evaluations will be used to assess the effectiveness of these manuals. The MCH/CS II Project personnel will prepare additional guidelines in the areas of acute respiratory infections, provincial-to-district supervision, curative care strategies, a manual of operations for health districts, and standards for district hospitals. Quality of care will receive special attention through:

- simple and clear standards for curative care;
- supervision guidelines for preventive, promotive and curative care to identify problems and address weaknesses;
- monitoring community perception of health services through sentinel data collection; and
- validity checks on HMIS data and assessment of the use of the HMIS in decision making.

2.5 Endemic Disease Control

In order to promote the development of a fully integrated PHC system, the MCH/CS II Project will introduce intervention measures to control important endemic diseases. These

interventions will target acute respiratory infections in all health centers, and diseases such as schistosomiasis, onchocerciasis, meningitis and cholera in health areas where these problems are important. The interventions introduced will be limited to those which can be integrated simply and at low-cost into the existing clinic-based service delivery system. Community health committees will be key players in all health education efforts.

• Schistosomiasis/Onchocerciasis:

The project will build upon the results of the USAID-funded Health Constraints to Rural Production Project and the Pilot Project for the Control of Onchocerciasis in the South Province to integrate control measures for schistosomiasis and onchocerciasis into the health services of highly affected areas. Control measures will include the following:

- Identifying highly endemic areas from disease surveillance data or by rapid assessment surveys;
- Assuring regular supplies of WHO approved pharmaceuticals (praziquantal for schistosomiasis, and ivermectin for onchocerciasis);
- Assuring a regular supply of reagents at health facilities for the laboratory diagnosis of schistosomiasis;
- Incorporating diagnostic and treatment procedures into the project's curative care manual and amending quality of care supervision protocols accordingly;
- Distributing existing health education materials to health facilities and including these topics in community IEC discussions;
- Continuing community based distribution of ivermectin in villages where it has already been established and is feasible to continue; and
- Incorporating indicators on schistosomiasis and onchocerciasis into provincial HMISs.

• Acute Respiratory Infections (ARI)

The MCH/CS II Project will improve the diagnosis and treatment of ARI in all health centers by assuring regular supplies of WHO-approved ARI first-line drugs at health center and second-line drugs at reference hospitals. The curative care manual, supervision protocols and HMIS will be revised to reflect WHO recommendations for the diagnosis and treatment of ARI and will be used for in-service training of service providers. The MOPH will design health education materials to improve home treatment of ARI and promote the early detection of pneumonia cases which will be used as part of the project's IEC program.

- Meningitis and Cholera

These diseases are endemic, and sometimes epidemic, in certain health districts of the Far North Province. Health district plans of action, supervision protocols and the HMIS should take these problems into consideration. The Provincial Health Delegation should have preparedness plans for meningitis and cholera to deal with epidemics when they arise. The project will help develop such plans and contribute to epidemic control measures, if required.

2.6 Strengthening of the Reference Level

The MCH/CS II Project will provide support to district and provincial hospitals to strengthen reference-level facilities for health centers to assure continuity of care and comprehensive services for target populations. The project will:

- Help define the staffing norms and standards for district and provincial hospitals;
- Develop referral and counter-referral guidelines for hospitals and health centers;
- Provide an initial stock of essential drugs for secondary care to improve the range of services provided at reference hospitals;
- Provide training and supervision to strengthen laboratory services;
- Procure complementary medical equipment and establish programs to assure equipment maintenance; and
- Assist in improving the management of personnel, revenues from fees for service, and the administration of health services.

Other hospitals, which are not district reference hospitals, exist in some sub-divisions and generally have one medical doctor. These hospitals could be assisted by the project if they serve as a "health center" for one of the district health areas. They would receive the same assistance as provided to other health centers.

3. PHARMACEUTICAL SUPPLY AND DISTRIBUTION SYSTEM

3.1 Policies and Procedures Manual

The MCH/CS II Project will develop a procedures manual for management of essential medicines by the health district to complement the CAPP and health center manuals which have been prepared under the MCH/CS I Project. This manual should describe the functions, authority, and responsibilities of each level of the health system in the procurement, price setting, storing, record keeping, quality assurance, distribution, and sale of

essential medicines.

3.2 Procurement of Pharmaceuticals

Except for start-up supplies of drugs for new health centers which will be procured by USAID, the MCH/CS II Project is expected to procure all drugs through the GTZ-supported Center for the Procurement of Essential Medicines (CIAME) in Limbe. CIAME provides drugs to most of the PHC projects in Cameroon. Alternatives to CIAME, if necessary, are procurement through UNICEF or direct international tender.

3.3 Provincial Pharmaceutical Depots

The MCH/CS II Project will establish a fully operational CAPP in support of project-supported health areas in the Far North Province. The CAPPs in all three provinces will receive technical assistance to (a) increase the volume of operations, (b) assure continuity of supplies, (c) reduce the costs of operations, and (d) explore opportunities for increasing revenues through expanding the product line.

Assuring continuity of supply may involve expanding the HMIS to record consumption patterns and developing a model to predict fluctuations in demand. Reducing costs may involve exploring opportunities for bulk and pooled procurement, more efficient use of warehouse space, and improved routing and distribution schedules. Increasing revenues may involve exploring opportunities for local production, or compounding of pharmaceuticals and medicines, as well as adding laboratory, radiological, surgical, dental, ophthalmic, and other specialized medical supplies to the product line. Consideration will also be given to stocking and selling spare parts for provincial vehicles and supplies for the maintenance of equipment and facilities.

The HMIS initiated under the MCH/CS I Project will be revised and expanded to include both manual and automated systems to support medical supply management, establish improved procurement and inventory models, track costs, recalculate margins, provide information for pricing strategies, track receipt vouchers and tally cards, update inventory control cards, generate standard requisition forms, and maintain individual health facilities accounts.

3.4. Training

The MCH/CS II Project will develop pre- and in-service training modules and materials in medical supply management for all levels of the health system. Special consideration will be given to improving the administrative, logistical, and financial management skills of CAPP personnel.

4. COST RECOVERY AND OTHER SUSTAINABILITY MEASURES

The MCH/CS II Project will refine and expand the cost recovery

systems already established in the Adamaoua and South Provinces. Accomplishment of this output will be measured by cost recovery revenues covering recurrent costs (other than GRC salaries) in 75% of health centers.

By 1997, the systems will include 116 health centers, 12 district hospitals and the two provincial hospitals. Similarly, under the project, the cost recovery program in the Far North Province will be extended to include 64 health centers, 15 district hospitals and the provincial hospital.

More specifically, the project will adapt and modify present cost recovery systems. In light of implementation problems, lower-than-expected utilization, and resulting revenue shortfalls experienced by some community co-financed and co-managed health facilities, the project will test different approaches to cost recovery designed to enhance the viability of the system in an uncertain economic environment. This is a subject to be addressed by operations research.

Operations research will include prioritizing activities to be covered through cost recovery. For example, in health centers serving small or scattered populations with resulting low utilization, it may be possible to eliminate the drug clerk or to use this employee on a part-time basis. Other attempts will be made to reduce the fixed-cost burden to be financed through consultation fee revenues and drug sales. The project will also explore the cost-effectiveness of district-based drug distribution and cost recovery systems in health districts where provincial to health center distribution is not practical or cost-effective.

Funds generated through consultation fees and drug sales will be utilized to replenish drug stocks, to finance the operation of the drug distribution system, and to cover PHC operating costs exclusive of GRC personnel salaries. These costs also cover salaries and benefits for drug clerks, maintenance of equipment and buildings, depreciation, fuel and supplies, per diem and related expenses. The mark-up at the health center is also intended to cover the cost of outreach activities. All health facilities will be able to use surplus funds for health-related activities in accordance with health area and health district plans. The mark-up at the CAPP will cover drug distribution costs and will finance the costs of supervision at both the provincial and district levels.

The operation of a RPHC system is illustrated in the following example. In the South Province a fully operational system of 69 health centers, 6 district hospitals and one provincial hospital would require drug purchases of about FCFA 85 million per year. The total system cost would be about FCFA 254 million per year. At a utilization rate of 0.25, the health centers would generate over FCFA 22 million in fee revenues. This covers less than 10% of total system costs. Financing the operation of the health centers and hospitals plus the CAPP, provincial and district offices exclusive of GRC personnel costs would still require a

mark-up of 272% on the CAPP purchase price of the drugs. If fee revenues were not applied toward meeting system costs, the required mark-up would be 298%. In other words, drugs would have to be sold at three times the price paid by the CAPP. Distribution of the total required mark-up (298%), expressed as a percentage of the drug purchase cost, is shown in the following table:

**PHARMACEUTICAL MARK-UP MARGINS REQUIRED
FOR BREAKEVEN COST RECOVERY IN SOUTH PROVINCE**

FACILITY/ACTIVITY	COST (FCFA)	MARK-UP REQUIRED TO COVER COSTS
Drug Replacement	85,100,000	100%
CAPP	51,800,000	61%
Provincial Office	5,500,000	6%
District Offices	33,000,000	39%
Provincial Hospital	2,500,000	3%
District Hospital	11,100,000	13%
Health Centers	65,000,000	76%
TOTAL	254,000,000	298%

The RPHC also provides for the establishment of a provincial health fund (FSPS) to be financed through CAPP surpluses. This fund is intended to function as a "solidarity mechanism" through which smaller health areas could receive support from larger areas which have a greater income generating capacity. The governing body of the CAPP would award funds to health areas based on health plans submitted to and approved by the district health committee. District health plans would be reviewed and funded in a similar fashion.

Pricing will be based on a system of differential mark-ups and cross-subsidies with larger mark-ups on the less expensive and less critical medications and lower mark-ups on more expensive and more vital drugs. Based on policy guidelines provided by the MOPH, a health committee is expected to formulate a policy dealing with the provision of health services to those who cannot pay.

The economic crisis confronting Cameroon presents a harsh climate in which to implement cost recovery programs and minimizes the margin of error consistent with program success. The project must prioritize activities to be financed through cost recovery since actual revenues may be insufficient to cover all activities planned. It is also essential that monthly reports be reviewed on a regular basis and that project personnel initiate appropriate corrective action when financial performance is less than expected. Management and accounting systems must be as simple as possible and consistent with sound administrative practices.

5. HEALTH MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (HMIS)

5.1 HMIS at the Provincial Level

The MCH/CS II Project will assist the MOPH in defining the roles of the provincial and health district teams to provide a flexible framework for greater decision making at the district and health center levels. This assistance will enhance provincial and district capacities to manage the revenues generated under new cost recovery programs. Assistance will be provided to:

- reorient provincial management;
- reinforce district management;
- enhance systems and staff skills in planning and budgeting; and
- improve systems and staff skills in accounting and financial management.

The project will reinforce the provincial capability in health planning and supervision of health districts by shifting its focus from direct exchanges with health centers to that of monitoring and strengthening the performance of district health teams. Operations research by the province will promote and monitor the testing of various management strategies at the health district level to improve, for example, management, supervision and motivation of personnel (see section 8, Operations Research, for more details). The analysis and use of data collected through the HMIS will also be improved during the project.

Provincial supervision protocols will be refined to provide information on skill deficits and to focus on performance improvements. This will provide a structured basis for planning and conducting on-the-job training. Supervisors will receive training in the use of supervisory regimes which emphasize team work, improved quality of care, and non-monetary motivation of personnel. Supervisory reports will include specific information on actions planned and implemented to upgrade team performance at health facilities.

The Provincial Health Delegations will further develop uniform instruments for planning, budgeting, and routine reporting on activities and financial management. These will be used to train and supervise the district health teams.

5.2 HMIS at the Health District and Health Center Levels

The MCH/CS II Project will expand the HMIS initiated by the MCH/CS I Project, and make it operational in each health district and health area the year it first receives project assistance. The project will improve health district planning and management of activities and resources. The health district team will be the primary technical advisor, on-the-job trainer, and supervisor

for health centers. Health centers will send HMIS reports both to the health district and to the province to facilitate data entry. The health district will analyze reports and send their observations and recommendations to the Provincial Health Delegation. Feedback on the HMIS documents will be provided to health centers by the district team and to health districts by the Provincial Health Delegation.

A district team member will accompany the CAPP field supervisors to the health centers when medical supplies are replenished. The district team member will review and approve the health center bimonthly budgets at that time. The CAPP supervisors will focus their efforts on the maintenance of medical supplies.

The district teams will continue to develop district action plans and operating budgets in consultation with health centers. These plans will improve as a result of enhanced: (a) guidance from Provincial Delegations, (b) quality of the data produced by the HMIS, and (c) new revenues generated from cost-recovery sales.

Baseline data will be collected by health districts for all health areas and facilities. This will include an assessment of catchment populations as a basis for establishing long and short-term priorities; an inventory of the location and state of repair of all facilities, vehicles, and equipment; and an assessment of human resources. The baseline will be used to establish medical and managerial priorities, create health district action plans and budgets, establish training plans, and re-examine performance targets set during the MCH/CS I Project.

Health district work plans and budgets will be tied to the priorities identified in the baseline assessments. In addition to the current health center monthly activity report, a semestrial health district report will be instituted to compare actual activities and expenditures to those that were planned and budgeted, analyze the variances, and measure progress towards targets.

6. INFORMATION, EDUCATION, AND COMMUNICATION (IEC)

The MCH/CS II Project will increase the level of IEC activities in project-supported provinces by building on and utilizing: a) the accomplishments of the MCH/CS I Project; b) data from operations research, particularly at the district and provincial levels; c) improved information from the HMIS and better and more consistent analysis of HMIS data; and d) analysis of information on community health problems and attitudes which has been collected by Save the Children and CARE in the Far North Province.

Educational audio-cassettes will be developed, to a greater extent than they have been developed under the MCH/CS I Project, in order to standardize health messages to the community and to animate health education sessions covering topics such as breastfeeding, diarrheal disease, vaccinations, family planning, the wise use of drugs, and other primary health care matters.

The project will target community leaders in the newly re-oriented health facilities to:

- re-emphasize the importance of community participation;
- clarify the roles that community health and health management committees are expected to play;
- inform them about the importance of vaccination to the health of the mother and the importance of the mother's health to that of the new born;
- search for ways of ensuring a role for women in the decision-making process about the functioning of the health facility;
- discuss how a health inventory might be carried out; and
- seek their ideas on how a stronger partnership can be built between the health facility and the community(ies) that utilize it.

IEC activities will motivate health center personnel to work more closely with local communities; to take more pride in and responsibility for their work; and to demonstrate a friendlier attitude toward those coming to the health facility for care. Activities will include workshops, developing posters, finding ways to publicize award programs, and other activities designed to recognize exemplary performance.

The project will train health district teams in the principles of IEC and community participation and provide them with the tools that they need to implement effective IEC. The project will provide each health center, health district and provincial office with a resource library on PHC and IEC. A basic IEC kit will be prepared for general distribution to health personnel and will be updated with topic-specific continuing education courses.

The project will seek innovative ways to popularize the concept of primary health care and to increase its stature within the medical and political community. A project-supported publication of PHC activities in Cameroon will give recognition to highly-motivated MOPH personnel and community leaders. Interviews with health personnel about their work, services available at their facility, planned outreach activities, etc. will be broadcast on national radio. Interviews will also be arranged with community participants who have promoted better health practices or developed and/or carried out community health-related projects.

Concurrently, the project will fund a reexamination of the issue of community participation, in preparation for contact with community leaders in health areas where re-oriented health facilities will be established. This applied research will involve analyzing the responses to the IEC activities proposed above and organizing special focus group discussions on the health facility-community partnership. The focus groups should

be held separately with community leaders and with women because women are generally reluctant to speak out in the presence of the leaders.

Although present procedures call for community health committees to undertake an inventory of health problems in their health area, this generally has not been done. The implementation team should find ways of encouraging and supporting this effort and then assure analysis of the data generated. This could help make the health team more effective in health center operations and provide information to improve IEC strategies, action plans, and implementation activities.

The project implementation team should consider changing the present procedure for preparing communities for their participation in the new co-financed, co-managed, re-oriented PHC program. Rather than requiring that a health committee conduct the community health inventory, the health team should involve itself with the community in conducting the inventory during the period before the re-oriented program is initiated, i.e., before the pharmacy is opened in the health center. Preparation of communities for participation in the RPHC program is discussed further in section 7, Community Participation. If this suggestion were to be adopted, some IEC activity would be needed to ensure a good response from the health team and the community.

Peace Corps Volunteers (PCVs) have been very effective in other countries (e.g., Togo) in supporting IEC programs. It is suggested that the MOPH and project officials consider using them as IEC trainers of trainers (health center personnel) who will be responsible for the promotion of IEC at the community level.

7. COMMUNITY PARTICIPATION

Project implementation will focus on obtaining effective participation of communities, and particularly of women or women's groups in all PHC activities.

Operational research will be undertaken to test alternatives to the present procedures for community development. One alternative will be to conduct a health inventory with the community as the first step in community development rather than expecting the health committee to do it after the health center receives project assistance. This approach will be tested in health areas in both the South and Adamaoua Provinces. It should be carried out jointly by the health team and the community; Peace Corps Volunteers (PCVs), if available, could be helpful.

It is possible that the foregoing approach could result in the community wanting to organize itself to carry out health improvement in a manner different from the health committee. The MOPH should welcome this result if it seems likely that it will lead to more fruitful community participation. To obtain women's participation is clearly going to call for a different kind of structure.

The project will encourage community development by co-financing small projects of the health committee or of a community action group. Funds will be made available from the provincial health fund and/or from project funds. The project budget includes \$100,000 for approximately 100-200 community development projects. Criteria for evaluating proposals from communities will be established with priority given to projects which are developed and managed by women.

8. OPERATIONS RESEARCH

The project will organize operations research (OR) studies to improve the performance of health workers and community health committees in implementing PHC. All health district teams will be trained in management, supervision, IEC, and operations research. Annual work plans for operations research will be prepared and implemented for such topics as technical standards, community participation, management issues (e.g., health worker performance and motivation, utility of the HMIS, etc.).

Operations research for the project will not be conducted in isolation, but rather it will be promoted as a contributing factor to improved IEC and management at all levels in the health care system. The promotion of community empowerment to discuss, propose and implement solutions to local health problems, for example, should be seen as a valid form of operations research even though it may be organized as an IEC or community participation activity.

Given the RPHC policy to develop health district capacity for management of primary health care, the project should promote the development of operations research capacities at the national, provincial and health district levels. The health district should not be seen as a mechanism for the decentralized implementation of management instructions received from the national or provincial level, but rather as a laboratory to test and refine approaches for improved promotion and management of PHC. The concept of OR as a management and IEC tool should be part of the training of the health district team members. The project should encourage health districts to take the initiative in integrating operations research into their action plans. This need not require additional funding or supervision from the provincial level unless the health district prepares a protocol to request supplemental funding.

Empowering health districts to conduct operations research could become an important non-monetary motivational factor for health districts. Experience from other countries has shown that district medical officers can become highly motivated operations researchers when they realize that they are conducting valid research that may receive national recognition. The following approach is suggested for operations research for the project.

1. Provincial conferences and/or seminars are organized to discuss and establish priorities for issues meriting operations research.

2. Health district teams receive an orientation to operations research as a management and IEC tool, as part of their initial training, and are encouraged to propose operations research in their action plans to resolve problems specific to their health districts.
3. Health districts are encouraged to submit concept paper protocols to the provincial level for OR and may receive funding for small OR projects (e.g. < \$2,000) through the provincial health fund or the project. These projects are supervised as part of regular provincial supervision. Each health district which receives funding will submit the conclusions and recommendations of its OR research as the final product. The project would provide funding for 20 such projects with a total funding of \$40,000.
4. OR projects proposed by health districts or a province which require more funding and a more structured protocol are referred to a national committee which includes provincial representatives and project staff.
 - (a) OR projects that do not require any special technical assistance may be approved for funding by the project up to a limit of \$10,000. These projects will be implemented with close supervision by the province for both financial and technical reports. The project will provide funding for 3 such projects by each province totalling \$90,000.
 - (b) OR project protocols which require special technical assistance or coordination from the national level will be approved by a national committee and contracted for execution to an appropriate institution (i.e., Provincial Health Delegation). Funding, provision of technical assistance, and supervision will be provided by the national team in collaboration with the executing agency. Financial and technical reports will be provided to the national committee and to the project for review and acceptance. Three major OR projects are budgeted at \$95,000 (\$50,000 for in-country implementational costs, and \$45,000 for short-term technical assistance).
5. All OR researchers are invited to share their results at a national conference organized by the project or the MOPH to promote the exchange of lessons learned between health districts and provinces. The conference will also permit a forum for the discussion of future priority topics for OR. Summaries of the OR results will also be published in the MOPH Health Journal and distributed by the project to the health districts.

The following issues merit the attention of the project:

- Improving quality of care: Supervision protocols for effective and efficient PHC interventions and comprehensive on-the-job training could be tested in health districts.
- Rationalizing drug prescriptions: Cost recovery and drug sales lead to over prescription and detract from preventive and promotive activities. OR could be used to examine strategies to promote a supportive balance of curative, preventive and promotive activities.
- The role of sub-divisional hospitals: OR could be used to examine if sub-divisional hospitals can also function as "health centers" and/or as sub-districts for decentralized supervision.
- GRC and NGO collaboration: A comparison between health districts managed by NGOs and those managed by the MOPH would be a useful OR study.
- Attitudes of husbands/fathers: Men play an important role in determining health-care seeking behavior. OR could test the effectiveness of IEC in changing these attitudes in favor of increased PHC utilization.
- MOPH profit-sharing system: The Provincial Health Delegations could test strategies to extend the present profit sharing system for physicians to all health workers while linking the system to increased accountability of health workers.
- Rewards and sanctions for health workers: Health districts and the provinces could test various means to improve health worker performance and accountability with non-monetary incentives.
- Responsibility of community health committees: Health district teams could try to improve the accountability of community health management committees and promote partnerships between communities and the public health services.
- Health district management: The Provincial Health Delegations could conduct OR to test whether district health teams can effectively allocate budget credits and assign staff in their sub-divisions as part of a more decentralized provincial management structure.

9. TRAINING

9.1 Training Needs

Training and continuing education of health workers promote quality care and motivate personnel. Since curriculum revision for pre-service training can take years, retraining existing

health care providers should be a priority activity for primary health care programs.

The project will help define the size and skills mix of health district teams and provide training for team members. Provincial training plans will include in-service training, as well as on-the-job training as an integral part of supervision. Training plans will also include medical and management training of health center staffs by district health teams and development of training and supervision methodologies for district health teams by provincial teams.

The project must provide training for the staff of 100 health committees, 100 health centers, and 27 health district teams. The table below estimates that about 900 persons will require some type of training.

TRAINING NEEDS OF A TYPICAL HEALTH DISTRICT

Health District office (MD + 2 nurses + 2 other) =	5 persons
4 Health Centers x (3 nurses + 1 commis) =	16 persons
4 Health Committees (Pres, VP, treasurer) =	12 persons
	<hr/>
Total of 891 persons for 27 health districts	33 persons

9.2 Types of Training

Examples of some of the types and levels of training which may be required during the project are as follows:

- Training of health committees and health management committees
- Training health center, health district and provincial teams
- Supervision of health centers and districts as on-the-job training
- Participation in provincial and national conferences
- Visits between health centers, health district and provinces
- Short-term out-of-country participant training

Formal training sessions represent only one type of training. The project will expand the concept of training to include on-the-job training during supervision and outreach visits. Priority for short-term training will be given to in-country training institutes such as the Pan-African Institute for Development. As the need arises, a limited number of short-term out-of-country training sessions may be financed by the project.

9.3 Training Strategy

The training-of-trainers approach generally advocates the training of a national team which trains a provincial team which trains a health district team which trains the health center team. While this strategy seems logical, experience has shown that at each layer of training there is often a "dilution factor" which decreases the quality of training. At the same time it is not feasible, nor desirable, that all training be done at the national or provincial levels. Experience has also shown that the quality of training decreases with the distance between the training site and the work site, and that the trainer should also be the supervisor.

The approach recommended for the project is for the national level trainers to focus on training three provincial teams and providing resource persons for the training of health district teams. Each province is to be responsible for training 6-7 health district teams and serving as a resource for the training sessions for health centers. Each health district would be responsible for the initial training of four new health center teams and continuing education for three MCH/CS I Project health centers. When seen in this manner the load of training is not unreasonable, but it will require an effective training-of-trainers approach.

A rough estimate of staff time required includes one national trainer who would need to devote 20% of his/her time to training provincial teams, 3 provincial trainers who would spend 30% of their time in health district and health center training, and three health district team trainers who would spend 5-15% of their time in health center and community health committee training.

The general principle, therefore, is that training be organized and conducted by individuals of the level from which supervision takes place. For example training of nurses in health areas should be conducted by the health district team. Training facilitators and/or technical resource persons from the provincial level, however, should be called upon by the health district to conduct health area training programs. Training should primarily be done on site, i.e., at the health center for health area training, at the health district for health district team training. Optimally, certain training activities could be combined as part of regular supervision visits. This would help to reinforce supervision as a positive learning experience rather than as a negative evaluation.

V. IMPLEMENTATING AGENCIES AND ARRANGEMENTS

1. MOPH UNITS

The MOPH's Directorate of Preventive and Rural Health (DMPR) will be the project's implementing agency in conformity with its role as coordinator of the national PHC program. The Director of the DMPR will serve as MOPH Project Director. Other Directorates

will be consulted when appropriate. For example, the Director of Family and Mental Health, who is the Director of the USAID National Family Health Project (NFHP), will ensure that medical standards for maternal and child health are respected in project-assisted health centers. The Director of Hospital Medicine will need to be consulted about improvements (equipment and small physical improvements) that will be made to district and provincial hospitals. Activities related to the development of the project HMIS will need to be coordinated with the Directorate of Research, Planning & Statistics, which is working on a national HMIS. The project will need to be in touch with the Directorate of Pharmacy to keep informed of changes in national policies and procedures related to the procurement, distribution, and prescription of pharmaceuticals and essential medicines.

If important policy or implementation issues arise, which involve a number of directorates, it is likely that they will be of importance to other donors as well. In that case, the MOPH's PHC monitoring committee should be convoked. This committee consists of the directors of the six MOPH central directorates, representatives of the PHC donors, and other organizations involved in PHC in Cameroon. It meets about once a quarter to facilitate the coordination of PHC projects in Cameroon.

PHC activities in the field will be the direct responsibility of the Provincial Health Delegate. He is assisted by representatives of each of the MOPH's six directorates (the five mentioned above plus the Directorate of General Affairs-administration and finance). It is important to note that the RPHC is a decentralized system where provincial personnel are actively involved in the design and revision of all aspects of the system. Thus, the main focus of the project will be in the provinces rather than in Yaounde.

The roles of each of the MOPH's administrative levels in implementing the project are described below. These are essentially the same as under the MCH/CS I Project. However, health districts have been recently re-defined by the MOPH and are expected to be given more authority than was possible under the previous structure.

Directorate of Preventive and Rural Health: The DMPR will have overall responsibility for project implementation. Its specific responsibilities will include:

- providing input into the national HMIS;
- providing technical oversight for the design and revision of supervision protocols;
- issuing technical and policy guidance for improving the PHC cost recovery, management, and medical logistics systems;
- assuring that key administrative and policy issues are addressed by the MOPH and the GRC;

- assuring the design of in-service training manuals;
- providing policy guidance on PHC activities and programs to the provincial health delegations; and
- facilitating contact of project personnel with other MOPH directorates and coordinating with other directorates, as appropriate, to ensure effective implementation of project activities.

Provincial Health Delegations: The Provincial Health Delegations will be responsible for the implementation of PHC activities and programs in their provinces. Their specific roles will include:

- integrating and distributing NFHP commodities through the CAPP;
- coordinating NFHP and MCH/CS II Project training activities;
- providing input in the expansion of the project HMIS and using it to improve management of the health care system in the province;
- designing and revising supervision protocols (in collaboration with district health supervisors);
- improving the PHC cost recovery system;
- strengthening the PHC medical supply system;
- assuring procurement, from international sources if necessary, of essential drugs and distribution of the drugs on a timely basis to the re-oriented health facilities in the province;
- extending community co-financed and co-managed PHC services to additional sites;
- coordinating provincial IEC activities;
- coordinating the integration of programs to control ARI, schistosomiasis, and onchocerciasis into the PHC services of highly affected areas;
- conducting operations research activities (in collaboration with district supervisors and PHC service providers);
- working with the general assembly of the provincial health fund (FSPS) to budget surplus funds generated by cost recovery efforts; and
- providing leadership for the FSPS management committee.

District Health Teams: District health teams will plan, coordinate, and supervise all health activities in their districts. Specific roles will include:

- participating in designing supervision protocols;
- preparing for and launching community co-financed and co-managed health facilities;
- ensuring that the supply and distribution system for essential medicines is functioning properly;
- monitoring and recommending improvements in the financial management of cost recovery funds;
- conducting operations research;
- providing on-the-job training and directly supervising community co-financed and co-managed health facilities in their district;
- developing and conducting IEC programs in their district as well as monitoring and evaluating IEC programs administered by other levels of the MOPH structure;
- planning and budgeting their activities in consultation with their district health committees and health center staffs; and
- receiving and analyzing HMIS reports and providing feedback to health centers and the province.

Health Center Teams: Health center teams will conduct preventive, curative, and promotive health activities; supervise village health posts in their health areas; conduct PHC outreach activities; conduct IEC activities; and participate, as appropriate, in operations research. The health center teams will plan and budget their activities in consultation with their community health committees.

2. USAID-FUNDED ASSISTANCE

2.1 Technical Assistance Contractor

USAID will contract with a U.S. institution to provide technical assistance to MOPH implementing teams and to manage the provision of other AID-financed resources to the project. The technical assistance (TA) team is expected to include:

- a chief of party (4-year assignment) who will be able to advise the MOPH on policy and implementation issues involved in carrying out co-financed, co-managed PHC programs; coordinate project activities with the directorates of the MOPH and with other AID-financed health projects; coordinate the provision of AID-funded resources

to the project; and supervise the TA team;

- an IEC/operations research/training specialist (3 1/2 year assignment) who will work with MOPH central directorates as well as the three Provincial Health Delegations in IEC, OR and the design of training activities; and

- an advisor (2 1/2-year assignment) who will work with each of the three Provincial Health Delegations (South, Adamaoua and Far North) and to coordinate the provision of AID-funded resources in their respective provinces.

The technical assistance contractor will also be responsible for: a) procuring medical equipment and supplies for health centers and reference hospitals; b) facilitating and supporting the preparation of training materials and technical and managerial protocols; c) facilitating the organization of workshops, conferences and training programs (both in-country and abroad); d) recruiting and supporting specialists to provide short-term assistance (as requested); e) maintaining liaison with, and supporting, as necessary, MOPH personnel studying in or undertaking visits to the U.S.; f) facilitating periodic reviews of project progress and cooperating with MOPH or USAID evaluation or audit teams; and g) procuring items needed to support its TA team.

2.2 USAID/Grantees

USAID's support to the RPHC program in the Far North Province is currently being carried out by Save the Children and CARE. Following an external evaluation in April 1993, six months following the launching of the community co-managed and co-financed systems, USAID will determine whether to continue to support the RPHC program in the Far North Province through use of one or more grants or whether to increase the responsibility of the technical assistance contractor to include this province.

2.3 USAID

The USAID mission will take responsibility for procuring vehicles for supporting the project and essential medicines to cover the initial supply for health facilities which enter into the RPHC program. It will also arrange, when appropriate, for specialized technical assistance available from AID/Washington centrally-funded contracts.

USAID will arrange for interim and final independent project evaluations and audits.

ANNEX I

TABLE 1

MATERNAL CHILD HEALTH/CHILD SURVIVAL II
PROJECT NO. 631-0090PROJECT AGREEMENT
PROJECT ILLUSTRATIVE FINANCIAL PLANUNITED STATES OF AMERICA (A.I.D.) CONTRIBUTION
(\$000)

LINE ITEM	INITIAL CONTRIBUTION	FUTURE PLANNED CONTRIBUTION	TOTAL
1. Technical Assistance Institutional Contract (including technical assistance, in-country costs, and some commodities)	2,500	8,500	11,000
2. Technical Assistance – PVO Grants	800	1,900	2,700
3. Technical Assistance (USAID–Supervised)	200	600	800
4. Commodities (USAID–Procured)	1,500	1,100	2,600
5. Evaluation	0	170	170
6. Audit	0	60	60
7. Contingency	0	670	670
TOTAL	5,000	13,000	18,000

ANNEX I

TABLE 2

MATERNAL CHILD HEALTH/CHILD SURVIVAL II
PROJECT NO. 631 0090

PROJECT AGREEMENT
PROJECT ILLUSTRATIVE FINANCIAL PLAN

GOVERNMENT OF CAMEROON (G.R.C.) CONTRIBUTION
(\$000)

LINE ITEM	TOTAL
1. Renovation of Health Facilities	328
2. Community Development	170
3. Fuel/Supplies/Maintenance	785
4. MOPH Personnel	9,755
5. Depreciation of Buildings	739
6. Vaccines	235
TOTAL	12,012

DESCRIPTION DETAILLEE DU PROJET SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE/SURVIE DE L'ENFANT PROJET N° 631-0090

I. But et objectif du Projet

Le but du Projet est de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire des populations du Cameroun, et particulièrement des femmes et des enfants.

L'objectif du Projet est d'accroître l'accès à des soins de santé primaire (SSP) financièrement viables et efficaces, ainsi que la fréquence de leur utilisation dans les districts sanitaires des provinces du Sud et de l'Adamaoua, et de quatre départements de la Province de l'Extrême-Nord.

II. Réalisations escomptées

La situation escomptée à la fin du projet est la suivante :

- Prestations de SSP complets dans 180 centres de santé relevant de 27 districts sanitaires, soit un accroissement de la couverture sanitaire de 34 % à 70 % dans les zones couvertes par le projet.
- Accroissement de l'utilisation des centres de santé de moins de 15 % à plus de 20 %. Cet accroissement se traduira par le nombre de nouveaux cas traités par année, par rapport au total des populations cibles dans les zones couvertes par les centres de santé.
- Réalisation d'une couverture vaccinale infantile de 60 % contre la rougeole, et en ce qui concerne le DTC III, dans les zones sanitaires cibles.
- Réalisation d'au moins 3 consultations prénatales par 50 % des femmes enceintes dans les zones sanitaires cibles.
- Couverture vaccinale de 50 % en ce qui concerne l'anatoxine tétanique pour les femmes en âge de procréer et résidant dans les zones sanitaires cibles.
- Traitement de 80 % des enfants atteints de diarrhée et amenés dans les centres de santé cibles, conformément aux principes généraux du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques.
- Délimitation des aires et districts sanitaires fonctionnels, institution de comités de gestion et de plans d'actions écrits pour tous les districts sanitaires couverts par le projet.
- Réduction à moins de 20 % des centres de santé faisant état, au cours d'une année, de ruptures de stocks pour les cinq médicaments les plus fréquemment utilisés.

- Couverture des coûts récurrents (à l'exception des salaires) sur les recettes générées par le recouvrement des coûts dans 75 % des centres de santé.
- Collaboration effective entre les organisations non-gouvernementales (ONG) camerounaises, avec quatre districts gérés par les ONG et au moins 2 aires de santé par province, fonctionnant dans le cadre des structures d'une ONG.

III. Stratégie du Projet

Le projet "Santé Maternelle et Infantile/Survie de l'Enfant" (SMI/SE) mettra en oeuvre le Programme de Réorientation des Soins de Santé Primaire (RSSP) du MINSANTE dans les provinces de l'Adamaoua et du Sud, ainsi que dans quatre départements de la Province de l'Extrême-Nord.

Le programme de RSSP prévoit :

- la création de districts sanitaires fonctionnels pour coordonner et superviser la dispensation effective de SSP efficaces et complets dans les structures sanitaires;
- l'initiation de programmes de recouvrement des coûts dans toutes les structures sanitaires de districts sanitaires, pour financer la conservation permanente d'un stock de médicaments essentiels et les coûts récurrents (à l'exception des salaires du personnel du MINSANTE) afférents aux prestations de SSP; et
- l'accroissement et l'amélioration des relations d'interaction entre les responsables des structures sanitaires et les communautés locales, pour garantir l'acceptation du principe du recouvrement des coûts par les communautés et initier des activités externes (vaccination, éducation sanitaire etc...).

IV. Description du Projet

Le projet comportera les volets suivants : districts sanitaires et structures provinciales; extension de la couverture sanitaire et des prestations de soins; système d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques; recouvrement des coûts et autres mesures de viabilisation; système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS); information, éducation et communication; participation communautaire; recherche opérationnelle; et formation.

1. DISTRICTS SANITAIRES ET STRUCTURES PROVINCIALES

1.1 Décentralisation et réformes structurelles

Dans le cadre du programme de RSSP, la décentralisation mise en oeuvre actuellement par le MINSANTE comporte la déconcentration des fonctions antérieurement centralisées et leur transfert au niveau provincial (par ex. la planification et la préparation du budget, la gestion des stocks

de produits médicaux, ainsi que la formation et l'encadrement), la délégation administrative de l'autorité et des ressources aux provinces et districts sanitaires, en vue de l'exécution des fonctions transférées, et la dévolution des pouvoirs, par la création de comités semi-autonomes aux niveaux des provinces, des districts et des communautés, ces comités étant chargés de veiller à la transparence des opérations effectuées au titre des fonds générés par le recouvrement des coûts. La décentralisation par le biais de la privatisation est également recherchée dans le cadre des accords établis entre le MINSANTE et les organisations non-gouvernementales (ONG) camerounaises en vue de la gestion des districts sanitaires et des centres de santé.

Ces divers types de décentralisation se refléteront dans les structures de gestion du projet SMI/SE II. Une gestion améliorée des ressources et du personnel par les Délégations Provinciales de la Santé et les équipes de districts sanitaires réduira les charges du MINSANTE tout en accroissant l'efficacité dans la résolution des problèmes. Le personnel à tous les niveaux (provinces, districts et aires de santé) recevra une formation susceptible de l'aider à assumer ce surcroît de responsabilités. Il sera également formé à assumer une approche plus active et plus serviable dans l'utilisation des renseignements pour identifier les problèmes, apprécier les possibilités de solution, appliquer les solutions et en évaluer la réussite.

1.2 Structures Provinciales

Délégations Provinciales de la Santé : Le Projet SMI/SE II fournira un assistant technique à long terme à chaque Délégation Provinciale de la Santé Publique pour aider à la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités sanitaires. Ce conseiller aidera à l'élaboration ou à l'examen des politiques, stratégies, normes, procédures et performances cibles en matière de SSP.

Centres Provinciaux d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques : L'assistance technique aidera les Centres Provinciaux d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques (CAPP) à renforcer leur système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques essentiels jusqu'au niveau des centres de santé.

Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé : Le projet SMI/SE II aidera également à perfectionner et à mettre en oeuvre les projets de textes organiques des Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé (FPSS) pour la co-gestion des CAPP. Ces textes organiques prévoient la création d'Assemblées Générales Provinciales de FPSS, ainsi que des comités communautaires de santé et de gestion au niveau des districts et des centres de santé, pour la gestion des surplus générés par le système de recouvrement des coûts. Les sessions annuelles des Assemblées Générales examineront et approuveront les projets d'investissement devant être financés, dans le cadre du domaine de la santé, sur les profits générés par les CAPP. Un accent particulier sera mis sur l'accroissement de la participation communautaire à la gestion des profits. Les textes

organiques doivent viser à ce que chaque niveau conserve et gère les profits générés par le système de recouvrement des coûts.

1.3 Structures de Districts Sanitaires

Le projet SMI/SE II consolidera la gestion et la supervision des activités sanitaires au niveau des districts sanitaires. En outre, le projet assurera la formation des comités et des personnels des districts sanitaires et leur donnera toute latitude pour contrôler la répartition des ressources générées par les hôpitaux de district et les centres de santé, par le biais d'une décentralisation de la planification, de l'élaboration du budget et de la gestion. Cette formation inclura l'interprétation des rapports financiers, ainsi que la dispensation de conseils et de directives générales sur la collecte et l'utilisation des recettes.

2. EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE ET DES PRESTATIONS DE SOINS

Pendant toute la durée du projet SMI/SE II, les efforts porteront moins sur le développement et l'essai de nouvelles technologies en matière de SSP que sur la création d'un système viable de dispensation des soins de santé, pour permettre à une plus grande partie de la population d'avoir accès à des techniques fiables de SSP.

2.1 Gestion des Districts Sanitaires

Le projet SMI/SE II postule que la délimitation des nouveaux districts sanitaires dans les trois provinces couvertes par le projet aura été achevée et approuvée avant le début du projet. La délimitation des districts sanitaires par le MINSANTE en juillet 1992 est considérée comme étant encore préliminaire. En collaboration avec les provinces, les équipes de districts sanitaires procéderont à une délimitation plus détaillée des districts sanitaires. Etant donné que le budget du projet SMI/SE II est prévu pour 27 districts sanitaires, il ne sera pas possible d'accroître de manière significative le nombre de districts sanitaires dans le cadre du projet.

L'établissement de plans d'action écrits et de comités fonctionnels de gestion pour les 27 districts sanitaires couverts par le projet sera la responsabilité des équipes de districts sanitaires, sous la supervision des provinces. Une formation en planification et en gestion des SSP, dans les neuf volets du projet, sera dispensée aux équipes de districts sanitaires dans le cadre des modules de planification élaborés à l'usage des districts sanitaires par l'Organisation Mondiale de la Santé, et un manuel à l'usage des districts sanitaires sera élaboré par le projet SMI/SE II.

Pour bénéficier de l'assistance du projet, les plans des districts sanitaires doivent avoir été discutés et approuvés par les comités de districts sanitaires. Chaque plan doit comporter la délimitation des aires de santé, une proposition pour le développement à long terme de ces aires et une stratégie pour chaque volet du projet. La carte du district sanitaire, ainsi que les graphiques appropriés, doivent être exposés dans les services du district sanitaire pour permettre au

comité de district sanitaire de visualiser le plan de district sanitaire et de suivre les progrès accomplis dans sa mise en oeuvre.

2.2 Collaboration avec les ONG

Les organisations non-gouvernementales peuvent jouer un rôle important dans la création et la gestion de centres décentralisés de santé au Cameroun. Dans les 27 districts sanitaires pressentis pour une assistance du projet, il y a au moins 6 districts sanitaires et 67 aires de santé (32 %) dans lesquelles une collaboration avec les ONG est possible. Ces hôpitaux et centres de santé sont détenus et gérés par des églises telles que l'Eglise Presbytérienne Camerounaise, l'Eglise Norvégienne Luthérienne du Cameroun, l'Eglise Adventiste, l'Eglise Catholique ou les fondations Ad Lucem.

Le travail médical et les infrastructures des ONG locales bénéficient, auprès de la population, de la réputation indéniable de dispenser des soins de qualité. On estime qu'environ 50 % des soins sont actuellement dispensés par le biais de structures gérées par des ONG. Les infrastructures existantes au niveau des ONG pourraient assurer des services (garage pour maintenance par exemple) qu'il serait autrement plus coûteux pour le MINSANTE de créer et de gérer. Le personnel des ONG est généralement réputé être plus motivé et pourrait servir d'excellent modèle pour les districts sanitaires gérés par le MINSANTE.

Parmi ses objectifs, le projet s'est proposé d'associer les ONG camerounaises à la gestion de quatre districts sanitaires et d'au moins deux centres de santé par province. Des discussions avec les dirigeants nationaux et des directeurs d'hôpitaux montrent que les ONG désirent ardemment une telle collaboration.

Le mécanisme de la collaboration entre le GRC et les ONG dans la gestion d'un district sanitaire devra être déterminé avec chacune des ONG. Le projet doit éviter de proposer un accord standard pour toutes les ONG au niveau national; il doit plutôt permettre aux provinces d'élaborer elles-mêmes, de manière innovatrice, les rapports de collaboration avec leurs ONG respectives. Il est possible qu'une ONG soit en mesure d'assumer les salaires du personnel de district sanitaire, mais qu'il soit nécessaire que le CAPP lui fournisse un financement initial pour soutenir les services du district sanitaire et la supervision des centres de santé. Les hôpitaux des ONG pourraient également souhaiter un accord avec le GRC pour permettre aux nouveaux diplômés de l'école de médecine de remplir leur obligation d'engagement décennal envers le GRC dans des hôpitaux religieux. En retour, les ONG devraient accepter une supervision technique et administrative provinciale, et associer les communautés à la gestion des centres de santé.

2.3 Extension de la couverture sanitaire des centres de santé

Le centre de santé est le noyau de base de l'extension visant à accroître l'accès aux SSP. Toutefois, étant donné que tous les systèmes ainsi que toutes les structures et compétences requises pour parvenir à une amélioration au titre du projet ne peuvent pas être perfectionnées immédiatement, la possibilité de procéder à une extension graduelle des

capacités des centres de santé doit être étudiée. Plusieurs options méritent d'être examinées attentivement dans le cadre du projet.

L'une de ces options pourrait être l'intégration par centre de santé; cela veut dire que l'assistance serait fournie aux districts sanitaires et aux centres de santé remplissant certaines conditions. Les équipes des districts sanitaires veilleraient à ce que :

- la zone d'action du centre de santé soit identifiée et cartographiée;
- la population soit associée et accepte le nouveau système;
- des comités communautaires et de gestion sanitaires soient créés;
- le personnel de santé soit formé en quantité suffisante;
- le projet de rénovation du centre de santé ait débuté, en tant que de besoin;
- les besoins essentiels du centre de santé en matière de nouveaux équipements soient satisfaits;
- un fonds renouvelable ait été mis sur pied pour la pharmacie;
- un gestionnaire ait été choisi par la communauté pour la pharmacie, et qu'il bénéficie d'une formation.

Dans le cadre de cette option, la première année du projet servirait probablement à développer les rôles fonctionnels des équipes de district. Cela signifierait que les centres de santé couverts par le projet SMI/SE II ne seraient pas revalorisés jusqu'à ce que les districts sanitaires deviennent opérationnels. Ceci permettrait de fournir une forte motivation et une bonne base pour l'organisation de la restructuration ainsi que du développement de la capacité institutionnelle.

Une seconde option pourrait consister en une intégration par composante de SSP. Le projet SMI/SE II améliorerait les services curatifs de base et l'accès aux médicaments essentiels, de manière plus ou moins simultanée dans tous les centres de santé couverts par le projet SMI/SE II. Des composantes supplémentaires de SSP seraient introduites graduellement. Toutefois, un centre de santé ne serait considéré comme fonctionnel que si au moins cinq composantes de SSP y sont opérationnelles. Le mérite de cette approche serait la satisfaction des besoins connus des populations en matière de soins curatifs. Toutefois, en l'absence d'un district sanitaire fonctionnel, cette approche renforcerait le caractère provincial et vertical des soins curatifs et entraverait le développement des soins préventifs.

La troisième option pourrait être dénommée "option d'intégration limitée". Elle suppose une intégration conciliatoire par centre de santé fonctionnel et par composante de SSP. Chaque structure sanitaire

serait tenue de remplir certains critères, mais ceux-ci seraient moins draconiens que ceux de l'intégration telle que présentée dans la première option¹. Chaque structure recevrait alors un stock de départ de médicaments essentiels fournis sur des fonds ne provenant pas du projet SMI/SE II, c'est-à-dire des médicaments achetés sur les fonds recouverts et/ou sur ceux fournis par d'autres bailleurs de fonds. Cette assistance satisferait les besoins connus de la population en ce qui concerne un certain nombre de soins curatifs, pendant que l'équipe de district deviendrait capable d'améliorer chaque structure pour en faire un centre de santé fonctionnel.

Le choix de ces options sera également fonction de la possibilité pour le projet SMI/SE II de créer des districts sanitaires fonctionnels, dans lequel cas, il serait possible de procéder à l'intégration par centre de santé dans les districts sanitaires fonctionnels tandis qu'une intégration limitée aurait lieu dans les districts sanitaires non encore fonctionnels. Le projet SMI/SE II doit être perçu comme un projet couvrant 27 districts sanitaires. Chaque équipe de district sanitaire travaille selon un plan sanitaire individualisé et à son rythme, en fonction de ses capacités de gestion.

Le projet SMI/SE II prévoit la couverture de 100 centres de santé supplémentaires, ce qui portera à 180 le nombre total de ces centres au titre des projets SMI/SE I et II. Ceci est suffisant pour couvrir toutes les 141 aires de santé disposant d'un centre de santé du MINSANTE, ainsi que 60 % des aires de santé disposant de centres de santé gérés par des ONG ou par ces dernières et le MINSANTE. Etant donné la nécessité d'être souple dans la révision des plans de développement des zones sanitaires dans le cadre du développement des districts sanitaires, le tableau ci-dessous propose un plan d'accroissement de la couverture sanitaire à 74 % pendant la durée du projet SMI/SE II.

¹ Les cinq composante de SSP proposées pour déterminer un centre de santé fonctionnel sont l'IEC/éducation sanitaire, les soins curatifs de base, l'accès aux médicaments essentiels, la vaccination, et la santé maternelle et infantile (services prénataux et pour enfants de moins de cinq ans).

² Les critères suggérés sont : une équipe fonctionnelle de district sanitaire (médecin chef et infirmier major), l'établissement d'un Comité de Santé (COSA), la co-gestion financière par le trésorier du COSA et l'infirmier du centre de santé, et la réalisation satisfaisante d'un cours de formation en prescription rationnelle de médicaments et en gestion financière.

Tableau
COUVERTURE DES AIRES DE SANTE AU TITRE DU PROJET SMI/SE II

Provinces	Aires de santé prévues	Estimation population totale	Aires de santé fonctionnelles prévues pour			Taux de couverture démograph. prévu	
			SMI I	SMI II	SMI I&II	en 1997	%
SUD	111	464 658	24	44	68	351 521	76
ADAMAOUA	76	397 013	25	22	47	278 076	70
EXTREME-NORD	90	1 401 000	31	34	65	1 038 350	74
	277	2 262 671	80	100	180	1 667 947	74

2.2 Amélioration de la qualité des soins de santé

• Réfections et équipements

La manière dont les clients payant perçoivent la qualité des soins de santé pour lesquels ils payent dépend de la qualité du cadre dans lequel ces soins sont dispensés. En conséquence, le projet SMI/SE II prévoit la fourniture d'équipements et de matériels indispensables pour les rénovations et réfections mineures dans les structures sanitaires.

Les locaux des centres de santé et des hôpitaux sont en général satisfaisants, mais ils nécessitent quelques travaux de réfection et une réhabilitation générale. Le projet ne financera ni la construction de nouveaux locaux, ni des travaux importants de réfection des structures existantes. Dans plusieurs de ces structures, le travail pourrait se réduire à un bon nettoyage et à repeindre les murs. Dans d'autres, il pourrait également s'étendre à la réparation d'un plafond, au recrépissage d'un mur ou au remplacement d'une fenêtre. Une attention particulière sera accordée à la sécurité de la pharmacie. Dans les hôpitaux de référence, le projet se limitera à financer des services tels que la maternité, les salles d'opération, la pharmacie et les laboratoires.

Ce type de réhabilitation ne nécessite pas l'utilisation d'entrepreneurs et peut être effectué par le personnel de santé avec la collaboration de la communauté. Le projet recherchera des moyens originaux d'utiliser les ressources du projet, non seulement pour la réfection des locaux, mais également pour motiver le personnel et l'amener à trouver une source de fierté dans ses conditions de travail et à inciter les membres de la communauté à "prendre possession" de leur centre de santé par une contribution matérielle et en main d'oeuvre. A ce titre, l'une des possibilités serait que l'allocation des fonds aux structures sanitaires soit fonction de la contrepartie apportée par la communauté, jusqu'à un certain niveau.

Le budget du projet comprend des montants maxima pour la réfection de chaque service de district sanitaire (5 000 dollars), de chaque hôpital de référence (10 000 dollars) et de chaque centre de santé (5 000 dollars). Les équipes de districts sanitaires feront un inventaire de l'état matériel de leurs structures sanitaires et établiront des priorités pour les activités de réfection. Ces équipes devront être encouragées à rechercher d'autres fonds auprès du Gouvernement Camerounais, de la communauté locale, des hommes d'affaires locaux et des ONG pour un financement plus important des activités de réfection.

Le budget du projet comporte un certain montant de fonds pour les équipements médicaux et hospitaliers. Les propositions au niveau de chaque structure devront être étudiées, pour éventuelle révision avant la commande, par les personnels sanitaires des provinces et des districts sanitaires, et par la direction du MINSANTE chargée de la structure sanitaire concernée (par ex. la Direction de la Médecine Hospitalière pour ce qui est des équipements destinés aux hôpitaux). Il n'est pas possible de financer entièrement les besoins en équipements des hôpitaux de districts ou des hôpitaux provinciaux. En conséquence, seul le petit équipement et le petit matériel de maternité, de laboratoire et de salle d'opération seront achetés sur les fonds du projet.

• Normes techniques

Les manuels déterminant les normes techniques ont déjà été préparés par le MINSANTE pour le planning familial, la lutte contre les maladies diarrhéiques, le fonctionnement des centres de santé et l'encadrement des districts sanitaires. Des missions provinciales de supervision et des activités d'évaluation dans le cadre du projet détermineront l'efficacité de ces manuels. Le projet SMI/SE II élaborera les grandes lignes des normes techniques dans le domaine des infections respiratoires aiguës, de la supervision des districts par les provinces, des stratégies de dispensation des soins curatifs, ainsi que des normes pour les hôpitaux de district.

L'amélioration de la qualité des soins bénéficiera d'une attention spéciale par le biais :

- de normes simples et claires pour les soins curatifs;
- d'orientations en matière de supervision en ce qui concerne les soins préventifs, promotionnels et curatifs, en vue d'identifier les problèmes et de remédier aux déficiences;
- du suivi (par la collecte de données) de la perception que les communautés se font des services de santé;
- du contrôle de validité des données du SIGS et de l'évaluation de son utilisation pour la prise de décisions.

2.3 Lutte contre les maladies endémiques

Pour promouvoir le développement d'un système de SSP entièrement intégré, le projet SMI/SE II interviendra dans la lutte contre les grandes épidémies. Ces interventions porteront sur les infections respiratoires aiguës dans tous les centres de santé, et sur d'autres maladies telles que la schistosomiase, l'onchocercose, la méningite et le choléra dans les aires de santé où ces problèmes se posent avec acuité. Les interventions seront limitées à celles qui peuvent être intégrées sans difficulté et à moindre coût dans les systèmes existants de dispensation de soins. Les comités de santé communautaire joueront un rôle de premier plan dans toutes les activités d'éducation sanitaire.

• Schistosomiase/Onchocercose

Le projet aura pour point de départ les résultats du projet "Santé et Production Rurale" financé par l'USAID, et la distribution en masse d'Ivermectin pour lutter contre l'onchocercose dans le Département du Dja et Lobo, en vue d'intégrer les mesures de lutte contre la schistosomiase et l'onchocercose dans les services de santé des zones hautement affectées. A ce titre, les activités de lutte seront les suivantes :

- identification des zones de grandes endémies à l'aide des données de suivi épidémiologique ou d'enquêtes rapides;
- fourniture régulière de produits pharmaceutiques approuvés par l'OMS (praziquantal pour la schistosomiase et ivermectin pour l'onchocercose);
- fourniture régulière de réactifs aux structures sanitaires pour permettre aux laboratoires de diagnostiquer la schistosomiase;
- inclusion des méthodes de diagnostic et de traitement dans le manuel de soins curatifs du projet, et amendement, en conséquence, des protocoles de supervision de la qualité des soins;
- distribution de matériel didactique sanitaire aux structures sanitaires et inclusion de thèmes d'éducation sanitaire dans les discussions d'IEC avec les communautés;
- distribution permanente (avec l'aide la communauté) l'ivermectin dans les villages où cela s'est déjà fait et où il est loisible de continuer; et
- inclusion des indicateurs sur la schistosomiase et l'onchocercose, dans les SIGS provinciaux.

• Infections respiratoires aiguës (IRA)

Le projet SMI/SE II améliorera le diagnostic et le traitement des IRA dans les centres de santé, en assurant un approvisionnement régulier des centres de santé et des hôpitaux de référence en médicaments approuvés par l'OMS pour la lutte contre les IRA. Le manuel de soins curatifs, les protocoles de supervision et le SIGS seront révisés pour tenir compte des recommandations de l'OMS en matière de diagnostic et de traitement des IRA, et seront utilisés pour la formation, en cours d'emploi, des prestataires de soins. Le MINSANTE préparera du matériel didactique sanitaire pour améliorer le traitement des IRA à domicile et promouvoir la détection précoce des cas de pneumonie; ces éléments feront partie du programme d'IEC du projet.

• Méningite et choléra

Ces maladies sont endémiques et parfois épidémiques dans certains districts sanitaires de la Province de l'Extrême-Nord. Les plans d'action des districts sanitaires, les protocoles de supervision et les SIGS devront prendre ces problèmes en considération. La Délégation Provinciale doit avoir des plans d'intervention rapide en cas d'épidémies de méningite et de choléra. Le projet aidera à la conception de tels plans et contribuera aux efforts de lutte contre les épidémies, si nécessaire.

2.5 Renforcement des niveaux de référence

Le projet SMI/SE II aidera les hôpitaux de districts et les hôpitaux provinciaux à renforcer les niveaux de référence dans les centres de santé, pour garantir la continuité des soins et les prestations de soins complets aux populations ciblées. A ce titre, le projet :

- aidera à définir les normes pour les hôpitaux de districts et les hôpitaux provinciaux;
- élaborera des principes de référence pour les hôpitaux et les centres de santé;
- fournira les stocks initiaux de médicaments essentiels pour les soins de santé secondaire, en vue de diversifier et d'améliorer les soins dispensés dans les hôpitaux;
- assurera la formation et la supervision pour renforcer les services d'analyses en laboratoire;
- aidera à améliorer la gestion du personnel et des recettes provenant du paiement des soins, et l'administration des services de santé.

D'autres hôpitaux, même s'ils ne sont pas des hôpitaux de référence de districts, existent dans des arrondissements et disposent en général d'un médecin. Ces hôpitaux pourraient bénéficier de l'assistance du projet s'ils servent de "centre de santé" pour l'une des aires de santé

55

de districts. Ils recevraient alors la même assistance que les centres de santé.

3. APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET SYSTEME DE DISTRIBUTION

3.1 Manuel de politiques et procédures

Le projet élaborera un manuel des procédures de gestion des médicaments essentiels par les districts sanitaires, pour compléter les manuels élaborés pour les CAPP et les centres de santé dans le cadre du projet SMI/SE I. Ledit manuel décrira les fonctions, pouvoirs et responsabilités de chaque niveau du système sanitaire en ce qui concerne l'approvisionnement, la fixation des prix, le stockage, la tenue des documents comptables, la garantie de la qualité, la distribution et la vente des médicaments essentiels.

3.2 Approvisionnement en produits pharmaceutiques

Sauf pour ce qui est des stocks initiaux de médicaments qui seront fournis aux nouveaux centres de santé par l'USAID, le projet SMI/SE II devra s'approvisionner, pour tous les médicaments, par le biais du Centre d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CIAME) mis sur pied à Limbe avec le soutien du GTZ. Le CIAME fournit des médicaments à la plupart des projets de SSP au Cameroun. Une alternative au CIAME, si nécessaire, sera l'approvisionnement par le biais de l'UNICEF ou directement dans le cadre d'un appel d'offres international.

3.3 Dépôts pharmaceutiques provinciaux

Le projet SMI/SE II mettra en place un CAPP entièrement opérationnel pour soutenir les zones couvertes par le projet dans la Province de l'Extrême-Nord. Les CAPP dans les trois provinces recevront une assistance technique pour (a) accroître le volume des opérations, (b) garantir l'existence de stocks permanents, (c) réduire les coûts de fonctionnement, et (d) explorer les moyens d'accroître les recettes par l'extension de la gamme des produits.

Assurer l'existence de stocks permanents peut signifier l'extension des SIGS pour enregistrer l'évolution des schémas de consommation, ainsi que l'élaboration d'un modèle pour prévoir les fluctuations de la demande. La nécessité de réduire les coûts peut signifier l'exploration des possibilités de s'approvisionner en vrac ou en se groupant à plusieurs, l'utilisation plus efficace de l'espace de magasinage ainsi qu'une amélioration des délais d'acheminement et de distribution. L'augmentation des recettes peut signifier l'exploration de nouvelles opportunités en matière de production ou de composition locale des produits pharmaceutiques et des médicaments, ainsi que l'inclusion de fournitures de laboratoire, de radiologie, de chirurgie de soins dentaires et autres matériels spécialisés dans la gamme des produits sujets au recouvrement des coûts. Le stockage et la vente des pièces de rechange pour les véhicules provinciaux, ainsi que les fournitures pour la maintenance des équipements et infrastructures, feront également l'objet d'attention.

56

Le SIGS initié au titre du projet SMI/SE I sera révisé pour inclure les deux systèmes manuel et informatique, en vue de consolider la gestion des fournitures médicales, d'améliorer les procédures d'approvisionnement et d'inventaire, d'effectuer le suivi des coûts, de calculer les marges, de fournir des renseignements susceptibles d'aider à mettre en oeuvre des stratégies de fixation des prix, d'actualiser les cartes de contrôle d'inventaire, les formulaires de réquisitions, et tenir les comptes des diverses structures sanitaires.

3.4. Formation

Le projet SMI/SE II élaborera des modules et des supports pour la formation pré-emploi et en cours d'emploi dans le domaine de la gestion des fournitures médicales et pour tous les niveaux du système sanitaire. Une attention spéciale sera accordée à l'amélioration des aptitudes administratives, logistiques et financières des personnels des CAPP.

4. RECOUVREMENT DES COÛTS ET AUTRES MESURES DE VIABILISATION

Le projet SMI/SE II développera et perfectionnera les systèmes de recouvrement des coûts fonctionnant déjà dans les provinces de l'Adamaoua et du Sud. La mesure du taux de réalisation de ce volet sera le niveau des recettes de recouvrement par rapport aux coûts récurrents (autres que les salaires du GRC) dans 75 % des centres de santé.

Dès 1997, le recouvrement des coûts sera appliqué dans 116 centres de santé, 12 hôpitaux de districts et deux hôpitaux provinciaux. De même, dans le cadre du projet, le recouvrement des coûts dans la Province de l'Extrême-Nord sera élargi à 64 centres de santé, 15 hôpitaux de district et à l'hôpital provincial.

Plus particulièrement, le projet adaptera et modifiera les systèmes actuels de recouvrement des coûts. Pour tenir compte des problèmes de mise en oeuvre, de l'éventuelle sous-utilisation (et du manque à gagner en résultant) de certaines structures co-financées et co-gérées par les communautés, le projet testera des approches diverses de recouvrement des coûts, en vue d'améliorer la viabilité du système dans un environnement économique incertain. Cette activité devra se faire par le biais d'activités de recherche.

Elle comportera la fixation d'un ordre de priorité pour les activités à financer par le biais du recouvrement des coûts. Par exemple, dans les centres de santé desservants des populations peu nombreuses ou dispersées, avec utilisation limitée de ces structures, il serait avantageux de supprimer le poste de commis aux médicaments ou d'en avoir un à temps partiel. D'autres tentatives seront effectuées pour réduire les coûts fixes à financer sur les recettes des consultations ou de la vente de médicaments. Le projet explorera également la rentabilité des systèmes de distribution de médicaments et de recouvrement des coûts au niveau des districts sanitaires dans lesquels la distribution des provinces vers les centres de santé n'est pas pratique ou rentable.

SA'

Les fonds générés par les frais de consultation et de vente des médicaments serviront au réapprovisionnement en médicaments, au fonctionnement du système de distribution des médicaments, et pour couvrir les coûts de SSP à l'exception des salaires des personnels du GRC. Ces coûts englobent également les salaires et avantages des commis aux médicaments, la maintenance des équipements et des locaux, la dépréciation, le carburant et les fournitures, ainsi que les per diem et autres dépenses connexes. Les bénéfices bruts des centres de santé serviront également à couvrir les coûts des activités externes. Toutes les structures sanitaires seront capables d'utiliser les fonds en surplus pour des activités afférentes au domaine de la santé conformément aux plans d'action des aires et des districts sanitaires. Les bénéfices bruts des CAPP serviront à couvrir les coûts de distribution des médicaments ainsi que la supervision tant au niveau provincial que des districts.

Le fonctionnement du système de RSSP est illustré dans l'exemple ci-après. Dans la Province du Sud, un système entièrement opérationnel de 69 centres de santé, 6 hôpitaux de district et un hôpital provincial nécessiterait des achats de médicaments pour environ 85 millions FCFA par an. L'ensemble du système coûterait environ 254 millions FCFA par an. Pour un taux d'utilisation de 0,25, les centres de santé généreraient plus de 22 millions FCFA de recettes. Ce montant couvre moins de 10 % des coûts totaux du système. Le financement du fonctionnement des centres de santé et des hôpitaux, en sus du CAPP ainsi que des services provinciaux et de district, et à l'exclusion des salaires des personnels du GRC, nécessiterait encore une marge brute de 272 % sur les prix d'achat de médicaments par le CAPP. Si le paiement de frais n'était pas institué en vue de défrayer les coûts du système, la marge nécessaire devrait être de 298 %. En d'autres termes, les médicaments devraient être vendus trois fois le prix payé par le CAPP. La répartition de la marge requise (298 %) est exprimée en pourcentage du coût d'achat des médicaments dans le tableau ci-dessous :

**MARGES BENEFICIAIRES NECESSAIRES POUR UN RECOUVREMENT
DES COUTS EQUILIBRE DANS LA PROVINCE DU SUD**

STRUCTURE/ACTIVITE	COUTS (en FCFA)	MARGE BENEF. NECESSAIRE POUR COUVRIR LES COUTS
Réapprovisionnement en médicaments	85 100 000	100 %
CAPP	51 800 000	61 %
Services Provinciaux	5 500 000	6 %
Services de district	33 000 000	39 %
Hôpital Provincial	2 500 000	3 %
Hôpitaux de district	11 000 000	13 %
Centre de santé	65 000 000	76 %
TOTAL	254 000 000	298 %

La RSSP prévoit également l'établissement de Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé (FPSS) qui seront financés sur les surplus des CAPP. Ces fonds fonctionneront comme des "mécanismes de solidarité" par le biais

58

desquels des aires de santé de moindre importance recevront un soutien de la part de aires de santé disposant d'une plus grande capacité à générer des recettes. L'instance dirigeante des CAPP attribuera des fonds aux aires sanitaires sur la base des plans soumis par ces zones et approuvés par les comités de districts sanitaires. Les plans sanitaires de districts pourront être examinés et financés de la même manière.

La fixation des prix se fera sur la base d'un système de marges différentielles et de subventions croisées, les plus grandes marges étant appliquées aux médicaments les moins chers et les moins vitaux, et les marges les plus faibles étant appliquées aux médicaments les plus chers et les plus vitaux. Sur la base des orientations de politiques fournies par le MINSANTE, un comité de santé devra formuler une politique de prestation de soins de santé pour les indigents.

La crise économique qui frappe le Cameroun rend le climat difficile pour la mise en oeuvre de programmes de recouvrement des coûts et réduit la marge d'erreurs tolérable dans la réussite du programme. Le projet doit accorder la priorité aux activités susceptibles d'être financées par recouvrement des coûts, étant donné que les revenus réels pourraient s'avérer insuffisants pour couvrir toutes les activités prévues. Il est également essentiel que les rapports mensuels soient examinés régulièrement et que le personnel du projet initie les mesures correctives appropriées quand les résultats financiers ne sont pas à la mesure des attentes. Les systèmes de gestion et de comptabilité doivent être aussi simples que possible, et conformes à des pratiques administratives acceptables.

5. SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION SANITAIRE (SIGs)

5.1 SIGs au niveau provincial

Le projet SMI/SE II aidera le MINSANTE à définir les rôles des équipes sanitaires de province et de district, pour fournir un cadre souple permettant une plus grande prise de décision au niveau des districts et des centres de santé. Cette assistance recherchera l'amélioration des capacités des provinces et des districts à gérer les recettes générées par les nouveaux programmes de recouvrement des coûts. Elle aura pour visée :

- de réorienter la gestion au niveau provincial;
- de consolider la gestion au niveau du district;
- d'améliorer les systèmes et les aptitudes des personnels en matière de planification et de préparation d'un budget;
- d'améliorer les systèmes et les aptitudes des personnels en matière de comptabilité et de gestion financière.

Le projet renforcera la capacité des provinces en matière de planification sanitaire et d'encadrement des districts sanitaires, en portant l'accent sur le suivi et le renforcement des performances

des équipes de districts sanitaires plutôt que sur les échanges directs avec les centres de santé. La recherche opérationnelle au niveau des provinces permettra de promouvoir et de suivre l'expérimentation de diverses stratégies de gestion au niveau des districts, pour améliorer par exemple la gestion, l'encadrement et la motivation du personnel (pour plus de détails, cf. section 8, "Recherche Opérationnelle"). L'analyse et l'utilisation des données collectées par le biais de la RSSP seront également améliorées au cours du projet.

Des protocoles provinciaux d'encadrement seront perfectionnés pour fournir des renseignements sur les carences en matière d'aptitudes et promouvoir l'amélioration des performances. Ceci fournira une base structurée pour la planification et l'organisation de la formation en cours d'emploi. Les encadreurs recevront une formation dans le domaine de l'utilisation des régimes d'encadrement susceptibles de promouvoir le travail d'équipe, d'améliorer la qualité des soins et la motivation non-pécuniaire du personnel. Les rapports d'encadrement comporteront des renseignements spécifiques sur les actions programmées et mises en oeuvre en vue d'améliorer les performances des équipes dans les structures sanitaires.

Les équipes provinciales élaboreront en outre des outils uniformes de planification, de préparation des budgets et de confection de rapports régulier sur les activités et la gestion financière. Ces outils serviront à former et à encadrer les équipes de districts sanitaires.

5.2 SIGS aux niveaux des districts et des centres de santé

Le projet SMI/SE II étendra le SIGS initié par le projet SMI/SE I et le rendra opérationnel dans chaque district sanitaire et chaque aire de santé au cours de l'année où ces aires ou districts recevront pour la première fois l'assistance du projet. Le projet améliorera la planification et la gestion des activités et ressources au niveau des districts sanitaires. L'équipe de district sanitaire sera le principal conseiller technique, le formateur en cours d'emploi et le superviseur des centres de santé. Les centres de santé soumettront des rapports de SIGS tant aux districts sanitaires qu'aux provinces, pour faciliter la saisie des données. Les districts sanitaires analyseront les rapports et transmettront leurs observations et recommandations à l'équipe provinciale de santé. Un feed-back sur les rapports du SIGS sera fourni aux centres de santé par les équipes de district et aux districts par les équipes provinciales.

Un membre de l'équipe de district accompagnera les superviseurs du CAPP dans les centres de santé au moment du réapprovisionnement de ces centres en médicaments. A cette occasion, il examinera et approuvera les budgets bimestriels des centres de santé. Les superviseurs du CAPP veilleront au maintien de stocks permanents de médicaments.

Les équipes de district continueront à élaborer des plans d'actions de district, ainsi que les budgets de fonctionnement, en consultation avec les centres de santé. Il s'en suivra une amélioration de ces plans en raison : (a) des conseils des équipes provinciales, (b) de la

qualité des données produites par le SIGS et (c) des nouvelles ressources générées par le recouvrement des coûts.

Des données brutes seront collectées par les districts sanitaires pour toutes les aires et structures sanitaires. Parmi ces données figureront une estimation de la population ciblée, qui servira de base pour l'établissement de priorités à court et à long terme; parmi ces données figureront également un inventaire des lieux, de leur état, de toutes les infrastructures, des véhicules et des équipements, ainsi qu'une évaluation des ressources humaines. Les données brutes serviront à établir les priorités en matière de santé et de gestion, à élaborer des plans d'action et des budgets pour les districts, ainsi que des plans de formation, et à réexaminer les objectifs cibles fixés lors du projet SMI/SE I.

6. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)

Le projet SMI/SE II augmentera le niveau des activités d'IEC dans les provinces couvertes par le projet, en utilisant comme matériau de base les éléments suivants : a) réalisations du projet SMI/SE I; b) données des recherches opérationnelles, particulièrement au niveau des districts et des provinces; c) meilleure information provenant du SIGS et des analyses plus consistantes des données du SIGS; et d) analyse des données collectées par Save the Children et Care sur les problèmes sanitaires et les attitudes envers la santé communautaire dans la Province du Nord-Ouest.

Des cassettes didactiques audio seront préparées, pour autant que ce travail n'ait pas été fait dans le cadre du projet SMI/SE I, pour permettre la standardisation des messages à l'adresse des communautés et l'animation des sessions d'éducation sanitaire sur des sujets tels que l'allaitement maternel, les maladies diarrhéiques, la vaccination, le planning familial, l'utilisation adéquate des médicaments et d'autres aspects des soins de santé primaire.

Le projet ciblera les leaders de communautés dans les structures sanitaires nouvellement réorientées, afin de :

- mettre à nouveau l'accent sur la participation communautaire;
- clarifier les rôles des comités de santé et des comités de gestion;
- les informer de l'importance de la vaccination pour la santé de la mère, et de l'importance de la santé maternelle pour le nouveau-né;
- rechercher les moyens d'assurer un rôle aux femmes dans le processus de décision en matière de fonctionnement des structures sanitaires;
- examiner la manière de faire l'inventaire sanitaire;

et rechercher des idées pour une collaboration plus grande entre les structures sanitaires et les communautés qui les utilisent.

Les activités d'IEC motiveront le personnel des centres de santé à travailler plus étroitement avec les communautés locales, à faire montre de plus de fierté et de plus de responsabilité dans leur travail, et à faire preuve d'une meilleure attitude envers les usagers.

Parmi les activités figureront des ateliers, l'élaboration d'affiches et la recherche d'autres voies pour rendre public les programmes d'attribution de prix et d'autres activités conçues pour honorer les performances exemplaires.

Le projet formera les équipes de districts aux principes de l'IEC et de la participation communautaire, et leur fournira les outils nécessaires pour la mise en oeuvre efficace de l'IEC. Le projet fournira à chaque centre de santé, à chaque district sanitaire et à chaque service provincial une série de livres et documents sur les SSP, et l'IEC devrait être une première étape pour accroître leur familiarité avec tous les domaines des soins de santé primaire. Une panoplie minimale d'IEC sera préparée et distribuée aux personnels sanitaires, et sera actualisée à l'aide de cours permanents sur des sujets précis.

Le projet recherchera des voies nouvelles pour vulgariser le concept de soins de santé primaire et accroître son statut au sein de la communauté politique et médicale. Une publication financée par le projet sur les activités de SSP au Cameroun honorera les personnels hautement efficaces du MINSANTE et les leaders de communautés. Les personnels de santé seront interviewés sur le terrain au sujet de leur travail, des prestations de soins disponibles dans leurs structures, des activités externes envisagées etc..., et ces interviews seront diffusées sur les ondes de la radio nationale. Des interviews seront également faites avec les membres des communautés ayant promu de meilleures pratiques en matière de santé et élaboré ou mis en oeuvre des projets dans le domaine de la santé communautaire.

En même temps, le moment est peut-être venu de réexaminer plus en détail le problème de la participation communautaire, pour préparer les contacts avec les leaders de communautés dans les aires de santé devant être incluses dans les activités futures en matière de santé réorientée. Ce réexamen pourrait nécessiter une analyse des réactions aux activités d'IEC proposées ci-dessus, ainsi que l'organisation de groupes spéciaux de discussion sur la collaboration entre les structures sanitaires et les communautés. Les groupes de discussions des leaders de communautés et des femmes devront être distincts, en raison de la réticence générale des femmes à parler en présence de ces leaders.

Malgré que les structures actuelles prévoient un inventaire des problèmes sanitaires par chaque comité de santé communautaire dans son aire, ces inventaires n'ont en général pas eu lieu. L'équipe de mise en oeuvre devrait rechercher les moyens d'encourager et de soutenir cette activité, et veiller à l'analyse des données ainsi collectées. Cette

activité pourrait accroître l'efficacité des équipes sanitaires et fournir des informations pour une amélioration des stratégies, des plans d'actions et des activités d'IEC.

Il est souhaitable que l'équipe de mise en oeuvre du projet envisage de modifier la procédure actuelle de préparation des communautés à participer au nouveau programme réorienté, co-financé et co-géré de SSP. Plutôt que de demander aux comités de santé de procéder aux inventaires de santé communautaire, l'équipe de santé devrait procéder elle-même à cet inventaire avant le lancement du programme réorienté, c'est-à-dire avant l'ouverture des pharmacies dans les centres de santé.

Cette proposition est examinée plus en détail à la section 7 ("Participation communautaire"). En cas d'adoption de cette suggestion, certaines activités d'IEC seraient nécessaires pour assurer une bonne réaction des équipes de santé et des communautés.

Les Volontaires du Corps de la Paix ont été très efficaces dans d'autres pays (Togo par exemple) dans leur soutien aux programmes d'IEC. Nous suggérons que le MINSANTE et les responsables du projet envisagent la possibilité de les utiliser comme formateurs des formateurs (i.e., les personnels des centres de santé) en IEC au niveau des communautés.

7. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Dans sa mise en oeuvre, le projet s'efforcera d'obtenir une participation effective des communautés, et particulièrement des femmes ou des groupes féminins, à toutes les activités de SSP.

Des activités de recherche opérationnelle seront entreprises pour tester des alternatives aux procédures actuelles de développement communautaire. L'une des alternatives consisterait à procéder à un inventaire sanitaire au niveau de la communauté comme première étape du développement communautaire, plutôt que de s'attendre à ce que les comités de santé le fassent après que les centres de santé aient reçu une assistance du projet. Cette approche sera testée dans une ou deux aires de santé de chacune des deux provinces méridionales du projet. Elle devrait être mise en oeuvre conjointement par l'équipe sanitaire et la communauté. Si possible, les Volontaires du Corps de la Paix apporteront une assistance.

Il est possible que l'approche ci-dessus suscite le désir chez les communautés d'organiser une amélioration de leur situation sanitaire d'une manière différente de celle des comités de santé. Le Ministère devrait accueillir favorablement cette situation si elle peut entraîner une participation communautaire plus fructueuse. Obtenir la participation des femmes nécessitera de toute évidence un autre type de structure.

Le projet encouragera le développement communautaire par le co-financement de petits projets mis en oeuvre par les comités de santé ou les groupes d'action communautaire. Les fonds à cet effet proviendront des Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé et/ou du projet. Le budget du projet prévoit un montant de 100 000 dollars pour un nombre de 100 à 200 projets de développement communautaire. Les critères d'évaluation des propositions des communautés seront établis, la préférence étant donnée aux projets élaborés et gérés par des femmes.

8. RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

Le projet organisera des activités de recherche opérationnelle pour améliorer les performances des personnels sanitaires et des communautés dans la mise en oeuvre des SSP. Toutes les équipes de districts recevront une formation en management, en encadrement, en IEC et en recherche opérationnelle. Des plans annuels de travail pour la recherche opérationnelle seront préparés et exécutés pour des thèmes tels que les normes techniques, la participation communautaire, les problèmes de gestion (ex. performances et motivation des personnels sanitaires, utilité des SIGS etc...).

La recherche opérationnelle ne sera pas menée de manière isolée. Elle sera promue comme facteur contribuant à l'amélioration de l'IEC et de la gestion à tous les niveaux du système de soins de santé. L'accroissement des attributions et compétences des communautés en matière de discussion, de proposition et de mise en oeuvre de solutions aux problèmes sanitaires locaux, par exemple, devrait être considéré comme une forme valable de recherche opérationnelle, même si elle est organisée comme activité d'IEC ou de participation communautaire.

Compte tenu de la politique de RSSP visant à développer la capacité des districts à gérer les soins de santé primaire, le projet devrait promouvoir le développement des capacités de recherche opérationnelle aux niveaux national, provincial et des districts. Le district sanitaire ne doit pas être perçu comme un maillon de mise en oeuvre décentralisée des instructions reçues des niveaux provincial et national en matière de gestion, mais plutôt comme un laboratoire pour tester et perfectionner les approches en vue de la promotion et de la gestion des SSP. La conception de la recherche opérationnelle comme outil de gestion et d'IEC doit être enseignée aux membres des équipes de district. Le projet doit encourager les districts sanitaires à prendre l'initiative d'intégrer la recherche opérationnelle dans leurs plans d'action. Ceci ne nécessite pas un financement ou un encadrement supplémentaires de la part des provinces à moins que les districts sanitaires préparent des protocoles pour requérir des financements supplémentaires.

La possibilité pour les districts sanitaires de mener des activités de recherche opérationnelle peut constituer une motivation importante pour les districts sanitaires. L'expérience dans d'autres pays a montré que les responsables sanitaires de district deviennent des chercheurs hautement motivés quand ils se rendent compte qu'ils mènent des activités de recherche valables et susceptibles de leur apporter une

notoriété au niveau national. Nous suggérons ci-après une approche de la recherche opérationnelle au titre du projet.

1. Des conférences et/ou séminaires provinciaux examinent et établissent les priorités pour les sujets méritant une recherche opérationnelle.
2. Les équipes de districts sanitaires sont instruites de la recherche opérationnelle comme outil de gestion et d'IEC, dans le cadre de leur formation initiale, et sont encouragées à proposer des recherches opérationnelles dans leurs plans d'action, pour résoudre des problèmes spécifiques à leurs districts sanitaires.
3. Les districts sanitaires sont encouragés à soumettre au niveau provincial des protocoles de projets de recherche opérationnelle, et peuvent recevoir des fonds pour de petits projets de recherche opérationnelle (par ex. 2 000 dollars) par le biais du Fonds Provincial ou du projet. Ces projets sont supervisés au titre des activités provinciales de supervision. Tout district sanitaire recevant des fonds devra soumettre les conclusions et recommandations de ses recherches opérationnelles. Le projet fournira un financement pour 20 projets de ce type, pour un montant total de 40 000 dollars.
4. Les projets de recherche opérationnelle proposés par les districts sanitaires ou les provinces, et nécessitant un financement supplémentaire et un protocole plus structuré, sont transmis à un comité national comprenant des représentants provinciaux et le personnel du projet.
 - (a) Les projets de recherche opérationnelle ne nécessitant pas une assistance technique spéciale peuvent être approuvés pour financement par le projet, pour un montant maximal de 10 000 dollars. Ces projets seront mis en oeuvre sous la supervision étroite de la province, en ce qui concerne les rapports tant financiers que techniques. Le projet financera trois projets de ce type par province, pour un montant total de 90 000 dollars.
 - (b) Les protocoles de projets de recherche opérationnelle nécessitant une assistance technique spéciale et/ou une coordination au niveau national seront approuvés au niveau national et confiés pour exécution à une institution appropriée (c.à.d. délégations provinciales). Le financement, l'assistance technique et la supervision seront assurés par l'équipe nationale en collaboration avec l'organisme d'exécution. Des rapports financiers et techniques seront soumis au comité national et au projet pour examen et approbation. Trois principaux projets de recherche opérationnelle sont

budgétisés pour un montant de 95 000 dollars (dont 50 000 pour les coûts d'exécution encourus sur place au Cameroun et 45 000 pour une assistance technique de courte durée).

5. Tous les chercheurs sont invités à faire part des résultats de leurs travaux au cours d'une conférence nationale organisée par le projet ou le MINSANTE, pour promouvoir l'échange d'expérience entre les districts et les provinces. La conférence servira également de forum de discussion des sujets prioritaires futurs de recherche opérationnelle. Des résumés des résultats de la recherche opérationnelle seront également publiés dans le Journal Médical du MINSANTE et distribués par le projet à tous les districts sanitaires.

Certains des sujets susceptibles de mériter l'attention du projet sont les suivants :

- Amélioration de la qualité des soins : des protocoles de supervision pour des interventions effectives et efficaces de SSP, et une formation extensive en cours d'emploi pourraient être expérimentés dans les districts sanitaires.
- Rationalisation des ordonnances : Le recouvrement des coûts et la vente des médicaments entraînent un surcroît de prescriptions de médicaments et détournent des activités de prévention et de promotion. La recherche opérationnelle pourrait examiner des stratégies susceptibles de promouvoir un équilibre des activités curatives, préventives et promotionnelles.
- Rôle des hôpitaux d'arrondissement : La recherche opérationnelle pourrait examiner si des hôpitaux d'arrondissement peuvent fonctionner comme centres de santé et/ou comme sous-districts pour une supervision décentralisée.
- Collaboration entre le GRC et les ONG : Une comparaison entre les districts sanitaires gérés par les ONG et ceux gérés par le MINSANTE pourrait constituer une recherche opérationnelle utile.
- Attitude des époux/pères : Les hommes jouent un rôle important dans la détermination des comportements en matière de santé. La recherche opérationnelle pourrait voir comment l'IEC peut changer ces attitudes en faveur d'une plus grande utilisation des SSP.
- Système de répartition des quote-parts au MINSANTE : Les délégations provinciales de la santé pourraient expérimenter de nouvelles stratégies pour étendre à tous les agents de santé les systèmes actuels de répartition des quote-parts aux médecins, tout en liant le système à une responsabilité accrue des agents de santé.

- Récompenses et sanctions pour les agents de santé : Les districts sanitaires et les provinces pourraient expérimenter divers moyens d'améliorer les performances des agents de santé ainsi que leur sens des responsabilités, grâce a des motivations non-pécuniaires.
- Responsabilité des comités de santé communautaire : Les équipes de districts sanitaires pourraient essayer d'améliorer le sens des responsabilités des comités de gestion de santé communautaire, et de promouvoir une collaboration entre les communautés et les services de santé publique.
- Gestion des districts sanitaires : Les délégations provinciales de la santé pourraient mener des recherches opérationnelles pour voir si les équipes de districts sanitaires peuvent efficacement allouer des dotations budgétaires et affecter le personnel dans leurs arrondissements dans le cadre d'une structure de gestion provinciale plus décentralisée.

9. FORMATION

9.1 Besoins en formation

La formation et l'éducation permanentes des agents de santé permettra la promotion de la qualité des soins de santé et motivera le personnel. Etant donné que la révision des programmes de formation pré-emploi peut prendre des années, le recyclage des prestataires actuels de soins de santé doit être une activité prioritaire dans le cadre des programmes de soins de santé primaire.

Le projet aidera à déterminer l'envergure et les aptitudes des équipes de districts sanitaires et veillera à la formation de leurs membres. Des plans provinciaux de formation incluront la formation en cours d'emploi et la formation sur le tas comme partie intégrante de la supervision. Les plans de formation incluront également la formation médicale et en gestion, à l'intention des personnels des centres de santé, par les équipes de districts sanitaires, et l'élaboration de méthodologies de formation et de supervision par les équipes provinciales, à l'intention des équipes de districts sanitaires.

Le projet devra assurer la formation pour 100 comités de santé, 100 centres de santé et 27 équipes de districts sanitaires. Le tableau ci-dessous estime qu'environ 900 personnes devront recevoir un type ou un autre de formation.

BESOINS EN FORMATION POUR UN DISTRICT SANITAIRE STANDARD

Service de district sanitaire (Médecin + 2 infirmiers + 2 autres)	=	5 personnes
4 centres de santé x (3 infirmiers + 1 commis)	=	16 personnes
4 comités de santé (Presid., Vice-Présid., trésorier)	=	12 personnes
		=====
		33 personnes

Total de 891 personnes pour 27 districts de santé.

67

9.2 Types de formation

Des exemples de divers types et niveaux de formation susceptibles d'être nécessaires pendant le projet sont donnés ci-dessous :

- Formation des comités de santé et des comités de gestion sanitaire
- Formation des équipes de centres de santé, de districts sanitaires et des équipes provinciales
- Encadrement des centres et des districts de santé dans le cadre de la formation sur le tas
- Participation aux conférences provinciales et nationales
- Visites réciproques des centres de santé, des districts sanitaires et des provinces
- Formation de courte durée à l'extérieur du Cameroun

Les sessions officielles de formation ne représentent qu'un type de formation. Le projet élargira la notion de formation pour y inclure la formation sur le tas lors des visites de supervision et au cours des activités menées à l'extérieur, et en facilitant les visites réciproques au niveau des centres de santé et des districts sanitaires. La priorité en matière de formation courte sera donnée aux institutions locales de formation telles l'Institut Panafricain de Développement (IPD). Un certain nombre de sessions de formation de courte durée à l'étranger sera financé par le projet en tant que de besoin.

9.3 Stratégie de formation

La formation des formateurs suppose en général la formation d'une équipe nationale qui formera des équipes provinciales qui à leur tour formeront des équipes de districts qui à leur tour formeront des équipes de centres de santé. Bien que cette stratégie soit logique, l'expérience a montré que chacun de ces niveaux est souvent un facteur de "dilution" de la qualité de la formation. En même temps, il n'est ni possible ni souhaitable que toute la formation soit assurée aux niveaux national et des provinces. L'expérience montre également que la qualité de la formation décroît proportionnellement à la distance entre le site de formation et le lieu de travail, et que le formateur doit également être le superviseur.

L'approche recommandée pour le projet préconise que le niveau national mette l'accent sur la formation de trois équipes provinciales et fournisse des personnes-ressources pour permettre la formation des équipes de districts sanitaires. Chaque province serait chargée de former 6 à 7 équipes de districts sanitaires et de faire office de ressource pour les sessions de formation au niveau des centres de santé. Chaque équipe de district serait chargée de la formation initiale de quatre nouvelles équipes de centres de santé et de la formation permanente de trois centres de santé du projet SMI/SE I.

Vu de cette manière, la formation ne constitue pas un fardeau trop lourd, mais elle nécessitera une approche efficace de formation des formateurs.

Une estimation globale du temps requis donne à penser qu'un formateur national consacrerait 20 % de son temps à la formation des équipes provinciales. Trois formateurs provinciaux consacreront 30 % de leur temps à la formation au niveau des districts sanitaires et des centres de santé, et chaque équipe de formateurs au niveau des districts consacrerait de 5 à 15 % de son temps à la formation au niveau des centres de santé et des comités de santé communautaire.

Le principe général, en conséquence, est que la formation soit organisée et réalisée au niveau où se déroule la supervision. Par exemple, la formation des infirmiers dans les aires de santé doit être faite par les équipes de districts sanitaires. Toutefois, les districts sanitaires doivent faire appel aux facilitateurs et/ou à des personnes/ressources des niveaux provinciaux pour les programmes de formation dans les aires de santé. La formation doit essentiellement se faire sur place, c'est-à-dire au centre de santé pour la formation au niveau de l'aire de santé, au district sanitaire pour les équipes de district sanitaire. Certaines activités de formation peuvent être combinées de manière optimale dans le cadre des visites régulières de supervision. Ceci aiderait à faire de la supervision une expérience positive d'apprentissage plutôt qu'une activité d'évaluation négative.

V. Organismes et dispositions de mise en oeuvre

1. UNITES DU MINSANTE

La Direction de la Médecine Préventive et Rurale (DMPR) du MINSANTE sera l'organisme d'exécution du projet, étant donné son rôle de coordinateur du programme de SSP. Le Directeur de la DMPR sera le Directeur du projet au niveau du MINSANTE. D'autres Directions seront consultées en tant que de besoin. Par exemple, le Directeur de la Santé Familiale et Mentale, qui est le Directeur du Projet National de Santé Familiale mis en oeuvre par l'USAID, veillera à ce que les normes médicales en matière de santé maternelle et infantile soient respectées dans les centres de santé couverts par le projet. Le Directeur de la Médecine Hospitalière sera consulté au sujet des améliorations (équipements ou de petits travaux de réfection des infrastructures) devant être apportées aux hôpitaux provinciaux et de districts. Les activités afférentes au développement du projet SIGS devront être exécutées en coordination avec la Direction du Plan, des Etudes et des Statistiques qui travaille sur le SIGS national. Le projet devra être en contact avec la Direction de la Pharmacie pour être tenu au courant des modifications dans les politiques et procédures nationales relatives à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et en médicaments essentiels, à leur distribution et à leur prescription.

S'il y a des problèmes importants de politiques ou de mise en oeuvre qui nécessitent l'intervention de plusieurs directions, ces problèmes pourront certainement intéresser d'autres bailleurs de fonds. Dans lequel cas, le comité de suivi des SSP au MINSANTE devrait être convoqué. Ce comité réunit les directeurs des six directions centrales du MINSANTE, les représentants des bailleurs de fonds pour les SSP et d'autres organisations travaillant aux SSP au Cameroun. Il se réunit environ une fois par trimestre pour faciliter la coordination des projets de SSP au Cameroun.

Les activités de SSP sur le terrain seront la responsabilité directe des Délégués Provinciaux de la Santé. Ils seront assistés par les représentants de chacune des six directions de MINSANTE (les cinq citées ci-dessus plus la Direction des Affaires Générales et des Finances). Il est important de noter que le RSSP est un système décentralisé dans lequel le personnel provincial est activement associé à la conception et à la révision de tous les aspects du système. En conséquence, le projet accordera la priorité aux provinces plutôt qu'à Yaoundé.

Les rôles de chaque niveau administratif du MINSANTE dans la mise en oeuvre des projets sont décrits ci-dessous. Il s'agit essentiellement des mêmes rôles que dans le cadre du projet SMI/SI - phase I. Toutefois, les districts ont été récemment redéfinis par le MINSANTE, et l'on s'attend à ce que soit accordée aux nouveaux districts une autorité plus grande que dans la structure précédente.

Direction de la Médecine Préventive et Rurale : La DMPR assumera la responsabilité globale de la mise en oeuvre du projet. Ses responsabilités spécifiques seront les suivantes :

- fournir des intrants pour le SIGS national;
- assumer la supervision technique de la conception et de la révision des protocoles de supervision;
- émettre des directives techniques et en matière de politiques pour l'amélioration du recouvrement des coûts, de la gestion, des systèmes logistiques médicaux des SSP;
- veiller à ce que les problèmes fondamentaux de politiques et d'administration soient résolus par le MINSANTE et le GRC;
- assurer la conception des manuels de formation en cours d'emploi;
- fournir des directives de politiques sur les activités et programmes de SSP aux délégations provinciales de la santé;
- faciliter les contacts entre le personnel du projet et d'autres directions du MINSANTE, et assurer la coordination avec les autres directions, en tant que de besoin, pour garantir la mise en oeuvre efficace des activités du projet.

170

Délégations Provinciales de la Santé : Les délégations provinciales de la santé seront responsables de la mise en oeuvre des activités et programmes de SSP dans leurs provinces. Leurs rôles spécifiques incluront les suivants :

- intégration et distribution des biens et produits du Projet National de Santé Familial par le biais du CAPP; Coordination des activités de formation du Projet National de Santé Familiale et du projet SMI/SE II;
- fourniture d'intrants pour l'expansion du projet SIGS et utilisation de ce projet pour améliorer la gestion du système de soins de santé dans la province;
- conception et révision des protocoles de supervision (en collaboration avec les superviseurs des districts de santé);
- amélioration du système de recouvrement des coûts des SSP;
- renforcement du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques pour les SSP;
- approvisionnement, auprès de sources internationales si nécessaire, en médicaments essentiels et distribution de ces médicaments, à temps, aux structures sanitaires réorientées de la province;
- extension des services de SSP co-financés et co-gérés par la communauté à des sites supplémentaires;
- coordination des activités d'IEC au niveau provincial;
- coordination de l'intégration des programmes de lutte contre les infections respiratoires aiguës, la schistosomiase et l'onchocercose dans les services de SSP et dans les zones très affectées;
- réalisation d'opérations et d'activités de recherche (en collaboration avec les superviseurs de districts et les prestataires de SSP);
- collaboration avec l'assemblée générale des Fonds Provinciaux Spéciaux de Santé (FPSS) pour budgétiser les surplus générés par les activités de recouvrement des coûts; et
- transmission de directives aux comité de gestion du FPSS.

Equipes de district sanitaire : Les équipes de district sanitaire planifieront, coordonneront et superviseront toutes les activités sanitaires dans leurs districts. Leurs rôles spécifiques incluent :

- participation à la conception des protocoles;

- préparation et lancement des structures sanitaires co-financées et co-gérées par les communautés;
- veiller à ce que les stocks et les systèmes de distribution des médicaments essentiels fonctionnent normalement;
- suivre et recommander des améliorations dans la gestion financière des fonds générés par le recouvrement des coûts;
- mener la recherche opérationnelle;
- assurer la formation en cours d'emploi et superviser directement les structures sanitaires co-financées et co-gérées par les communautés dans leurs districts;
- développer et mettre en oeuvre des programmes d'IEC dans leurs districts, suivre et évaluer les programmes d'IEC administrés par les différents autres niveaux de la structure du MINSANTE;
- planifier et budgétiser leur activités en consultation avec les comités de districts sanitaires les personnels des centres de santé; et
- recevoir et analyser les rapports du SIGS, et fournir un feed-back aux centres de santé et aux provinces.

Equipes des Centres de Santé : Les centres de santé auront la charge des activités préventives, curatives et promotionnelles de santé, superviseront les postes sanitaires villageois de leurs aires de santé, assureront des activités externes en matière de SSP ainsi que des activités d'IEC, et participeront, en tant que de besoin, à la recherche opérationnelle. Les centres de santé planifieront et budgétiseront leurs activités en consultation avec leur comités de santé communautaire.

2 ASSISTANCE FINANCEE PAR L'USAID

2.1 Contractant d'Assistance Technique

L'USAID s'attachera les services d'une institution américaine qui fournira une assistance technique aux équipes de mise en oeuvre du MINSANTE, et qui s'occupera de la gestion d'autres ressources financées par l'AID au titre du projet. L'équipe d'assistance technique comprendra :

- un chef d'équipe (contrat de 4 ans) qui aura pour tâches de conseiller le MINSANTE en matière de politiques et de mise oeuvre des programmes de SSP co-financés et co-gérés, de coordonner les activités du projet avec les directions du MINSANTE et les autres projets financés par l'AID dans le domaine de la santé; de coordonner la fourniture au projet des ressources fournies par l'AID, et de superviser l'équipe d'assistance technique;

12

- un spécialiste d'IEC, de recherche opérationnelle et de formation (contrat de 3 ans et demi), qui travaillera avec les directions nationales ainsi que les équipes des trois provinces dans les domaines de l'IEC, de la recherche opérationnelle et de la conception des activités de formation; et
- un conseiller (contrat de 2 ans et demi), qui travaillera avec chacune des trois délégations provinciales de la santé (Provinces du Sud, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord) et qui coordonnera la fourniture des ressources fournies sur les fonds de l'AID dans les provinces.

Le contractant sera également responsable : a) de l'approvisionnement en biens et produits médicaux pour les centres de santé et les hôpitaux de référence, b) de faciliter et d'aider à la préparation de matériels didactiques et des protocoles techniques et de gestion, c) de faciliter l'organisation d'ateliers, de conférences et de programmes de formation (tant sur place qu'à l'étranger), d) de recruter et d'assister des spécialistes pour fournir une assistance de courte durée (en temps que de besoin), e) de maintenir des contacts avec les personnels du MINSANTE étudiant et en visite aux Etats-Unis, et leur apporter assistance en tant que de besoin, f) de faciliter les examens périodiques consacrés aux progrès enregistrés par le projet et de collaborer avec les équipes d'évaluation et d'audit du MINSANTE et de l'USAID et g) l'approvisionnement en biens pour soutenir l'équipe d'assistance technique.

2.2 USAID/Bénéficiaires

Le soutien de l'USAID au programme de RSSP dans la Province de l'Extrême-Nord est actuellement fourni par l'intermédiaire de Save the Children Foundation et de CARE. A la suite d'une évaluation externe en avril 1993, six mois après le lancement des systèmes co-financés et co-gérés par les communautés, l'USAID déterminera si elle doit continuer à soutenir le programme de RSSP dans la Province de l'Extrême-Nord par le biais d'une ou plusieurs subventions, ou si elle doit accroître les responsabilités du contractant de l'assistance technique dans cette province.

2.3 USAID

La Mission de l'USAID aura la charge de l'approvisionnement en véhicules pour soutenir le projet, ainsi qu'en médicaments essentiels pour les stocks initiaux dans les structures sanitaires associées au programme des SSP réorientés. Elle prendra également des dispositions, en temps utile, pour obtenir une assistance technique spécialisée sur les contrats financés au niveau central à Washington.

L'USAID prendra des dispositions pour des évaluations indépendantes intérimaires et finales du projet.

ANNEXE I

TABLEAU 1

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE/SURVIE DE L'ENFANT II
PROJET NO. 631-0090ACCORD DE PROJET
PLAN FINANCIER INDICATIF DU PROJETCONTRIBUTION DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE (A.I.D.)
(\$000)

RUBRIQUE	CONTRIBUTION INITIALE	CONTRIBUTION FUTURE ENVISAGEE	TOTAL
1. Contrat Institutionnel d'Assistance Technique (y compris l'assistance technique, les coûts locaux, et quelques biens d'équipement)	2,500	8,500	11,000
2. Assistance Technique – Subventions aux OPV	800	1,900	2,700
3. Assistance Technique (Supervision USAID)	200	600	800
4. Biens d'équipement (Acquisition USAID)	1,500	1,100	2,600
5. Evaluation	0	170	170
6. Audit	0	60	60
7. Imprévus	0	670	670
TOTAL	5,000	13,000	18,000

ANNEXE I

TABLEAU 2

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE/SURVIE DE L'ENFANT II
PROJET NO. 631 – 0090

ACCORD DE PROJET
PLAN FINANCIER INDICATIF DU PROJET

CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT DU CAMEROOUN
(\$000)

RUBRIQUE	TOTAL
1. Réfection des Structures Sanitaires	328
2. Développement Communautaire	170
3. Carburant/Fournitures/Entretien	785
4. Personnel du MINSANTE	9,755
5. Dépréciation des Bâtiments	739
6. Vaccins	235
TOTAL	12,012

LISTE DES ABREVIATIONS

AD LUCEM	Services sanitaires de l'Eglise Catholique
CAPP	Centre d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques
CIAME	Centre d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
COSA	Comité de Santé
DMPR	Direction de la Médecine Préventive et Rurale (MINSANTE)
FPSS	Fonds Provincial Spécial de Santé
GTZ	Coopération Technique Allemande
IEC	Information, Education et Communication
IPD	Institut Panafricain de Développement
MINSANTE	Ministère de la Santé
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OPV	Organisation Privée de Volontaires
RSSP	Réorientation des Soins de Santé Primaire
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
SIGS	Système d'Information pour la Gestion Sanitaire
SMI/SE I	Projet "Santé Maternelle et Infantile/Survie de l'Enfant" - Phase I
SMI/SE II	Projet "Santé Maternelle et Infantile/Survie de l'Enfant" - Phase II
SSP	Soins de Santé Primaire
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

ANNEX II

Project Grant Standard Provisions

Definitions: As used in this Annex, the "Agreement" refers to the Project Grant Agreement to which this Annex is attached and of which this Annex forms a part. Terms used in this Annex have the same meaning or reference as in the Agreement.

ARTICLE A: Project Implementation Letters

To assist the Government in the implementation of the Project, A.I.D., from time to time, will issue Project Implementation Letters that will furnish additional information about matters stated in this Agreement. The Parties may also use jointly agreed-upon Project Implementation Letters to confirm and record their mutual understanding on aspects of the implementation of this Agreement. Project Implementation Letters will not be used to amend the text of the Agreement, but can be used to record revisions or exceptions which are permitted by the Agreement, including the revision of elements of the amplified description of the Project in Annex I.

ARTICLE B: General Covenants

Section B.1. Consultation

The Parties will cooperate to assure that the purpose of this Agreement will be accomplished. To this end, the Parties, at the request of either, will exchange views on the progress of the Project, the performance of obligations under the Agreement,

ANNEXE II

Dispositions Générales Applicables à la Subvention au Projet

Définitions: Tel qu'il est utilisé dans la présente Annexe, le mot "Accord" désigne l'Accord de Subvention au Projet auquel est jointe ladite Annexe et dont elle constitue une partie. Les termes utilisés dans cette Annexe ont la même signification et les mêmes références que dans l'Accord.

ARTICLE A: Lettres d'Exécution de Projet

Pour aider le Gouvernement à exécuter le Projet, l'A.I.D. émettra de temps à autre des Lettres d'Exécution de Projet donnant de plus amples renseignements sur des sujets figurant dans l'Accord. Les Parties signataires pourront également utiliser des Lettres d'Exécution de Projet rédigées d'un commun accord, pour confirmer et consigner par écrit accord mutuel sur certains aspects d'exécution du présent Accord. Les Lettres d'Exécution de Projet ne seront pas utilisées pour modifier le texte de l'Accord, mais pourront servir à prendre acte des révisions ou des exceptions autorisées par l'Accord, y compris la révision de certaines parties de la description détaillée du Projet telle qu'elle est citée à l'Annexe I.

ARTICLE B: Conventions Générales

Section B.1. Consultation

Les Parties signataires devront coopérer pour s'assurer que l'objectif de cet Accord sera atteint. A cet effet, elles devront, à la demande de l'une d'elles, procéder à un échange de vues sur l'avancement du Projet, sur l'exécution des obligations

the performance of any consultants, contractors, or suppliers engaged on the Project, and other matters relating to the Project.

Section B.2. Execution of Project

The Government will:

(a) carry out the Project or cause it to be carried out with due diligence and efficiency, in conformity with sound technical, financial, and management practices, and in conformity with those documents, plans, specifications, contracts, schedules, or other arrangements, and with any modifications therein, approved by A.I.D. pursuant to this Agreement; and

(b) provide qualified and experienced management for, and train such staff as may be appropriate for the maintenance and operation of the Project, and, as applicable for continuing activities, cause the Project to be operated and maintained in such manner as to assure the continuing and successful achievement of the purposes of the Project.

Section B.3. Utilization of Goods and Services

(a) Any resources financed under the Grant will, unless otherwise agreed in writing by A.I.D., be devoted to the Project until the completion of the Project, and thereafter will be used so as to further the objectives sought in carrying out the Project.

(b) Goods or services financed under the Grant, except as A.I.D. may otherwise agree in writing, will not be used to promote or assist a foreign aid project or activity associated with or financed by a

conformément à cet Accord, ainsi que sur les travaux accomplis par les experts-conseils, les contractants ou les fournisseurs participant au Projet et sur d'autres questions se rapportant au même Projet.

Section B. 2. Exécution du Projet

Le Gouvernement s'engage à:

(a) exécuter le Projet, ou veiller à son exécution, avec diligence et efficacité selon les meilleures procédures techniques, financières et administratives et conformément aux documents, plans, cahiers des charges, contrats, calendriers ou autres dispositions (ainsi que les modifications qui y seront apportées) approuvés par l'A.I.D. en conformité avec le présent Accord; et

(b) désigner des cadres de gestion qualifiés et expérimentés et entreprendre la formation de ce personnel en vue d'assurer l'entretien et le fonctionnement du Projet et, selon les besoins, pour la continuation des activités de ce Projet, veiller à ce que cet entretien et ce fonctionnement se fassent de manière à garantir la réalisation continue et avec succès des buts du Projet.

Section B.3. Utilisation des Biens et Services

(a) Toute ressource financée dans le cadre de la Subvention sera consacrée au Projet jusqu'à son achèvement, à moins que l'A.I.D. n'en convienne autrement par écrit. Ces ressources seront par la suite utilisées pour renforcer davantage les objectifs visés par la réalisation de ce Projet.

(b) A moins que l'A.I.D. n'en convienne autrement par écrit, les biens ou services financés par la Subvention ne peuvent servir à promouvoir ou aider un projet d'assistance étrangère ou une

country not included in Code 935 of the A.I.D. Geographic Code Book as in effect at the time of such use.

activité en rapport avec un des pays non inclus au Code Géographique 935 de l'A.I.D. tel qu'il est en vigueur lors de l'utilisation desdits biens et services, ou financés par l'un de ces pays.

Section B.4. Taxation

(a) This Agreement and the Grant will be free from any taxation or fees imposed under laws in effect in the territory of the Republic of Cameroon.

(b) To the extent that (1) any contractor, including any consulting firm, any personnel of such contractor financed under the Grant and any property or transactions relating to such contracts and (2) any commodity procurement transaction financed under the Grant, are not exempt from identifiable taxes, tariffs, duties, or other levies imposed under laws in effect in the territory of the Republic of Cameroon, the Government will, as and to the extent provided in and pursuant to Project Implementation Letters, pay or reimburse the same with funds other than those provided under the Grant.

Section B.5: Reports, Accounting Records, Audits, Inspections.

(1) The Grantee shall furnish A.I.D. such information and reports relating to the project and to this agreement as A.I.D. may reasonably request.

(2) The Grantee shall maintain accounting books, records, documents, and other evidence relating to the project and to this agreement, adequate to show, without limitation, all costs

Section B.4. Imposition

(a) Cet Accord et la Subvention seront exemptés de tous taxes et droits imposés en vertu de la législation en vigueur dans le territoire de la République du Cameroun.

(b) Au cas où (1) tout contractant, y compris toute firme d'ingénieurs-conseils, et tout personnel de ce contractant financé au titre de la Subvention et tous biens ou transactions en rapport avec ces contrats et (2) tout achat de biens financés par la Subvention ne seraient pas exonérés de taxes, droits tarifaires ou douaniers et autres impositions établies par la législation en vigueur dans le territoire de la République du Cameroun, le Gouvernement devra, en vertu et conformément aux Lettres d'Exécution de Projet, et dans les limites qui y sont prévues, payer ou rembourser lesdites sommes avec des fonds autres que ceux fournis dans le cadre de la Subvention.

Section B.5. Rapports, Livres Comptables, Audits, Inspections:

(1) Le bénéficiaire fournira à l'A.I.D. toutes informations et tous rapports afférents au présent accord, autant de fois que l'A.I.D. pourra raisonnablement en faire la demande.

(2) Le bénéficiaire tiendra des livres, archives, documents comptables et toutes autres pièces justificatives afférents au projet et au présent accord, présentés de manière à montrer, sans

incurred under the grant, the receipt and use of goods and services acquired under the grant, the costs of the project supplied from other sources, the nature and extent of solicitations of prospective suppliers of goods and services acquired, the basis of award of contracts and orders, and the overall progress of the project toward completion ("project books and records"). At the grantee's option, with approval by A.I.D., project books and records shall be maintained in accordance with one of the following methods: (1) generally accepted accounting principles prevailing in the United States, (2) generally accepted accounting principles prevailing in the country of the grantee, (3) accounting principles prescribed by the international accounting standards committee (an affiliate of the international federation of accountants), or (4) such other accounting principles as the parties may agree to in writing. Project books and records shall be maintained for at least three years after the date of last disbursement by A.I.D.

(3) If Dols 25,000 or more is disbursed directly to the grantee in any one calendar year under the grant, the grantee, except as the parties may otherwise agree in writing, shall have financial audits made of the funds disbursed to the grantee under the grant in accordance with the following terms:

- (a) The grantee shall select an independent auditor in accordance with the "guidelines for financial audits contracted by foreign recipients"

restrictions, tous les coûts encourus au titre de la présente subvention, les détails de la réception et de l'utilisation des biens et services acquis au titre du présent accord, les fonds obtenus auprès d'autres sources, la nature et la fréquence des prestations des fournisseurs de biens et services, les modalités d'attribution des contrats et de passation des commandes et les progrès globaux accomplis dans la réalisation du projet ("livres et archives du projet"). Au choix du bénéficiaire et avec l'approbation de l'A.I.D., les livres et archives seront tenus conformément à l'une des méthodes suivantes :

- (1) principes comptables généralement acceptés aux Etats-Unis,
- (2) principes comptables généralement acceptés dans le pays du bénéficiaire,
- (3) principes comptables prescrits par le comité international des normes comptables (organisme affilié à la fédération internationale des comptables), ou
- (4) tous autres principes comptables auxquels les parties pourront convenir par écrit. Les livres et archives du projet seront conservés pendant une période d'au moins trois ans à compter de la date du dernier déboursement par l'USAID.

(3) Si un montant égal ou supérieur à 25 000 \$ est déboursé directement en faveur du bénéficiaire au cours de n'importe quelle année dans le cadre de la subvention, le bénéficiaire devra, sauf si les parties en conviennent autrement par écrit, faire procéder à un audit des fonds déboursés, conformément aux modalités suivantes :

- (a) Le bénéficiaire choisira un expert comptable indépendant, conformément aux "principes généraux d'audits financiers"

issued by A.I.D. inspector general ("guidelines"), and the audits shall be performed in accordance with the "guidelines".

commandités par des bénéficiaires étrangers" édictés par l'inspecteur général de l'A.I.D. ("principes généraux"), et ces audits seront effectués conformément aux "principes généraux".

(b) An audit of funds provided under the grant shall be conducted for each fiscal year of the grantee. The audit shall determine whether the receipt and expenditure of the funds provided under the grant are presented in accordance with generally accepted accounting principles agreed to in section (2) above and whether the grantee has complied with the terms of the agreement. Each audit shall be completed no later than one year after the close of the grantee's fiscal year.

(b) Un audit des fonds fournis au titre de la subvention sera réalisé pour chacune des années fiscales du bénéficiaire. L'audit établira si la réception et l'utilisation des fonds fournis au titre de la subvention sont présentées selon les principes comptables convenus conformément à la section (2) ci-dessus, et si le bénéficiaire s'est conformé aux termes de l'accord. Chaque audit sera mené à terme dans un délai d'un an à compter de la date de clôture de l'année fiscale du bénéficiaire.

(4) The grantee shall submit an audit report to A.I.D. within 30 days after completion of each audit arranged for by the grantee in accordance with this section. The A.I.D. inspector general will review each report to determine whether it complies with the audit requirements of this agreement. Subject to A.I.D. approval, costs of audits performed in accordance with the terms of this section may be charged to the grant. In cases of continued inability or unwillingness to have an audit performed in accordance with the terms of this section, A.I.D. will consider appropriate sanctions which include suspension of all or a portion of disbursements until the audit is satisfactorily completed or A.I.D. performs its own audit.

(4) Le bénéficiaire soumettra un rapport d'audit à l'A.I.D. dans un délai de 30 jours à compter de la date d'achèvement de l'audit commandité par le bénéficiaire conformément aux termes de la présente section. L'inspecteur général de l'A.I.D. examinera chaque rapport pour vérifier sa conformité aux termes du présent accord en matière d'audit. Sous réserve de l'approbation de l'A.I.D., les coûts des audits réalisés en application des termes de la présente section peuvent être défrayés sur la subvention. En cas d'incapacité ou de refus persistants de faire procéder à l'audit conformément aux termes de la présente section, l'A.I.D. envisagera les sanctions appropriées parmi lesquelles la suspension de tout ou partie des déboursements jusqu'à ce que l'audit ait été réalisé de façon satisfaisante, ou alors, jusqu'à ce que l'A.I.D. ait procédé

(5) The grantee shall submit to A.I.D., in form and substance satisfactory to A.I.D., a plan by which the grantee will ensure that funds made available to subrecipients that receive Dols 25,000 or more in any one calendar year under the grant are audited in accordance with this agreement. The plan should describe the methodology to be used by the grantee to satisfy its audit responsibilities with respect to any subrecipient to which this section applies. Such audit responsibilities with respect to subrecipients may be satisfied relying on independent audits of the subrecipients or on appropriate procedures performed by the internal audit or program staff of the grantee, by expanding the scope of the independent financial audit of the grantee to encompass testing of subrecipients' accounts, or by a combination of these procedures. The plan should identify the funds made available to subrecipients that will be covered by audits conducted in accordance with other audit provisions that would satisfy the grantee's audit responsibilities (a nonprofit organization organized in the United States that has a direct contract with A.I.D. is required to arrange for its own audit; a for-profit contractor organized in the United States that has a direct contract with A.I.D. is audited by the cognizant U.S. government agency; a private voluntary organization organized outside the United States with a direct grant from A.I.D. is required to arrange for its own audits; and a host-country contractor should be audited by the cognizant grantee contracting agency). The grantee shall ensure that appropriate corrective actions are taken on the recommendations contained in the subrecipient's audit reports; consider whether subrecipient's audits necessitate adjustment of

(5) Le bénéficiaire soumettra à l'A.I.D., de manière satisfaisante quant au fond et à la forme, un plan permettant au bénéficiaire de s'assurer que les fonds mis à la disposition de récipiendaires secondaires pour un montant égal ou supérieur à 25 000 \$ au titre d'une année dans le cadre de la subvention font l'objet d'audit, conformément au présent accord. Le plan décrira la méthodologie à utiliser par le bénéficiaire pour satisfaire à ses responsabilités en matière d'audit dans le cadre de tout transfert de fonds à un récipiendaire secondaire concerné par la présente section. Ces responsabilités en matière d'audit et de récipiendaires secondaires peuvent être satisfaites par le recours à des audits indépendants effectués auprès des récipiendaires ou par le recours à des procédures appropriées mises en oeuvre par le personnel interne d'audit ou de programme du bénéficiaire, en étendant le champ d'action de l'audit financier indépendant pour y inclure le contrôle des comptes des récipiendaires secondaires, ou en combinant ces procédures. Le plan identifiera les fonds transférés aux récipiendaires secondaires et devant faire l'objet d'audits réalisés conformément à d'autres dispositions en matière d'audit, susceptibles de satisfaire aux responsabilités du bénéficiaire en matière d'audit (les organismes à but non-lucratif de droit américain ayant un contrat direct avec l'A.I.D. doivent prendre des dispositions pour procéder eux-mêmes à leurs audits; les entreprises à but lucratif de droit américain ayant un contrat direct avec l'A.I.D. sont auditées par l'organisme officiel américain concerné; les organismes privés volontaires de droit autre qu'américain et recevant une subvention directe de l'A.I.D. doivent prendre des dispositions pour procéder eux-mêmes à leurs

its own records; and require each subrecipient to permit independent auditors to have access to records and financial statements as necessary.

audits; les entreprises du pays hôte doivent être auditées par l'organisme du pays bénéficiaire ayant attribué le contrat). Le bénéficiaire s'assurera que les mesures correctives appropriées sont prises à la suite des recommandations des rapports d'audits des récipiendaires secondaires; voir si les audits du récipiendaire secondaire nécessitent un réajustement de ses propres documents; et demander à chaque récipiendaire secondaire de permettre à des experts comptables indépendants d'avoir accès à ses archives et à ses relevés financiers, en tant que de besoin.

(6) A.I.D. may, at its discretion, perform the audits required under this agreement on behalf of the grantee by utilizing funds under the grant or other resources available to A.I.D. for this purpose. The grantee shall afford authorized representatives of A.I.D. the opportunity at all reasonable times to audit or inspect the project, the utilization of goods and services financed by A.I.D., and books, records and other documents relating to the project and the grant.

(6) L'A.I.D. peut, si elle le désire, réaliser les audits prescrits par le présent accord, pour le compte du bénéficiaire, en utilisant les fonds de subvention ou d'autres fonds disponibles à l'A.I.D. Le bénéficiaire donnera aux représentants autorisés de l'A.I.D. l'opportunité, à tout moment raisonnable, d'auditer ou d'inspecter le projet, l'utilisation des biens et services financés par l'A.I.D. ainsi que les livres, archives et autres documents afférents au projet et à la subvention.

Section B.6. Completeness of Information

Section B.6. Soumission de Renseignements Complets

The Government confirms:

Le Gouvernement confirme:

(a) that the facts and circumstances of which it has informed A.I.D., or caused A.I.D. to be informed, in the course of reaching agreement with A.I.D. on the Grant are accurate and complete, and include all facts and circumstances that might materially affect the Project and the discharge of responsibilities under this Agreement; and

(a) que les faits et les circonstances dont il a informé l'A.I.D. ou a fait en sorte qu'elle le soit, en vue de réaliser un accord avec l'A.I.D. sur ladite Subvention sont exacts et complets et couvrent tous les faits et circonstances qui pourraient sensiblement affecter le Projet et la manière de remplir les responsabilités prévues dans le présent Accord; et

(b) that it will inform A.I.D. in timely fashion of any subsequent facts and circumstances that might materially affect, or that it is reasonable to believe might so affect, the Project or the discharge of responsibilities under this Agreement.

Section B.7. Other Payments

The Government affirms that no payments have been or will be received by any official of the Government in connection with the procurement of goods or services financed under the Grant except fees, taxes, or similar payments legally established in the territory of the Republic of Cameroon.

Section B.8. Information and Marking

The Government will give appropriate publicity to the Grant and the Project as a program to which the United States has contributed, identify the Project site by an appropriate sign, and mark goods financed by A.I.D., as described in Project Implementation Letters.

ARTICLE C: Procurement Provisions

Section C.1. Special Rules

(a) The source and origin of ocean and air shipping will be deemed to be the ocean vessel's or aircraft's country of registry at the time of shipment.

(b) Premiums for marine insurance placed in the territory of the Republic of Cameroon will be deemed an eligible Foreign Exchange Cost, if otherwise eligible under Section C.7 (a).

(b) qu'il informera l'A.I.D. en temps voulu de tous les faits et circonstances subséquents qui peuvent sensiblement affecter, ou dont on a lieu de croire qu'ils affecteraient, le Projet ou la manière de remplir les responsabilités prévues dans le présent Accord.

Section B.7. Autres Paiements

Le Gouvernement affirme qu'aucun paiement n'a été ou ne sera reçu par aucun de ses représentants en rapport avec l'acquisition de biens ou de services financés dans le cadre de la Subvention, à l'exception des droits, taxes ou autres paiements similaires légalement en cours dans le territoire de la République du Cameroun.

Section B.8. Information et Marquage des Biens

Le Gouvernement assurera une publicité appropriée à la Subvention et au Projet en tant que programme auquel les Etats-Unis ont contribué; il identifiera l'emplacement de Projet par une pancarte appropriée et fera marquer les biens financés par l'A.I.D., tel que le décrivent les Lettres d'Exécution de Projet.

ARTICLE C: Dispositions Concernant l'Acquisition des Biens

Section C.1. Directives Spéciales

(a) La source et l'origine des expéditions aériennes et maritimes seront réputées être le pays d'immatriculation du navire ou de l'avion à la date d'expédition des biens.

(b) Les primes d'assurance maritime souscrites dans le territoire de la République du Cameroun seront considérées comme "Coûts autorisés en devises étrangères", si elles sont autorisées par la Section C.7. (a).

(c) Any motor vehicles financed under the Grant will be of United States manufacture, except as A.I.D. may otherwise agree in writing.

(d) Transportation by air, financed under the Grant, of property or persons, will be on carriers holding United States certification, to the extent service by such carriers is available. Details on this requirement will be described in a Project Implementation Letter.

Section C.2. Eligibility Date

No goods or services may be financed under the Grant which are procured pursuant to orders or contracts firmly placed or entered into prior to the date of this Agreement, except as the Parties may otherwise agree in writing.

Section C.3. Plans, Specifications, and Contracts

In order that there be mutual agreement on the following matters, and except as the Parties may otherwise agree in writing:

(a) (1) The Government will furnish to A.I.D. upon preparation, any plans, specifications, procurement or construction schedules, contracts, or other documentation relating to goods or services to be financed under the Grant, including documentation relating to the prequalification and selection of contractors and to the solicitation of bids and proposals. Material modifications in such documentation will likewise be furnished to A.I.D. on preparation; and

(c) Tous les véhicules à moteur financés dans le cadre de la Subvention devront être de fabrication américaine, sauf accord contraire de l'A.I.D. notifié par écrit.

(d) Le transport par voie aérienne, financé dans le cadre de la Subvention, des personnes ou des biens, se fera sur des transporteurs enregistrés aux Etats-Unis, dans la mesure où un tel service par de tels transporteurs sera possible. Les détails de ces impératifs seront décrits dans une Lettre d'Exécution de Projet.

Section C.2. Date d'Eligibilité

Aucuns biens et services ne pourront être financés dans le cadre de la Subvention lorsqu'ils sont acquis par commandes ou contrats fermes passés ou exécutés avant la date du présent Accord, sauf si les deux Parties en conviennent autrement par écrit.

Section C.3. Plans, Cahiers des Charges et Contrats

En vue de parvenir à un accord sur les questions suivantes, et, sauf si les deux Parties en conviennent autrement par écrit:

(a) (1) Le Gouvernement devra fournir à l'A.I.D., dès leur préparation tous les plans, cahiers des charges, calendriers d'acquisition ou de construction, les contrats ou autres documents relatifs aux biens ou services devant être financés dans le cadre de la Subvention y compris les documents concernant la préqualification et la sélection des contractants, les appels d'offres et les soumissions proposées. Les modifications importantes apportées à ces documents seront également soumises à l'A.I.D. dès leur préparation; et,

(2) Such documentation will also be furnished to A.I.D., upon preparation, relating to any goods or services which, though not financed under the Grant, are deemed by A.I.D. to be of major importance to the Project. Aspects of the Project involving matters under this subsection (a) (2) will be identified in Project Implementation Letters;

(2) seront aussi soumis à l'A.I.D. dès leur préparation, tous les documents relatifs à tous les biens et services qui, bien que non financés dans le cadre de la Subvention, sont considérés par l'A.I.D. comme ayant une grande importance pour le Projet. Les aspects du Projet portant sur des questions traitées dans le présent paragraphe (a) (2) seront précisés dans les Lettres d'Exécution de Projet.

(b) Documents related to the prequalification of contractors, and to the solicitation of bids or proposals for goods and services financed under the Grant, will be approved by A.I.D. in writing prior to their issuance, and their terms will include United States standards and measurements;

(b) Les documents relatifs à la préqualification des contractants et aux appels d'offres ou soumissions pour les biens et services financés dans le cadre de la Subvention devront être approuvés par écrit par l'A.I.D. avant leur émission, et devront tenir compte, entre autres, des normes et mesures appliquées aux Etats-Unis;

(c) Contracts and contractors financed under the Grant for engineering and other professional services, for construction services, and for such other services, equipment or materials as may be specified in Project Implementation Letters, will be approved by A.I.D. in writing prior to execution of the contract. Material modifications in such contracts will also be approved in writing by A.I.D. prior to execution; and

(c) Les contrats et les contractants financés dans le cadre de la Subvention pour des travaux d'ingénierie et autres services professionnels, ainsi que pour la construction ou autres services et pour la fourniture d'équipement ou de matériel selon les indications données dans les Lettres d'Exécution de Projet, devront être approuvés par écrit par l'A.I.D. avant la signature du contrat. Les modifications importantes apportées à ces contrats devront également être approuvées par écrit par l'A.I.D. avant leur mise à exécution; et,

(d) Consulting firms used by the Government for the Project but not financed under the Grant, the scope of their services and such of their personnel assigned to the Project as A.I.D. may specify, and construction contractors used by the Government for the Project but not financed under the Grant, shall be acceptable to A.I.D.

(d) Les bureaux d'ingénieurs-conseils utilisés par le Gouvernement pour le Project mais non financés par la Subvention, l'étendue de leurs services et les compétences de leur personnel affecté au Projet selon les spécifications de l'A.I.D., et les entrepreneurs en bâtiment utilisés par le Gouvernement pour ce Projet mais non financés au titre de la Subvention, devront être acceptables à l'A.I.D.

Section C.4. Reasonable Price

No more than reasonable prices will be paid for any goods or services financed in whole or in part, under the Grant. Such items will be procured on a fair and, to the maximum extent practicable, on a competitive basis.

Section C.5. Notification to Potential Suppliers

To permit all United States firms to have the opportunity to participate in furnishing goods and services to be financed under the Grant, the Government will furnish A.I.D. such information with regard thereto, and at such times, as A.I.D. may request in Project Implementation Letters.

Section C.6. Shipping

(a) Goods which are to be transported to the territory of the Republic of Cameroon may not be financed under the Grant if transported either:

(1) on an ocean vessel or aircraft under the flag of a country which is not included in A.I.D. Geographic Code 935 as in effect at the time of the shipment; or

(2) on an ocean vessel which A.I.D., by written notice to the Government, has designated as ineligible; or

(3) under an ocean or air charter which has not received prior A.I.D. approval.

(b) Costs of ocean or air transportation (of goods or persons) and related delivery services may not be financed under the Grant, if such goods or persons are carried either:

Section C.4. Prix Raisonnable

Seuls des prix raisonnables seront payés pour les biens et les services financés en partie ou en totalité dans le cadre de la Subvention. Ceux-ci devront être obtenus sur une base équitable et, autant que possible, concurrentielle.

Section C.5. Notification des Fournisseurs Eventuels

Pour permettre à toutes les firmes américaines de participer à la fourniture des biens et des services devant être financés dans le cadre de la Subvention, le Gouvernement devra fournir à l'A.I.D. toutes les informations demandées par l'A.I.D. dans les Lettres d'Exécution de Projet et aux dates spécifiées.

Section C.6. Expédition

(a) Les biens à transporter jusqu'au territoire de la République du Cameroun ne peuvent être financés au titre de la Subvention s'ils sont transportés soit:

(1) à bord d'un navire ou d'un avion appartenant à un pays non inclus dans le Code Géographique 935 de l'A.I.D. en vigueur lors de l'expédition; ou

(2) à bord d'un navire que l'A.I.D. a déclaré inéligible dans une note écrite adressée au Gouvernement; ou

(3) à bord d'un navire ou d'un avion affrété sans l'approbation préalable de l'A.I.D.

(b) Les coûts du transport maritime ou aérien (de biens ou de personnes) et les services de livraison ne peuvent pas être financés au titre de la Subvention si ces biens ou personnes sont transportés soit:

(1) on an ocean vessel under the flag of a country not, at the time of shipment, identified under the paragraph of the Agreement entitled "Procurement Source: Foreign Exchange Costs", without written A.I.D. approval; or

(2) on an ocean vessel which A.I.D., by written notice to the Government, has designated as ineligible; or

(3) under an ocean vessel or air charter which has not received prior A.I.D. approval.

(c) Unless A.I.D. determines that privately owned United States-flag commercial ocean vessels are not available at fair and reasonable rates for such vessels:

(1) at least fifty percent (50%) of the gross tonnage of all goods (computed separately for dry bulk carriers, dry cargo liners and tankers) financed by A.I.D., which may be transported on ocean vessels, will be transported on privately owned United States-flag commercial vessels, and

(2) at least fifty percent (50%) of gross freight revenue generated by all shipments financed by A.I.D. and transported to the territory of the Republic of Cameroon by dry cargo liners shall be paid to or for the benefit of privately owned United States-flag commercial vessels. Compliance with the requirements of (1) and (2) of this subsection must be achieved with respect to any cargo transported from U.S. ports and also any cargo transported from non-U.S. ports, computed separately.

(1) à bord d'un navire battant pavillon d'un pays qui, à la date de l'expédition, n'est pas cité au paragraphe de l'Accord intitulé "Source d'Acquisition: Coûts en Devises Etrangères", sans l'accord préalable écrit de l'A.I.D.; ou

(2) à bord d'un navire que l'A.I.D. a déclaré inéligible dans une note écrite adressée au Gouvernement; ou

(3) à bord d'un navire ou d'un avion affrété sans l'approbation préalable de l'A.I.D.

(c) Sauf si l'A.I.D. constate que des navires de commerce privés battant pavillon des Etats-Unis ne sont pas disponibles à des prix équitables et raisonnables:

(1) au moins cinquante pour cent (50%) du tonnage brut de tous les biens (calculés séparément pour les transporteurs en vrac, les navires de ligne équipés pour cargaisons sèches et les pétroliers), financés par l'A.I.D. et transportables par voie maritime, seront transportés à bord de navires de commerce privés battant pavillon des Etats-Unis, e

(2) au moins cinquante pour cent (50%) du revenu de frêt brut pour toutes les expéditions financées par l'A.I.D. et transportées jusqu'au territoire de la République du Cameroun à bord de navires de ligne équipés pour cargaisons sèches, devront être payés pour ou au profit de navires de commerce privés battant pavillon des Etats-Unis. Les conditions (1) et (2) contenues dans ce paragraphe doivent être observées pour toutes les cargaisons transportées à partir de ports américains aussi bien que de ports non américains, calculées séparément.

Section C.7. Insurance

(a) Marine insurance on goods financed by A.I.D. which are to be transported to the territory of the Republic of Cameroon may be financed as a Foreign Exchange Cost under this Agreement provided:

(1) such insurance is placed at the lowest available competitive rate, and

(2) claims thereunder are payable in U.S. dollars or, as A.I.D. may agree in writing, in the currency in which such goods were financed or in any freely convertible currency. If the Government by statute, decree, rule, regulation or practice discriminates with respect to A.I.D.-financed procurement

against any marine insurance company authorized to do business in any State of the United States, then all goods shipped to the territory of the Republic of Cameroon financed by A.I.D. hereunder will be insured against marine risks and such insurance will be placed in the United States with a company or companies authorized to do marine insurance business in a State of the United States.

(b) Except as A.I.D. may otherwise agree in writing, the Government will insure, or cause to be insured, goods financed under the Grant imported for the Project against risks incident to their transit to the point of their use in the Project; such insurance will be issued on terms and conditions consistent with sound commercial practice and will insure the full value of the goods. Any indemnification received by the Government under such insurance will be used to

Section C.7. Assurance

(a) L'Assurance maritime contractée sur les biens financés par l'A.I.D. et devant être transportés jusqu'au territoire de la République du Cameroun peut être financée en tant que coûts en devises étrangères dans le cadre de cet Accord à condition que:

(1) cette assurance soit souscrite au taux concurrentiel le plus faible; et

(2) que les réclamations y afférentes soient payables en dollars ou, si l'A.I.D. en convient autrement par écrit, en monnaie utilisée pour le financement de ces biens ou en toute autre devise librement convertible. En ce qui concerne les achats financés par l'A.I.D., si le Gouvernement adopte par loi, décret, arrêté, règlement ou pratique, une attitude discriminatoire contre les compagnies d'assurance maritimes autorisées à exercer leur activité dans n'importe quel état des Etats-Unis d'Amérique, alors tous les biens expédiés vers le territoire de la République du Cameroun seront assurés contre tous risques maritimes. Une telle assurance sera souscrite aux Etats-Unis auprès d'une ou plusieurs compagnies autorisées à exercer leur activité d'assureurs maritimes dans n'importe quel état des Etats-Unis d'Amérique.

(b) Sauf accord contraire de l'A.I.D. notifié par écrit, le Gouvernement assurera ou fera assurer les biens financés dans le cadre de la Subvention et importés pour les besoins du Projet, contre des risques inhérents à leur transit jusqu'au point d'utilisation du Projet. Une telle assurance sera souscrite à des conditions conformes aux bons usages commerciaux pour toute la valeur des biens. Toute indemnité reçue par le Gouvernement sera utilisée pour remplacer ou réparer

replace or repair any material damage or any loss of the goods insured or will be used to reimburse the Government for the replacement or repair of such goods. Any such replacement will be of source and origin of countries listed in A.I.D. Geographic Code 935 as in effect at the time of replacement, and, except as the Parties may agree in writing, will be otherwise subject to the provisions of the Agreement.

tout dégât matériel ou toute perte subis par les biens assurés, ou servira à rembourser le Gouvernement afin de faire remplacer ou réparer lesdits biens. Les biens de remplacement devront avoir comme source et origine les pays indiqués dans le Code Géographique 935 de l'A.I.D. tel qu'il est en vigueur à la date d'acquisition de ces biens de remplacement et, sauf si les Parties en conviennent autrement par écrit, ces biens seront assujettis aux dispositions de l'Accord.

Section C.8. U.S. Government-Owned Excess Property

Section C.8. Matériel de Surplus, Propriété du Gouvernement des Etats Unis

The Government agrees that, wherever practicable, United States Government-owned excess personal property, in lieu of new items financed under the Grant, should be utilized. Funds under the Grant may be used to finance the costs of obtaining such property for the Project.

Le Gouvernement accepte d'utiliser, chaque fois que possible, le matériel de surplus, propriété du Gouvernement des Etats-Unis, au lieu d'articles neufs financés par la Subvention. Les fonds au titre de la Subvention peuvent servir à financer l'acquisition de ce matériel de surplus pour le Projet.

ARTICLE D: Termination; Remedies

ARTICLE D: Résiliation et Mesures Correctives

Section D.1. Termination

Section D.1. Résiliation

Either Party may terminate this Agreement by giving the other Party 30 days written notice. Termination of this Agreement will terminate any obligations of the Parties to provide financial or other resources to the Project pursuant to this Agreement, except for payments which they are committed to make pursuant to non-cancellable commitments entered into with third parties prior to the termination of this Agreement. In addition, upon such termination A.I.D. may, at A.I.D.'s expense, direct that title to goods financed under the

Chaque Partie peut résilier le présent Accord en donnant à l'autre Partie un préavis écrit de 30 jours. La résiliation du présent Accord mettra fin à toutes les obligations des Parties pour la fournitures de ressources financières ou autres aux fins du Projet et conformément au présent Accord, excepté pour les paiements qu'il sont tenus de faire conformément à des engagements irrévocables pris avec des tiers, antérieurement à la résiliation du présent Accord. En outre, lors de la résiliation, l'A.I.D. peut, aux frais de l'A.I.D., ordonner que le

Grant be transferred to A.I.D. if the goods are from a source outside the Republic of Cameroon, are in a deliverable state and have not been offloaded in ports of entry of the Republic of Cameroon.

Section D.2. Refunds

(a) In the case of any disbursement which is not supported by valid documentation in accordance with this Agreement, or which is not made or used in accordance with this Agreement, or which was for goods or services not used in accordance with this Agreement, A.I.D., notwithstanding the availability or exercise of any other remedies provided for under this Agreement, may require the Government to refund the amount of such disbursement in United States dollars to A.I.D. within sixty (60) days after receipt of a request therefor.

(b) If the failure of the Government to comply with any of its obligations under this Agreement has the result that goods or services financed under the Grant are not used effectively in accordance with this Agreement, A.I.D. may require the Government to refund all or any part of the amount of the disbursements under this Agreement for such goods or services in U.S. dollars to A.I.D. within sixty (60) days after receipt of a request therefor.

(c) The right under subsection (a) or (b) to require a refund of a disbursement will continue, notwithstanding any other provision of this Agreement, for three years from the date of the last disbursement under this Agreement.

titre de propriété des marchandises financées au titre de la Subvention soit transféré à l'A.I.D. si ces marchandises proviennent d'une autre source que la République de Cameroun, sont en état d'être livrées, et n'ont pas été débarquées dans les ports d'entrée de la République de Cameroun.

Section D.2. Remboursements

(a) En cas de débours non accompagné de documents valides conformes au présent Accord ou non effectué ou utilisé conformément au présent Accord, ou destiné à des biens ou services non utilisés conformément au présent Accord, et onobstant l'existence ou l'application de toutes mesures correctives prévues par le présent Accord, l'A.I.D. peut demander au Gouvernement de rembourser à l'A.I.D. le montant d'un tel débours en dollars des Etats-Unis dans les soixante (60) jours qui suivent la réception d'une telle demande.

(b) Si le Gouvernement n'est pas en mesure de se conformer à ses obligations dans le cadre de cet Accord, et si cette défaillance a pour résultat que les biens ou services financés dans le cadre de la Subvention ne sont pas utilisés effectivement conformément à cet Accord, l'A.I.D. pourra demander au Gouvernement de rembourser tout ou toute partie du montant des débours effectués dans le cadre de cet Accord pour ces biens ou services en dollars E.U. à l'A.I.D. dans un délai de soixante (60) jours après réception d'une demande à cet effet.

(c) Le droit, conformément à la sous-section (a) ou (b), de demander un tel remboursement d'un débours, nonobstant toute autre disposition de cet Accord, restera valide trois ans après la date du dernier débours effectué dans le cadre de cet Accord.

(d) (1) Any refund under subsection (a) or (b), or (2) any refund to A.I.D. from a contractor, supplier, bank, or other third party with respect to goods or services financed under the Grant, which refund relates to an unreasonable price for or erroneous invoicing of goods or services, or to goods that did not conform to specifications, or to services that were inadequate, will

(A) be made available first for the cost of goods and services required for the Project, to the extent justified, and

(B) the remainder, if any, to reduce the amount of the Grant.

(e) Any interest or other earnings on Grant funds disbursed by A.I.D. to the Government under this Agreement prior to the authorized use of such funds for the Project will be returned to A.I.D. in U.S. dollars by the Government.

Section D.3. Nonwaiver of Remedies

No delay in exercising any right or remedy accruing to a Party in connection with its financing under this Agreement will be construed as a waiver of such right or remedy.

Section D.4. Assignment

The Government agrees, upon request, to execute an assignment to A.I.D. of any cause of action which may accrue to the Government in connection with or arising out of the contractual performance or breach of performance by a Party to a direct U.S. dollar contract with A.I.D. financed in whole or in part out of funds granted by A.I.D. under this Agreement.

(d) (1) Tout remboursement dans le cadre des paragraphes (a) ou (b), ou (2) tout remboursement versé à l'A.I.D. par un contractant, un fournisseur, une banque ou autre tiers ayant trait aux biens et services financés par la Subvention, et effectué en compensation d'un prix non raisonnable ou d'une facture erronée pour les biens ou services, ou pour des biens non conformes aux cahiers des charges, ou pour des services jugés inadéquats, sera

(A) affecté tout d'abord, et dans des limites justifiées, au coût des biens et services requis pour le Projet, et

(B) le reliquat, le cas échéant, sera employé à réduire le montant de la Subvention.

(e) Tout intérêt ou autre profit sur les fonds de la Subvention versés par l'A.I.D. au Gouvernement dans le cadre du présent Accord antérieurement à l'autorisation d'utiliser ces fonds pour le Projet sera retourné à l'A.I.D. en dollars E.U. par le Gouvernement.

Section D.3. Non Renonciation aux Mesures Correctives

Aucun retard dans l'exercice d'un droit ou mesure corrective revenant à l'une des Parties en rapport avec le financement qu'elle a apporté dans le cadre de cet Accord ne pourra être interprété comme une renonciation à un tel droit ou à une telle mesure corrective.

Section D.4. Cession

Le Gouvernement consent, sur demande, à opérer une cession à l'A.I.D. de toute action pouvant lui échoir relativement ou consécutivement à l'exécution ou à la rupture de contrat par une des Parties d'un contrat direct en dollars avec l'A.I.D. et financé en totalité par les fonds accordés par l'A.I.D. dans le cadre du présent Accord.

91