PD-ABS-539

90908

RAPPORT INTERIMAIRE D'EVALUATION DU PROJET SOINS D'ENFANT SUD ET ADAMAOUA (SESA)

Projet No. 631-0056

prépare par
Harry Godfrey, expert en PMI
Anne-Marie Foltz, expert en politique et planification de la santé
Arthur Lagace, economiste en santé

December 1991

Rapport prèparè pour la Mission de l'USAID á Yaounde sous contract IQC PDC-5929-I-00-0109-00.

RESUME ANALYTIQUE

Conformément à l'annexe du Document du Projet Protection Maternelle et Enfantile/Survie d'Enfant No. 631-0056 de l'USAID dátée du 18 mars 1991 une évaluation intérimaire du Projet Soins d'Enfant dans le Sud et Adamaoua (SESA) au Cameroun était prévue en novembre 1991. La Mission de l'USAID à Yaoundé confia l'évaluation à John Snow, Inc.

Le projet dont l'exécution est confiée à un consortium des contractants composé de l'Institut du Développement International de l'Université de Harvard (HIID), l'Université de Médicine et des Sciences Charles R. Drew, et de l'Academy of Educational Development (AED), démarra en 1987 en fournissant une assistance technique au Ministère de la Santé Publique (MSP) pour renforcer le système de santé existant en vue d'améliorer la prestation des services de soins des femmes et des enfants dans les Provinces du Sud et d'Adamoua. La stratégie du projet consistant d'une gestion centralisée et des frais de fonctionnement financés par le MSP était basée sur la prestation de cinq services clés de PMI/Survie d'Enfant et verticaux (non-intégrés) - les vaccinations, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la promotion de la nutrition/surveillance de la croissance, l'espacement des naissances, et le soins du paludisme. Un fonds de roulement pour l'achat des médicaments essentiels devrait être créé pour assurer un approvisionnement régulier des médicaments. Des systèmes de gestion, de logistique et de supervision devraient être développés pour appuyer la prestation des services.

Au bout d'un an après l'autorisation du projet, le MSP fit une étude de ses programmes de soins de santé primaires et de la survie d'enfant, et il constata que les centres de santé ne fonctionnaient pas efficacement et que le système de prestation de soins de santé était trop centralisé et qu'elle ne repondait pas aux besoins de la population. Des compressions budgétaires dûes à la crise économique avaient diminué l'appui aux centres de santé et les approvisionnements en médicaments à tel point que les services des centres de santé avaient diminué de façon dramatique vers la fin de l'année 1990 sous l'ancien système.

En mai 1989 le MSP annonça sa nouvelle stratégie de prestation de soins de santé intitulée la "Réorientation de Soins de Santé Primaires" qui met l'accent sur:

- la prestation intégrée des services de soins préventif, curatif, et promotionnel plutôt que de se limiter aux activités de survie d'enfant; la continuité de soins
- la décentralisation de la planification de soins de santé jusqu'au niveau de l'arrondissement;
- le recouvrement des coûts grâce au paiement de frais de consultation pour les soins et la vente des médicaments pour couvrir la plupart des charges récurrentes de la prestation de soins de santé (les salaires du personnel du MSP non-compris); et
- la co-gestion et le co-financement communautaire de soins de santé.

Le projet accepta les objectifs de cette nouvelle stratégie de soins de santé primaires vers la fin de 1989. Depuis lors, le projet a pris les actions positives ci-après pour faciliter la réalisation de ces objectifs: une identification de la démarcation des zones de santé, le développement des manuels de formation, des comités de santé communautaires et des comité de gestion de santé ont été organisés et formés, un système d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts a été mis en place, le personnel du MSP était formé et une structure de supervision verticale était élaborée (allant de la direction nationale à la province, au département, à l'arrondissement, jusqu'aux zones de santé), et des fiches des activités mensuelles étaient conçues et imprimées pour faciliter la gestion du système.

En janvier 1991, des pharmacies étaient ouvertes dans 17 centres de santé et 10 hôpitaux. Sept dépôts des médicaments étaient ouverts pour assurer l'approvisionnement. Des comités de santé communautaires et des sous-comités de gestion étaient créés pour les 27 zones de santé et les arrondissements pour permettre la co-gestion communautaire des systèmes de recouvrement des coûts et d'approvisionnement en médicaments.

Le mandat de l'évaluation intérimaire ne porte pas sur une étude de l'impact sanitaire du nouveau système mais plutôt sur l'examen des réalisations faites à ce jour pour la mise en place du nouveau système et une évaluation des possibilités de celui-ci à atteindre ses objectifs vers la fin du projet d'assistance en

1993. Aprés l'étude des documents, les entretiens avec les responsables et le personnel du MSP, du Projet SESA, de la Mission de l'USAID, les autres bailleurs de fonds, et les visites effectuées auprés de plus de la moitié des centres de santé, pharmacies et dépôts des médicaments participant à la nouvelle initiative, l'équipe d'évaluation a constaté outre les réalisations sus-mentionnées les faits ci-aprés:

- les soins curatifs (limités à cause d'un approvisionnement insuffisant), la promotion des services de santé, et à un moindre degré les services de soins preventifs, sont assurés dans le cadre du nouveau systéme de soins de santé (une nette amélioration par rapport à la fin de l'année 1990);
- le cadre institutionnel, notamment les systémes de gestion, de supervision et d'information ne sont pas suffisamment développés pour permettre le fonctionnement efficace d'un systéme de recouvrement des coûts;
- des problémes opérationnels existent (la vente à crédit des médicaments, la dérogation des frais de consultation, les pénuries, des fiches de contrôle dont le remplissage n'est pas complet, etc) à cause d'un suivi inadéquat des activités aprés le démarrage du nouveau systéme;
- les fiches des activités mensuelles (les fiches de gestion des centres de santé) ne sont pas recueillies

ou analysées à titre regulier ou de façon fiable pour déterminer le taux d'utilisation des centres de santé, les anormalies de recouvrement des coûts, la viabilité potentielle des pharmacies/centres de santé;

- la formation a été d'un haut niveau et très appréciée par les stagiaires mais ils éprouvent des difficultés pour appliquer aux activités opérationnelles les connaissances acquises lors des séminaires;
- en général, le personnel de santé et le public acceptent la nouvelle initiative de soins de santé, mais plusieurs membres du personnel du MSP et des comités communautaires de santé ne comprennent pas complètement le nouveau système et toutes ses procédures administratives;
- le cadre juridique des comités communautaires de santé et leurs sous-comités de gestion, ainsi que leurs rapports avec les centres de santé et le personnel du MSP, et leur pertinance dans le contexte cultural camerounais sont imprécis et ils doivent être résolus.

L'équipe d'évaluation pense que la décentralisation des services de soins jusqu'au niveau de l'arrondissement, co-gérés et co-financés par le MSP et la communauté, est une structure appropriée pour assurer la préstation des services de soins à la population camerounaise. Toutefois, la faisabilité sur les plans administratif et financier et la durabilité de cette approche dépendent tant de l'engagement continu et de la capacité du MSP

d'une part, et la volonté et la capacité continues de la population d'autre part, de payer les services de soins. On doit fixer les priorités pour déterminer ce qui pourra être financé par le biais du système de recouvrement des coûts étant donné que les fonds pourraient être insuffisants pour financer toutes les dépenses prévues.

L'équipe pense aussi que les problèmes identifiés dans cette évaluation peuvent être résolus grâce aux systèmes de gestion de santé. Il faudra réviser les objectifs fixés à la fin du projet pour se conformer avec la réalité à propos de ce qui pourrait être réalisé.

En mettant un accent particulier sur l'amélioration du développement des systèmes à cette étape du projet on pourra faciliter l'expansion du nouveau système et étendre la couverture des services intégrés de soins de santé à une couche plus importante de la population à l'avenir. En conséquence, l'équipe recommande à la Mission de l'USAID de fournir une assistance de suivi au MSP pour une continuation et une expansion de sa nouvelle initiative de soins de santé. Voir l'ANNEXE J pour une liste complète des recommandations.

RESUME D'AUTRES RECOMMANDATIONS CLES

1. Mettre l'accent sur la formation sur place au lieu des seminaires afin de s'assurer que le personnel de la santé appliquent correctement les procédures faisant l'objet de leur formation.

2. Développer le système actuel d'information du projet afin d'assurer que la collecte, la transmission et l'analyse des données soient effectuées systématiquement et de façon fiable. Entre autres, les outils de collecte des données doivent être adaptés pour correspondre aux fiches de rapport (ou vice versa), la modification des fiches de rapport actuelles, l'amélioration de la supervision, et la formation du personnel de la santé aux niveaux local et régional en techniques de collecte, d'analyse, et d'utilisation des données.

3. Assurer une formation sur le tas pour les superviseurs de province et d'arrondissement; élargir le contenu de la supervision; améliorer les protocoles de supervision; étudier les thèmes organisationnels portant sur la supervision et la gestion.

4. Régler dans les meilleurs délais le problème d'approvisionnement en médicaments en mettant en oeuvre les plans actuels pour former le personnel au niveau de province en matière des procédures de passation des marchés internationaux. En outre, pour diminuer les retards d'approvisionnement, le Projet doit soit étendre le rôle des dépôts provinciaux ou des dépôts d'arrondissement aux chefs-lieux pour se doter des stocks supplémentaires des médicaments qui soient mis à la disposition d'autres dépôts sur l'étendu de la province en cas de rupture des stocks.

5. Le Projet doit établir des listes des médicaments essentiels qui soient plus appropriées pour les hôpitaux à tous les niveaux.

Le MSP doit étudier la possibilité de modifier la loi qui limite la vente par les hôpitaux des médicaux aux malades hôspitalisés.

6. Améliorer le système de recouvrement des coûts en embauchant un analyste financier, en choisissant des trésoriers sur la base de la compétence, en exigeant des comptes bancaires ou postaux, en simplifiant les procédures de gestion et de comptabilité tout en assurant le respect des procédures reglementaires, et en revisant le système actuel de fixation des prix et le tarif de prestation de soins de santé.

7. Etudier le statut juridique des comités communautaires de santé (les droits et obligations en matière de gestion de fonds, les obligations à l'égard du MSP dans le cadre des décrets actuels, l'élaboration des rapports contractuels, etc), et déterminer, à partir de l'expérience d'autres organisations communautaires, si ce genre des comités fonctionnent mieux en tant qu'une structure de gestion ou une structure consultative.

8. Pour faciliter la pérennité du nouveau système de prestation de soins de santé, tous les membres de l'équipe provinciale de santé doivent participer plus activement à l'amélioration et à l'extension du système, ainsi qu'à aider le MSP et l'USAID à assurer le suivi de la disponibilité de fonds de contre-partie du gouvernement mobilisés au niveau des provinces.

9. Accorder une plus grande priorité à la qualité, à l'intégration et la pérennité de soins de santé aux centres en améliorant la supervision qualitative des cliniques et la formation sur place.

10. Pour démarrer la deuxième phase des centres de santé co-financés, le Projet doit être pragmatique et s'assurer que toutes les conditions soient réunies avant d'intégrer un centre de santé au système de recouvrement des coûts (une population suffisante pour soutenir le centre de santé, pas des formations sanitaires concurrentes dans les environs immédiats, la rénovation des pharmacies et installation des dispositives de sécurité, la disponibilité d'un personnel compétent de supervision, etc).

11. Le personnel du projet, les responsables de l'USAID et du MSP doivent soigneusement étudier les objectifs prévus à la fin dudit projet et les reviser pour se conformer à la réalité à propos de ce qui pourra être atteint.

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation saisit cette occasion pour remercier le personnel et les responsables du Ministère de la Santé Publique, de la Mission de l'USAID, le Consortium, l'UNICEF, le GTZ, les Mission réligieuses et tous les autres prestataires des services de soins de santé, ainsi que les autorités administratives et les communautés qui ont bien voulu repondre à nos questions franchement et de façon directe.

ANNEXE J: LISTE COMPLETE DES RECOMMANDATIONS

On recommande que:

1. l'USAID commence dans les meilleurs délais à élaborer un projet relais destiné à étendre le système de recouvrement des coûts sur l'ensemble de deux provinces et à fournir une assistance technique au Gouvernement du Cameroun pour renforcer ses institutions de la santé;

2. le projet se concentre à court terme au développement de plus grands systèmes; et une fois que ce volet essentiel ait atteint un niveau acceptable, on recommande que le projet se consacre à une extension de ses activités tant sur le plan de l'augmentation du nombre des formations sanitaires participant au système de recouvrement des coûts que celui du renforcement de la capacité des centres de santé d'assurer la prestation des services intégrés de soins de santé de bonne qualité;

3. le projet élabore et appuie des methodes qui permettent au personnel du MSP de donner la formation sur le tas afin de renforcer le matériel pédagogique disponible à partir des séminaires et des documents. On recommande cette formation pour tous les echellons du personnel de la santé: les équipes provinciales de santé pour les aider avec les tâches de planification et de gestion, et les infirmiers des centres de santé afin d'aider ceux-ci à accomplir toutes les tâches qui leurs soient confiées;

4. les membres du personnel du Projet SESA renforcent leurs rôles des encadreurs techniques et des formateurs dans le cadre

de leur collaboration avec leurs homologues et au cours de l'analyse des activités du projet;

5. les membres du personnel du Projet SESA et du MSP déploient des efforts pour apporter une petite modification au système d'information afin de le rendre plus opérationnel pour la collecte, la transmission, et l'analyse des données. Plus précisement, voir les propositions ci-après:

Collecte des données: adapter les outils de collecte des données à la fiche du rapport en améliorant le format et en utilisant le registre des soins curatifs (prévoir un espace pour les anciens cas afin qu'on puisse calculer l'ensemble des activités du centre de santé); s'assurer qu'il existe des outils appropriés de collecte des données pour les vaccinations, les soins préventifs, et toutes les activités d'animation, ainsi que la gestion de logistique (les motos, les véhicules, le carburant).

Former le personnel de santé en utilisant les superviseurs de province et d'arrondissement en techniques d'utilisation des outils de collecte des données et comment remplir correctement les fiches des rapports. La formation doit être d'une durée maximale de 1 à 2 jours suivie d'une formation sur le tas et la supervision au cours du mois suivant.

Superviser la collecte des données deux fois par mois au cours des trois mois qui s'en suivent; une fois par mois pour les trois mois ultérieurs. Après quoi, la revue du

17

système d'information doit être intégré aux activités des visites regulières de supervision.

Apporter de petites modifications au Projet RMA actuel: on propose que le calcul de la couverture sanitaire soit simplifié; qu'un dénominateur standard de la population soit utilisé, de préférence en faisant le recensement des ménages prévu il y a longtemps; ajouter quelques indices pour la gestion de logistique (km. des motos, le carburant) et toutes les activités d'animation.

Clarifier et appliquer les dispositions de transmission des données: On recommande que de nouveaux lots des médicaments ne soient pas envoyés aux centres de santé à moins que leurs rapports soient à jour et transmis aux autorités compétentes.

On recommande que les centres de santé préparent trois exemplaires de chaque rapport dont une copie soit gardée au centre et la deuxième copie soit envoyée au niveau provincial. La destination de la troisème copie dépendra de la solution que le MSP apportera aux rapports entre les superviseurs de département et d'arrondissement. Actuellement, les départements reçoivent des rapports. C'est un échellon utile pour l'analyse de la planification au niveau départemental. Dans le cas où les fonctions au niveau départemental soient éliminées, l'arrondissement sera le niveau approprié.

13

La formation en techniques d'analyse des données: on recommande la formation sur le tas pour les équipes provinciales, notamment le représentant de DEPS; pour les équipes de supervision; et permettre aux centres de santé à mettre les données à des fins utiles, par exemple au niveau du centre de santé donner une formation pour faire des graphiques de la couverture sanitaire, le taux d'utilisation des médicaments, et l'analyse des activités d'animation.

Formation sur le tas des équipes provinciales en techniques de prise de décision et de solution des problèmes: on recommande que le Projet SESA accorde une assistance technique supplémentaire à ces équipes afin de les aider à acquerir les compétences en gestion pour pouvoir élaborer des plans de travail modifiés, faire des commandes des médicaments, évaluer et accomplir les tâches de supervision; évaluer les besoins en ressources et leurs répartition. Ces tâches doivent être accomplies par le coordonnateur provincial.

6. le développement d'un système d'information national ne doit pas détourner l'attention des membres du personnel du Projet SESA et du MSP de l'objectif de la mise en place d'un système d'information opérationnel dans les deux provinces. On doit utiliser des ressources en dehors de celles du Projet SESA pour financer le développement du système d'information national dont on a tellement besoin. Nous appuyons la décision de la Mission de l'USAID de fournir une assistance technique à long terme pour

developper un système d'information sanitaire national. Une fois que cette tâche soit accomplie, le système doit être mise en place dans les deux provinces;

7. les fonds provinciaux doivent être utilisés pour acheter les rapports du RMA-Projet qui soient diffuser gratuitement aux centres de santé;

8. le personnel du Projet SESA et du MSP prêtent une attention immèdiate aux systèmes de supervision et de gestion. Plus précisement, on recommande que les superviseurs aux niveaux de province et d'arrondissement reçoivent une formation sur le tas pour améliorer leur capacité de superviser et de former le personnel de la santé; les calendriers de supervision soient obligatiires et respectés; les tâches de supervision soient etendues; la qualité de la supervision (l'attention, la compétence) soit améliorée. Ces recommandations doivent être mises en oeuvre avec le concours de la direction nationale;

9. la Mission de l'USAID continue à appuyer l'initiative de la Banque Mondiale pour aider le Gouvernement du Cameroun à réformer la fonction publique;

10. le Projet SESA aide le Ministère de la Santé Publique à étudier le système des mesures d'incitation au sein du ministère. Une étude des incitations doit examiner des voies alternatives de restructurer la "quote part" permettant d'accorder des incitations financières au personnel de la santé aussi plutôt que de les limiter aux médecins de clinique seulement;

11. le Projet SESA aide le MSP à étudier trois problèmes organisationnels. Ces études doivent porter sur les profils organisationnels réels tels qu'ils existent, en identifiant comment et par qui les activités sont menées et les décisions sont prises. Elles ne doivent pas être des modèles théoriques: (1) étudier les tâches et les responsabilités des équipes de département et d'arrondissement pour voir dans quelle mesure il y a chevauchement et double emploi et aider le MSP à prendre des décisions au sujet du niveau administratif approprié auquel on doit concentrer l'activité de supervision et de collecte des données. (2) Etudier les tâches, les responsabilités, et l'autorité des médecins chefs et des coordonnateurs des infirmiers concernant les activités de supervision afin de voir comment ces derniers pourront mieux être appuyés dans leur travail. (3) Les tâches et les responsabilités des équipes provinciales, au sein de chaqu'une d'elles et leurs rapports de supervision avec les membres du personnel aux niveaux de département, d'arrondissement, et des centres de santé;

12. aux provinces, au niveau opérationnel, les activités et ressources du Projet SESA soient plus étroitement liées aux activités de l'équipe provinciale, et les membres du personnel du projet au niveau de province travaillent sous l'autorité du Délégué en sa qualité de conseiller de l'ensemble de l'équipe provinciale. Il est fortement recommandé aussi que l'on donne une plus grande flexibilité aux équipes provinciales pour adapter le modèle de recouvrement des coûts aux réalités sur le terrain

16

sans être obligées de se référer à la direction nationale du Projet SESA. Si cette recommandation est mise en oeuvre, elle est conforme à la politique de décentralisation énoncée par le MSP;

13. la Mission de l'USAID et le MSP suivent de près la disponibilité réelle de fonds de contre partie que le MSP alloue aux activités du projet au niveau provincial. Ce suivi peut être assuré grâce à la revue trimestrielle des dépenses des provinces, des départements, et des arrondissements;

14. le Projet SESA aide le MSP à commencer des études dans les meilleurs délais portant sur le statut juridique des comités communautaires de santé pour déterminer leurs droits et obligations dans la gestion de fonds; pour savoir s'ils ont des obligations vis-à-vis le MSP dans le cadre des décrets actuels; quels sont, s'il y a lieu, leurs rapports avec les comités de développement provinciaux; ces genres des organismes communautaires peuvent s'engager dans quels types des rapports contractuels? Les resultats de telles études doivent comprendre une analyse des options portant sur le statut eventuel de ces comités communautaires. Doivent-ils être des structures consultatives, plutôt que des comités de gestion, donnant la possibilité à la communauté de participer à la prise de décision sur la façon dont les fonds soient dépensés sans avoir à s'occuper de la gestion financière quotidienne?

15. le Projet SESA aide le MSP à étudier les expériences des organisations communautaires au Cameroun. Y a-t-il d'autres

organisations qui ont géré de fonds communautaires avec succès? Dans quelles conditions? Est-ce que l'environnement culturel soit propice pour ce modèle de participation communautaire?

16. le Projet SESA et le MSP accorde une plus grande priorité à la qualité des soins et que celle-ci soit incorporée dans les procedures de supervision. Premièrement, les protocoles de supervision pour les soins de santé intégrés élaborés par le Projet SESA en 1989 doivent être examinés pour voir quels éléments peuvent être utilement appliqués. On recommande que lorsque le projet donne la formation qu'il la fasse avec des programmes intégrés et non pas verticaux. En outre, on recommande que peu de priorité soit accordée au volet de formation en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques dont l'activité a été suffisamment vulgarisée dans les deux provinces, à l'exception de la formation des visites de supervision en cas de besoin;

17. au lieu de démarrer l'intégration massive d'un deuxième groupe des centres de santé, la Projet SESA et le MSP s'y prennent de façon pragmatique pour s'assurer d'abord que toutes les conditions soient réunies avant qu'un centre de santé soit incorporé dans le système de recouvrement des coûts. Ces conditions doivent inclure une analyse préalable de la viabilité potentielle du centre de santé en tenant compte de sa population et le nombre de nouveaux cas qu'il a eu l'année précédente, ainsi que la concurrence potentielle des centres de santé privés.

Cette analyse doit être faite par les membres de l'équipe provinciale en collaboration avec le personnel du Projet SESA;

18. les conditions préalables pour le démarrage de la deuxième phase d'intégration des centres de santé au système de recouvrement des coûts comprennent aussi:

- la rénovation des pharmacies et l'installation des dispositifs de sécurité;
- une équipe de supervision bien formée;
- des comités de santé et de gestion actifs et bien formés et l'affectation d'un commis de pharmacie;
- l'ouverture des comptes bancaires ou postaux;

19. le personnel du Projet SESA, la Mission de l'USAID, et le MSP étudient soigneusement les objectifs fixés à la fin du projet et les revisent pour se conformer à la réalité de ce qui puisse être atteint;

20. le Projet SESA prenne dans les meilleurs délais les dispositions nécessaires pour résoudre le problème de réapprovisionnement en médicaments. Le MSP doit élaborer et exécuter un Plan pour la formation des membres du personnel provincial en matière des procédures de passation des marchés internationaux dès que possible. Le Projet SESA doit suivre de près la phase initiale de la mise en oeuvre de ces procédures pour s'assurer que l'achat se fasse comme prévu. Le système doit pouvoir maintenir la capacité d'acheter des médicaments et des fournitures auprès des fournisseurs les moins chers et les plus fiables, qu'ils soient des fournisseurs nationaux ou étrangers;

21. compte tenu des retards inévitables des achats internationaux, le Projet doit étudier la possibilité soit (a) de convertir les dépôts provinciaux en des structures ayant des stocks permanents ou (b) d'élargir le rôle des dépôts pharmaceutiques départementaux à Ngaoundere et à Ebolowa. Au minimum, ceux-ci doivent se dôter d'un stock de sécurité des médicaments essentiels qui sont utilisés le plus fréquemment, qui peuvent ensuite être vendus selon les besoins aux autres dépôts pharmaceutiques départementaux afin de minimiser les risques de rupture des stocks. Compte tenu du fait que la création des dépôts pharmaceutiques provinciaux faciliterait le traitement rapide des commandes départementales des médicaments, le projet doit complètement revoir, et si nécessaire, modifier le cycle de réapprovisionnement et les seuils des stocks nécessaires à chaque niveau. S'il s'avère nécessaire d'augmenter le stock initial des médicaments des dépôts et des pharmacies, et si l'on décide de différer toute ou une partie de la deuxième phase d'exécution du projet, quelques médicaments déstinés à ces formations sanitaires (CS) peuvent être affectés à cette fin;

22. le Projet SESA prépare des listes des médicaments essentiels plus appropriés pour les hôpitaux à tous les niveaux. Le MSP doit étudier la possibilité de modifier la loi interdisant la vente des médicaments des hôpitaux aux malades hôspitalisés. Le projet doit aussi prêter une plus grande attention à l'amélioration des procédures d'octroi des ordonnances grâce à l'adoption des protocoles ou directives standards pour la

prestation des soins, en donnant une formation pour leur application et la promotion d'une supervision clinique plus efficace;

23. le Projet SESA insiste que tous les centres de santé soient dôtés d'un compte bancaire ou postal. Les centres de santé admissibles ne doivent pas être autorisés à participer au projet avant l'ouverture préalable de tels comptes. Le projet doit exiger le versement des recettes aux comptes dans les meilleurs délais et minimiser le nombre des transactions en espèce en utilisant des chèques ou des mandats-postes, notamment aux niveaux départemental ou provincial, où des sommes importantes sont en jeu;

24. le Projet SESA termine les formalités pour embaucher un analyste financier dès que possible compte tenu du besoin pressant des compétences de cet expert. Le projet doit également prendre les dispositions nécessaires pour développer les compétences en gestion financière au sein du MSP aux niveaux provincial, départemental et d'arrondissement afin d'améliorer autant que possible le contrôle technique des activités de recouvrement des coûts;

25. les trésoriers soient désignés en fonction de leur compétence technique. Le projet doit reconnaître leur double rôle comme membre du COGE et comme gestionnaire financier de la pharmacie. Il serait probablement approprié d'accorder une quelconque rémunération à cette dernière fonction;

26. le Projet SESA étudie la possibilité de simplifier la composition du comité prescrit pour la réunion mensuelle comme il n'y a aucune preuve qu'une telle réunion a jamais eu lieu. Dans la mesure du possible, les réunions mensuelles et les visites de supervision doivent être prévues en même temps afin de permettre au superviseur d'y assister. L'ordre du jour de la réunion mensuelle doit inclure un ajustement des documents comptables et les avoirs en caisse;

27. le Projet SESA étudie les options pour le respect de la clôture mensuelle et des procédures de communication des rapports en imposant des sanctions positives et/ou négatives. L'une des possibilités pourrait être d'exiger que les commandes des médicaments soient accompagnées de la preuve du respect d'une telle exigence;

28. l'Institut du Développement International de l'Université de Harvard (HIID) analyse le fonctionnement du système actuel de comptabilité et prenne des dispositions pour le simplifier autant que possible tout en incorporant des dispositions adéquates pour le contrôle interne. Le nouveau système doit être plus facile à comprendre et ses procédures plus facile à suivre que le système actuel; par exemple en éliminant le compte d'exploitation qui soit mal compris, mal préparé, et qui ne soit pas utilisé pour la gestion du projet comme initialement prévu;

29. le Projet SESA utilise ces rapports revisés pour faire une analyse transversale des différences qui existent dans le taux d'utilisation des formations sanitaires, la consommation des

médicaments, l'état financier, etc, ainsi qu'un suivi de l'évolution de tels indices afin d'identifier les problèmes potentiels et d'intervenir selon les besoins;

30. le Projet SESA étudie le système actuel des frais de consultation. Dans le cas où le projet maintienne les frais de consultation des soins curatifs, ou une version quelconque de ceux-ci, il doit les encaissés simultanément avec la vente des médicaments. Ceci minimiserait l'opposition à l'imposition des frais de consultation et diminuerait le nombre des transactions financières par environ 50 pour cent. Le tarif des consultations nécessaire pour un système entièrement intégré de soins de santé doit également être examiné et simplifié dans la mesure du possible;

31. conformément à l'esprit de l'Initiative de Bamako, le projet étudie l'adoption des directives pour la politique locale concernant les soins des indigènes allouant un pourcentage des recettes pour financer les soins des personnes qui soient vraiement incapables de supporter les frais de consultation;

32. le Projet SESA améliore le rendement du personnel des centres de santé en augmentant les activités IEC (information, education, et communication) portant sur les rapports interpersonnels grâce à la production des vidéos (ou toutes autres méthodes demonstratives tels que les projecteurs fonctionnant avec des batteries) qui doivent être diffusés auprès des centres de santé;

33. après la solution du problème d'approovisionnement en médicaments et le fonctionnement plus efficace des centres de santé, le Projet SESA augmente les activités IEC communautaires (en utilisant le vidéo promotionnel dans la mesure du possible) dans les zones où le nouveau système de prestation de soins de santé fonctionne;

34. le Projet SESA assure le suivi continu des avis de la communauté au sujet des services de santé par le biais des groupes cibles ou des activités de surveillance des familles temoins;

35. le Projet SESA continue à renforcer les rôles des provinces dans les activités IEC;

36. le Projet SESA examine tous les messages IEC pour s'assurer qu'ils soient uniformes et se conforment aux politiques du nouveau système de soins de santé;

37. compte tenu du fait que beaucoup des données précieuses ont été recueillies grâce à la recherche opérationnelle, l'accent soit maintenant mis sur l'amélioration de la collecte quotidienne des données destinées à la gestion efficace du nouveau système de soins de santé;

38. pour assurer la pérennité, le Projet SESA examine la réduction des objectifs cibles de recouvrement des coûts afin de refleter de façon plus réaliste la conjoncture économique actuelle, et de revoir et fixer les priorités des activités devant être financées par les fonds mobilisés grâce au recouvrement des coûts, d'autant que les recettes pourraient

s'avérer insuffisantes pour financer toutes les activités actuellement prévues. Il s'agit d'un processus compliqué qui pourrait nécessiter une planification et une gestion systématiques assez importantes;

39. dans l'intérêt de la pérennité du nouveau système de prestation des services de soins de santé, la Mission de l'USAID soutienne les efforts de la Banque Mondiale destinés à aider le Gouvernement du Cameroun à réformer le secteur public;

40. si la Mission de l'USAID décide de continuer à utiliser le cadre de l'assistance technique universitaire pour le projet relais d'assistance proposé pour le nouveau système de prestation des soins de santé du MSP, la sous-traitance avec une Université Américaine à predominance noire (HBCU) n'est pas souhaitable seulement mais obligatoire lorsque le montant global du contrat dépasse $500.000. Cependant les universités doivent pouvoir profiter de leurs avantages académiques et expériences en recherches pour appuyer l'assistance technique proposée.