PN-ABP-635
83500

DFM

DECENTRALIZATION: FINANCE & MANAGEMENT PROJECT

Managed by
Associates in Rural Development, Inc.

In collaboration with
Syracuse University • Metropolitan Studies Program/Maxwell School of Citizenship & Public Affairs
Indiana University • Workshop in Political Theory & Policy Analysis

Sponsored by
Agency for International Development

PN-ABP-635

Analyse institutionnelle d'un programme Communautaire de soins de santé primaires en cofinancement et en cogestion mis en oeuvre par le projet de santé de la mère et de l'enfant (Projet SESA) au Cameroun

Rédigé pour l'USAID/Cameroun par :

Sheldon Gellar
Flavien Tiokou Ndonko

Associates in Rural Development, Inc.
Burlington, Vermont
Contract Number DHR-5446-Z-00-7033-00

Mars 1993

PREFACE

Le présent document est une traduction de la version originale en anglais rédigé par Sheldon Gellar et Flavien Tiokou Ndonko dont les services ont été détachés du Projet de Décentralisation : Finance et Gestion (DFM), et par M. Benoit Etoa, chef du service de Santé communautaire et Médecine traditionnelle du ministère de la Santé publique. Il a été financé par la mission USAID au Cameroun, dans le cadre du Projet de santé de la mère et de l'enfant/survie de l'enfant, au Cameroun. Les travaux sur le terrain pour ce projet ont été exécutés en février et mars 1993.

Le Projet DFM est organisé par le Bureau de développement rural et institutionnel de la Division de science et technologie (S&T/RD) de l'Agence pour le développement international des Etats-Unis (No de contrat DHR-5446-Z-00-7033-00). Ce projet est géré par la société Associates in Rural Development, Inc. de Burlington, Vermont, en association avec le programme Metropolitan Studies, de l'Ecole supérieure Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, de l'université de Syracuse, et avec l'Atelier de théorie politique et analyse des politiques de l'université de l'Indiana.

Le Projet DFM est conçu pour aider les gouvernements des pays en développement, et les missions sur le terrain de l'USAID, à faire face aux problèmes persistants créés par la détérioration rapide des infrastructures et des services, en particulier du réseau de routes rurales et des travaux d'irrigation. L'orientation centrale de ce projet porte sur l'analyse des institutions qui sont chargées des fonctions clés de financement, de gestion et de maintenance, dans le but de suggérer des moyens qui permettraient à ces institutions d'améliorer leur performance et d'instaurer des politiques favorisant la durabilité des infrastructures.

REMERCIEMENTS

L'équipe tient à remercier ici le personnel de l'USAID/Cameroun, et le ministère de la Santé publique (MSP) pour l'esprit de coopération dont ils ont fait preuve en nous aidant à rédiger ce rapport. On trouvera à l'Appendice B la liste de toutes les personnes contactées au cours de cette analyse institutionnelle des activités de soins de santé primaires dans les provinces du Sud et d'Adamaoua.

L'équipe est tout particulièrement redevable à M. Benoit Etoa, chef du service de Santé communautaire et Médecine traditionnelle du MSP, qui a rempli le rôle de spécialiste de la santé publique au sein de notre équipe, tout en étant le représentant de son ministère. Monsieur Etoa nous a accompagnés dans la plupart de nos visites sur le terrain, et nous a aidés de ses nombreux éclaircissements et observations, fondés sur sa longue expérience et sa compréhension du système de soins de santé primaires du Cameroun. L'équipe voudrait également exprimer sa reconnaissance au Dr Cheka Cosmas, auteur des statuts de participation communautaire, qui a passé de nombreuses heures à nous expliquer la logique des règles guidant le fonctionnement des comités de santé. Nos remerciements s'adressent aussi à Nouhou Alim, cadre de la Délégation de la santé de la province d'Adamaoua, et à Pierre Signe, cadre de la Délégation de la province du Sud, qui ont guidé les visites de l'équipe vers les centres de soins de santé primaires, et les hôpitaux de leurs provinces respectives. Enfin, nous voulons remercier le Dr Claude Bodart, coordinateur national du Projet SESA, ainsi que Mmes Joan Shubert, spécialiste d'IEC pour le SESA, Maria Madison, coordinateur du SESA pour la province d'Adamaoua, Dorothy Madison-Seck, coordinateur du SESA pour la province du Sud; nous remercions également les membres de l'USAID, Bess McDavid et Richard Greene pour leur soutien logistique et les franches opinions fournies au cours d'échanges de vues.

TABLE DES MATIERES

PREFACE i

REMERCIEMENTS iii

SIGLES vii

SYNTHESE ix

I. Introduction 1

II. Schéma d'analyse institutionnelle 4

III. Le système de soins de santé primaires du Cameroun 9
- A. Evolution au cours de l'histoire 9
- B. Réforme du système de soins de santé primaires 10

IV. Analyse du système de soins de santé primaires Projet SESA/Ministère de la Santé dans les provinces Sud et Adamaoua 22
- A. Statut légal des comités de santé communautaires et analyse des structures correspondantes 22
- B. Structures du ministère de la Santé publique assurant les soins de santé primaires dans les provinces du Sud et d'Adamaoua : questions de réorientation et collaboration avec les communautés 44

V. Conclusions et recommandations 56
- A. Recommandations concernant les structures de participation communautaire à la cogestion. 57
- B. Recommandations concernant le système de soins de santé primaires 62

Annexe A: Bibliographie 65

Annexe B: Personnes contactées 59

SIGLES

ARD	Associates in Rural Development, Inc.
CAPP	Centre d'approvisionnement provincial pharmaceutique
COGE	Comité de gestion
COGEDI	Comité de gestion de district
COSADI	Comité de santé de district
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
DFM	Projet décentralisation : Finance et gestion
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DMPR	Direction de la médecine préventive et rurale
DS	District de santé
CFA	Communauté financière africaine
FSPS	Fonds spécial pour la promotion de la santé
PIB	Produit intérieur brut
GTZ	Coopération technique allemande
HMIS	Système informatique pour gestion de la santé
IEC	Information, Education et Communication
JSI	John Snow, Inc.
MC	Médecin-chef
ME	Médicaments essentiels
MSP	Ministère de la Santé publique
NWPSFH	Fonds spécial pour la santé de la province du Nord-Ouest
ONAPHARM	Office national de la pharmacie
ONG	Organisation non gouvernementale
PCV	Volontaire du Corps de la Paix
PHC	Soins de santé primaires
PMI	Protection de la mère et de l'enfant
RPHC	Réorientation des soins de santé primaires
SESA	Soins d'enfants Sud et Adamaoua
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

SYNTHESE

En juin 1992, la mission USAID/Cameroun s'est adressée au Projet Décentralisation : Finance et gestion (DFM), cherchant son assistance pour la conduite d'une analyse institutionnelle du programme communautaire de soins de santé primaires en cofinancement et cogestion, au Cameroun. L'exécution de ce programme se fait dans le cadre du Projet SESA (Soins d'enfants Sud et Adamaoua) financé par l'USAID.

Les termes de référence initiaux mettaient en évidence deux objectifs :

1. analyser les problèmes structurels et institutionnels associés au fonctionnement des comités de santé communautaires des provinces d'Adamaoua et du Sud, sites du projet SESA, et

2. proposer à l'USAID et au ministère de la Santé publique des solutions en option devant améliorer la mise en oeuvre du système de soins de santé primaires.

L'équipe du projet était formée de trois membres : un spécialiste d'analyse institutionnelle, un anthropologue et un haut fonctionnaire du ministère de la Santé publique. L'équipe a passé la plupart de son temps sur le terrain, poursuivant des interviews avec les habitants des communautés, les membres des comités de santé et les responsables du ministère de la Santé publique, dans les provinces du Nord-Ouest, d'Adamaoua et du Sud.

L'équipe s'est penchée sur la réorganisation du ministère de la Santé en 1989, sur la réorientation de la politique nationale de santé, et sur les efforts du SESA pour mettre en place des structures de participation communautaire au sein du système de soins de santé primaires en cofinancement et cogestion.

L'équipe a également examiné la manière dont fonctionnaient les comités de santé existants, et les nouveaux statuts qui doivent accorder aux niveaux province, district et aire de santé, un statut juridique et le droit de prendre des obligations contractuelles, en conséquence directe de leur constitution en personne morale, aux termes de la Loi sur les associations de décembre 1990. L'équipe a noté que ces statuts plaçaient des limites sur les pouvoirs des représentants des communautés. Ces limites permettent aux membres du ministère de la santé d'opposer leur veto aux décisions de la communauté qu'ils estiment contraires à la politique nationale de santé, et donnent au ministère de la Santé une voix prépondérante dans les comités de gestion, tout particulièrement aux échelons supérieurs du système. Les nouveaux statuts comportent de nombreuses dispositions pour assurer la transparence dans les transactions financières et gestionnaires. La complexité de ces nouveaux statuts rend indispensable leur traduction dans les langues locales, en des termes que les communautés locales puissent facilement comprendre.

L'équipe s'est également penchée sur six thèmes principaux touchant à la mise en oeuvre efficace de la politique du ministère de la Santé dans les zones du Projet SESA.

* la réorganisation des districts de santé avec les répercussions sur les structures existantes de soins de santé primaires;

* les rapports entre les hôpitaux vers lesquels sont dirigés les cas (de référence), et le système dispensant les soins de santé primaires;

* les questions de supervision;

* les stimulants et les sanctions devant encourager un meilleur rendement dans l'emploi; et

* les rapports avec le secteur religieux s'occupant de soins de santé.

La nouvelle stratégie de soins de santé primaires, résultant de la réorientation, est judicieuse et a le soutien des principaux donateurs. La collaboration des donateurs est ce qui permet au ministère de la Santé d'établir, dans l'ensemble du pays, un système national de soins de santé primaires qui soit cohérent et soutenable. Le Projet SESA I, conjointement avec le ministère de la Santé, a mis en place les fondements du nouveau système dans les provinces d'Adamaoua et du Sud, depuis 1989. Ce système est toujours en transition et les nouvelles structures ne sont pas toutes fermement établies. Une supervision relâchée, des filières d'autorité qui ne sont pas clairement définies, la résistance opposée par certains cadres désignés pour la réorientation des soins de santé primaires au rôle plus important accordé aux communautés dans la prise de décision, les tensions entre les médecins et les infirmiers/ères, ainsi qu'un moral bas dû à de mauvaises conditions de travail, et à l'absence de stimulants, tant d'ordre monétaire que moral, tout cela pourrait retarder l'exécution des réformes ordonnées par le ministère de la Santé pour les soins de santé primaires.

Si l'on veut voir progresser le système, il faudra confirmer les nouvelles limites des districts, définir la composition et les responsabilités des équipes de santé de district, et réviser l'organigramme du ministère de la Santé en amplifiant les définitions d'emploi pour qu'elles décrivent plus explicitement les tâches du personnel de santé, dans le plus bref délai possible. Il faudra aussi élaborer des systèmes imaginatifs créant des stimulants pour soutenir le moral du personnel en le motivant à un travail plus assidu dans l'exécution de ses tâches.

S'il est vrai que le SESA I et le ministère de la santé ont mis en place des structures de participation communautaire à la cogestion, aux niveaux de l'aire de santé et de l'arrondissement, ces structures ne jouissent pas encore du statut juridique qui leur donnerait l'autorité de se lier par des obligations contractuelles. Des sources de remplacement pour les soins de santé primaires, des revenus bas, des coûts de transaction élevés liés à des facteurs logistiques tels que faibles densités démographiques et mauvaises routes, le manque de stimulants offerts aux représentants des communautés dans le système de santé, le rôle

subordonné des femmes dans les affaires communautaires, ainsi que des règles et procédures électorales mal définies, voilà tous les facteurs qui ont fait obstacle à l'augmentation de la participation communautaire au programme SESA/MSP PHC. Maintenant que les nouveaux statuts sont prêts, le Projet SESA, avec le ministère de la Santé, doit presser le pas et constituer en personnes morales les COSA, COSADI et le FSPS, selon les termes de la Loi sur les associations. Toutefois, il faudra tenir compte de la complexité des nouveaux statuts et veiller à prendre toutes mesures pour que les populations locales et les représentants des communautés comprennent bien les règles du jeu, ainsi que leurs droits et obligations mutuels, avant de rendre ces nouvelles structures complètement opérationnelles. Les nouveaux statuts, s'ils sont bien compris et scrupuleusement mis en oeuvre, en donnant aux représentants des communautés des pouvoirs de prise de décision considérables, et en garantissant la transparence des transactions financières, devraient donner à la communauté un sens accru de ses intérêts de propriétaire dans le programme de santé, et plus de confiance dans le système.

Le système financier fortement centralisé du Cameroun, qui fait que le décaissement de fonds est un processus lent et complexe, associé à un Code de la fonction publique qui rend difficile d'appliquer des sanctions aux mauvaises performances de travail, et aux activités illicites des fonctionnaires, forment des contraintes pesant sur les efforts actuels pour améliorer le système de soins de santé primaires. Le Projet SESA, tout en tenant compte de ces contraintes, n'a pas les moyens de corriger le problème à ce niveau. Mais en revanche, la réorganisation du ministère de la santé en 1989, et la Loi sur les associations de décembre 1990 ont créé des instruments institutionnels importants, capables d'être utilisés, et qui le sont pour améliorer le système national de soins de santé primaires dans son ensemble, et dans la zone du Projet SESA en particulier.

Les recommandations suivantes ont pour objectif de surmonter certains des obstacles cités plus haut, et d'améliorer les arrangements institutionnels au niveau des opérations où se situe la rencontre entre le personnel du ministère de la Santé et le public. Certaines de ces idées ont déjà été suggérées dans le document de projet du SESA II et par des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé. D'autres sont nouvelles. L'équipe, après avoir analysé les problèmes, présente une série de recommandations pouvant être résumées de la façon suivante :

* Lancer une campagne éducative pour expliquer les nouveaux statuts;

* Identifier et mobiliser les structures communautaires existantes;

* Améliorer les règles électorales actuelles, ainsi que les procédures pour les élections et faire mieux observer ces règles;

* Prévoir une rémunération modeste pour les représentants des communautés et les membres des bureaux des comités de santé, dans une mesure correspondant à leurs responsabilités;

* Envisager diverses mesures pour augmenter la participation des femmes dans les structures communautaires et les activités de santé;

* Mettre en place un système imaginatif de stimulants d'ordre financier et non financier, pour motiver le personnel de santé;

* Prendre des mesures pour réduire les injustices du système, et pour réduire les tensions entre les médecins et les infirmiers/ères;

* Réorganiser les structures de soins de santé primaires pour les adapter aux nouvelles limites des districts, et éliminer les couches intermédiaires inutiles;

* Fournir des définitions d'emploi plus explicites et renforcer les sanctions pour mauvais rendement dans l'emploi;

* Utiliser la province du Nord-Ouest comme modèle à suivre lors de l'utilisation des excédents du Fonds provincial de santé;

* Etablir de bons rapports de collaboration avec un hôpital du secteur religieux, qui pourrait servir d'hôpital de référence de district, et créer un district de santé modèle qui mettrait à l'essai la validité d'une collaboration entre les missions religieuses et le ministère de la Santé; et

* Etablir un district de santé pilote, décentralisé, dans lequel le chef du service de santé du district aurait accès direct aux fonds, et serait habilité à muter du personnel du ministère de la Santé dans le district.

L'équipe a conclu que l'expérience SESA/Ministère de la Santé au Cameroun était passionnante, et que son succès éventuel pourrait servir de modèle pour l'amélioration des systèmes de soins de santé primaires dans les autres pays africains.

I. Introduction

En juin 1992, la mission USAID/Cameroun s'est adressée au Projet Décentralisation : Finance et Gestion, cherchant son assistance pour la conduite d'une analyse institutionnelle du programme communautaire de soins de santé primaires, en cofinancement et cogestion au Cameroun, faisant partie du Projet SESA financé par l'USAID. Cette requête avait pour principal motif de répondre aux problèmes soulevés par une évaluation intérimaire du projet SESA qui a eu lieu à la fin de 1991 (Godfrey et al., décembre 1991).

Selon les termes de référence de l'étude, deux objectifs principaux étaient proposés :

* analyser les problèmes structurels et institutionnels associés au fonctionnement des comités communautaires de santé dans les provinces du Sud et d'Adamaoua, les deux sites principaux du Projet SESA; et

* proposer à l'USAID et au ministère de la Santé publique des options offrant un cadre favorable à une meilleure mise en oeuvre du système communautaire en cofinancement et cogestion, de soins de santé primaires, à tous ses niveaux en partant de la province, jusqu'au centre sanitaire local.

Les termes de référence identifiaient également plusieurs tâches importantes dont devait se charger l'équipe :

* examiner les opérations de la Coopération technique allemande (GTZ), dans la province du Nord-Ouest pour comparer l'expérience que ces services ont faite du cofinancement et de la cogestion d'un système de dispensation des soins de santé primaires, avec les opérations du Projet SESA qui ont dû se passer dans des conditions quelque peu différentes et peut-être plus difficiles.

* étudier le statut juridique des comités de santé communautaires, leurs droits et leurs obligations en matière de gestion des fonds, leur capacité de prendre des engagements contractuels, et leurs rapports avec le ministère de la Santé publique.

* étudier les questions d'organisation soulevées par les rôles, fonctions, prérogatives et responsabilités des divers cadres des services de santé à tous les niveaux (provincial, départemental, de l'arrondissement et du centre sanitaire) de ce système de soins de santé primaires, en particulier dans les domaines du rassemblement de l'information, de la supervision et des stimulants offerts pour meilleur niveau de service.

* étudier les bases juridiques des fonds provinciaux de santé qui ont été prévus, et proposer des arrangements institutionnels pour la répartition des fonds provinciaux.

* proposer des moyens d'accroître l'engagement de la communauté dans la gestion des crédits budgétaires du ministère de la Santé concernant leur région, et des dispositions institutionnelles pour renforcer les liaisons entre le centre sanitaire, le district de santé et les comités de santé provinciaux.

L'équipe comportait trois membres : un spécialiste de sciences politiques et analyse institutionnelle expatrié, un anthropologue camerounais bien au courant des questions de santé publique dans le pays, et le chef du service de santé communautaire et médecine traditionnelle, que le ministère de la Santé avait détaché auprès de l'équipe pour servir de spécialiste des soins de santé primaires.

Le spécialiste d'analyse institutionnelle occupait les fonctions de chef d'équipe et rédacteur principal du rapport. L'anthropologue a concentré son attention sur les structures communautaires locales, les systèmes traditionnels de santé, et les attitudes de la communauté envers le nouveau système de soins de santé primaires. Le spécialiste des soins de santé primaires, s'appuyant sur sa longue expérience au ministère de la Santé, a fourni à l'équipe une vision d'ensemble embrassant tous les domaines du système de soins de santé primaires, ainsi qu'une description détaillée des activités et des problèmes rencontrés à la base, et des aperçus sur les stimulants et les antistimulants au sein de la bureaucratie du ministère de la Santé.

L'équipe s'est penchée sur une gamme étendue et variée de documents se rapportant au Projet SESA, et aux expériences en matière de soins de santé primaires au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique, traitant de l'organisation du ministère de la Santé et des politiques suivies, ainsi que de l'organisation du système de distribution des médicaments au Cameroun. L'équipe a également étudié les documents juridiques pertinents, tels que le Code de la fonction publique, la loi sur les associations, le Code pénal, et les statuts provisoires du Fonds provincial spécial, des comités de santé de district, et des comités de santé locaux dans les provinces d'Adamaoua et du Sud. (Se reporter à la bibliographie qui figure à l'Annexe A, où se trouve la liste des documents consultés).

A Yaoundé, l'équipe a interviewé des représentants de l'USAID, du SESA, et d'autres cadres des organismes donateurs participant aux projets de soins de santé primaires; elle a poursuivi ses interviews avec de hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique et avec l'auteur des projets de statuts pour les comités de santé dans la zone du projet SESA. L'équipe s'est également rendue sur le terrain, dans les provinces du Nord-Ouest, d'Adamaoua et du Sud, où elle a visité des hôpitaux et des dispensaires de soins de santé primaires, et s'est entretenue avec des coordinateurs du projet SESA, des médecins et des infirmières du ministère de la Santé, ainsi qu'avec d'autres cadres, des représentants des oeuvres religieuses poursuivant des programmes de soins de santé, et les responsables de l'administration territoriale. Elle a également poursuivi des interviews avec les chefs de villages, les notables locaux, les dirigeants et les membres des comités de santé communautaires, les patients, les guérisseurs traditionnels et les employés des pharmacies.

Lorsque l'occasion l'a permis, l'équipe a passé un peu de temps à observer la vente des médicaments sur les marchés locaux.

II. Schéma d'analyse institutionnelle

L'analyse institutionnelle emploie quatre ensembles de variables ou attributs : (1) l'environnement physique, (2) les arrangements institutionnels, (3) les structures d'interaction et (4) les résultats.

Les attributs de l'environnement physique peuvent avoir un effet direct sur les résultats, indépendamment des arrangements institutionnels. Des facteurs physiques, tels que le climat, la densité démographique, les infrastructures de transports et de communications, ainsi que les sources d'approvisionnement en eau, par exemple, ont tous un rôle important qui porte sur la santé et sur l'accès aux services de soins primaires. De mauvaises routes, une faible densité de population, et de longues distances séparant la population des centres sanitaires, sont autant de facteurs élevant le coût d'un système de fourniture de soins de santé aux individus et aux communautés, dans les provinces d'Adamaoua et du Sud. Des données d'information, spécifiques quant au temps et au lieu, telles que les variations saisonnières du climat, concernent également le mouvement des populations (par exemple la transhumance des éleveurs dans la province d'Adamaoua) et l'incidence de certaines maladies. Ainsi les gens ont plus de chances de souffrir de paludisme durant la saison des pluies, parce que l'accès aux centres sanitaires devient plus difficile durant les périodes de fortes précipitations, dans les zones où les routes sont mauvaises.

La mesure dans laquelle on connaît techniquement les causes des maladies et les moyens de les guérir, fait également partie de l'environnement physique. Certaines maladies ont des causes physiques déterminées - comme par exemple une eau non potable, des moustiques qui transmettent les parasites causant le paludisme, etc. De la même manière, certains médicaments peuvent être administrés pour prévenir ou guérir des maladies spécifiques. La connaissance technique devient donc un élément crucial de toute stratégie de soins primaires promise à la réussite.

Le concept d'arrangements institutionnels se trouve au coeur de l'analyse institutionnelle. Tandis que les attributs de l'environnement physique, tels que le climat constituent des sujétions irréductibles que l'on ne peut changer aisément, les institutions sont plus malléables. L'analyse institutionnelle suppose que des résultats indésirables sont produits, en général, par un mauvais accord entre les caractéristiques clés de l'environnement physique et une structure d'arrangements institutionnels fournissant peu de stimulants poussant les acteurs engagés dans la situation à réaliser les objectifs désirés.

Les institutions peuvent être envisagées comme des ensembles de règles qui régissent le comportement humain. Les arrangements institutionnels peuvent être définis comme le jeu de règles qui, mis au service d'un processus quelconque, détermine qui participe, quelles actions sont accessibles aux participants, le genre d'information disponible, comment seront

prises les décisions, et la manière dont les coûts et avantages sont distribués. (E. Ostrom et al., 1990). Le Code de la fonction publique au Cameroun, tout comme les décrets et les lois définissant l'organisation et les fonctions du ministère de la Santé, sont des arrangements institutionnels qui ont une portée directe sur le comportement des fonctionnaires de la santé publique. Par exemple, au Cameroun, les principes de politique en matière de santé publique mettaient à la disposition du public en général des soins médicaux gratuits et des médicaments gratuits. Dans bien des zones rurales, le système de santé publique a connu un déclin lorsque le gouvernement n'a plus été capable de fournir les médicaments gratuits. Le nouveau système de cofinancement reflète une modification apportée à ces règles, conçue dans le but de revivifier le système de dispensation de soins de santé primaires (PHC).

Les structures d'interaction constituent le troisième élément du schéma d'analyse institutionnelle. En parlant de structures d'interaction, on se réfère aux types de comportement qui résultent lorsque les participants à une activité donné ou à une certaine organisation, suivent leurs préférences. Des arrangements institutionnels différents créent des stimulants et des antistimulants différents pour certains types de comportement. Dans la présente analyse, nous nous occuperons en premier des interactions entre les responsables de la santé publique et les individus appartenant aux communautés de la zone du Projet SESA, dans le cadre de la participation au cofinancement et à la cogestion du système de soins de santé primaires. On cherchera spécialement à identifier ou à proposer des arrangements institutionnels susceptibles de fournir des incitations, tant pour les responsables à mieux s'acquitter de leurs fonctions, que pour les communautés à participer plus complètement et plus efficacement au système de soins de santé primaires.

Les résultats, quatrième élément dans ce schéma d'analyse institutionnelle, peuvent être décrits comme les conséquences des actions des membres de la population, opérant dans le contexte des contraintes venant de l'environnement physique et d'ensembles donnés d'arrangements institutionnels. Par exemple, une population de faible densité, avec de mauvaises routes et de longues distances séparant les communautés des centres sanitaires locaux, tout cela enfle les coûts de transaction et rendent plus difficile l'accès des communautés aux services publics de soins de santé primaires, conditions qui peuvent se traduire ensuite par des taux plus élevés de mortalité infantile. Des arrangements institutionnels liés au Code de la fonction publique rendent difficile le licenciement ou l'imposition de sanctions par les autorités de la santé publique, dans les cas où leurs travailleurs s'acquittent mal de leurs fonctions; à leur tour, ces conditions conduisent à une détérioration de la qualité des services et par ricochet, un découragement des populations vis-à-vis de l'utilisation des centres de santé publique.

L'analyse institutionnelle chemine donc à travers le réseau de rapports entre ces quatre éléments du schéma, en cherchant à comprendre les contraintes imposées par l'environnement physique, à évaluer les arrangements institutionnels en place, à anticiper les formes de calculs stratégiques auxquels se livrent les divers participants, ainsi que les structures de comportement découlant des modes d'incitation créés par les arrangements institutionnels en place; finalement, elle cherche à prédire les résultats. Quelqu'un qui s'est attaché à suivre de

telles relations se trouve mieux situé pour concevoir des arrangements institutionnels en variante, prévus pour fournir les stimulants voulus devant provoquer de meilleurs résultats - c'est-à-dire dans ce cas, un système de dispensation des soins de santé primaires plus efficace, et une meilleure santé pour les populations participant au système.

L'analyse institutionnelle fonctionne à plusieurs niveaux. Des arrangements institutionnels relevant de systèmes plus vastes, comme par exemple les règlements qui sous-tendent le système politique du Cameroun, le régime de finances publiques, le Code de la fonction publique, et la Loi sur les associations, ont un effet sur les arrangements institutionnels de niveau intermédiaire, niveau qui touche directement au système de santé publique du Cameroun, et à la mise en oeuvre de la politique de soins de santé primaires. Ainsi, les lois et décrets de 1989, portant réorganisation du ministère de la Santé, ont été élaborés selon les principes de législation établis par la constitution camerounaise. Les lois sur les finances nationales ont mis en place des cadres réglementaires, déterminant les processus pour la répartition des ressources et des dépenses au sein du ministère de la Santé, tandis que le Code national de la fonction publique place des limites à l'autorité du ministère de la Santé, lorsqu'il s'agit de la direction de son personnel sanitaire. La loi sur les associations de décembre 1990 fournit le cadre juridique permettant d'établir le Fonds provincial spécial du Nord-Ouest pour la santé, et rend possible la transformation des comités de santé dans la zone du Projet SESA en des entités légales ayant la capacité d'entrer dans des rapports contractuels, et d'exercer un contrôle sur le déboursement des fonds réservés aux soins de santé primaires.

Les arrangements institutionnels sur lesquels repose l'organisation du ministère de la Santé fournissent un schéma de principe sur lequel s'articulent les divers autres arrangements institutionnels - par exemple les règles concernant spécifiquement l'organisation du système de dispensation des soins de santé primaires, les rapports entre les cadres aux différents niveaux du système, les structures tarifaires pour les médicaments et les soins de santé, etc - placés au niveau opérationnel, là où les responsables de la santé publique servent leur clientèle. De la même manière, les statuts proposés pour le Fonds provincial spécial, pour les comités de district et les comités de centres sanitaires fournissent le schéma de principe pour les arrangements institutionnels au niveau des opérations à la base au cours desquelles les représentants des communautés participent à la cogestion du système de soins de santé primaires.

L'analyse institutionnelle se penche également sur les problèmes liés à l'organisation de la fourniture et à la production de biens et services publics tels que les services de soins de santé primaires. Les activités d'organisation de la fourniture sont constituées par la prise de décision concernant la quantité et la qualité des services à fournir - par exemple quels médicaments, combien de services sanitaires différents, la compétence et la formation des dispensateurs des actes médicaux à chaque niveau, etc. L'organisation de la fourniture comporte également des décisions concernant comment et pour qui ces services sont rendus disponibles - par exemple les mécanismes du système de fourniture des médicaments, les

structures tarifaires, les populations ciblées par un centre sanitaire ou un programme spécifique, etc.

La production se rapporte à la combinaison d'intrants dans le but de produire des extrants. Parmi les intrants figureraient des éléments tels que la production et la distribution des médicaments, les diagnostics, les vaccinations, l'éducation sanitaire, les services curatifs, l'hygiène de la grossesse, les services de planification familiale, les consultations postnatales, etc. Les extrants, dans ce cas, seraient une meilleure santé pour les populations locales touchées par le système sanitaire, et seraient mesurés par la baisse du taux de mortalité infantile, une espérance de vie plus longue, une incidence réduite des maladies endémiques, moins de décès dus aux accouchements, etc.

Au Cameroun, les services de soins de santé primaires sont produits par des individus, des guérisseurs traditionnels, des médecins privés, des pharmaciens et des dentistes, ainsi que des fournisseurs de médicaments, des missions religieuses, des ONG expatriées et le ministère de la Santé publique. L'Etat, représenté par le ministère de la Santé, n'a nullement le monopole de la production des biens et des services dans le secteur de la santé. L'une des caractéristiques les plus intéressantes de la politique du Cameroun en matière de soins de santé primaires, est la manière dont le ministère de la Santé est disposé à rechercher des arrangements institutionnels dans lesquels l'Etat, les communautés locales et le secteur privé (hôpitaux et centres sanitaires des missions et églises, guérisseurs traditionnels, fournisseurs privés de médicaments, etc.) devront collaborer pour la coproduction de services de soins de santé primaires. L'un des objectifs s'imposant avec le plus de force au ministère de la Santé en général, et au Projet SESA, en particulier, est de trouver le dosage optimal d'arrangements institutionnels dont la composition garantira une collaboration fructueuse dans la coproduction et la cogestion des services de soins de santé primaires par les divers acteurs participant au système.

La mobilisation des ressources est une composante importante lorsqu'il s'agit d'organiser la fourniture et de produire des services publics comme les soins de santé primaires. L'analyse institutionnelle examine les divers instruments de mobilisation des ressources - par exemple les projets des donateurs, les ressources des ONG, le budget national, la tarification des usagers, les investissements de main d'oeuvre bénévole, les contributions volontaires, les taxes locales, etc. - ainsi que les arrangements institutionnels nécessaires pour assurer des revenus adéquats, l'équité, l'efficacité, et la faisabilité politique et administrative, tout ce qu'il faut pour fournir le service désiré. Bien que les donateurs aient amorcé la pompe en remettant en marche le système de soins de santé primaires, au moyen de la fourniture de médicaments gratuits, le système doit maintenant s'appuyer en grande partie sur le cofinancement par la communauté - c'est-à-dire des redevances à payer par les usagers des médicaments et des services sanitaires - pour rester solvable. On espère qu'avec la résolution de la crise de liquidité et des problèmes des finances publiques du Cameroun, l'Etat sera finalement capable de mobiliser plus de ressources venant des crédits budgétaires nationaux pour soutenir une plus grande partie des dépenses renouvelables liées aux activités

de soins de santé primaires. En attendant cette résolution, le principal fardeau financier continuera à peser sur les épaules des consommateurs.

III. Le système de soins de santé primaires du Cameroun

A. Evolution au cours de l'histoire

Durant les deux premières décennies après l'indépendance, le système de la santé publique au Cameroun était orienté principalement vers la médecine curative. Bien qu'aux termes d'un décret ministériel de 1963, les installations sanitaires d'Etat aient été autorisées à faire payer des redevances pour leurs services, ces redevances concernaient en général les services dans les hôpitaux. Dans les zones rurales où étaient établis les centres sanitaires du gouvernement, les services de santé fournis, et les médicaments sur ordonnance délivrés par les centres sanitaires tendaient à être gratuits. La distribution des médicaments était une opération fortement centralisée par l'entremise d'ONAPHARM, organisation parastatale mandatée par la loi pour la fourniture de médicaments aux établissements de santé publique. L'ancien système de distribution des médicaments avait plusieurs inconvénients majeurs : (1) la tendance à prescrire trop de médicaments, associée à l'absence d'un système de recouvrement des coûts devant permettre le réapprovisionnement, a conduit, dans bien des zones rurales, à l'épuisement rapide des réserves de médicaments et à des pénuries fréquentes; (2) les médicaments envoyés par ONAPHARM étaient souvent coûteux et ne correspondaient pas forcément aux besoins locaux; (3) la supervision était relâchée, ce qui se traduisait souvent par la disparition des médicaments détournés pour l'usage privé du personnel sanitaire, et pour la vente sur des marchés parallèles. En dépit de ses inconvénients, l'ancien système attirait pourtant un grand nombre de gens vers les centres sanitaires ruraux, parce que les services et les médicaments étaient gratuits.

Les soins de santé primaires, conçus comme activité spéciale au sein du ministère de la Santé publique, ont été lancés en 1977, à la suite d'un décret présidentiel portant réorganisation de ce ministère. Ce programme a bénéficié d'une attention accrue de la part du ministère et de la nation, à la suite de l'adhésion officielle du Cameroun à la Charte d'Alma Ata, en 1982. Durant les quelques années suivantes, le ministère de la Santé a conduit une campagne pour proclamer à travers tout le pays, l'importance des soins de santé primaires, dans l'espoir d'atteindre l'objectif défini dans la proposition de l'Organisation mondiale de la santé selon laquelle "La santé pour tous" devait être un fait acquis en l'an 2000. En 1987, le ministère de la Santé a organisé une conférence nationale à Yaoundé, pour coordonner les activités de tous les différents acteurs engagés dans la fourniture des services de soins de santé primaires. Malheureusement, l'insistance croissante sur les services de soins de santé primaires a coïncidé avec l'entrée du Cameroun dans une longue et pénible crise économique.

La crise économique, qui a commencé vers le milieu de 1980, a eu un effet néfaste sur le système de santé publique du Cameroun. La baisse, sur le marché mondial, des prix pour les exportations principales du Cameroun - l'huile, le café et le cacao - a conduit à une chute précipitée du Produit intérieur brut (PIB) et des revenus de l'Etat. L'expansion rapide des

effectifs de la bureaucratie d'Etat, associée à des emprunts d'Etat très lourds et des dépenses inutiles, durant les années 70 et le début des années 80, tout cela a contribué à une crise majeure des finances publiques qui s'est étendue à la période de 90.

Avant la crise économique, plus de 30 pour cent du budget de la santé étaient alloués aux services de santé ruraux. En 1988, le budget pour les soins de santé en milieu rural a été réduit de 50 pour cent, et de nombreux établissements sanitaires ont perdu la plus grande partie de leur budget d'exploitation. En outre, l'importance du budget du ministère de la Santé a décliné, passant de 26,75 milliards de francs CFA en 1986/87, à 23,976 milliards de francs CFA en 1988/89. Cette situation s'est trouvée aggravée par le fait qu'une grande partie des crédits budgétaires prévus pour les dépenses non relatives au personnel, n'ont pas en fait été dépensés. Vers la fin des années 80 et au début des années 90, ONAPHARM s'est heurtée à des difficultés croissantes lorsqu'il s'agissait d'obtenir des médicaments pour les distribuer dans les zones rurales. Par exemple, en 1989/90, sur les 2,1 milliards de francs CFA alloués pour les médicaments, seulement 400 millions ont été dépensés (USAID Cameroun, octobre 1992). Le manque de médicaments, associé à l'insuffisance de fonds pour l'exploitation, a conduit à la détérioration des services de soins de santé primaires dans les zones rurales. Si les effectifs du personnel sanitaire sont restés plus ou moins les mêmes, ils se trouvaient par contre privés des moyens à leur disposition pour s'acquitter de leurs responsabilités. Cette situation a eu pour résultat un déclin marqué du nombre de personnes fréquentant les centres sanitaires.

La détérioration des services de santé publique en général, et des services de soins de santé primaires en particulier, a conduit à des réformes dans le secteur de la santé, entreprises vers la fin des années 80 et au début de la décennie 90, ainsi qu'à une réorganisation majeure du ministère de la Santé en 1989.

B. Réforme du système de soins de santé primaires

1. Réorganisation du ministère de la Santé

En janvier 1989, un décret présidentiel (89/011) a réorganisé le ministère de la Santé publique et défini les tâches des différentes directions et des divers services régionaux du ministère. Le décret a créé six directions principales au niveau de l'administration centrale : (1) Services hospitaliers; (2) Médecine préventive et rurale; (3) Pharmacie; (4) Famille et hygiène mentale; (5) Planification, études et statistiques de la santé; et (6) Affaires générales. Dans le cadre de cette réorganisation, il n'a pas été établi une seule direction ou un seul service chargé de superviser le système de soins de santé primaires. Chaque direction est engagée dans un aspect ou un autre du système de dispensation des soins de santé primaires. Ainsi la direction de la pharmacie participe à la distribution des médicaments; la direction de la médecine préventive et rurale s'intéresse aux services de santé communautaires, à la lutte contre les maladies endémiques, et à la promotion de l'hygiène publique et de l'assainissement; la direction des services hospitaliers se charge de la supervision des structures médicales publiques et privées, et des analyses en laboratoire; la direction des

services de famille et d'hygiène mentale se charge de la santé de la mère et de l'enfant (PMI) et de l'éducation en matière de nutrition; la direction de la planification, des études et des statistiques de santé s'occupe de systèmes de gestion de l'information touchant aux soins de santé primaires; tandis que la direction des affaires générales assume la direction du personnel et la gestion du matériel roulant. En pratique, le directeur actuel de la médecine préventive et rurale (soutenu en cela par le ministre) a assumé la tâche de superviser le système rural de soins de santé primaires. L'absence d'une structure hiérarchique bien définie encadrant de son autorité le système de soins de santé primaires a conduit à une certaine mesure de confusion et de conflits concernant le rôle et l'autorité des sièges régionaux des diverses directions.

Les services du ministère de la Santé que l'on appelle externes ou régionaux, tels qu'ils ont été établis par la réorganisation de 1989, coïncident avec les circonscriptions administratives du pays. Il y a donc des délégations provinciales, des services départementaux, et des services d'arrondissement. Les délégués provinciaux de la Santé représentent le ministre dans leurs provinces respectives, et sont chargés de superviser au niveau provincial tous les services de santé publique. Tous les cadres médicaux de niveau provincial relèvent directement du délégué provincial de la Santé. Là encore, il se trouve un potentiel de conflits juridictionnels, étant donné que les représentants régionaux des différentes directions estiment souvent qu'ils doivent rendre compte en premier au chef de leur direction au niveau de l'administration centrale.

Le service de santé départemental est placé sous le contrôle d'un médecin-chef qui a pour responsabilité l'organisation, la gestion, la supervision, l'établissement de programmes et la coordination de tous les services de santé dans son département. Chaque département a un hôpital, un centre de médecine préventive et rurale, et un centre de consultations pour la santé de la mère et de l'enfant (PMI), qui est souvent une branche de l'hôpital départemental. En tant que médecin-chef du département, le chef départemental de la santé publique a sous sa responsabilité la supervision de toutes les activités curatives et préventives en matière de santé dans le département.

Le service de santé de l'arrondissement est constitué par l'hôpital d'arrondissement qui n'est souvent guère plus important qu'un centre sanitaire développé, si on le compare aux centres des aires de santé et aux postes sanitaires villageois de l'arrondissement. Le chef du service sanitaire d'arrondissement assure le fonctionnement de l'hôpital d'arrondissement, et assume l'organisation, la supervision et le contrôle des divers établissements de santé publique dans cet arrondissement; il surveille les activités des établissements sanitaires privés, et assume la responsabilité des activités de médecine préventive et rurale et celle de la lutte contre les maladies contagieuses.

En passant progressivement de la province aux centres des aires de santé, on voit les structures des services sanitaires devenir beaucoup moins spécialisées et beaucoup plus polyvalentes.

2. Réorientation du système de soins de santé primaires

Le 31 mai 1989, le ministère de la Santé a annoncé une nouvelle politique de réorientation du système de soins de santé primaires du Cameroun. Cette nouvelle politique avait pour caractéristiques le recours à une plus grande participation des communautés au financement et à la gestion des services de soins de santé primaires, et l'établissement de structures de dialogue pour faciliter les communications entre les responsables de la santé publique et les communautés locales.

Pour encourager les communautés à participer, le ministère de la Santé publique souhaitait établir des comités de santé communautaires, au niveau du centre sanitaire et de l'arrondissement, pour compléter le réseau existant de comités de santé villageois. Le centre sanitaire communautaire, et les comités de santé d'arrondissement/district devaient former des sous-comités de gestion, composés de représentants des communautés et de personnel de la santé publique, établissant ainsi un conseil d'administration pour gérer les établissements sanitaires et leurs activités au niveau correspondant. Le ministère de la Santé a promulgué des règles concernant la composition des comités de santé, leurs fonctions, leurs pouvoirs et leurs domaines d'activités, ainsi que les processus de prise de décision et les rapports avec les autres organismes tels que les comités de développement au niveau de l'arrondissement.

Le programme de réorientation comptait au premier plan de ses innovations majeures, le principe du cofinancement par la communauté, des services de soins de santé primaires, ce qui consistait principalement en paiements pour certains services médicaux et pour l'achat des médicaments utilisés à titre préventif ou curatif. Le recouvrement des coûts, obtenu en tarifiant les usagers et en faisant payer les médicaments, était devenu de cette manière le moteur principal devant faire redémarrer le système de soins de santé primaires en zones rurales, qui dépérissait. D'autre part, l'Etat continuerait à assumer la responsabilité de la formation, à prendre en charge les salaires du personnel médical et sanitaire, ainsi que la construction, l'équipement et la rénovation des établissements sanitaires, et assurerait la fourniture initiale des médicaments devant être vendus dans le cadre du nouveau système de dispensation des soins de santé primaires. Il serait demandé aux ONG et aux donateurs de participer au financement du nouveau système, et de coordonner leurs efforts pour doter ce système national de soins de santé primaires de la cohésion et de l'harmonisation voulues.

La réorientation de 1989 a identifié le district comme constituant la structure clé des opérations du nouveau système. A cette époque, le ministère de la Santé tendait à considérer le district sanitaire comme cernant la juridiction administrative de l'arrondissement. L'hôpital de district devait être l'hôpital vers lequel seraient dirigés les cas venant de tous les centres sanitaires du district, et devait contenir des services médicaux plus avancés et spécialisés, tandis que les centres sanitaires couvrant les aires de santé auraient pour fonction de fournir, à la base, des soins de santé primaires. A l'échelon le plus haut, l'hôpital provincial serait l'hôpital d'orientation finale pour tous les hôpitaux de district et de département.

En mars 1992, le ministère de la Santé a publié un texte officiel décrivant comment sa politique nationale se proposait de réorienter le système de soins de santé primaires au Cameroun pour garantir "La Santé pour tous" en l'an 2000. La nouvelle version soulignait une fois de plus le besoin de renforcer les services sanitaires de district, en tant que noeuds du système et en les faisant toujours coïncider avec le niveau de l'arrondissement. Ce texte, en outre, énonçait plus clairement le rôle des centres sanitaires dans leur prise en charge d'une fourniture globale, continue, et intégrée de services de santé couvrant les huit domaines suivants :

* Santé de la Mère et de l'Enfant
* Consultations préscolaires (concernant l'allaitement, les vaccinations et le traitement des diarrhées)
* Consultations prénatales (CTN)
* Planification familiale
* Consultations curatives
* Consultations des chroniques (traitement des maladies chroniques telles que la lèpre, la tuberculose, le diabète, etc.
* Référence/contre référence (orientation vers spécialiste et suivi)
* Promotion de la Santé (promotion et éducation dans le domaine sanitaire par des activités d'information, d'éducation et de communication, approvisionnement en eau potable, et programmes de santé publique et d'assainissement.

La politique promulguée en mars 1992 comprenait également des perfectionnements apportés à la politique de réorientation originale de 1989, ainsi que plusieurs innovations. Tout d'abord, le rôle de la Délégation provinciale de la Santé était rehaussé, spécialement dans les domaines de la supervision et de la distribution des médicaments. Deuxièmement, cette politique exigeait l'établissement de comités de santé et de comités de gestion de niveau provincial pour superviser le Fonds spécial pour la promotion de la santé, venant compléter les fonctions des comités de gestion et de santé de niveau centre sanitaire (COSA) et district (COSADI). Troisièmement, les comités de santé étaient chargés de formuler un plan d'action aux niveaux du centre sanitaire, du district et de la province. Quatrièmement, la mise en place d'un système d'information de gestion pour la santé (HMIS) devait s'insérer dans la stratégie pour les soins de santé primaires. Cinquièmement, une place plus grande était faite aux activités de supervision qui devaient jouer un rôle important pour assurer le succès du programme de soins de santé primaires. Enfin, une formulation plus claire d'une politique

pour la fourniture des médicaments essentiels sous forme générique peu coûteuse, définissait cette politique comme la pierre angulaire du système de cofinancement dont il était prévu qu'il devait recouvrer les dépenses renouvelables du programme de distribution des médicaments et produire un excédent de fonds qui serait utilisé pour d'autres activités dans le domaine de la santé.

Nombre de ces innovations en matière de politique nationale étaient fondées sur les travaux de trois programmes importants de soins de santé primaires (PHC) : le Projet PHC soutenu par le GTZ dans la province du Nord-Ouest, le Projet SESA dans les provinces Sud et Adamaoua, et le Projet CIM soutenu par la Belgique dans le département de Diamare dans la province d'Extrême Nord. Le Projet PHC du GTZ a fournir les modèles pour les systèmes de logistique en matière de médicaments à base provinciale, systèmes de recouvrement des coûts à base provinciale, et structures provinciales de dialogue avec les communautés. Le Projet SESA a mis au point les modèles d'intégration des services préventifs et curatifs, de liaison entre les soins primaires et les soins par référence (orientation vers spécialiste), de supervision décentralisée, de systèmes d'information de gestion pour la santé à base provinciale, et de délimitation des aires des centres sanitaires. Le SESA a, en outre, été le premier à avancer la notion de systèmes de gestion de la santé fondés sur le district. Le Projet PHC de la Belgique a fait oeuvre de novateur dans les domaines du recouvrement des coûts, et de la normalisation des diagnostics et des traitements.

Si d'une part la communauté des donateurs a approuvé avec enthousiasme la nouvelle stratégie de réorientation des soins de santé primaires, le secteur dispensant les soins de santé sous auspices religieuses a montré une certaine hésitation à intégrer ses installations et ses programmes sanitaires dans le cadre du nouveau système. Les possibilités, et les contraintes rencontrées en matière de collaboration efficace entre le secteur sous auspices religieuses et le secteur dépendant du ministère de la Santé feront l'objet d'une étude plus détaillées à la Section V du présent rapport.

3. Réponses du Projet SESA I à la réforme des soins de santé primaires

Le Projet SESA financé par l'USAID a commencé en 1987, avant la réorientation du système de soins de santé primaires du Cameroun. A cette époque, le Projet SESA avait un objectif resserré autour de l'amélioration des services de santé pour les femmes et les enfants des provinces Sud et Adamaoua. Ce projet cherchait à aider le ministère de la Santé à fournir suivant une hiérarchie verticale cinq services clés à la zone du projet. Il s'agissait des immunisations, de la lutte contre les maladies diarrhéiques, de la promotion de la nutrition avec surveillance de la croissance, de l'espacement des naissances et du traitement du paludisme. Le Projet SESA avait aussi mis en place un fonds de roulement pour les médicaments essentiels afin d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments, ainsi que des systèmes de gestion, logistique et supervision venant appuyer la fourniture des services. Vers la fin de 1989, le SESA avait adapté sa stratégie pour se conformer à la nouvelle orientation de la politique de soins de santé primaires, en s'éloignant des interventions de type vertical et en favorisant des activités plus intégrées dans ce domaine.

Le Projet SESA a aidé le ministère de la Santé à poursuivre la mise au point et la conversion en opérations, des aspects principaux de santé publique figurant au programme de la réorientation des soins de santé primaires, par exemple la supervision, la planification décentralisée, l'information de gestion pour la santé, et les systèmes de référence pour les soins de santé. Sur le plan opérationnel, le SESA a concentré son énergie à la poursuite des objectifs suivants :

* structures de participation des communautés - par exemple comités locaux de santé et de gestion;

* un système de recouvrement des coûts et de distribution des médicaments;

* des plans pour rendre opérationnel le système de santé par districts dont les grandes lignes ont été définies par le ministère de la Santé;

* des systèmes d'information de gestion pour la santé, et des systèmes IEC (Information, Education, Communications), placés dans les services de santé provinciaux.

Le Projet SESA a mis au point un ensemble de 12 modules définissant le programme de réorientation des soins de santé primaires; ces textes constituent le dernier mot en matière de formation en vue de l'établissement d'un programme de soins de santé cogérés et cofinancés par les communautés au Cameroun.

L'évaluation intérimaire de SESA I, faite en décembre 1991, a noté que le projet avait avancé sur plusieurs points, dont l'identification des limites des aires de santé, la mise au point de manuels de formation pour le personnel des soins de santé primaires, l'organisation et la formation de comités de santé communautaires, et de comités de gestion sanitaire communautaires, ainsi que l'établissement d'un système d'approvisionnement en médicaments avec recouvrement des coûts. Toutefois, cette évaluation a également détecté les faiblesses suivantes dans le projet :

* mauvais fonctionnement des comités de santé communautaires:

* mauvaise gestion des pharmacies avec fonds renouvelable;

* le manque de compréhension, vis-à-vis du nouveau système et de ses procédures administratives, de la part du personnel sanitaire et des membres de la communauté;

* la confusion qui règne à propos des rôles respectifs du ministère de la Santé et des gestionnaires communautaires, concernant le contrôle des fonds;

* la non-observation des règlements de la part du personnel sanitaire - par exemple, rapports incomplets, données des rapports non utilisées, médicaments distribués à crédit, renoncement au paiement des redevances, etc.; et

* taux d'utilisation des services inférieurs à ce qui serait nécessaire pour couvrir les coûts renouvelables (salaires du personnel du ministère de la Santé non compris) encourus par les centres sanitaires.

L'équipe de conception du Projet SESA II a rapporté que des progrès substantiels ont été faits vers la résolution d'un grand nombre de ces problèmes. Dans l'évaluation intérimaire, une grande partie des recommandations concernait les moyens d'améliorer le système de gestion et de fournir au personnel sanitaire une formation plus fructueuse.

Depuis cette évaluation, le Projet SESA a mis en place les améliorations suivantes :

* un système informatisé d'information de gestion pour la santé au niveau provincial, où figurent des rapports mensuels d'activités des centres sanitaires, des lettres d'information en feed-back, et des tableaux placés à chaque centre sanitaire pour suivre huit indicateurs sanitaires clés;

* un nouveau système de livraison des médicaments et de recouvrement des coûts, qui fait dépendre la fourniture de médicaments de l'apurement des documents comptables du point de vue financier;

* un système de supervision amélioré, avec des directives supplémentaires de contrôle, des listes de pointage pour les superviseurs de province et de district, et de nouvelles directives concernant la supervision exercée par le centre sur les niveaux provinciaux.

* la conception de mécanismes (y compris du matériel pédagogique pour la formation) pour intégrer dans le programme de réorientation des soins de santé primaires, la planification familiale et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Dans cette évaluation, la recommandation touchant de plus près à l'analyse institutionnelle réclamait une étude du statut juridique des comités de santé communautaires, dans leur fonction de gestion des fonds destinés à la santé. A cette date, les comités de santé qui existent dans les provinces Sud et Adamaoua ne jouissent d'aucun statut juridique officiel. Toutefois, des statuts provisoires pour les comités de santé des niveaux province, district et aire de santé ont été dressés par un spécialiste juridique de la santé, et ont été récemment approuvés par le ministère de la Santé. L'une des tâches les plus difficiles du projet sera d'expliquer les nouvelles règles du jeu aux comités existants et au personnel du ministère de la Santé chargé des soins de santé primaires.

On trouvera à la Section V du présent rapport une analyse institutionnelle des performances et réalisations fournies par le personnel des soins de santé primaires, les comités

de santé communautaires, et le système de soins de santé primaires en général; on y trouvera aussi l'identification des obstacles principaux sur la voie de la mise en oeuvre des objectifs du ministère de la Santé et du Projet SESA dans les provinces Sud et Adamaoua.

4. L'expérience du programme GTZ/Ministère de la Santé concernant les soins de santé primaires dans la province du Nord-Ouest

Le Projet SESA, répondant à une recommandation de l'équipe extérieure qui a procédé à son évaluation, a remanié son système de logistique et de gestion financière, en se fondant sur le modèle établi par le GTZ dans la province du Nord-Ouest. Les travaux du GTZ dans la province du Nord-Ouest ont commencé en 1986. Cet organisme a mis en place l'organisation, au niveau provincial, d'un système efficace d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts qui a permis de fournir des médicaments à plus de 70 centres sanitaires et de créer d'importants montants en excédent. Ce système a été reproduit dans les provinces du Sud-Ouest et du Littoral, où le GTZ entretient également des activités.

Les deux caractéristiques les plus remarquables de l'expérience du GTZ dans la province du Nord-Ouest, sont l'établissement d'un Centre d'approvisionnement provincial pharmaceutique (CAPP) et la création du Fonds spécial de la province du Nord-Ouest pour la promotion de la santé, qui a joui, depuis le 5 juin 1991, du statut d'entité juridique reconnue par le gouvernement camerounais dans le cadre de la Loi sur les associations du 19 décembre.

Le CAPP du Nord-Ouest a assumé la charge du programme des médicaments essentiels dans cette province depuis la fin des années 80. Le CAPP était dirigé par le chef du service des pharmacies provinciales du ministère de la Santé depuis 1987 jusqu'à septembre 1992, lorsque cette responsable a obtenu un congé pour études à l'étranger. Quand le Fonds spécial de la province du Nord-Ouest pour la promotion de la santé a été établi, cette même personne a également assumé les fonctions de directeur général du Fonds spécial. Ce poste est maintenant tenu par un ancien administrateur du ministère de la Santé. Entre janvier 1989, et le 30 juin 1991, le programme des médicaments essentiels a produit un excédent de fonds de 89,2 millions de francs CFA, une fois déduits ses coûts d'exploitation de base. Ce surplus peut servir à former une réserve pour les urgences, à fournir un financement supplémentaire pour les centres sanitaires des communautés locales, à acheter des fournitures et du matériel de laboratoire, et à procurer des primes pour le personnel de santé qui répondent à de hauts standards dans l'exercice de leurs fonctions.

Les taux d'utilisation des centres sanitaires sont relativement élevés, mais au cours des deux dernières années ils ont baissé dans le Nord-Ouest comme dans les autres provinces. L'approvisionnement régulier en médicaments signifie, pour les patients se rendant aux centres sanitaires, qu'ils peuvent obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Dans cette province, les taux d'utilisation et la capacité de produire un excédent financier sont soutenus par les influences positives suivantes :

* de fortes densités démographiques. et des taux d'urbanisation élevés qui réduisent les coûts de transaction encourus lors des déplacements vers le centre sanitaire le plus proche;

* des revenus monétaires relativement élevés comparés au reste du Cameroun rural, ce qui veut dire plus d'argent disponible pour acheter des médicaments et payer les services;

* une tradition voulant que l'on paie les services médicaux remontant à la réglementation coloniale britannique, période durant laquelle les actes médicaux étaient payés par les patients; et

* une population scolarisée à un relativement haut niveau, consciente de la valeur des ressources médicales modernes.

Les structures de participation communautaire ont également fonctionné avec une certaine efficacité dans la province du Nord-Ouest qui bénéficie d'une forte tradition de développement communautaire, et de structures sociales bien organisées. Une récente étude du GTZ (van Geldermalsen, août 1991) a remarqué que, dans cette province, les initiatives communautaires en matière de participation et de gestion des programmes de santé, se sont manifestées avec le plus de force lorsque les conditions suivantes étaient présentes :

* assurance de la possibilité d'être accepté dans le programme;

* absence de solutions de remplacement acceptables pour les soins de santé;

* leaders dynamiques pour la communauté, ayant des contacts hors du village; et

* fortes structures communautaires en place (églises, comités villageois de développement, etc.)

Cette étude notait également que la gestion des sommes d'argent et les transactions financières créaient des problèmes et devenaient finalement impossibles lorsque diminuaient la supervision et le contrôle. Les détournements de fonds avaient de plus fortes chances de se produire lorsque de fortes sommes d'argent étaient maniées. Les membres non payés du comité communautaire de gestion du centre sanitaire se trouvaient aussi soumis à une forte pression, de la part de parents et d'autres membres de la communauté, pour qu'ils leur consentent des prêts, si un contrôle étroit n'était pas exercé. Une des manières de résoudre ce problème dans la province, était d'exiger que le commis de pharmacie dépose toute somme en espèces supérieure à 50.000 francs CFA dans un compte en banque ou compte postal d'épargne local. Le Fonds spécial a également engagé un conseiller juridique à temps partiel pour suivre les cas où les comptes n'avaient pas été réglés et où un paiement ultérieur était peu probable.

En revanche, les facteurs suivants avaient pour effet de saper une participation et une gestion efficace par la communauté :

* une population pauvre dans son ensemble;

* une supervision irrégulière et relâchée;

* une communauté divisée et des dissensions au sein des villages et entre villages;

* l'absence de membres scolarisés dans la communauté; et

* la présence de colporteurs apportant des médicaments bon marché du Nigéria.

Les statuts d'association créant le Fonds spécial de la province du Nord-Ouest pour la promotion de la santé, servent de modèles pour les structures provinciales de gestion et de participation communautaire dans les autres provinces. Ils sont moins détaillés que les statuts d'association proposés pour les provinces Sud et Adamaoua. Les règles de représentation ont été conçues pour donner aux représentants de la communauté une majorité décisive à l'assemblée générale, mais elles concédaient plus de pouvoir aux représentants du ministère de la Santé au sein du comité de gestion. Ainsi, le Délégué provincial de la santé, devait de par ses fonctions être président du comité de gestion, tandis que le directeur général (qui devait aussi être un cadre du ministère de la Santé) en était le secrétaire.

L'assemblée générale du Fonds spécial de la province du Nord-Ouest pour la promotion de la santé comportait trois catégories de membres :

* Cinq membres de droit, dont un représentant du gouverneur, un représentant du ministère de la Santé, le Délégué provincial de la santé, le chef du service provincial de médecine préventive et santé rurale, et un représentant du GTZ qui est le principal donateur pour les soins de santé primaires dans la région.

* 38 membres actifs, dont deux représentants de chaque comité de santé communautaire d'arrondissement et de district, un conseiller du conseil municipal de la ville de Bamenda, deux membres du parlement régional, l'un du parti au pouvoir et l'autre du principal parti de l'opposition, un représentant de chacun des trois principaux organismes religieux dispensant des services de santé dans le Nord-Ouest, un représentant des ONG de la région, et le directeur général.

* Des membres honoraires, allant jusqu'à six, n'ayant pas de droits de vote, et comprenant un représentant de chacune des associations professionnelles suivantes, pratiquant dans la région : médecins, pharmaciens, dentistes, et agents sanitaires. D'autres experts pourraient également être choisis par le comité de gestion.

A l'opposé des statuts proposés pour le Fonds spécial de la province du Sud, les statuts d'association pour le Fonds de la province du Nord-Ouest ont peu de détails à fournir sur les pouvoirs conférés à l'Assemblée générale, qui n'est tenue de se réunir qu'une fois par an. Dans la province du Nord-Ouest, le comité de gestion exerce la plupart des pouvoirs appartenant au Fonds et a pour responsabilité de contrôler la réalisation des objectifs du Fonds, dans le cadre des ressources dont il dispose. Ce comité est habilité à :

* Etablir des profils de poste et faire des propositions concernant les nominations de personnel nécessaire; proposer à l'Assemblée générale les politiques guidant la rémunération du personnel et des participants du Fonds.

* Mettre en place des arrangements concernant l'organisation et convenir des procédures de comptabilité, de contrôle et d'audit, ainsi que du financement et des budgets.

* Proposer à l'Assemblée générale des modes d'utilisation pour les recettes nettes réalisées par le Fonds, sur la base des Plans d'action proposés soumis par les comités de santé de l'arrondissement.

* Promouvoir les activités et améliorer l'approvisionnement dans le domaine des médicaments essentiels et des autres matériels et services, et proposer à l'Assemblée générale les politiques à suivre pour les ventes locales en y incluant les procédures de tarification telles qu'elles ont été définies par le ministère de la santé.

* Exercer un contrôle continu sur les activités du système provincial d'approvisionnement en médicaments, ainsi que sur les autres fonds et entreprises du Fonds.

Le directeur général est chargé de veiller à la bonne marche quotidienne du Fonds. A l'heure actuelle, le principal souci du directeur général semble être de superviser les opérations du système provincial d'approvisionnement en médicaments, et de tenir les comptes de toutes les sommes reçues et dépensées par le Fonds, ainsi que de l'actif et du passif de celui-ci.

Les statuts de l'association prévoient un haut niveau de transparence dans les transactions financières. Les livres comptables sont ouverts aux membres du comité de gestion, et des vérificateurs indépendants, extérieurs au système, font un audit périodique de ces livres.

La province du Nord-Ouest prévoit la mise en oeuvre d'un système de stimulants devant récompenser les membres du personnel ayant un rendement supérieur dans leurs fonctions. Par exemple, le personnel clé recevra une prime mensuelle qui dépendra de la satisfaction de certains critères de performance - par exemple production de rapports mensuels, comptes bien tenus, etc. Les écarts vis-à-vis d'une norme d'excellence fixée se traduisent par une réduction de la prime en conséquence. D'autres versements à titre de

stimulant doivent être basés sur le volume des transactions et des activités. Ainsi, le commis de pharmacie de la province Nord-Ouest reçoit 10 francs CFA pour chaque quittance dont il est rendu compte. Plus cette personne fait de transactions, plus importante est la prime. Le Fonds prévoit d'allouer les excédents du Fonds aux centres sanitaires communautaires locaux, en ayant recours à une formule combinant un taux fixe pour chaque centre, à un supplément correspondant à un pourcentage déterminé du volume de recettes généré par le centre.

L'expérience de soins de santé primaires sous l'égide du GTZ/ ministère de la Santé dans la province du Nord-Ouest semble avoir donné ses meilleurs résultats dans l'approvisionnement des centres sanitaires du système en médicaments, et dans la revitalisation des institutions existant à la base. Toutefois, on peut noter d'après les rapports officiels et les répondants des interviews, un certain relâchement de la supervision qui a souvent entraîné la non-observation des règles par le personnel de la santé publique. Si l'on peut dire que le Fonds spécial de la province du Nord-Ouest pour la promotion de la santé signale un progrès substantiel en matière de coparticipation et de cogestion par la communauté, il reste encore bien des choses à faire pour augmenter la mesure de participation et contrôle dont jouit la communauté. A ce jour, ce Fonds a été dominé par des représentants du ministère de la Santé, les contributions des représentants locaux restant faibles.

IV. Analyse du système de soins de santé primaires Projet SESA/Ministère de la Santé dans les provinces Sud et Adamaoua

A. Statut légal des comités de santé communautaires et analyse des structures correspondantes

Les divers comités de santé communautaires, se trouvant aux niveaux aire de santé, district sanitaire et provincial, forment l'une des principales bases du système de santé du Cameroun, après sa réorientation. Au début des années 90, le Projet SESA I a mis en route l'organisation de comités communautaires de santé et de cogestion, et la formation des membres de ces comités, dans les provinces Sud et Adamaoua. A ce jour, ces structures communautaires ne jouissent pas de la personnalité juridique. En fait, dans certaines zones du projet, les cadres administratifs territoriaux locaux n'ont pas encore accordé le sceau de leur approbation aux comités de santé. Toutefois, le ministère de la Santé a récemment donné son approbation à des statuts rédigés par un juriste camerounais, et devant transformer les comités existants pour les centres sanitaires et les districts, dans les provinces Sud et Adamaoua, en des personnes morales ayant statut juridique au titre de la Loi sur les associations du 19 décembre 1990. Des statuts ont également été dressés pour la création d'un Fonds spécial pour la promotion de la Santé (FSPS) dans ces deux provinces. On devrait voir, à la fin de 1993, la base juridique pour des structures de santé cofinancées et cogérées par la communauté, fermement établie dans la zone du projet SESA.

1. Pouvoirs juridiques accordés au titre de la Loi sur les associations

La Loi sur les associations de 1990 accorde une autonomie considérable aux organisations constituées dans le cadre de ce système, et spécialement aux associations camerounaises indigènes qui peuvent se voir reconnues en déclarant simplement leur formation et en fournissant deux exemplaires de leurs statuts. Cette déclaration doit simplement être présentée au cadre administratif territorial supérieur du département, le préfet, et doit contenir le nom, l'objet et l'adresse du siège de l'association, ainsi que les noms, professions et adresses de ceux qui ont la responsabilité de la marche de l'association. Ces associations reçoivent une reconnaissance plus ou moins automatique, à moins d'être considérées comme constituant un danger pour l'ordre public. Le processus de reconnaissance est rapide; si l'administration territoriale n' entame aucune action négative contre l'association dans les deux mois qui suivent la déclaration, l'association acquière le statut légal automatiquement.

Avoir statut légal donne à l'association le droit d'administrer ses affaires en toute liberté, sans ingérence de l'administration territoriale, tant qu'elle observe les termes de ses

statuts et la législation en vigueur. Une fois constituée et reconnue, l'association est juridiquement dotée des droits suivants qui lui permettent de :

* prendre des mesures d'ordre juridique - par exemple entrer en relations contractuelles avec d'autres parties (comme d'embaucher et de licencier des employés), entamer une action en justice pour protéger ses intérêts (comme d'assigner en justice des parties qui ont manqué à leurs obligations contractuelles);

* gérer et utiliser des fonds provenant de contributions; et

* acheter des locaux et en devenir propriétaire, pour qu'ils servent de bureaux et de lieux de réunion des membres; acheter tous biens immeubles nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

2. Limites imposées par le ministère de la Santé au contrôle exercé par les communautés

L'une des caractéristiques les plus frappantes des associations de cogestion de la santé, aux niveaux des aires de santé, du district et de la province, consiste en la présence des fonctionnaires d'Etat de la santé, en tant que membres et cadres, tant du comité de santé que du comité de gestion à tous ces niveaux. Cela signifie que ces institutions ne sont pas des associations vraiment privées, mais des institutions quasi publiques soumises à l'influence considérable des responsables de la santé au sein du ministère de la Santé. Ce phénomène s'observe particulièrement au niveau provincial, où les représentants du ministère de la Santé jouent un rôle prépondérant dans le comité de gestion.

La présence de fonctionnaires de la santé qui rendent compte à la fois aux assemblées générales des comités de santé, et au ministère de la Santé, risque de créer des affrontements entre les intérêts divergents et d'être une source de tension entre les représentants de la communauté et les responsables d'Etat.

Les statuts proposés pour les COSA, les COSADI, et le Fonds spécial pour la promotion de la santé donne aux membres de droit (fonctionnaires) le droit de faire opposition à toute décision prise par la majorité, qu'ils estiment violer ou contredire la politique nationale du Cameroun en matière de santé. Le fonctionnaire principal du ministère de la Santé, au niveau immédiatement supérieur, est chargé d'arbitrer. La décision primitive est adoptée, s'il ne prend aucune action à son encontre dans un délai de deux mois. C'est ainsi que le médecin-chef du niveau de district arbitre à propos de décisions du niveau du COSA qui ont été bloquées, tandis que le Délégué de la santé publique, en tant que président du FSPS, arbitre à propos de décisions prises au niveau COSADI. Finalement, le ministère de la Santé publique exerce son arbitrage sur les décisions bloquées au niveau du FSPS. Le ministère de la Santé estime que l'arbitrage de conflits par ses cadres responsables est une chose nécessaire au stade précoce actuel du programme de soins de santé primaires. Une fois que les membres de ces divers organes, autres que les cadres officiels, se trouveront bien

informés sur les questions de politique en matière de santé, il se peut qu'on envisage de modifier les statuts dans ce domaine.

Les membres du comité de santé représentant la communauté n'ont pas le droit de débattre des sujets techniques touchant à la politique nationale en matière de santé qui est définie comme le domaine réservé aux fonctionnaires de la santé qui sont membres de droit. Toutefois, ces sujets peuvent être étudiés au cours d'un échange de vues au sein du comité de gestion, lorsque les fonctionnaires de la santé sont disposés à le faire.

Le retour récent à la centralisation du système de distribution des médicaments, qui a été conçu dans le but de réduire les pertes de recettes des centres sanitaires, en raison de vols et de malversations, a créé une certaine tension entre les représentants de la communauté au sein du système de cofinancement et cogestion, et le Projet SESA/Ministère de la Santé. La supervision plus stricte et l'encaissement plus contrôlé des fonds provenant des ventes de médicaments et des redevances pour les consultations, repris en main par les superviseurs provinciaux, ont laissé certains représentants de la communauté avec l'impression qu'ils ont perdu le contrôle effectif des ressources des centres sanitaires locaux.

3. Organisation des COSA

Les COSA qui représentent la population au niveau du centre sanitaire, constituent l'unité de base des structures de participation communautaire dans le système de soins de santé primaires. A la fin de 1992, le Projet SESA/Ministère de la Santé englobait 15 aires de santé dans la province d'Adamaoua, avec une population estimée à 73.996, et 17 centres sanitaires dans la province du Sud, avec une population estimée à 116.388. Il faut noter que ce projet a également organisé des COSA dans des aires de santé qui n'ont pas été encore complètement incorporées au système de cofinancement et cogestion. Aucun de ces COSA ne dispose d'une base juridique officielle.

a. Objectifs

Les objectifs des COSA sont clairement énoncés à l'Article 4 de leurs statuts.

* Travailler en collaboration avec l'équipe de soins de santé primaires du centre sanitaire, pour identifier les domaines prioritaires où doivent s'exercer des activités d'intervention sanitaire, afin d'élaborer un plan d'action sanitaire pour l'aire de santé, et de soutenir l'équipe sanitaire dans sa mise en oeuvre.

* Faire le suivi et l'évaluation des activités de santé et de la mise en oeuvre des programmes de soins de santé primaires dans l'aire représentée.

* Participer à la gestion des ressources budgétaires et des autres ressources financières dont l'aire dispose pour les soins de santé primaires.

* Susciter une prise de conscience par la communauté des causes des maladies les plus fréquentes, et des méthodes de prévention; exercer une influence sur les pratiques sanitaires de l'aire de santé.

* Mobiliser la communauté pour qu'elle participe plus activement aux divers programmes de santé, et pour qu'elle sache utiliser efficacement les services sanitaires disponibles.

b. Membres composant les COSA, leurs devoirs et privilèges

Les COSA ont trois catégories de membres : les membres de droit, les membres actifs et les membres honoraires. Les membres de droit comportent le chef du centre sanitaire, une infirmière ou un agent sanitaire, choisi par le personnel du centre, et un représentant des églises et des ONG qui ont entrepris des activités dans l'aire de santé. Les membres actifs sont les représentants des communautés, deux dans chaque village de l'aire de santé. Les statuts prévoient que l'on prenne en considération les facteurs de différences ethniques, religieuses et culturelles, lors du choix des membres du COSA, afin d'assurer une représentation judicieuse de la plus grande partie des éléments composant la communauté. Il n'est pas requis des membres représentant la communauté qu'ils soient alphabétisés. Les membres honoraires n'ont pas le droit de vote et sont nommés par le COSA.

Les devoirs des membres du COSA consistent à mettre en oeuvre les objectifs énoncés plus haut. Entre autres, ils doivent assurer un dialogue entre le personnel du centre sanitaire et la communauté; ils doivent demander à la communauté de participer directement à la couvertures des dépenses du système de soins de santé primaires, au moyen de cotisations, de paiements pour les services de santé, etc.; ils doivent imposer à la communauté qu'elle apprenne à se servir plus efficacement du centre sanitaire, et ils doivent diffuser l'information permettant de relever le niveau de santé et d'hygiène publique; ils doivent enfin lancer des projets locaux pour le développement socio-économique et la santé.

Les membres actifs et de droit sont qualifiés pour participer à l'Assemblée générale, et peuvent être élus au comité de gestion du COSA (COGE); ils peuvent représenter le COSA aux niveaux du COSADI et du FSPS. Ils ne reçoivent ni salaire ni autre forme de paiement pour leur participation.

c. Structure et pouvoirs du COGE et de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est l'organe suprême de délibération et de prise de décision du COSA. Ses décisions ont un caractère obligatoire pour tous les membres. L'Assemblée générale doit se réunir au moins une fois par an, et dispose des pouvoirs suivants :

* délibérer et adopter la politique de santé du COSA;

* examiner et adopter le plan d'action pour l'année qui suit;

* adopter le budget du COSA;

* examiner, approuver et rectifier les comptes du COSA, qui sont tenus par le comité de gestion;

* décider de l'utilisation et de la redistribution des excédents du COSA tels qu'ils sont proposés par le COGE;

* fixer les plafonds autorisés de la dette et des investissements du COSA.

Le Bureau de l'Assemblée générale est constitué par un président, un vice-président, un secrétaire et deux commissaires aux comptes. Le président, qui est un représentant de la communauté, préside les réunions de l'Assemblée générale, et exerce les fonctions d'arbitre pour les problèmes au sein du COSA. Le chef du centre sanitaire occupe les fonctions de secrétaire et assure les comptes rendus des réunions, tandis que les deux commissaires aux comptes vérifient les comptes du commis de pharmacie du centre sanitaire et du trésorier du COGE. Le président occupe aussi habituellement les fonctions de président du COGE.

Une grande partie du travail du COSA est prise en charge par le comité de gestion, qui est formé de 7 membres. Trois sont prélevés parmi les membres de droit, les quatre autres sont pris sur les membres actifs. Le bureau consiste en quatre postes clés : président, poste occupé par un représentant de communauté, trésorier, poste également occupé par un représentant de communauté, secrétaire, poste détenu par le chef du centre sanitaire, et un expert technique qui s'occupe d'éducation sanitaire et qui est nommé par le chef du service de santé du district. Le président et le trésorier doivent signer conjointement les chèques émis sur le compte en banque ou le compte chèque postal du COSA.

Le COGE dispose de pouvoirs étendus en matière de gestion, parmi lesquels figurent les pouvoirs suivants :

* passer des engagements contractuels, avec d'autres parties, pour le compte du COSA.

* vérifier, contrôler, et évaluer l'exécution du Plan d'action pour l'aire de santé, en collaboration avec le médecin-chef du district.

* recruter et rémunérer le commis de pharmacie du centre sanitaire.

* superviser la manière dont opère le système d'approvisionnement en médicaments pour les villages situés dans l'aire de santé.

* rédiger des propositions devant être soumises à l'approbation de l'Assemblée générale, et concernant les politiques de rémunération, les systèmes de stimulants, l'emploi qui

est fait des ressources humaines, matérielles et financières dans l'aire de santé du COSA, ainsi que les plans d'action et les budgets annuels.

* préparer les réunions, et rédiger les rapports réguliers faits à l'Assemblée générale sur les questions de finance et gestion.

* représenter et défendre les intérêts de l'aire de santé au niveau du district, et informer l'Assemblée générale des activités qu'il a poursuivies au niveau du COSADI.

d. Règles devant assurer la transparence

Les statuts proposés pour le COSA contiennent plusieurs règles pour garantir la transparence, et pour fournir des moyens de mettre en échec les abus pouvant se produire dans le système de soins de santé primaires.

Tout d'abord, tous les membres du COSA ont accès aux rapports produits par le COGE au sujet des opérations du COSA, et ont le droit de consulter les statuts du COSA, le règlement intérieur, les registres comptables, et les procès-verbaux de l'Assemblée générale. La mise en oeuvre intégrale de ce privilège peut se trouver un peu restreinte par le fait qu'il y a des membres du COSA qui ne sont pas capables de lire le français, puisqu'à ce niveau l'alphabétisation n'est pas requise comme qualification pour les membres.

En second lieu, les deux commissaires aux comptes du bureau de l'Assemblée générale vérifient les comptes mensuels, tant du commis de pharmacie du centre sanitaire que du trésorier du COGE. L'un des commissaires aux comptes est nommé par le responsable du service de santé pour les affaires financières et administratives du district, tandis que le second est un représentant de la communauté. Les audits viennent compléter les vérifications périodiques faites par le superviseur, au niveau de la province, du programme d'approvisionnement en médicaments et le contrôle des transactions quotidiennes du commis de pharmacie, qui est fait plus fréquemment par le chef du centre sanitaire. En augmentant le nombre de personnes qui participent à l'examen des livres comptables, on réduit les occasions de complicité entre le personnel des services de santé et le personnel nommé par la communauté (par exemple, commis de pharmacie et trésorier) faisant des transactions monétaires. Une plus haut degré de transparence a pour effet supplémentaire de renforcer la confiance accordée au système par la communauté, celle-ci se rendant mieux compte de la manière dont les fonds sont recouvrés, déposés et utilisés.

Troisièmement, l'Assemblée générale a le pouvoir, comme l'obligation, d'examiner, approuver, et rectifier les comptes officiels préparés par le trésorier qui doit présenter un bilan financier et tenir des registres comptables exacts.

Quatrièmement, le trésorier doit collaborer avec le chef de l'hôpital de district dans l'exercice d'un contrôle sur les recettes et quittances, les ressources et les dépenses dépendant du chef du centre sanitaire de l'aire de santé, ainsi que du commis de pharmacie. Ce (cette)

responsable veille également à l'emploi judicieux des fonds et à l'exactitude de divers comptes tenus par le commis de pharmacie et le chef du centre sanitaire. A son tour, le président, qui est le second cosignataire des chèques du COSA, garde un oeil sur les dépenses du trésorier, chargé de tenir la caisse d'avance et de payer le commis de pharmacie.

Les nouvelles règles concernant la transparence sont beaucoup plus complexes et détaillées que les règles pratiques régissant les opérations au jour le jour des COSA en existence. Le statut légal des COSA leur conférera plus de pouvoir leur permettant d'appliquer des sanctions à ceux qui détournent des fonds ou ne peuvent pas rendre compte des fonds manquants. Par exemple, les statuts déclarent explicitement que le trésorier est légalement responsable des pertes financières résultant de sa négligence ou de ses malversations. En sa qualité de personne morale, un COSA a l'autorité voulue pour engager une action en justice, et pour poursuivre ceux qui sont soupçonnés d'avoir volé de l'argent et des matériaux et d'avoir détourné des fonds.

e. Obstacles sur la voie d'une participation et d'une cogestion efficace des structures de soins de santé primaires au niveau du COSA

Les statuts proposés pour le COSA fournissent un excellent cadre au sein duquel il est possible de renforcer la cogestion par la communauté du système de soins de santé primaires au niveau de l'aire de santé tout en augmentant la transparence. Toutefois, il sera nécessaire de surmonter plusieurs obstacles d'ordre politique, économique et social, pour rendre le système efficace.

1. La complexité des statuts du COSA fera que les représentants de la communauté et les responsables locaux de la santé auront du mal à assimiler toutes les règles et bien comprendre les conséquences des infractions à celles-ci. Le fait que certains représentants de la communauté auprès du COSA sont analphabètes, risque de réduire leur efficacité et les moyens dont ils disposent pour expliquer à ceux qu'ils représentent le nouveau système de soins de santé primaires et le rôle joué par la communauté au sein de ce système.

2. Des problèmes de logistique peuvent entraver l'application des règles de représentation démocratique et du système de contrôles et compensations devant assurer la transparence et les contrôles internes des transactions monétaires. Les mauvaises routes et les distances relativement longues séparant de nombreux villages de l'aire de santé du centre sanitaire, dans les provinces du Sud et d'Adamaoua, découragent la participation des représentants venant de la périphérie, spécialement si l'on considère qu'ils ne sont pas dédommagés des frais de déplacement encourus pour assister aux réunions. Les responsabilités très lourdes du président et du trésorier du COGE, qui tous deux doivent signer les chèques en personne et doivent être disponibles pour surveiller les activités du centre sanitaire, signifient que le choix d'un président et/ou d'un trésorier venant de la périphérie a bien des chances de retarder de nombreuses transactions du COSA. Le cas s'est produit dans l'aire de santé de Dir, dans la province d'Adamaoua, où le trésorier vivait à une

distance considérable du centre sanitaire et n'était pas d'accès facile pour la cosignature de chèques. Mais d'autre part, en choisissant un bureau du COGE dont les membres vivent à proximité du centre sanitaire, on risque la désaffection des habitants de la périphérie, perdant leur soutien et leur participation parce qu'ils ne se sentent pas suffisamment représentés et qu'ils perçoivent le centre sanitaire comme principalement au service des habitants proches du centre.

3. L'interprétation donnée par la communauté au rôle des membres du COSA, qui sont perçus comme des représentants politiques plutôt que comme des représentants techniques, a sapé l'efficacité des COSA existants. Dans plusieurs aires de santé, la communauté a désigné en tant que représentants auprès du COSA, des dirigeants politiques et des autorités traditionnels, qui souvent manifestent une faible compréhension des questions de santé, associée à une complète absence d'intérêt pour celles-ci. Il serait plus efficace de fournir une image et une présentation des membres élus du COSA en tant que représentants techniques, désignés par la communauté pour se spécialiser dans les questions de santé.

4. Le sentiment que les membres du COSA devraient recevoir une certaine compensation pour leur participation au système a déjà conduit à une réduction de la participation des membres du COSA dans certaines aires de santé. Au début du projet, les membres de la communauté semblaient plus disposés à accepter le principe que les membres et les cadres du COSA ne seraient pas payés, parce qu'ils souhaitaient l'ouverture de la pharmacie communautaire et voulaient participer au système de distribution des médicaments. Toutefois, avec le passage du temps, les membres du COSA hésitent beaucoup plus à dépenser leur temps, leur énergie, et souvent leur propre argent pour assister aux réunions, et de là vient la demande pour une certaine mesure d'indemnisation. Etant donné que le concept de cogestion, et la création des COSA, provenaient du ministère de la Santé plutôt que des communautés locales, certains membres du COSA se considèrent comme venant en aide à la cause du ministère de la Santé plutôt qu'à celle de leurs communautés, et espèrent par conséquent recevoir une indemnisation en tant que quasi-fonctionnaires.

5. De nombreuses communautés locales voient le nouveau système de cogestion des soins de santé primaires dans les provinces Sud et Adamaoua, comme étant essentiellement un projet américain plutôt qu'un nouveau système. Ceci diminue leur sentiment d'un intérêt de propriétaire et suscite des espoirs vis-à-vis de bénéfices supplémentaires à recevoir, y compris la distribution gratuite de médicaments. Dans la province Sud, certains des répondants aux interviews estimaient que le Projet SESA I avait échoué, et qu'un autre "projet" allait venir dans la région pour mettre en oeuvre un nouveau système. Bien plus, de nombreux membres du personnel du ministère de la Santé se trouvant sur le terrain perçoivent souvent le nouveau système de soins de santé primaires comme un projet lancé par un donateur. Cette attitude se trouve renforcée par le fait que les centres sanitaires qui n'ont pas encore été incorporés au cours de la première ou seconde vague du projet SESA/Ministère de la Santé ne font pas partie du système de distribution de médicaments et ne disposent pas de la même mesure de soutien logistique et de supervision que ceux déjà touchés par le projet.

6. L'absence des femmes ou leur participation limitée dans le COSA prive le programme de soins de santé primaires SESA/MSP d'une contribution importante venant des bénéficiaires principalement ciblées par le projet. Des facteurs socio-culturels traditionnels expliquent la représentation limitée des femmes au sein des COSA, spécialement dans la province d'Adamaoua où les pratiques islamiques traditionnelles excluent les rôles dirigeants pour les femmes. Les femmes chrétiennes des provinces d'Adamaoua et du Sud semblent être plus actives dans la vie publique, mais les rôles dirigeants qu'elles jouent sont encore limités, spécialement dans les assemblées mixtes. Il faut continuer à agir pour promouvoir l'engagement des femmes dans les activités de santé. Les associations féminines existantes, telles que les tontines, pourraient être mobilisées et orientées vers des activités de santé. Le faible effectif féminin parmi le personnel de santé dans bien des zones rurales peut aussi décourager le recours aux centres sanitaires ruraux par les femmes, étant donné que certains maris répugnent à envoyer leurs femmes pour être examinées par des hommes. Le règlement actuel de la fonction publique, qui encourage l'affectation des femmes fonctionnaires mariées à des postes proches de ceux de leurs maris, a entraîné une forte concentration du personnel de santé féminin dans les zones urbaines.

7. Le fait que certains membres du personnel de santé n'ont aucune compréhension de leur nouveau rôle et de leurs nouveaux rapports avec les représentants des communautés locales, au sein du système de cogestion, peut aussi entraver le fonctionnement efficace du nouveau système. Par exemple, certains des chefs de centres sanitaires nouvellement nommés, qui ont été interviewés sur le terrain, n'ont pas subi de formation spéciale avant d'être nommés aux centres sanitaires cofinancés et cogérés, et par conséquent n'avaient pas conscience du nouveau rôle qui leur avait été assigné. Les nouveaux statuts des COSA sont passablement complexes et devront être expliqués en détail au personnel des centres sanitaires comme aux communautés locales.

8. Le peu d'empressement de certains membres du personnel de santé à accepter le nouveau système de soins de santé primaires, parce qu'il les oblige à partager leurs pouvoirs de décision avec les communautés locales et qu'il rend les transactions financières du centre sanitaire plus transparentes et soumises à des comptes rendus, ce qui réduit les occasions de fraude et de détournement des ressources du centre sanitaire vers des usages personnels, est un facteur susceptible de créer une certaine résistance à la mise en oeuvre du nouveau système.

f. Facteurs économiques et facteurs liés à la qualité du service -leur influence sur l'utilisation du centre sanitaire

Outre les facteurs économiques, la qualité des installations de soins de santé publiques, et celle des installations de soins de santé de remplacement, affectent également les taux d'utilisation des centres sanitaires du gouvernement (Litvack, 1992).

La crise économique a réduit la capacité des individus et des communautés locales, dans la zone du projet, à payer pour les services de santé. Des revenus en baisse signifient qu'une plus forte proportion du budget des ménages doit être allouée pour maintenir un niveau similaire de soins de santé. S'il est vrai que la province du Sud a des revenus par habitant plus forts que la province d'Amadaoua, le pouvoir d'achat a été ébranlé par la chute rapide des prix du cacao, qui est la principale culture de rapport de la région. Il est trop tôt pour savoir si une hausse des prix au producteur du cacao, ou un paiement plus rapide pour les livraisons de cacao seront des facteurs créant chez les habitants une attitude plus en faveur du paiement pour les services de santé. Dans la province d'Amadaoua, les revenus en espèces sont beaucoup plus faibles que dans la province du Sud, en raison de l'absence de cultures de rapport importantes. Les paiements pour soins médicaux y représentent un pourcentage relativement plus élevé des dépenses du ménage que dans la province du Sud. Les conditions économiques actuelles sont donc moins favorables dans les provinces du Sud et d'Adamaoua, que par exemple dans la province du Nord Ouest, où la vente des fruits et des légumes à Yaoundé a partiellement compensé les pertes de revenus agricoles dues à la chute des prix du café et du cacao.

Il ne semble pas possible de continuer à supposer que les gens ne sont pas prêts à payer pour les services de santé publique, parce qu'ils étaient autrefois gratuits, malgré les récriminations des populations locales à propos du paiement. En premier lieu, là où le cofinancement et la cogestion des soins de santé primaires ont été mis en place, le taux d'utilisation des centres sanitaires s'est élevé. L'étude de Jennie Litvack montre que même les éléments les plus pauvres de la population ont augmenté leur recours aux établissements de soins de santé dans le cadre du cofinancement. Deuxièmement, il est clair que les gens ont été disposés à payer en espèces lorsqu'ils se rendent dans les hôpitaux et les centres sanitaires ruraux des missions religieuses, même quand les redevances d'usagers s'y trouvaient plus élevées que celles des centres sanitaires de l'Etat. Troisièmement, les redevances (prises en charge) pour les consultations associées à l'achat d'un carnet de santé n'ont rien de nouveau pour les populations rurales, qui ont dû payer des redevances en espèces ou en nature aux guérisseurs traditionnels, avant que ceux-ci ne consentent à les traiter.

Tandis que les bas revenus réduisent la capacité des clients à payer pour les services de santé, la crise de liquidité des finances publiques qui dure depuis longtemps au Cameroun a contribué à une baisse de la qualité des services sanitaires, au fur et à mesure que les crédits budgétaires pour les coûts d'exploitation des centres des aires de santé rurales n'ont pu être utilisés dans leur totalité. Par exemple, la plupart des centres sanitaires visités par l'équipe dans la province d'Adamaoua avaient 450.000 francs CFA prévus au budget pour les dépenses renouvelables semestrielles. Dans la plupart des cas, aucun de ces fonds prévus au budget, ou seulement une partie minime, n'ont réellement été dépensés. L'incapacité des centres sanitaires locaux à recevoir et dépenser les fonds prévus au budget pour les dépenses renouvelables signifie que de nombreux centres sanitaires manquent des fournitures les plus élémentaires - par exemple, la gaze, les bandages, les ciseaux, les gants chirurgicaux, les produits chimiques nécessaire aux tests de laboratoire, etc. Ceci peut pousser les individus à

éviter le centre sanitaire rural et à se rendre directement dans un hôpital urbain, ou encore à avoir recours à une installation sanitaire de mission religieuse.

Des facteurs tels que l'absentéisme de la part du personnel de santé en zone rurale, l'attitude d'indifférence manifestée par les responsables des services sanitaires envers leurs patients, et l'état de délabrement matériel où se trouvent les installations des centres sanitaires, ont eu une mauvaise influence sur la qualité des services dans certaines aires de santé. Par exemple, dans la province d'Adamaoua, les cadres des services de santé en zone rurale doivent souvent passer plusieurs jours par mois loin de leur poste, parce qu'ils doivent voyager jusqu'à Ngaoundere pour recevoir leurs salaires. Dans certains endroits, les membres de la communauté se sont plaints de la disponibilité réduite du personnel du centre sanitaire, qui est censé théoriquement être de garde 24 heures sur 24. De plus, le moral du personnel sanitaire est bas en raison de récentes réductions de salaires. Un entretien défectueux ou des pannes du système d'alimentation en eau ont provoqué dans certaines zones une pénurie d'eau, privant ainsi certaines installations sanitaires d'eau potable et de toilettes utilisables.

La présence, dans certaines zones, d'autres sources de soins de santé primaires pouvant être substituées, peut aussi avoir des répercussions négatives sur le taux d'utilisation. Ces sources de remplacement comprennent l'auto-médication, les guérisseurs traditionnels, les installations sanitaires des missions religieuses, les colporteurs de médicaments circulant d'un marché à l'autre, et les dispensaires et pharmacies privés. La décision qui sera prise à propos de la source à utiliser dépend de plusieurs facteurs :

* les attitudes socio-culturelles vis-à-vis de certaines maladies et de leur traitement;

* les facteurs de coûts directs tels que les prises en charge des consultations et le prix des médicaments;

* les coûts de transaction encourus pour se rendre au centre sanitaire - par exemple durée du déplacement, coûts de transport, temps d'attente, etc.

* le degré de confiance du client dans un praticien de soins de santé donné.

Par exemple, nombreux sont ceux qui ont recours aux remèdes traditionnels préparés à la maison pour certaines sortes d'affections, ou qui vont chez le guérisseur traditionnel pour traiter certains problèmes médicaux comme les fractures simples, l'empoisonnement , les affections du foie, ou qui utilisent des sages femmes traditionnelles pour les accouchements.

Ceux qui souffrent de fièvre ou des symptômes du paludisme peuvent préférer acheter de l'aspirine ou de la quinine à un colporteur sur le marché, plutôt que d'encourir les coûts d'une consultation au centre sanitaire local, et peut-être aussi des coûts plus élevés pour les médicaments. L'absence de médicaments dans un centre sanitaire du gouvernement, ou la croyance qu'un certain médicament de marque déposée est bien supérieur au médicament générique offert par le centre sanitaire pour traiter l'affection, peut conduire certains clients à

acheter leurs médicaments dans une pharmacie privée de la ville. Les prix plus bas que demande le guérisseur traditionnel, plus le fait qu'il ou elle accepte souvent un paiement en nature, échelonné sur plusieurs tranches offre à quelqu'un qui manque d'argent comptant une solution de remplacement; le centre sanitaire demande un paiement immédiat pour les services et les médicaments, et ne fait pas crédit. D'autre part, les clients peuvent être prêts à payer plus pour les services d'un hôpital de mission religieuse parce qu'ils estiment que la qualité de service est supérieure, ou qu'ils se sentent plus à l'aise avec des membres de leur propre religion.

Bref, le centre sanitaire du gouvernement n'a pas de monopole en ce qui concerne la production de soins de santé primaires, et il doit entrer en concurrence avec d'autres fournisseurs de ces soins pour attirer les clients. Les centres sanitaires du gouvernement peuvent attirer plus de patients et augmenter leurs taux d'utilisation en fournissant des services de soins de santé primaires à coûts modérés et de haute qualité. Le gouvernement commettrait une grave erreur s'il essayait d'éliminer les sources offrant en variante des soins de santé primaires. Un contrôle plus étroit des colporteurs de médicaments itinérants, par exemple, entraînerait des coûts de surveillance élevés, fournirait plus d'occasions de corruption chez les fonctionnaires tentés d'accepter des pots de vin en échange de la non-vérification des ventes de médicaments sur les marchés, et réduirait la quantité de médicaments bon marché accessibles aux populations. D'autre part, on ressent le besoin urgent de voir encourager la collaboration et la coordination entre les divers fournisseurs de soins de santé primaires, afin d'améliorer les services et de mettre un niveau plus élevé de soins de santé à la portée de segments plus importants de la population. La législation qui a été proposée, aux termes de laquelle on reconnaîtrait les guérisseurs traditionnels comme faisant partie du système de soins de santé primaires, tout en établissant des normes, est un pas dans la bonne direction, comme le sont les efforts pour élaborer entre le secteur de santé public, et le secteur de santé religieux un système de collaboration qui serait acceptable pour les deux.

4. L'organisation des COSADI

Il est prévu que le district de santé sera l'unité fonctionnelle de gestion du nouveau système de soins de santé primaires, et qu'il couvrira une population estimée à un chiffre allant de 50.000 à 100.000 habitants. En juillet 1992, à l'Atelier national de Bertoua qui avait été organisé par le ministère de la Santé, les provinces Sud et Adamaoua ont été divisées, à titre provisoire, en six districts. En date de mars 1993, le ministère de la Santé n'avait pas encore mené à bien ses plans d'organisation formelle des districts de santé, et n'avait pas non plus rassemblé d'équipes de district sanitaire dans le cadre de la délimitation des nouveaux districts.

Jusqu'à ce jour, les comités de santé de district (COSADI) ont été organisés au niveau de l'arrondissement. Une fois le nouveau système de délimitation des districts mis en place, il y aura une expansion de l'importance et de la composition des COSADI, à la mesure des nouvelles limites du district. Les COSADI doivent faire partie du système de santé provincial,

sous la direction du Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé (FSPS). La compétence de chacun s'étendra à la zone couverte par chacun des nouveaux districts de santé.

a. Objectifs

Les objectifs des COSADI sont essentiellement les mêmes que ceux assignés aux COSA, tels qu'ils sont décrits plus haut dans ce document. La différence essentielle est que le partenaire du COSADI est l'équipe de santé de district, au lieu du centre sanitaire de l'aire de santé. Le domaine de surveillance du COSADI comprendra également l'hôpital de district qui sert d'hôpital de référence.

b. Les membres qui les composent, leurs devoirs et privilèges

Comme les COSA, les COSADI ont trois catégories de membres : membres de droit, membres actifs et membres honoraires. Les membres de droit sont :

* le chef du service de santé du district
* le médecin-chef de l'hôpital de district
* le chef de chaque centre sanitaire d'aire de santé dans le district, et
* un représentant de chaque mission religieuse ou chaque ONG, participant à des activités de soins de santé primaires dans le district.

Chaque COSA a auprès du COSADI deux représentants dont l'un est le président du comité de gestion et l'autre est désigné par le COSA. Les membres honoraires sont reconnus et approuvés à la majorité, au sein de l'Assemblée générale, après nomination par le comité de gestion du district. Les membres honoraires, à la différence des membres de droit et des membres actifs, n'ont pas le droit de vote.

Les membres du COSADI ont en gros les mêmes privilèges que ceux qui sont consentis aux membres du COSA, au niveau du centre sanitaire. Toutefois, à la différence des membres du COSA, tous les membres de droit et les membres actifs de COSADI, ont le droit d'être remboursés des coûts de déplacement et des indemnités journalières associés à leur participation aux réunions de l'Assemblée générale ou des comités de gestion. Chaque institution ayant une représentation au sein du COSADI (ministère de la Santé, mission religieuse, ONG) a la responsabilité de payer les frais de déplacement et les indemnités journalières de ses représentants auprès des réunions de COSADI et de COGEDI. Le COGEDI peut assumer ces frais si l'institution ne le peut pas.

c. Pouvoirs de l'Assemblée générale et du COGEDI

Les pouvoirs et le règlement intérieur de l'Assemblée générale du COSADI, au niveau du district, sont essentiellement les mêmes que ceux qui ont été élaborés pour le COSA au niveau de l'aire de santé. L'Assemblée générale est donc l'organe suprême de prise de décision du COSADI, et doit approuver les budgets, les plans d'action, les politiques en matière de rémunération, et d'autres décisions importantes dans le domaine de la politique de santé ayant été formulées par le comité de gestion du COGEDI.

Le bureau de l'Assemblée générale est constitué par un président, un vice-président, un secrétaire et deux commissaires aux comptes chargés de vérifier les comptes mensuels des commis de pharmacie des aires de santé, ainsi que les comptes du trésorier du COGEDI.

Le COGEDI, dont les membres viennent de l'Assemblée générale, a neuf membres, quatre de droit et cinq actifs. Les membres de droit sont les suivants :

* le chef du service de santé de district
* le chef du service des affaires financières et administratives de l'hôpital de district
* un infirmier(ère), élu par ses pairs venant des centres sanitaires de l'aire de santé, et
* le médecin-chef de l'hôpital de district.

L'une des caractéristiques intéressantes du COGEDI est qu'il n'y a pas été ménagé de place pour qu'un représentant du secteur des missions religieuses soit membre de droit. Ce fait est susceptible de créer certains problèmes en matière de représentativité, particulièrement dans les districts où un hôpital de mission religieuse a été désigné comme hôpital de référence pour le district. La mission religieuse peut objecter au fait de ne pas avoir un des siens comme représentant auprès du COGEDI.

Les cinq membres actifs sont choisis par les représentants des communautés auprès de l'Assemblée générale du COSADI. A la différence des membres issus des communautés dans les comités de gestion des COSA, les membres représentant les communautés auprès du COGEDI doivent savoir lire et écrire et être capables d'assister régulièrement aux réunions. Pour assurer que toutes les aires de santé se trouvent représentées à un moment ou un autre auprès du COGEDI, lorsqu'il se trouve un poste vacant, les règles électorales donnent la priorité à une sélection des nouveaux membres faite à partir des aires de santé qui n'avaient pas de représentants auparavant.

Le bureau du COGEDI est formé de quatre membres : un président choisi par les représentants des communautés, un secrétaire qui est le chef du service de santé de district, un trésorier tiré également de la représentation communautaire, et le chef de l'hôpital de district. Le président représente le COSADI pour les questions civiles et d'administration publique, et se charge des transactions avec les autorités d'Etat; il convoque l'Assemblée générale, il prépare l'ordre du jour pour les réunions, et il est l'arbitre final pour le règlement des conflits

au sein des comités de gestion des aires de santé. Le secrétaire rédige les comptes rendus de séances, conserve tous les dossiers et la documentation concernant le COSADI, et veille à ce que les décisions du COSADI restent conformes aux politiques nationales en matière de santé. Le trésorier a des responsabilités très lourdes. Il ou elle est responsable des dommages frappant le COSADI pour raisons de négligence dans la gestion des fonds, ou à cause de détournements de fonds. Le trésorier exerce un grand nombre des pouvoirs qui sont aussi exercés par le trésorier du comité de gestion de COSA, au niveau de l'aire de santé. Il fait aussi la vérification des livres comptables du commis de la pharmacie de l'hôpital de district et exerce un contrôle sur les fonds produits par la vente de médicaments dans la pharmacie de l'hôpital de district.

Le COGEDI est le bras exécutif du COSADI et c'est lui qui formule une grande partie des politiques suivies par le COSADI - comme par exemple la rémunération du personnel, le choix de l'implantation de nouvelles installations sanitaires dans le district, la politique budgétaire, les plans d'action du district, la tarification des médicaments et les marges bénéficiaires, l'emploi des ressources humaines et financières au sein du district de santé, etc. Le COGEDI a également le pouvoir de prendre des mesures pour pouvoir s'occuper, au sein du district des indigents qui ne peuvent payer les soins médicaux. Les pouvoirs du COGEDI en matière de passation de contrat sont limités, étant donné qu'il ne peut mettre en application que les conventions, contrats et transactions qui ont été approuvés par le FSPS. Les engagements contractuels non approuvés par le FSPS ne sont pas valides.

Les ressources du COSADI proviennent de sources diverses. Tandis que les ressources financières des COSA sont tirées principalement des redevances payées pour les consultations, et de la vente des médicaments, à l'échelon centre sanitaire, une grande partie des ressources financières du COSADI sont générées par les recettes de l'hôpital de district, conformément aux termes de la Loi sur les finances de 1992/93.

d. Règlements devant assurer la transparence et contrôler les abus

Les statuts du COSADI contiennent la plupart des règles élaborées au niveau des COSA, afin d'assurer la transparence et empêcher que ne se produisent des abus dans le système de soins de santé primaires du district. Aussi, les membres du COSADI ont-ils accès à tous les comptes, aux registres financiers, et aux comptes rendus des réunions de l'Assemblée générale et du COGEDI. Les chèques émis par le COSADI doivent porter les signatures conjointes du président, du trésorier, du chef du service de santé du district, et d'un quatrième membre du COGEDI. Le matériel et les équipements appartenant au COSADI ne peuvent être employés pour usage personnel, et les infractions à cette règle reçoivent la sanction des peines prescrites à l'Article 184 du code pénal. Les divers acteurs participant aux transactions financières se voient contrôlés à plusieurs niveaux, le FSPS agissant à partir du niveau supérieur, et un contrôle latéral venant des commissaires aux comptes de l'Assemblée générale. Le trésorier suit les opérations du commis de pharmacie de l'hôpital, et contrôle les fonds venant des recettes de la pharmacie de l'hôpital.

L'expérience seule peut nous apprendre si les employés embauchés par la communauté, comme le commis de pharmacie de l'hôpital, auront assez de confiance en eux-mêmes pour désobéir aux ordres venant de cadres responsables de l'hôpital qui enfreignent les règles de vente des médicaments. Dans un hôpital de la province du Sud, le commis de pharmacie a dit qu'il avait donné plusieurs médicaments à un cadre administratif de l'hôpital, sans recevoir de paiement en échange, parce que le médecin avait affirmé qu'un tel cadre avait le droit de réquisitionner des médicaments.

e. Questions touchant à une participation efficace de la communauté aux structures de cogestion du COSADI

Le niveau du district peut se révéler le plus difficile des trois échelons - aire de santé, district et province - en ce qui concerne l'organisation de structures efficaces de participation communautaire, et l'instauration d'une collaboration avec les cadres responsables des services de santé.

En premier lieu, le district dans la plupart des cas recouvre un territoire plus vaste et une population plus importante que l'arrondissement. Des comités de santé existants, mis en place par SESA I, fonctionnent au niveau de l'arrondissement, alors que ces comités dans les modèles plus anciens du système, avaient les fonctions de comités de niveau de district. Etant donné que le nombre de districts (6) dans les provinces Sud et Adamaoua, est inférieur au nombre d'arrondissements, le rôle des comités de santé de l'arrondissement devra être repensé. Une fois la mise en place du district officiellement réalisée, il n'y aura pas de place pour un comité de santé d'arrondissement, étant donné que le comité de santé de district (le COSADI) aura ses représentants élus directement à partir des COSA du niveau de l'aire de santé.

Deuxièmement, le principal effet moteur du Projet SESA I, à ce jour, a été de renforcer les centres de santé ruraux. SESA II, tout en augmentant le nombre de centres sanitaires figurant dans le projet, s'attachera aussi à renforcer les structures de santé du district, ce qui peut faire appel à des groupes constituants et un ensemble de structures quelque peu différents, pour les raisons suivantes :

* C'est l'hôpital de district servant d'hôpital de référence vers lequel les cas du district sont orientés, qui devient le point central des activités de santé au niveau sanitaire du district, plutôt que le centre sanitaire rural.

* L'hôpital de district est situé dans une zone urbaine, et a des chances d'attirer plus de clients venant de la ville dans laquelle il est situé, que de clients envoyés en référence à partir des centres sanitaires ruraux qui se trouvent dans le district.

* La principale source de revenus pour le COSADI viendra des recettes de l'hôpital de district, qui sera géré selon des règles définies par des décrets émanant du premier ministre et visant les hôpitaux de département et d'arrondissement. La représentation

de la communauté, auprès du comité de gestion de l'hôpital, telle que la définissent ces décrets, diffère quelque peu des arrangements de représentation prescrits par les statuts du COSADI. Par exemple, les statuts du COSADI ne réservent pas de place à un représentant de la commune dans laquelle l'hôpital de district sera situé.

* Les représentants de la communauté exerçant la plus forte influence, ou du moins les plus actifs, au sein du COSADI, ont de fortes chances d'être les habitants de la ville. Il sera plus difficile aux représentants des zones rurales d'être disponibles pour la surveillance des activités de l'hôpital de district.

* Toutefois, si les représentants du personnel de santé étaient, dans les COSA, les infirmier(ères), dans les COSADI, les médecins constituent la majorité des représentants du ministère de la Santé, tant pour le COSADI que pour le COGEDI.
* Une fois le district officiellement mis en place, le médecin-chef de l'hôpital de district jouera un rôle beaucoup plus important, et sera beaucoup plus engagé dans les programmes de soins de santé primaires que par le passé; ses responsabilités passées consistaient principalement en soins curatifs à l'hôpital.

* Le rôle de l'administration territoriale sera aussi concerné, étant donné que, dans les districts, peuvent se trouver englobés des centres sanitaires appartenant à plus d'un arrondissement. Ainsi, un centre sanitaire dans un arrondissement pourra être rattaché à un district ayant son siège dans un autre arrondissement, un autre département, ou même une autre province. Aux termes du précédent système, le district coïncidait avec l'arrondissement, tandis que le COSADI était considéré, en principe, comme un sous-comité du comité de développement de l'arrondissement, présidé par le sous-préfet. La structure de soins de santé primaires au niveau du district n'a pas de place officielle pour le sous-préfet.

* Bien que le ministère de la Santé songe définitivement à utiliser certains hôpitaux de missions religieuses en tant qu'hôpitaux de district aux fins de référence, les statuts des COSADI ne contiennent aucune disposition pour des modes de représentation différents, si les hôpitaux de missions religieuses acceptent de collaborer dans le système global de soins de santé primaires conçu par l'Etat, en devenant des hôpitaux de référence pour le district.

Etant donné l'expérience passée du SESA et son orientation vers les centres sanitaires ruraux, il faudra un effort beaucoup plus grand, et probablement beaucoup plus long, pour établir des structures efficaces de participation de la communauté en cogestion, au niveau du district; ce niveau incorpore de nouveaux groupes constitutifs, un rôle beaucoup plus développé pour les médecins et le personnel de l'hôpital, et des rapports différents avec l'administration territoriale. Il exige également que les représentants de la communauté auprès du COGEDI possèdent un niveau d'aptitudes techniques plus élevé que ceux qui participent aux comités de gestion des COSA.

5. L'organisation du FSPS

La convergence au sommet des structures de participation communautaire à la cogestion est représentée par le Fonds spécial pour la promotion de la santé (FSPS). Comme les autres structures de cogestion au sein du système de soins de santé primaires, le FSPS doit être constitué en tant qu'association à but non lucratif autonome, ayant pour objectif l'amélioration de la santé des populations vivant dans la province.

a. Objectifs

Les objectifs du FSPS dans les provinces d'Adamaoua et du Sud, sont essentiellement les mêmes que ceux du Fonds spécial pour la santé de la province du Nord-Ouest, qui a fourni le modèle de base; ces objectifs comportent entre autres :

* assurer un approvisionnement suffisant en médicaments pour les installations sanitaires d'Etat, laïques, religieuses et municipales, conformément aux politiques nationales dans le domaine de la santé.

* aider le ministère de la Santé publique à financer le fonctionnement des services de santé.

* contribuer à l'amélioration de la qualité de la santé en réinvestissant les fonds générés par le FSPS pour faire face aux besoins dans ce domaine, tout en se conformant aux décision prises par l'Assemblée générale au sujet de l'utilisation des fonds en excédent.

* améliorer les services de santé sous toutes leurs formes dans la province.

* promouvoir l'éducation en matière de santé et de nutrition.

* améliorer le niveau d'efficacité dans l'emploi des ressources humaines, financières et matérielles dont disposent les populations de la région.

* se joindre à, contribuer à et bénéficier des avantages et des interventions du Fonds national spécial pour la promotion de la santé.

* participer à tout arrangement ou coentreprise, avec toute personne, société ou organisation poursuivant des activités qui relèvent du domaine d'activité où le FSPS est autorisé à agir.

* établir, gérer et soutenir d'autres fonds et d'autres institutions, d'activités connexes, travaillant à améliorer le niveau de soins de santé dans la province.

b. Les membres constituant le FSPS

Le FSPS a trois catégories de membres : membres de droit, membres actifs et membres honoraires. Le FSPS a quatre membres de droit :

* un représentant du gouverneur.

* un représentant du ministère de la Santé choisi par le ministre.

* Le délégué provincial de la Santé qui occupe également les fonctions de président du comité de gestion.

* Le chef du projet de donateur, soutenant les activités de soins de santé primaires dans la province (SESA I et SESA II).

Dans le Nord-Ouest, le chef du Service provincial de médecine préventive et rurale était le cinquième membre de droit. Dans les provinces du Sud et d'Adamaoua, le délégué provincial de la Santé peut être secondé par l'un des chefs de ces services provinciaux, mais il n'a pas le droit de vote.

Le nombre de membres actifs du FSPS est inférieur au nombre de représentants des communautés auprès du Fonds NWPSFH; ce dernier envoie deux représentants de chaque comité de santé d'arrondissement, tandis qu'ici il s'agit d'un seul représentant pour chacun des six COSADI. Le maire de la ville dans laquelle se trouve le siège provincial d'un COSADI est le représentant de celui-ci, ou alors il s'agit de quelqu'un qu'il ou elle a désigné. Les autres membres actifs comprennent :

* un représentant de chacune des mission religieuses qui oeuvrent dans la province dans le cadre des services de santé.

* un représentant des ONG travaillant à des activités de santé dans la province - par exemple l'organisation Save the Children dans la province de l'Extrême Nord.

* un député du parti en majorité dans le gouvernement, désigné par les députés de ce parti représentant la province.

* un député appartenant au parti d'opposition principal dans la province, désigné par les députés de ce parti dans la province.

Le nombre de membres actifs sera beaucoup plus réduit dans le FSPS des provinces Sud et Adamaoua, si on le compare au nombre entrant dans la composition du Fonds de la province du Nord-Ouest. Le résultat en est que les représentants de la communauté ont beaucoup moins de poids à l'Assemblée générale que les représentants du gouvernement. Les membres honoraires, représentant diverses professions liées à la santé sont essentiellement les

mêmes que ceux qui ont été désignés par les statuts du NWPSH. L'une des caractéristiques spéciales de la composition du FSPS est que le nombre de membres actifs participant à l'Assemblée générale n'est pas inférieur au nombre de membres actifs participant au comité de gestion qui a deux représentant des communautés pour chaque département.

Les privilèges des membres actifs et des membres de droit sont essentiellement les mêmes que ceux accordés aux membres du COSADI; il y figure une indemnité journalière, et un remboursement des frais de déplacement pour assister aux réunions de l'Assemblée générale et aux réunions de gestion.

c. Pouvoirs et fonctions de l'Assemblée générale et du Comité de gestion

Les pouvoirs et fonctions de l'Assemblée générale sont explicités d'une manière beaucoup plus détaillée dans les statuts du FSPS, que dans ceux du Fonds spécial de la province du Nord-Ouest. Les divers pouvoirs et fonctions sont les mêmes que ceux décrits pour les assemblées générales des COSA et des COSADI, et comprennent des catégories telles que la délibération et l'approbation des budgets annuels du FSPS, de ses politiques, de ses plans d'action, de ses mesures d'utilisation et distribution des excédents du FSPS, des plafonds fixés pour l'endettement et les investissements; y figurent également l'examen, l'approbation et la rectification des comptes présentés par le comité de gestion et l'entérinement des décisions prises par le comité de gestion au sujet de l'exclusion de membres ou du licenciement des employés du FSPS. L'Assemblée générale a aussi le pouvoir d'accepter ou de refuser les candidats au poste de Responsable exécutif qui ont été nommés par le comité de gestion. Au cours de ses sessions extraordinaires, l'Assemblée générale peut aussi prendre des décisions concernant la dissolution, la fusion ou la séparation des COSADI existants, la modification des statuts en vigueur et l'élection de nouveaux membres du comité de gestion.

Le bureau de l'Assemblée générale est formé du représentant du gouverneur qui préside aux réunions de l'Assemblée générale, d'un vice-président choisi sur la liste des membres actifs, et du Délégué provincial de la santé qui remplit les fonctions de secrétaire. Il n'y a pas de commissaires aux comptes dans ce bureau, étant donné que les fonctions de vérification des comptes au niveau du FSPS seront prises en charge par des vérificateurs externes indépendants.

Les membres du comité de gestion ont des mandats de trois ans. Le comité de gestion comprend :

* les quatre membres de droit

* deux représentants de COSADI pris dans chaque division administrative.

* le maire du chef-lieu de la division administrative dans laquelle est situé l'hôpital provincial, plus un représentant du COSADI de cette division.

* un représentant des missions religieuses, choisi par roulement.

* le directeur général du FSPS, c'est-à-dire le Responsable exécutif.

Bien que les représentants des communautés détiennent la majorité dans le comité de gestion, qui se réunit au moins tous les trois mois, les cadres officiels de la santé publique exercent leur contrôle sur le bureau du comité de gestion, le Délégué provincial de la santé occupant les fonctions de président et de personne responsable de la représentation du FSPS dans ses rapports avec les autorités publiques, tandis que le directeur général, qui doit être tiré des rangs du ministère de la Santé occupe les fonctions de rapporteur. Le vice-président du bureau est le seul représentant des communautés, et il ne remplit aucune fonction spécifique.

Le comité de gestion du FSPS fonctionne en tant que branche exécutive de l'Assemblée générale, et comme tel exécute ses décisions. Mais c'est réellement le comité de gestion qui a l'initiative en matière de définition de politiques que l'Assemblée générale peut approuver, modifier ou rejeter. Il a des pouvoirs semblables à ceux dont disposent les comités de gestion des COSA et des COSADI, dans le domaine de la formulation des politiques. Les exemples en sont la préparation des budgets, les plans d'action, les politiques de rémunération du personnel, les pratiques de tarification pour les médicaments, et les critères à observer pour l'utilisation des ressources de la province et des fonds en excédent du FSPS. Le comité de gestion du FSPS dispose également de pouvoirs de supervision importants; il est chargé de contrôler et de suivre le système d'approvisionnement des COSADI en médicaments, ce qu'il fait en désignant un expert comptable pour vérifier les registres comptables et les dossiers du FSPS, aussi bien que des COSADI et des COSA de la province, et en veillant à ce que les institutions telles que l'hôpital provincial et les COSADI conduisent leurs opérations conformément à la politique nationale en matière de santé. Le comité de gestion doit également approuver toutes transactions et relations des COSADI susceptibles d'avoir un effet sur la planification et la politique sanitaire de la province.

Le responsable exécutif gère les affaires journalières du FSPS, en agissant sous l'autorité et le contrôle du comité de gestion. Sa nomination doit être approuvée par l'Assemblée générale et par le ministre de la santé publique. Le responsable exécutif reçoit un salaire de l'Etat et représente le FSPS dans ses transactions avec des tiers. Il ou elle s'acquitte de tâches semblables à celles qui incombent au trésorier au niveau des COSADI, pour tout ce qui concerne les transactions et dossiers financiers du FSPS. Ce cadre est également chargé de la rédaction des rapports, de la supervision du personnel du FSPS, et d'autres fonctions de direction.

Les statuts proposés pour le FSPS prévoient des règles opérationnelles pour la période de transition, au fur et à mesure que les structures SESA/Ministère de la Santé, mises en place durant le projet SESA I, s'intègrent aux nouvelles structures FSPS. Par exemple les diverses activités, les investissements et les biens du Projet SESA, tels que le CAPP, sont attribués au FSPS dès que le FSPS en fait la déclaration devant les autorités administratives du Cameroun. Les employés de l'Etat, détachés auprès du CAPP par le ministère de la Santé,

restent employés de l'Etat et continuent à être payés par celui-ci, après la prise de contrôle du CAPP par le FSPS. Comme dans la province du Nord-Ouest, le directeur du CAPP devient le responsable exécutif, jusqu'à la nomination d'un nouveau responsable exécutif par l'Assemblée générale. Ainsi, jusqu'à ce que les structures de participation communautaire deviennent complètement opérationnelles, le FSPS demeure en grande partie une extension du Projet SESA/Ministère de la Santé, et reste géré en premier lieu par des cadres du ministère de la Santé et du projet SESA.

d. Règles pour assurer la transparence et réfréner les abus

Les règles pour assurer la transparence, en assurant un accès facile aux dossiers et livres comptables du FSPS, aux registres financiers, aux comptes rendus de l'Assemblée générale et des réunions du comité de gestion sont essentiellement les mêmes règles qu'aux niveaux des COSA et des COSADI. L'Assemblée générale doit également fournir aux comités de santé des données d'information concernant les montants exacts des crédits budgétaires de l'Etat alloués aux diverses installations sanitaires de la province. Ce genre de données doit se révéler utile pour tenir le public au courant des processus budgétaires de l'Etat, et éventuellement pour susciter une pression de l'opinion publique en faveur de la réforme des procédures existantes qui entravent la dépense effective des ressources budgétaires.

Les statuts prévoient le recours à des vérificateurs externes indépendants pour contrôler l'exactitude des divers registres financiers et pour évaluer l'efficacité de la gestion administrative et financière du FSPS. Il existe également des règles pour empêcher le népotisme. D'autres règles font ressortir que les infractions aux statuts et aux règlements du FSPS exposent à des sanctions entraînant des peines qui comprennent la suspension et l'exclusion de la qualité de membre, le licenciement, et une action en justice contre ceux qui se rendent coupables de délits. Les statuts du FSPS rendent également le responsable exécutif légalement responsable de tous dommages infligés au FSPS du fait de négligence ou de malversations.

e. Questions relatives à la participation communautaire aux structures de cogestion du FSPS.

Le Projet SESA a commencé comme un projet procédant du haut vers le bas, et qui travaillait en étroite collaboration avec la Direction de la médecine préventive et rurale du ministère de la Santé, et avec les délégations provinciales à la Santé. Au cours du projet, il a été entrepris un effort sérieux pour établir des structures de participation communautaire et pour décentraliser l'autorité de prise de décision en la déplaçant de l'administration centrale vers le niveau provincial. Le Projet SESA II s'inscrit dans cette tendance et cherche une décentralisation plus poussée des activités de soins de santé primaires au niveau du district, ainsi qu'une participation communautaire plus active aux structures de cogestion.

L'établissement officiel du FSPS exigera que les COSADI existants élisent des membres pour les représenter à l'Assemblée générale du FSPS. On ne voit pas clairement si

les structures existantes de participation communautaire au COSADI sont vraiment représentatives. Par exemple, la manière dont les élections aux COSA et aux COSADI sont réellement organisées et supervisées n'apparaît pas clairement. Les divers statuts révèlent peu de choses ou rien sur le choix de dates pour les élections, les procédures de nomination, l'organisation et la supervision des élections lorsqu'elles se déroulent, le dénombrement des suffrages, la manière dont les conflits concernant les élections sont traités et résolus, etc. L'absence de procédures de vote bien définies peut conduire à un manque de représentativité dans la composition des comités de santé. Par exemple, dans une aire de santé de la province du Sud, les élections au COSA semblaient être organisées par un sous-préfet en retraite ayant une grande influence, et dont on dit qu'il a choisi la plupart des délégués au COSA venant du village, ainsi que désigné un parent comme commis de pharmacie. Dans un autre cas, un pharmacien privé bien connu était président du comité de santé de l'arrondissement, ce qui soulevait des questions de conflits d'intérêts. Dans la province d'Adamaoua, les chefs traditionnels - par exemple les lamidos - semblent dominer le processus électoral.

La participation communautaire à la cogestion de l'hôpital provincial recevant les cas en référence, est relativement limitée. Bien qu'une législation récente porte établissement d'un comité de gestion pour les hôpitaux provinciaux, les représentants des communautés sont nettement en minorité dans ce comité dominé par des cadres de l'administration de la santé et d'autres responsables du gouvernement.

Comme l'initiative en matière d'organisation du FSPS est venue principalement du projet SESA/Ministère de la Santé dans les provinces Sud et Adamaoua, il faudra sans doute un peu de temps avant que les membres représentant les communautés auprès du FSPS prennent conscience de leur qualité de propriétaires du système. Au contraire des associations exclusivement privées organisées aux termes de la Loi sur les associations, le FSPS est un organe mixte ayant un fort contingent de représentants des milieux gouvernementaux de la santé. En outre, les questions de représentation se trouvent compliquées par le besoin d'intégrer les structures des services provinciaux de santé des missions religieuses, qui ont au sein du système FSPS des règles différentes tant du point de vue de la représentation que du point de vue des opérations. De plus, les églises ont une mission d'évangélisation qui les fait hésiter à s'engager dans un système de soins de santé laïque, qu'elles pourraient concevoir comme leur demandant de renoncer à leurs activités d'évangélisation.

B. Structures du ministère de la Santé publique assurant les soins de santé primaires dans les provinces du Sud et d'Adamaoua : questions de réorientation et collaboration avec les communautés

La réorientation de la politique nationale de santé depuis 1989 exige que les structures mises en place sur le terrain par le ministère de la Santé et leur personnel s'adaptent aux changements apportés à leur mission, à leurs sphères d'attributions, ainsi qu'aux rapports entretenus avec les communautés desservies. La présente section examine six thèmes principaux touchant à une mise en oeuvre efficace de la politique de soins de santé primaires, dans les zones du projet SESA.

* réorganisation des districts de santé et son impact sur les structures existantes de soins de santé primaires.

* rapports entre les hôpitaux recevant les cas en référence et le système de dispensation des soins de santé primaires.

* rapports hiérarchiques en matière de supervision.

* stimulants et sanctions pour promouvoir des prestations de plus haut niveau par le personnel de la santé.

* la mise au point de structures améliorées de contrôle (IEC).

* les rapports avec les milieux religieux dispensant des soins de santé.

1. Réaménagement des limites dans le système de districts

Dans le nouveau système né de la réorientation, le district doit devenir l'unité opérationnelle clé dans le cadre du système provincial de dispensation des soins de santé primaires. Avant la conférence de Bertoua, en juillet 1992, les districts de santé coïncidaient avec les limites administratives de l'arrondissement. L'arrondissement ne formait pas une unité de district commode parce que les populations étaient souvent trop réduites pour justifier un hôpital de référence et un bureau de santé de district. C'était tout particulièrement le cas dans les régions telles que les provinces du Sud et d'Adamaoua, qui avaient un taux démographique très faible et des arrondissements dont les populations étaient inférieures à 10.000 habitants. La conférence de Bertaoua a proposé comme base de la délimitation des districts de santé, un ou plusieurs arrondissements, groupés de façon à coïncider avec les frontières des circonscriptions administratives. La province d'Adamaoua a été divisée en six districts : Banyo, Djohong, Meiganga, N'Gaoundere, Tibati et Tignere, tandis que la province du Sud a été aussi divisée en six districts : Ebolowa, Ambam, Sangmelima, Zoetele, Kribi et Lolodorf.

Jusqu'à présent, le ministère de la Santé n'a pas accepté officiellement les nouvelles délimitations des districts, et n'a pas non plus travaillé à déterminer la composition et rédiger les définitions d'emploi de l'équipe de santé pour le district. Ce délai dans la mise en place des structures de district a des répercussions sur la mise en place des structures correspondantes de participation communautaire dans le district; ces dernières, à ce jour, ne fonctionnent pas au niveau de l'arrondissement.

La mise en place de nouvelles frontières de district aura des conséquences de grande portée sur les hôpitaux de niveau de district et d'arrondissement. Par exemple, l'hôpital d'arrondissement à Djohong, dont les installations sont délabrées et limitées, est maintenant prévu comme le futur hôpital de référence de district. Un tel changement nécessitera la

modernisation des installations, si l'on veut un hôpital de district parfaitement équipé pour traiter les cas envoyés en référence. Une telle modernisation exigera des investissements considérables, qui seront très coûteux si on les calcule par habitant, parce que Djohong dessert une zone dont la population est inférieure à 21.000 habitants. Mais d'autre part, le rôle officiel de l'hôpital d'arrondissement sera rabaissé. En raison de considérations politiques, il sera difficile d'éliminer certains hôpitaux d'arrondissement, desservant des zones peu peuplées, en dépit du fait qu'ils ne sont pas économiquement viables, qu'ils sont coûteux à entretenir et qu'ils ne fournissent pas le niveau de services de santé normalement attendu d'un hôpital. Entretenir des hôpitaux d'arrondissement veut aussi dire garder en fonctions, à leur tête, un médecin au lieu d'un infirmier/ère. Ceci fait monter les frais de personnel et peut se traduire par un moral en crise chez les médecins qui estiment que l'hôpital qu'ils doivent diriger n'est pas à la hauteur.

Le contingent de population plus nombreux desservi par les nouveaux districts de santé, exigera que l'on révise l'importance et les fonctions des équipes de sante en place maintenant dans les arrondissements. Un expert (Dujardin, 28 février 1992) a suggéré que les équipes de santé de district soient formées de cinq membres, consistant en deux médecins, deux infirmiers/ères, et un administrateur. L'un des médecins serait appelé à diriger le service de soins de santé primaires du district, et aurait reçu si possible une formation dans le domaine de la santé publique. Le second médecin serait le chef de l'hôpital de district. Un infirmier/ère serait choisi par les cadres du centre sanitaire, tandis que l'autre de même qualification dans l'équipe serait choisi par le personnel de l'hôpital. Le cinquième membre de l'équipe serait chargé d'aider le chef de district à gérer le programme. La supervision des centres sanitaires reviendrait principalement aux infirmiers/ères, mais les médecins participeraient aussi aux activités de supervision.

Les membres de l'équipe devraient être recrutés et formés collectivement, dans le but de créer une équipe plutôt qu'un rassemblement d'individus. Les personnes formées dans le cadre du nouveau système de districts de santé devraient être nommées à un district de santé fonctionnant de cette manière, pour ne pas perdre leur formation dans un poste différent. La stabilité des cadres devra être un élément important pour garantir de meilleurs résultats. Il faudrait introduire des règles assignant au personnel un engagement d'au moins trois ans de service dans une équipe de santé, et veiller à leur observation rigoureuse. Il faudrait également donner aux chefs des équipes de district l'autorité voulue pour appliquer des sanctions au personnel de santé du district.

Il faudra aussi réviser la conception du rôle des services de santé au niveau du département. Dans bien des cas, l'hôpital de département deviendra l'hôpital de référence de district. Si c'est le cas, il n'est plus nécessaire d'avoir un hôpital de référence d'arrondissement ni une équipe d'arrondissement exerçant la supervision au niveau du centre sanitaire. Bref, la création du district peut permettre au ministère de la santé d'éliminer un niveau de bureaucratie, spécialement en ce qui concerne les activités de supervision.

Les stratégies de soins de santé primaires pour les districts de santé devraient tenir compte des différences de dimensions, de zones et du rapport entre les populations rurales et les populations urbaines. Par exemple, un district de santé comme Ngaounderé, qui dessert une population de 142.000 habitants avec une clientèle urbaine importante, et un excellent hôpital protestant dans sa circonscription, devrait adopter une stratégie différente de celle du district de Banyo, dont la population est inférieure à 35.000 habitants, avec un contingent urbain réduit. Les stratégies de soins de santé primaires de district devraient aussi prendre en considération les différences dans la base de ressources financières. Les centres sanitaires urbains joueront un rôle plus important dans les districts ayant une nombreuse population urbaine.

2. Tensions entre les hôpitaux de référence et les médecins et infirmiers des services de soins de santé primaires

Dans le passé, les hôpitaux étaient essentiellement des institutions de soins de santé curatifs, desservant un groupe démographique principalement urbain. Ils étaient dirigés par des médecins formés essentiellement aux techniques curatives, et qui n'avaient que peu ou pas de contacts avec les services de soins de santé primaires sur le terrain, en particulier au niveau du centre sanitaire qui est dirigé par des infirmiers/ères.

La réorientation du système de soins de santé primaires assigne un rôle plus important aux médecins des hôpitaux dans ce système. Tout d'abord, on leur demande de transmettre vers la base des informations sur les patients qui leur ont été référés à partir des centres sanitaires ruraux et urbains, pour permettre à ces derniers de se livrer à un travail de suivi (contre-référence). Deuxièmement, les hôpitaux doivent faire un plus grand effort pour orienter les patients qui n'ont pas besoin des soins les plus spécialisés et les plus perfectionnés, vers les centres sanitaires. Troisièmement, on demande aux médecins des hôpitaux de consacrer une partie de leur temps à la planification et à la supervision des activités de soins de santé primaires dans le district, ainsi qu'à des visites périodiques pour inspecter le travail sur le terrain. Quatrièmement, le médecin d'hôpital qui dans le passé avait pris l'habitude d'une autonomie considérable vis-à-vis du responsable en chef au niveau du département ou de l'arrondissement, doit maintenant travailler dans un rapport de collaboration plus étroite avec le chef du service de soins de santé primaires du district, et l'accepter en qualité de supérieur dans la hiérarchie. Au cours de ses visites sur le terrain, l'équipe d'étude a noté que les médecins des hôpitaux semblent peu intéressés par un engagement plus poussé dans les services de soins de santé primaires ruraux. Les règles actuelles récompensent les médecins qui passent une grande partie de leur temps aux consultations accordées aux patients dans un hôpital, et il y a peu d'encouragements pour se rendre sur le terrain. Le système de récompenses actuel semble aussi décourager les médecins d'accepter des postes en tant que cadres médicaux de district pour les soins de santé primaires; ces postes leur confèrent plus de responsabilités sans compensation additionnelle, et leur donne moins de chances de gagner un revenu supplémentaire grâce aux consultations à l'hôpital.

Le rôle plus important confié aux infirmiers et infirmières de l'équipe du district, en matière de supervision et coordination des activités des centres sanitaires ruraux, pourrait avoir pour effet d'augmenter les tensions entre les médecins et les infirmiers, étant donné que les règles actuelles n'offrent à ces derniers aucune rémunération supplémentaire ou relèvement de leur statut, en échange des plus grandes responsabilités à assumer dans le système de dispensation des soins de santé primaires. Les infirmiers et infirmières des hôpitaux s'opposent également aux règles qui, par le passé, permettaient aux médecins de recevoir une quote-part du prix des consultations, tandis que les infirmiers ne recevaient rien. Des changements aux règles concernant la répartition des ressources générées par les hôpitaux de district, pourraient en accordant aux infirmiers et aux autres membres du personnel une part des recettes, améliorer le moral et l'esprit d'équipe, comme le ferait une rémunération supplémentaire pour les infirmiers chargés de fortes responsabilités de supervision en matière de santé rurale.

3. Rapports hiérarchiques régissant la supervision

L'une des causes principales des réalisations imparfaites des systèmes de soins de santé primaires réside dans le relâchement de leur supervision. La réorientation du système de santé exige que l'on apporte des modifications considérables aux attitudes et aux rôles adoptés tant par le personnel de soins de santé primaires que par les représentants de la communauté et les employés travaillant aux systèmes de cogestion et de cofinancement. On se trouve donc en présence du besoin d'une supervision plus active à tous les niveaux du système, et pour cela il faut éclaircir deux points importants :

* Qui est habilité à superviser quelle autre personne, dans la chaîne hiérarchique?

* Quel devrait être le rôle du personnel du CAPP en matière de contrôle de ceux qui participent au système provincial d'approvisionnement en médicaments?

Le but principal des activités de supervision est de fournir une orientation et des directives aux fonctionnaires du ministère de la Santé, aux cadres des comités de santé communautaires, et aux employés des services de santé communautaires, comme les commis de pharmacie, pour que tous s'acquittent de leurs fonctions d'une manière satisfaisante. Jusqu'à une date récente, chaque niveau - provincial, départemental, d'arrondissement et de centre de santé - désignait un ou plusieurs responsables chargés de superviser les activités de santé de l'échelon immédiatement inférieur dans la chaîne hiérarchique. C'est ainsi que les responsables provinciaux supervisaient les services du département; les responsables du département supervisaient les services de l'arrondissement; les services de l'arrondissement supervisaient les centres de santé et les cadres du centre de santé supervisaient les postes sanitaires dans les villages. Dans la plupart des cas, les équipes de maîtrise étaient formées d'un médecin et d'un infirmier/ère, ce dernier effectuant plus fréquemment des visites de contrôle. Quand les nouvelles limites de district entreront en opération, il sera possible d'éliminer les fonctions existantes de supervision à partir du département et de l'arrondissement, et de rendre le système de maîtrise moins encombrant. A ce moment, les

cadres provinciaux superviseront les districts de santé, et les cadres des districts de santé exerceront la surveillance sur les centres de santé.

Si la chaîne hiérarchique se détache assez clairement, le rôle de la supervision au même niveau, par les chefs des services provinciaux, de district et d'aire de santé, ressort avec moins de précision. Par exemple, est-ce que le Délégué provincial de la santé est habilité à superviser les cadres de l'hôpital provincial, ou ceux du CAPP? Si c'est le cas, ce délégué a-t-il les aptitudes requises pour cette fonction? On peut soulever les mêmes questions aux niveaux du district, et du centre de santé.

Une mauvaise supervision du système d'approvisionnement en médicaments peut se traduire par l'épuisement des stocks, le surstockage et le sous-stockage de certains médicaments, et par des mesures de sécurité insuffisantes. A l'heure actuelle, le CAPP envoie du personnel de niveau provincial en tournées périodiques pour superviser les commis de pharmacie faisant partie du réseau d'approvisionnement en médicaments, et recouvrer les recettes. Malheureusement, dans quelques cas, les coordinateurs provinciaux du CAPP limitent leurs fonctions à la vérification des livres comptables, et à l'encaissement des recettes, sans prendre le temps d'étudier les problèmes soulevés par les commis de pharmacie, et sans suggérer de méthodes qui permettraient à celui-ci (ou celle-ci) d'améliorer sa prestation. Il se peut que cette supervision sommaire découle d'un manque de formation reçue par les coordinateurs provinciaux du CAPP, d'une motivation défectueuse, et/ou d'une manque de temps, le temps alloué aux missions de supervision vers les centres de santé étant insuffisant. Dans la région d'Adamaoua, où les distances sont longues et les routes mauvaises, les superviseurs du CAPP doivent consacrer une bonne partie du temps prévu pour la supervision à voyager entre les centres de santé. Avec l'augmentation du nombre de centres de santé participant au SESA II, les charges de supervision deviendront encore plus lourdes. Une solution possible serait de transférer une partie des fonctions de la surveillance des commis de pharmacie aux membres de l'équipe de district, qui sont plus proches.

4. Stimulants et sanctions pour encourager une meilleure performance dans l'emploi

La réorientation de la politique de santé exige en fait, de la plupart du personnel de santé, un travail plus important que par le passé. L'un des principaux problèmes auxquels le Projet SESA/Ministère de la Santé est confronté est de savoir comment motiver le personnel sanitaire à s'acquitter consciencieusement et honnêtement de leurs fonctions.

Les groupes d'études communautaires ont mentionné les mauvaises attitudes dont font preuve ceux qui dispensent les soins de santé, comme la principale raison de non-fréquentation des centres de santé. Plusieurs facteurs ont fomenté chez les fonctionnaires du service médical et paramédical, de mauvaises attitudes, un mauvais moral et un manque de motivation.

* n'avoir rien à faire, ou n'avoir que quelques travaux inutiles, parce que la planification est mauvaise, les clients peu nombreux, ou parce que le matériel manque pour accomplir les tâches assignées.

* avoir une compréhension inadéquate du travail et une responsabilité nulle ou pratiquement nulle en matière de prise de décision.

* la corruption partout répandue qui encourage le personnel médical et paramédical à se servir des biens publics pour leur usage privé.

* la difficulté d'appliquer des sanctions - comme par exemple la prison, le licenciement, la rétrogradation et la réduction de salaire - à l'encontre de ceux qui volent, qui enfreignent les règlements, ou qui font un mauvais travail, à cause de la complexité des règles régissant la fonction publique.

* de récentes réductions portant sur les salaires.

* des inégalités au sein du système de santé, comme par exemple le fait que les médecins reçoivent la part du lion des bénéfices résultant des consultations, et le fait que certains employés sont envoyés dans des zones lointaines et isolées tandis que d'autres s'arrangent pour rester en poste dans les grandes villes.

Dans le langage populaire du Cameroun, la "motivation" désigne en général le versement d'une somme. L'analyse de validité sociale qui a été faite pour le document de projet du SESA II comporte un examen détaillé du besoin de fournir plus de stimulants pour motiver le personnel de la santé publique, et offre plusieurs exemples de stimulants non financiers capables de motiver le personnel.

* une plus grande participation à la prise de décision sur ce qui touche directement à leur travail, encouragé par un style de gestion beaucoup plus participatif qui doit être adopté par les cadres du service de santé.

* des occasions de développement professionnel et d'avancement, au moyen de stages et de congés permettant d'étudier en vue d'un diplôme de niveau supérieur.

* le fait, pour leurs responsabilités professionnelles, de recevoir la reconnaissance qu'elles méritent.

* la fourniture du matériel nécessaire, comme par exemple de motocyclettes aux infirmiers pour les visites aux villages, ou encore du matériel de laboratoire pour les tests, du mobilier convenable pour les bureaux, etc.

* une image publique plus positive accordée aux responsables de la santé, par l'entremise d'interviews dans les médias, traitant de leurs activités, ainsi que par la publication d'un journal d'entreprise.

Une partie des excédents de fonds engendrés à divers niveaux du système de santé pourrait servir à offrir des stimulants financiers à ceux qui font du très bon travail dans leur emploi. L'analyse de validité sociale suggère les types suivants de récompenses financières :

* Des indemnités de poste pour le personnel affecté à des aires de santé éloignées.

* Des récompenses pour service public, pour le personnel de santé collaborant aux campagnes de vaccination et aux campagnes d'éducation pour la santé.

* Des récompenses pour aptitudes linguistiques pour les nouveaux arrivants qui ont appris à bien parler la langue locale.

* Des récompenses pour soutien à la communauté pour les membres des COSA qui ont participé aux activités de planification et qui ont engagé leurs communautés à participer aux campagnes de promotion sanitaire.

* Des récompenses accordées à titre individuel aux directeurs d'hôpitaux, aux services de santé de district, aux centres de santé, aux superviseurs, aux infirmiers et infirmières, etc.

* Des récompenses collectives à accorder aux équipes de santé pour performances supérieures.

* L'attribution de fonds à des projets de développement communautaire d'échelle réduite, en tant que récompenses accordées aux communautés ayant bien réussi à stimuler l'utilisation des centres des aires de santé.

Ces récompenses ne doivent pas nécessairement représenter des sommes importantes.

L'une des tâches les plus difficiles à accomplir pour faire réussir le nouveau système de soins de santé primaires, consistera à faire sortir les médecins d'hôpital de leurs hôpitaux et à les envoyer sur le terrain. Le système actuel récompense les médecins qui restent dans les grandes villes et pénalisent ceux qui travaillent dans les hôpitaux d'arrondissement ou ceux qui dirigent des services de soins de santé primaires à ce niveau. Il faudrait peut-être envisager des modifications au règlement du ministère de la Santé, aux termes desquels les médecins se verraient requis de servir au moins une période de service sur trois ou quatre, dans une zone rurale, tandis qu'une promotion plus rapide, assortie ou non d'une prime de fin de temps de service, serait accordée aux médecins s'étant acquittés avec succès de leur mission de soins de santé primaires dans des zones éloignées et difficiles.

Il faut aussi faire beaucoup plus pour doter les cadres des services de santé d'une autorité plus complète leur permettant d'appliquer des sanctions à ceux de leurs subordonnés qui manquent à leurs devoirs. En outre, il faudrait tenir compte de l'opinion de la communauté lorsqu'on doit confronter des membres du personnel coupables de corruption, ou de mauvaises attitudes. Dans la province du Nord-Ouest, la pression de la communauté a réussi à expulser plusieurs chefs de centres de santé qui étaient considérés comme servant mal les intérêts du public.

Les salaires pourraient être bloqués, et l'on pourrait établir un nouveau système de stimulants financiers qui ferait des primes des rendement dans l'emploi une partie sans cesse croissante de l'enveloppe totale de rémunération. Les primes de rendement tenant une place toujours plus grande dans la rémunération totale, les mauvaises prestations seraient pénalisées de cette manière, car la valeur réelle des salaires fixes accuserait une baisse au fur et à mesure que monterait le coût de la vie.

5. La mise au point de meilleures structures d'IEC

Les évaluations du projet SESA ont rapporté le fait que de nombreux membres du personnel, et de nombreux représentants des communautés n'ont une bonne compréhension ni du système de soins de santé primaires, ni des rôles qu'ils doivent occuper dans ce système. Les visites sur le terrain faites par notre équipe viennent appuyer cette assertion. Il faut améliorer et étendre les fonctions d'IEC pour rectifier la situation.

Le personnel de santé, à tous les niveaux, se voit promis à de nouveaux rôles auxquels il doit s'adapter, et il doit étendre la portée de ses activités dans le cadre de circonscriptions en évolution et d'emplois dont les définitions changent. Il faut expliquer à ce personnel tous les détails de ces changements.

De la même manière, les représentants des communautés sont censés assimiler des règles assez complexes régissant leur participation aux divers comités de santé en cogestion communautaire. Les nouveaux statuts des COSA, des COSADI, et du FSPS devront être expliqués avec le plus grand soin aux communautés.

Un plus haut niveau de compétence en matière d'IEC devra faire entrer en ligne de compte de meilleures relations publiques et un emploi plus poussé des médias (radio, télévision, journaux), ainsi que du matériel audio-visuel, des cassettes et des rassemblements en forums, pour tenir le public au courant des détails du programme de soins de santé primaires, du rôle des comités de santé communautaires dans le nouveau système, de l'organisation des diverses campagnes de santé, des causes des maladies et des mesures nécessaires pour la prévention de ces maladies, etc. Le personnel des districts et des centres sanitaires pourrait recevoir un supplément de formation dans les techniques IEC; il pourrait être rendu plus conscient de l'importance des entreprises d'IEC pour obtenir que les activités de soins de santé primaires soient soutenues et pour recueillir une information en retour,

pouvant ensuite être utilisée pour améliorer les services et la collaboration entre la communauté et les cadres de la santé.

6. Collaboration avec le secteur religieux des activités de santé

Les installations de soins des missions religieuses ont joué un rôle important en fournissant des services médicaux et en venant suppléer au système de soins de santé primaires de l'Etat. Il y a trois entités religieuses principales fournissant des services de santé au Cameroun :

* les diverses missions des églises protestantes, organisées au niveau national dans le cadre du FEMEC qui fournit son appui à 23 hôpitaux, 97 centres sanitaires, trois écoles d'infirmières, et un personnel comprenant plus de 60 médecins, et 2.500 employés.

* l'église catholique avec 8 hôpitaux, 126 centres sanitaires et maternités, et un personnel de 26 médecins et 1.200 employés.

* AD LUCEM, une organisation à but non lucratif, chrétienne sans appartenance particulière, avec 5 hôpitaux, 12 centres sanitaires, une pharmacie centrale et un personnel de 550 employés.

Le concept de cofinancement n'est pas nouveau pour le secteur religieux s'occupant d'activités de santé. Les redevances d'usagers fournissent presque toutes les ressources nécessaires pour maintenir en fonctions les installations de soins de santé de ces églises. Dans les trois hôpitaux religieux visités par l'équipe, la tarification des usagers a contribué de 90 à 95% des fonds requis pour faire marcher l'hôpital. Le reste venait des contributions de l'église.

En général, les installations de santé religieuses sont propres et bien gérées et fournissent d'excellents services. Elles ont aussi un taux d'utilisation plus élevé que les installations de santé de l'Etat. Dans bien des cas, les gens préfèrent utiliser les installations religieuses plutôt que les installations d'Etat pour diverses raisons :

* l'opinion que la qualité du service est meilleure.

* une attitude plus courtoise vis-à-vis du public de la part du personnel.

* des installations plus propres et mieux organisées.

* des mécanismes de paiement plus flexibles.

* une solidarité religieuse de la part des membres de l'église.

Le secteur religieux se trouve ainsi être, d'une certaine façon, un concurrent de l'Etat. Comme l'Etat, le secteur religieux a connu les effets néfastes de la crise économique et a eu beaucoup de difficultés financières pour maintenir la qualité des services . Le secteur religieux des activités de soins de santé souffre de certains des problèmes suivants :

* coût élevé des médicaments et pouvoir d'achat relativement limité de chaque église.

* manque de normalisation de l'équipement et difficultés pour obtenir des pièces de rechange.

* le coût élevé de la supervision des centres sanitaires du système qui sont souvent dispersés sur des territoires étendus et se trouvent à grande distance des hôpitaux de référence.

* manque de ressources pour les transports.

* manque de fonds pour la formation du personnel des centres sanitaires.

* déclin du pouvoir d'achat des communautés rurales, ce qui rend plus difficile le recouvrement des redevances et réduit les taux d'utilisation.

Une collaboration entre les secteurs de santé religieux et d'Etat serait à l'avantage des deux parties. L'Etat pourrait fournir au secteur religieux un supplément de personnel et de centres de formation, pourrait réduire les coûts d'achat des médicaments grâce aux achats en gros, et réduire les coûts de supervision, grâce à une répartition géographique plus rationnelle des fonctions de supervision. De son côté, le secteur religieux peut apporter au système des hôpitaux à l'excellent rendement, qui serviraient d'hôpitaux de référence dans le nouveau système de districts.

Tandis que le ministère de la Santé est prêt à intégrer le secteur religieux dans le système de soins de santé primaires, une fois réorienté, les églises ont hésité à se joindre au mouvement. En premier lieu, elles n'ont pas participé à la conception du nouveau système de soins de santé primaires, et elles n'ont pas été consultées sur la délimitation des nouveaux districts de santé. Par conséquent, elles ont tendance à voir le système de soins de santé primaires comme un système d'Etat, plutôt que comme un système global regroupant tous les acteurs qui fournissent des soins médicaux. Deuxièmement, elles craignent que l'intégration ne les force à tempérer leur mission évangélique, puisque leur but est non seulement de guérir les malades mais d'apporter la parole de l'Evangile. Ce sentiment est bien plus fort chez les autorités religieuses de ces églises que chez les médecins laïcs qui font marcher les hôpitaux et les centres sanitaires des missions. Troisièmement, le secteur religieux se préoccupe de ce que l'intégration pourrait conduire à une perte de contrôle sur la gestion de leurs installations de soins de santé, et à un déclin dans la qualité de leurs services.

En termes pratiques, il faudra se consacrer à beaucoup de négociations et d'échanges de vues, entre le ministère de la Santé et le secteur religieux de soins de santé, en vue d'élaborer un ensemble de principes et de règles qui donne satisfaction aux deux parties. A l'heure actuelle, les églises ont leurs propres systèmes de gestion du personnel, leurs propres structures de participation communautaire et leurs propres systèmes de supervision, qui sont tout à fait différents de ceux du ministère de la Santé/services de soins de santé primaires. Quelques unes des questions les plus controversées sont les suivantes :

* l'autorité des médecins d'hôpitaux religieux de district dans le cas de sanctions à imposer au personnel d'Etat affecté aux hôpitaux religieux.

* le consentement du personnel du ministère de la Santé, vis-à-vis des évaluations et de l'autorité des cadres des services de santé religieux participant au programme.

* l'harmonisation des règles définissant la représentation communautaire dans les structures de gestion des installations religieuses, avec ces mêmes structures dans le système d'Etat.

* le consentement à produire un plan d'action commun pour les services de santé religieux et d'Etat, dans le cadre d'une circonscription donnée.

* l'accord sur les modes d'utilisation des ressources et des excédents générés par le système d'approvisionnement en médicaments et par les installations hospitalières et de centres de santé.

Il ne sera pas facile de résoudre ces problèmes, et il faudra pour cela des négociations délicates. Le mieux serait de procéder avec lenteur. La collaboration pourrait être lancée dans un district modèle. Par exemple, le directeur de l'hôpital Enongal Presbytérien, situé juste en dehors des limites de la ville d'Ebolowa, a manifesté un intérêt dans le nouveau système de soins de santé primaires, et saisit parfaitement les avantages d'une collaboration, en même temps que les questions à résoudre avant qu'une telle collaboration soit acceptable pour son église. Le directeur a dit qu'il avait la confiance des autorités de son église; il estime qu'il pourrait les convaincre de soutenir une intégration des services dans le système de santé du district, s'il donnait son approbation après avoir reçu l'assurance que les garanties qui conviennent se trouvent en place.

V. Conclusions et recommandations

La stratégie adoptée pour la réorientation des soins de santé primaires est judicieuse; elle a reçu l'appui des principaux donateurs. La collaboration des donateurs est ce qui permet au ministère de la Santé publique de mettre en place, pour l'ensemble du pays, un système national de soins de santé primaires à la fois cohérent et soutenable. Dès 1989, le Projet SESA I et le ministère de la Santé avaient établi les assises du nouveau système dans les provinces d'Adamaoua et du Sud. Le système est encore en période de transition, et les nouvelles structures ne sont pas toutes bien en place. Une supervision relâchée, des lignes d'autorité hiérarchique mal définies, la résistance de certains responsables de la réorientation de la santé, en face d'une rôle accru des communautés dans la prise de décision, des tensions entre les médecins et les infirmiers/ères, une certaine démoralisation résultant des mauvaises conditions de travail, du manque de stimulants d'ordre monétaire et moral, tout cela pourrait retarder la mise en oeuvre des réformes du ministère de la Santé dans ce domaine.

Pour que le système puisse progresser, il faudrait que les nouvelles délimitations des districts soient confirmées, que la composition et les attributions des équipes de santé des districts soient définies, que l'organigramme du ministère de la Santé publique soit révisé, avec augmentation des définitions d'emploi pour fournir une description plus précise des tâches du personnel de soins de santé primaires, dans le plus bref délai possible. Il faudrait aussi mettre au point des systèmes de stimulants conçus avec imagination, pour améliorer le moral du personnel en le motivant à plus d'efforts dans l'accomplissement des tâches assignées.

S'il est vrai que le Projet SESA I et le ministère de la Santé ont mis en place des structures de participation communautaire à la cogestion, aux niveaux de l'aire de santé et de l'arrondissement, il n'en demeure pas moins que ces structures n'ont toujours pas de statut juridique leur conférant l'autorité de se lier par des obligations contractuelles. Il existe de nombreux facteurs qui ont fait obstacle à une plus grande participation communautaire au programme SESA/MSP PHC : des sources de remplacement pour les soins de santé, de faibles revenus, des coûts de transaction élevés liés à des facteurs logistiques tels que de faibles densités de population et de mauvaises routes, le manque de stimulants pour les représentants de la communauté auprès du système de soins de santé primaires, le rôle subordonné des femmes dans les affaires communautaires, ainsi que des procédures et règlements électoraux mal définis. Maintenant que les nouveaux statuts sont prêts, le SESA et le ministère de la Santé devraient s'engager aussi rapidement que possible dans la voie de la constitution des COSA, des COSADI, et du FSPS en personnes morales ayant statut légal aux termes de la Loi sur les Associations. Toutefois, étant donné la complexité des nouveaux statuts, il faudra veiller à ce que les populations locales et les représentants des communautés comprennent bien les règles du jeu, ainsi que leurs droits et obligations mutuels, avant de rendre ces nouvelles structures pleinement opérationnelles. Bien compris et correctement mis

en oeuvre, ces nouveaux statuts donnant aux représentants communautaires des pouvoirs de prise de décision considérables et assurant la transparence des transactions financières, devraient doter la communauté d'une conscience plus forte de sa qualité de propriétaire du programme de soins de santé primaires, tout en augmentant sa confiance dans le système.

Le système de finances publiques hautement centralisé du Cameroun, qui fait du décaissement de fonds un processus lent et compliqué, ainsi qu'un code de la fonction publique qui rend difficile l'application de sanctions aux fonctionnaires pour mauvaise qualité du travail et activités illicites, constituent autant de contraintes pesant sur les efforts actuels pour améliorer le système de santé. Le Projet SESA, s'il peut tenir compte de ces contraintes, n'a toutefois pas les moyens de remédier au problème à ce niveau. D'autre part, la réorganisation du ministère de la Santé publique en 1989, et la Loi sur les Associations de décembre 1990, ont créé des instruments institutionnels importants, qui peuvent être utilisés, et qui le sont effectivement, pour améliorer le système de soins de santé primaires en général, et en particulier le système tel qu'il fonctionne dans la zone de projet SESA.

Les recommandations qui suivent ont été conçues avec l'intention de surmonter certains des obstacles cités plus haut, et d'améliorer les arrangements institutionnels au niveau d'opérations correspondant à la rencontre entre le personnel du ministère de la Santé et le public. Certaines de ces idées ont été déjà suggérées dans le document de projet du SESA II, ainsi que par des cadres du ministère de la Santé. D'autres sont nouvelles.

A. Recommandations concernant les structures de participation communautaire à la cogestion.

1. Campagne éducative visant à expliquer les nouveaux statuts

Les statuts des COSA, des COSADI et du FSPS sont assez complexes, et dotent ces structures de pouvoirs qui n'ont pas été réellement exercés par les comités de santé en existence dans les communautés. Ces nouvelles règles devront être expliquées méthodiquement, non seulement aux communautés locales et à leurs représentants au sein des COSA, mais aussi au personnel de soins de santé primaires qui devra collaborer avec les représentants des communautés. La campagne éducative devrait comprendre les éléments suivants :

* Traduction des textes fondamentaux dans les langues locales.

* Préparation et rédaction de textes, cassettes, et matériel audio-visuel en français, et dans les langues appropriées, expliquant les statuts en des termes qui peuvent être aisément compris de tous les segments de la population.

* Utiliser des messages à la radio et dans les autres médias pour donner des explications sur les nouveaux statuts.

* Organiser des sessions de formation pour les représentants actuels des communautés auprès des comités de santé existants.

* Insistance sur la nécessité de comprendre les règlements électoraux, les pouvoirs accordés aux divers organes et leurs règlements intérieurs, les fonctions et les pouvoirs respectifs des membres de droit et des membres représentant les communautés dans les bureaux, les règles gouvernant la gestion et l'allocation des ressources financières, ainsi que les mécanismes de résolution des conflits entre les fonctionnaires de la santé et les représentants des communautés auprès du comité de santé, et de tous désaccords entre niveaux différents.

* Organisation de sessions de formation conjointes pour les membres des centres sanitaires et des COSA, afin de débattre les nouvelles règles. On pourrait se servir de psychodrames pour présenter des exemples de diverses sortes de problèmes susceptibles d'être rencontrés par les deux parties au cours de leur collaboration.

2. Identification et mobilisation des structures et ressources existant dans la communauté

Les divers comités de santé ne devraient pas être considérés comme étant les seuls instruments permettant de mobiliser le soutien des communautés en faveur des activités de santé, et leur participation aux structures de cogestion. Le personnel du projet devrait également faire l'inventaire des structures communautaires en existence, et pour expliquer le nouveau système de santé, il devrait se joindre l'appui des groupes suivants :

* les églises et mosquées locales.

* les associations communautaires regroupant par village d'origine les membres des élites travaillant dans les grandes villes. Par exemple, le groupe d'élite de Nyambaka projette d'acheter une ambulance pour son village.

* les tontines locales qui rassemblent des groupes et mobilisent des ressources financières.

* les associations d'entraide traditionnelles.

* les comités de développement villageois lorsqu'ils existent.

* les dirigeants politiques locaux et les députés.

3. Améliorer les règles et procédures électorales, les faire observer

La qualité de la représentation des communautés auprès des COSA souffre souvent d'un manque d'équilibre dans les taux de représentation, de membres peu instruits et d'une

domination par les élites locales traditionnelles qui s'intéressent peu aux questions de santé. Une partie du problème vient du fait que les communautés locales conçoivent les membres des comités de santé comme des représentants politiques plutôt que techniques. Dans la province d'Adamaoua, par exemple, ceci a conduit au choix de notables analphabètes et souvent peu intéressés, élus aux comités par respect pour leur haute position traditionnelle. On pourrait se livrer à quelques améliorations pour rectifier certains des problèmes susmentionnés, de la façon suivante :

* définir les représentants COSA, COSADI et FSPS comme étant par dessus tout des délégués techniques de la communauté, spécialisés dans les questions de santé, plutôt que des leaders politiques;

* établir des règles sans ambiguïté concernant l'organisation et la supervision des élections. Dans le passé, les COSA semblent avoir été constitués par un processus mal contrôlé.

* établir des règles pour garantir une certaine représentation des femmes dans les comités de santé.

* établir des règles pour empêcher le népotisme - par exemple, le commis de pharmacie ne peut être apparenté aux représentants auprès du COSA.

* établir des critères d'instruction concernant la lecture, l'écriture et l'arithmétique, en tant que conditions préalables pour le service dans les comités de gestion des COSA.

4. Recherche opérationnelle pour retracer le processus de sélection et les profils sociaux des membres, et des membres des bureaux des comités de santé et des comités de gestion, ainsi que du commis de pharmacie

Les résultats de cette recherche seraient utilisés pour procéder à un nouvel examen des règles en vigueur pour les élections et le recrutement, et pour faire toutes modifications améliorant la participation communautaire au système de cogestion. Les profils sociaux des commis de pharmacie devraient inclure :

* attaches avec la structure locale des pouvoirs en place, et avec les membres actuels des comités de santé.

* études et formation.

* expérience professionnelle antérieure et salaires antérieurs.

* processus de sélection.

* standing dans la communauté et engagement à rester dans la communauté.

* degré de satisfaction que lui fournit son poste.

* espoirs d'une meilleure rémunération

Des profils sociaux pourraient aussi être exécutés pour les représentants des communautés. Ces divers profils sociaux pourraient alors être étudiés pour voir quelle est la corrélation, s'il y en a une, entre certaines configurations de profils sociaux, la performance dans l'emploi du commis de pharmacie, et l'efficacité de comités de santé et comités de gestion donnés.

5. Prévision d'une modeste rémunération, proportionnelle à leurs responsabilités, pour les membres représentant les communautés, et les membres des bureaux

Les représentants des communautés se sont plaints du manque de rémunération pour leur travail. S'il est vrai que ce serait une erreur de considérer ces représentants comme des employés salariés, il faudrait faire un effort modeste pour compenser leurs efforts. Il faudrait en particulier donner une rémunération au trésorier. Les suggestions suivantes devraient être examinées et approfondies, en tenant compte de leur faisabilité financière et de la mesure dans laquelle la communauté locale serait susceptible de les accepter :

COSA d'aire de santé

* accorder une modeste indemnité de déplacement pour chaque réunion à laquelle ils assistent, aux membres du COSA qui résident à la périphérie.

* demander au centre sanitaire de servir des repas aux membres du COSA qui assistent aux réunions.

* prévoir une somme modeste, par exemple 100 - 200 francs CFA, pour chaque présence à une réunion.

* fournir une rémunération au trésorier sur la base d'un taux fixe modeste, qui pourra être ajusté en augmentation ou en réduction selon la qualité de travail fournie.

* explorer les diverses formes de stimulants, financiers ou non, qui seraient offerts au président en compensation de ses efforts.

* utiliser quelques uns des divers stimulants financiers et non financiers, cités dans l'analyse de validité figurant au document de projet du SESA II, pour récompenser les individus et les communautés ayant fait preuve d'une participation remarquable au système.

COSADI de district

* Des indemnités journalières et des frais de déplacement sont déjà prévus pour les membres des COSADI qui assistent aux réunions. Les membres des COSADI pourraient aussi recevoir de 500 francs CFA à 1.000 francs CFA pour chaque réunion à laquelle ils assistent.

* Le trésorier du COSADI, dont le travail représente un très lourd fardeau, doit recevoir une certaine rémunération, en se fondant sur le temps passé à remplir ses fonctions, et sur le rendement dans l'emploi. Sa rémunération doit être supérieure à celle du trésorier d'un COSA.

* Il faudrait explorer des mécanismes de compensation pour le président, qui seraient similaires à ceux mentionnés plus haut pour le président de COSA.

FSPS

* A ce niveau, il y a moins de mesures à prendre, parce que les indemnités journalières et de déplacement sont déjà prévues. En outre, le directeur général remplit les fonctions de trésorier, qui appartiennent, au niveau des COSA et des COSADI, à un membre de la communauté, tandis que le président du comité de gestion est le Délégué provincial de la santé, plutôt qu'un représentant de communauté.

6. Examen plus approfondi des structures des COSADI et du potentiel pour une scission entre les milieux urbains et ruraux

Des problèmes de logistique rendront plus difficile aux représentants auprès des COSADI venant de milieux ruraux, de participer aussi pleinement que ceux qui vivent dans la ville où le district de santé a son siège. Ceci pourrait conduire à un déséquilibre entre les groupes représentés, selon qu'ils sont urbains ou ruraux. L'organisation des soins de santé (dispensaires urbains et centres sanitaires urbains) au niveau du district diffère aussi de celle de niveau aire de santé et peut conduire à des priorités différentes . Il faut tenir compte de ces facteurs pour déterminer les règles de participation communautaire, et les plans d'action dans le domaine de la santé au niveau du district.

7. Explorer diverses mesures pour étendre la participation des femmes aux activités de santé

Etant donné que les femmes et les enfants dont elles s'occupent sont les principaux bénéficiaires du système de soins de santé primaires, il faut que les femmes s'engagent dans une participation plus active à tout ce qui concerne la définition des besoins et des priorités en matière de santé, et qu'elles participent à l'organisation de la fourniture de ces services. On pourrait étudier la possibilité de certaines des mesures suivantes :

* faire un effort plus poussé pour recruter plus de personnel féminin pour travailler aux niveaux centre sanitaire et district de santé.

* créer des clubs de santé féminins.

* mobiliser les tontines de femmes pour qu'elles s'engagent dans les activités de santé.

* financer des projets féminins liés à des questions de santé - par exemple des jardins potagers pour favoriser des régimes équilibrés.

8. Recherche opérationnelle pour analyser les réponses individuelles et communautaires aux maladies et autres problèmes de santé

Cette forme de recherche pourrait aider les planificateurs de soins de santé primaires à formuler des stratégies plus efficaces concernant le genre de services de soins de santé qu'ils peuvent fournir, et l'importance relative des autres sources de ces services - comme par exemple l'automédication, les guérisseurs traditionnels, le secteur privé, les missions religieuses, etc. Elle pourrait aussi fournir une information socio-culturelle qui pourrait servir à surmonter la résistance à certaines activités dans le domaine de la santé, comme les campagnes de vaccination.

B. Recommandations concernant le système de soins de santé primaires

Les questions relatives à la mise en oeuvre efficace du nouveau système de soins de santé primaires ont déjà été identifiées et étudiées à la Section V du présent rapport, et des suggestions spécifiques ont été faites à ce sujet. Le résumé des recommandations spécifiques est le suivant :

* créer des formules imaginatives formant un système de stimulants d'ordre financier ou non, pour motiver le personnel des soins de santé primaires.

* agir lentement pour établir des arrangements institutionnels en collaboration avec le secteur religieux et commencer dans ce cas par la mise en place d'un modèle expérimental de district, dans lequel un hôpital religieux servirait d'hôpital de référence; ce serait dans une zone où le ministère de la Santé et le directeur de l'hôpital religieux se seraient mis d'accord sur les règles de la collaboration.

* prendre des mesures pour réduire les conditions inéquitables du système et réduire les tensions entre les médecins et les infirmiers/ères, ainsi que les hôpitaux et les services de soins de santé primaires. Ceci pourrait signifier, par exemple, accorder aux infirmiers et aux autres membres du personnel hospitalier une participation à un système de quote-part révisé.

* réorganiser les structures de soins de santé primaires pour qu'elles s'accordent aux nouvelles limites des districts de santé, et éliminer les couches bureaucratiques et les fonctions de supervision inutiles.

* préparer des définitions d'emploi plus claires, et renforcer les sanctions pour mauvais rendement au travail.

* expliciter les responsabilités de supervision et les filières de l'autorité, selon la hiérarchie et selon les différents niveaux du système de soins de santé - provincial, de district et d'aire de santé.

* Rehausser le degré de compréhension que le personnel des soins de santé a des nouveaux statuts des COSA, des COSADI et du FSPS; faire mieux comprendre les conséquences du partage des responsabilités de gestion avec les représentants des communautés, ainsi que les difficultés éventuelles.

* Faire une analyse méthodique des différentes sources de financement pour les soins de santé primaires et les activités hospitalières, aux niveaux provincial, de district et d'aire de santé, afin de déterminer la faisabilité des plans d'action et des programmes de stimulants conçus pour les différents niveaux.

* Utiliser le modèle du Fonds spécial pour la province du Nord-Ouest, comme point de départ pour la mise en place d'arrangements institutionnels gouvernant l'utilisation des excédents du FSPS.

L'un des principaux objectifs de la réorientation prévue par le ministère de la Santé publique pour la stratégie de soins de santé primaires, est une décentralisation de la prise de décision. On a beaucoup fait pour décentraliser l'autorité de prise de décision en la faisant passer du niveau de l'administration centrale à la province. Aux termes du SESA II, une décentralisation plus poussée doit prendre place au niveau du district de santé. A cause de contraintes inhérentes au système, il n'est pas possible de doter les chefs des services de santé des districts de l'autorité de contrôle sur la plupart des aspects de la gestion financière et du personnel. Toutefois, il serait très intéressant de créer un district de santé modèle, qui aurait l'autorité voulue pour débourser ses propres fonds sans avoir à passer par le ministère des Finances, et qui aurait le pouvoir de muter du personnel dans les limites du district sans avoir à passer par le ministère de la Fonction publique.

On pourrait édifier un projet de recherche opérationnelle, selon les lignes prévues par le Dr. Claude Bodart, coordinateur national du Projet SESA I, pour tester objectivement les avantages d'un système décentralisé de districts de santé dotés du pouvoir de disposer plus rapidement de leurs ressources financières, et de l'autorité voulue pour muter du personnel. Pour simplifier le projet et pour rendre sa mise en oeuvre plus facile et plus acceptable aux diverses autorités gouvernementales, il faudrait abandonner la proposition de l'auteur, de conférer au chef des services de santé de district l'autorité d'imposer des sanctions et

d'élaborer un système de stimulants pour le personnel. Mais le reste de la proposition devrait être conservé intact.

Pour conclure, l'expérience SESA/Ministère de la Santé poursuivie au Cameroun est passionnante, et si elle réussit, elle pourrait servir de modèle pour améliorer la façon dont les soins de santé primaires sont dispensés dans d'autres pays africains.

Annexe A: Bibliographie

Atangana-Fuda, Christophe. Attributions, Activites, et Taches de Gestion des Services Provinciaux de la Sante Publique du Littoral. Yaounde: Ministere de la Sante Publique, May 1991.

---------- and Wolff, Franck. Conference Atelier sur la Communication Regroupant les Responsables des Services Centraux et Exterieurs du Ministere de la Sante Publique. Yaounde: October 1992.

Ayo, Dele, Hubbell, Kenneth, Olowu, Dele, Ostrom, Elinor, and West, Tina. The Experience in Nigeria with Decentralization Approaches to Local Delivery of Primary Education and Primary Health Services. Burlington, Vermont: Associates in Rural Development/DFM, December 30, 1991.

Berg, Heinrich, Kuper, Meinolf, and Weber, Wolfgang. Financement et Gestion de Resources dans le Secteur de la Sante: Cameroun. Yaounde: GTZ/ MSP, March 1992.

Chika, Cosmas, Report on Mission to Certain Hospitals Operated by Religious Bodies. Yaounde: November 28, 1991.

---------- Prototype Articles of Association for Comite de Sante (COSA). Yaounde: January 1993.

---------- Prototype Articles of Association for Comite de Sante de District (COSADI). Yaounde: January 1993.

---------- Prototype Articles of Association for Fonds Special pour la Promotion de Sante (FSPS). Yaounde: January 1993.

Dujardin, Bruno. Developpement des Soins de Sante Primaire en Milieu Urbain: Rapport Preliminaire. Yaounde: MSP. February 28, 1992.

Fiadjoe, Felix, Green, David, Schwabe, Christopher, and West, Tina. Decentralization: Improving Governance in Sub-Saharan Africa, Ghana Case Study. Burlington, Vermont: Associates in Rural Development/DFM, March 25, 1992.

Garnier, Maurice, Noel, Atta Brou, Schwabe, Christopher, and Thomson, James T. The Experience in Ivory Coast with Decentralized Approaches to Local Delivery of Primary Education and Primary Health Services. Burlington, Vermont: Associates in Rural Development/ DFM, January 20, 1992.

Godfrey, Harry, Foltz, Anne-Marie, and Lagace, Arthur. Interim Evaluation. Maternal Child Health/Child Survival Project SESA (Soin d'Enfant Sud et Adamaoua); Project No.:631-OO56. Report prepared for USAID/Cameroon: John Snow Inc.,December 1991.

Hammer, W. Rapport de Mission Yaounde: December 5, 1991.

Litvack, Jennie I. The Effects of User Fees and Improved Quality on Health Facility Utilization and Household Expenditure: A Field Experiment in the Adamaoua Province of Cameroon. Ph. D. thesis, Fletcher School of Law and Diplomacy, Tufts University, Medford, Massachusetts, March 1992.

Mariko, Mamadou. Le Financement Institutionnel de la Sante dans la Province du Nord-Ouest du Cameroun Bamako,November 1992.

Ministere de la Sante Publique. Declaration de Politique Nationale de Mise en Ouevre de la Reorientation des Soins de Sante Primaires Yaounde: March 25, 1992.

----------. Les Soins de Sante Primaires au Ministere de la Sante Publique. Yaounde: January 1989.

----------. Manuel du Centre de Sante. Yaounde:October 1992.

----------. Rapport sur le Seminaire-Atelier National de Delimiation des Districts Sante au Cameroun:Bertoua, 20-22 Juillet 1992 Yaounde: August 1992.

----------. Reorientation des Soins de Sante Primaires au Cameroun. Yaounde: may 31, 1989.

----------. Seminaire de Formation des Equipes d'Arrondissement (12 modules) Yaounde: SESA/MSP, October 1991.

1. Introduction.
2. Etudier les Principes de Developpement des Soins de Sante Primaires au Cameroun.
3. Planifier la Couverture d'un District de Sante en Centre de Sante.
4. Se Former pour Former.
5. Promouvoir la Participation de la Communaute.
6. Lutter Contre les Problemes Prioritaires.
7. Gerer les Resources Financieres et les Medicaments.
8. Gerer les Activities Vaccinales.
9. Gerer les Resources Humaines.
10. Gerer le Materiel Roulant.
11. Superviser les Activites.
12. Evaluer les Activites.

----------. Systeme d'Approvisionnement Provincial Dans le Cadre de la Reorientation des Soins de Sante au Cameroun: Manuel d'Instructions Pour le Centre d'Approvisionnement Provincial et les Formations Peripheriques. Yaounde: SESA/MSP, September 1992.

North West Provincial Special Funds for Health. Memorandum and Articles of Association Bamenda: n.d.

----------. Minutes of Management Committee, Meeting of December 17-18, 1992.

Owona, Rene, Bryant, Malcolm, and Bodart, Claude. The Reorientation of Primary Health Care in Cameroon. Yaounde: 1990.

Republique du Cameroun. Law No. 90/053 of December 19, 1990 concerning Freedom of Association.

Sodogandji, Theophile. Le Medicament au Cameroun: Pour une Politique Pharmaceutique Nationale Coherente. Yaounde: Banque Mondiale/MSP, January 1992.

Unger, J.P. Role des Districts Sanitaires et Methodologie de leur Developpement en Afrique, Annexes. Bruxelles, Universite Libre de Bruxelles, Faculte de Medicine et de Pharmacie, July 1991.

UNICEF, Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes en Republique de Cameroun, 1990.

USAID/Cameroon. Health Sector Assessment. Yaounde:October 1992.

----------. Project Paper, SESA II, Annexes: Social Soundness Analysis, Administrative Analysis, Economic Analysis, Financial Analysis, Technical Analysis, Women in Development Analysis. Yaounde: n.d.

Van Geldermalsen, A. Experiences in Primary Health Care in Cameroon. Yaounde: GTZ/MSP, August 13, 1991.

Vogt, Pierre and Toko, Ngaleu. Etude sur la Rationalisation de la Gestion et de la Maintenance des Equipements des Formations Sanitaires au Cameroun. Yaounde: MSP, July 1992.

Annexe B: Personnes contactées

A. YAOUNDE

USAID/Cameroon

Peter Benedict,	Mission Director
Ronald Harvey,	Deputy Director
Derek Singer,	Human Resource Development Officer
Richard Greene	Health and Population Officer
Regina Nana	Population Coordinator
Bess McDavid	Human Resource Development

SESA Officials

Dr. Claude Bodart,	National Project Coordinator
Joan Shubert,	IEC Coordinator

GTZ Mission

Dr. Heinrich Berg,	Primary Health Care Project Officer
Dr. Bergis Schmidt-Ehry,	Health Project Coordinator

UNICEF

Dr. Safiou Raimi-Osseni,	Primary Health Care Officer

MOPH

Dr. Chouibou Ncharre, Directorate	Deputy Director of Rural and Preventive Medicine
Dr, Moustapha Lapnet,	Director, National Pharmacy Directorate
Benoit Etoa,	Head of Community Health and Traditional Medicine Service

Consultants

Dr. Cosmas Cheka,	Health Law Consultant and Drafter of Cameroon Health Committee Statutes

B. NORTH WEST PROVINCE

Dr. Charles Tiba,	Provincial Delegate, Preventive andRural Medicine
Chrysanthus Yah,	Acting Manager, North West Provincial Special Fund for Health
Clement Mume,	Provincial Nutrition Officer
Joan Komtangi,	Senior Midwife, Provincial Health Delegation
Alfred Nukuna,	Head of Provincial Sanitation Bureau
David Desire Manfouo,	Provincial Delegation Supervisor
Jacob Bakoh,	External Auditor, J.N. Bakoh & Co.
Dr. Charles Tiba,	Director,Acha-Tugi Presbyterian Hospital
Grace Mbe Asongwed,	Head of Mendankwe Health Post
Eric Miakwang,	Nurse, Mendankwe Health Post
Immelda Yufanji,	Midwife, Nkwen Health Center
Clement Funijwe,	Nurse, Nkwen Health Center
Veronica Atauegar,	Pharmacy Clerk, Nkwen Health Center

C. ADAMAOUA PROVINCE

Dorothy Madison,	SESA Provincial Coordinator
Dr. Leonard Mbam Mbam,	Provincial Health Delegate
Nouhou Alim,	Provincial Supervisor and Head of Anti-Leprosy Campaign
Dr. Longa.	Provincial Delegation Team
Dr. Moustapha Daouda,	Provincial Delegation Team
Oumarou Koue,	Governor, Adamaoua Province
Treasurer,	Nyambaka COSA
Village Chief,	Nyambaka
Chef de canton	Nyambaka
President,	Nyambaka COSA
Community Residents	Nyambaka
Bassirou Alpha,	Pharmacy Clerk, Nyambaka Health Center
Moussoume Ekouangue,	Head of Nyambaka Health Center
Dr. Aku,	Chef-Medecin, PMI Meiganga
M. Daniel,	Divisional Coordinator, Meiganga
Surveillant General,	Meiganga Hospital
Daniel Zebaze,	Sous-Prefet, Djohong Subdivision
Paul Maounde	Head of Yarmbang Health Center
Issa Akao Zaiko,	Auxiliary Health Worker, Yarmbang Health Center
Marthe Docei,	Midwife, Yarmbang Health Center
Community Members,	Yarmbang COSA
Pharmacy Clerk,	Yarmbang Health Center

Deputy Chief,	Ngaoui Health Center
Community Members,	Ngaoui COSA
Nourou Mamanou,	Pharmacy Clerk, Ngaoui Health Center
COSA members,	Kombo Lako Health Area
Imam,	Kombo Laka
Rosalie Abbe	Midwife, Kombo Laka Health Center
Laboratory Aide	Kombo Laka Health Center
Laurent Ngbwa,	Head of Dir Health Center
Pharmacy Clerk,	Dir Health Center
President,	Dir COGE
Dr. Mamadou Saly	Divisional Head of Primary Health Services, Tibati
Dr. Edgard Lobze,	Head of Divisional Hospital in Tibati
Head,	Tibati Urban Health Center
Community Members,	Tibati COSADI
Chefs de Quartier,	Tibati
Celestin Kamga,	Prefet, Djerem Division
Alphonse Ndande,	Nurse, Beka Gotto Health Center
Nana Mbardouka,	Auxiliary Health Worker, Beka Gotto Health Center

D.SOUTH PROVINCE

Dorothy Madison-Seck,	SESA Provincial Coordinator
Pierre Signe,	Provincial Coordinator
Dr. George Ngufor Fotoh,	Provincial Health Delegate
Director,	Provincial Statistical Service
Members,	Divisional Health Team, Sangmelima
Pharmacy Clerk,	Ebolowa Urban Dispensary
Head,	Ebolowa, PMI Service
Coordinator,	Djoum Primary Health Care Service
Traditional Healers,	Sangmelima
Head,	Melem Health Center
Nurse,	Melem Health Center
Pharmacy Clerk,	Melem Health Center
President,	Melem COGE
Traditional Healer,	Melem
Secretary,	Bipindi COSA
Female Member,	Bipindi COSA
Head,	Bipindi Health Center
Pharmacy Clerk,	Bipindi Health Center
Coordinator,	Subdivisional Primary Health Care Service, Lolodorf
Dr. Etyaale,	Director, Enongal Presbyterian Hospital, Ebolowa District
Head,	Mfouladja Health Center
Head,	Oveng-Yemvak Health Center