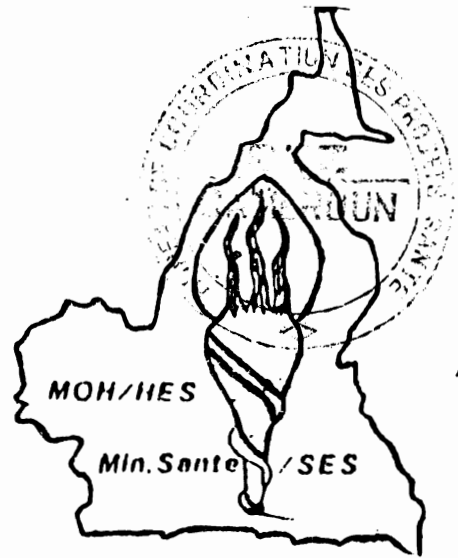


RA43

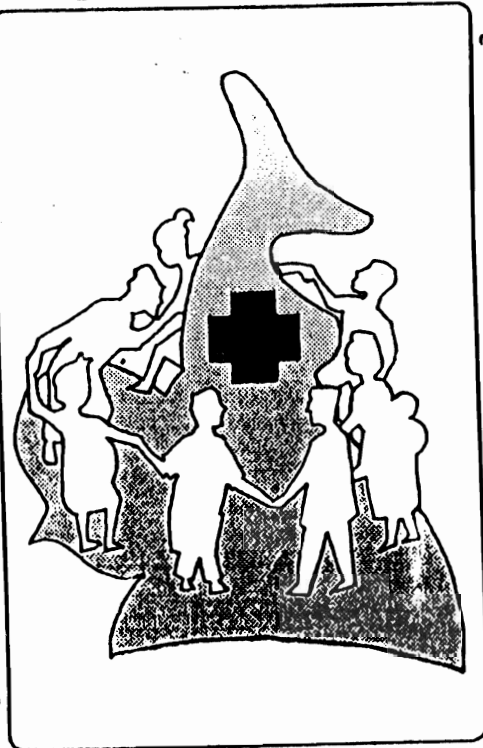


**La structure, l'organisation et la gestion  
de l'hôpital de District au Cameroun  
(Rapport d'un séminaire national tenu du  
19 au 24 avril 1993 à Bafoussam)**

**Edité par : Dr. Matthieu Kamwa  
Dr. Bergis Schmidt-Ehry**

Dialogue – Partenariat – Action

Organisation of Primary Health Care in Cameroon



Organisation des Soins de Santé Primaires au Cameroun

Dialogue – Partnership – Action

**Le présent document a été rédigé et mis en forme par le Dr. Matthieu Kamwa, Directeur de la Médecine Hospitalière et le Dr. Bergis Schmidt-Ehry, Coordinateur des projets santé GTZ/Cameroun avec l'assistance de leurs collaborateurs respectifs.**

# Sommaire

- Mise en garde
- Introduction
- Organisation et Programme des travaux
- Synthèse des Exposés
- Résultats :
  1. Consensus des débats
  2. Plan
  3. Equipement et Maintenance
  4. Ressources Humaines
  5. Gestion et Finances.
- Recommandations
- Liste des Abréviations
- Liste des Participants.
- Annexes.

## Introduction

La réorientation de la politique nationale de santé a permis d'élaborer et de mettre en oeuvre des actions de santé cofinancées et cogérées de 1er échelon dans la plupart des provinces du pays.

Après le séminaire de Bertoua en juin 1992 sur la délimitation des districts de santé, il est apparu nécessaire et urgent d'obtenir un consensus sur la structure, l'organisation et la gestion de l'Hôpital de district.

C'est pour cela que le Ministre de la Santé Publique a convié les responsables centraux et extérieurs du Département ainsi que leurs collègues et collaborateurs du secteur privé confessionnel et les responsables des projets d'appui aux soins de santé primaires à un atelier sur l'hôpital de district du 19 au 24 avril 1993 à Bafoussam (Province de l'Ouest).

Financé conjointement par le Ministère de la Santé Publique et par les Projets d'appui aux Soins de Santé Primaires notamment la GTZ, FAC et CIM, les travaux ont eu pour cadre l'Hôtel le SARE et se sont déroulés selon le programme et l'emploi de temps en annexe.

*Les principaux résultats attendus de l'atelier ont été fixés ainsi qu'il suit :*

- Définition/Elaboration de l'ossature et de l'organisation de l'hôpital de District;
- l'Équipement et la maintenance de l'Hôpital de District ;
- l'équipe cadre du District et l'équipe type de l'Hôpital de District ;
- la budgétisation ;
- la comptabilité et le plan comptable.

## Emploi du temps du séminaire

### ***Lundi 19 avril***

- 9H30 - 10H : Ouverture/informations d'ordre général
- 10H - 11H30 : « Le Système de Santé de District »  
(Dr Owona Essomba, DMPR)
- 11H30 - 11H45 : Pause Café
- 12H00 - 13H30 : « Les modalités de choix des équipements techniques »  
(MM. Ngoume, SDETM et Ngaleu, CSMT)
- 13H30 - 15H00 : Pause Déjeuner
- 15H00 - 17H00 : « Le financement des services de santé au Cameroun »  
(Dr Kamwa, DMH)
- 17H00 - 17H15 : « Pause Café »
- 17H15 - 18H30 : « Le financement du District de Santé et de l'Hôpital de District » (Dr Berg, GTZ)

### ***Mardi 20 avril***

- 08H00 - 10H30 : Problèmes exécution de résolutions du Séminaire de Bertoua (DPSP)
- Résultat du questionnaire sur l'Hôpital de District (Dr Bodart)
- PMA (Dr Ledecq - Dr Kamwa)
- 10H30 - 11H00 : Constitution de groupes des travaux en atelier sur le thème « Organisation de l'Hôpital de District »
- 11H00 - 11H15 : Pause Café
- 11H15 - 13H30 : Travaux en atelier
- 13H30 - 15H00 : Pause Déjeuner
- 15H00 - 17H30 : Travaux en atelier (suite)
- 17H30 - 17H45 : Pause Café
- 17H45 - 19H30 : - Travaux en atelier (suite et fin)
- Présentation des travaux en plénière (éventuellement)

# Synthèse des exposés

## **1. LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DISTRICT**

(Dr Owona Essomba, DMPR).

En 1989, en raison de la crise économique et fort des leçons tirées de la longue expérience acquise dans la mise en oeuvre des SSP avant et après ALMA-ATA, le Cameroun a procédé à la réorientation des SSP et en a fait la base de sa politique de Santé.

Le Directeur de la Médecine Préventive et Rurale a montré que le Centre de Santé est devenu la pierre angulaire des SSP, prenant ainsi la place que le village-santé occupait.

Le Centre de Santé doit dispenser des soins intégrés à une population vivant dans une zone géographique bien délimitée compte tenu des critères socio-culturels et opérationnels. Cette zone est l'« AIRE DE SANTE ».

### **1.1. L'équipe du centre de santé**

*L'équipe type du centre de santé est constituée de :*

- 1 Infirmier Breveté Accoucheur
- 2 Aides-Soignants
- 1 Agent de l'Etat
- 1 Commis

Un certain nombre de Centres de Santé sont rattachés à un Hôpital de 1ère référence ou Hôpital de District.

### **1.2. Le District de santé**

Le District est le territoire constitué par l'ensemble des Aires de Santé ayant une même 1ère référence.

le Comité de Santé du District sous la supervision de l'équipe de santé du niveau intermédiaire (Province).

### 1.5. Conclusion

*Les vicissitudes du système actuel ont amené l'Orateur à faire les propositions suivantes :*

- Il est indispensable de bien organiser un système de santé pour assurer la pérennité des résultats de l'action sanitaire.

- *Le Co-financement comme mode de financement des Services de Santé doit s'accompagner de la cogestion pour assurer :*

- . L'équité par les mécanismes de solidarité,
- . La transparence,
- . La participation communautaire.

- L'organisation du financement des Services de Santé sur la base d'un système provincial de santé facilite la mise en oeuvre des mécanismes de solidarité.

A cet effet, il est nécessaire de définir le cadre juridique dans lequel fonctionne ce système.

- Les droits et obligations des partenaires doivent être connus.

- Le rôle que peuvent jouer les bailleurs de fonds en collaboration avec certains Responsables nationaux de la Santé pour convaincre les pouvoirs publics d'adopter la politique de réorientation des SSP doit être précisé.

- Il faut assurer la disponibilité des médicaments essentiels,

- la participation active de la communauté à travers les structures de dialogue

- Amener chaque Hôpital de District à un niveau de plateau technique qui en fait la véritable première référence (Annexe I).

**2.2.6 S'assurer que l'équipement est adapté à notre environnement ou que son environnement peut être adapté.**

**2.2.7 Prendre les dispositions pour la disponibilité du personnel utilisateur.**

**2.2.8 Etudier tous les coûts induits pour l'acquisition de l'équipement**

- prix de l'équipement
- aménagement des infrastructures
- installation
- formation

**2.2.9 S'assurer des disponibilités financières pour le fonctionnement**

- consommables
- maintenance

**2.2.10 Penser à l'amortissement des équipements.**

**2.2.11 Comparer les services offerts par les différents fournisseurs**

- coût de l'équipement
- origine
- garantie
- service-après-vente
- disponibilité des produits consommables
- disponibilité des pièces de rechange
- documentation technique
- formation du personnel (utilisateur et maintenance)

### **2.3. Procédure d'Acquisition**

**2.3.1 Procéder à une étude préalable**

**2.3.2 Choisir un fournisseur par un système de concurrence**

**2.3.3 Rédiger un marché :**

- préciser toutes les spécifications techniques
- exiger toute la documentation technique en langue nationale (manuel d'utilisation et manuel de maintenance)



### **3. LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CAMEROUN**

(Dr Kamwa, DMH)

« La Santé n'a pas de prix... Mais malheureusement elle a un coût... »

#### **3.1. Analyse sommaire des dépenses de santé**

3.1.1. Le Poste Santé de l'Effort Social de la Nation (E.S.N.)

3.1.2. L'Assurance-Maladie (s'il y a lieu)

3.1.3. La Consommation des ménages en soins de Santé

3.1.4. Les Dépenses effectuées par d'autres secteurs

(Il s'agit ici des dépenses ayant un impact sur la santé de la population)

- Voies et Moyens de communication
- Affaires Sociales
- Environnement
- Eau
- Mesures administratives  
(Ex : le port de la ceinture de sécurité).
- etc...etc...

#### **3.2. Les agrégats des comptes nationaux de santé**

*2 grands agrégats sont utilisés :*

*1- La Consommation médicale totale (C.M.T.) qui porte sur :*

- la consommation des services et biens médicaux : analyse sous forme marchande.
- La consommation des soins de médecine préventive : analyse sous forme non marchande.

#### **2. La Dépense courante de santé (D.C.S.).**

*Elle regroupe des dépenses beaucoup plus vastes que la consommation médicale totale ; elle comprend en particulier :*

- les préventions collectives
- les prestations en espèces
- la sécurité sociale/l'assurance-maladie
- la recherche médicale

### **3.6. Le financement communautaire**

( Ou Financement Direct)

#### *1. Les Axes Théoriques*

##### 1.1. Le « RISK SHARING »

- Burundi (carte)
- Côte-D'Ivoire (PANAS)

##### 1.2. Le « Cost Sharing »

##### 1.3. Le « Cost Recovery »

##### 1.4. « L'investissement humain ».

#### *2. La situation au Cameroun*

Dans les pays en développement (surtout en Afrique), l'acceptabilité du partage de risque est encore relativement faible ! Il en est de même au Cameroun.

##### 2.1. Les Lois Mbedé et ses applications (cf 3.9)

##### 2.2. *Les autres voies possibles :*

- Ticket de propriété
- recouvrement des coûts sur supports de données/outils de gestion
- morgue

### **3.7. Le financement non communautaire**

(Ou Financement Indirect)

#### *1. La Solidarité Nationale (ESN)*

##### 1.1. La solidarité centralisée : allocations budgétaires du niveau central.

##### 1.2. L'affectation des recettes.

##### 1.3. La solidarité décentralisée : participation des collectivités locales.

#### 4. ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX DE DISTRICT :

(Dr Bodart, SESA)

*L'intervention du Dr Bodart est axée sur la connaissance du district. Les performances des formations sanitaires des secteurs public et privé confessionnels ont été comparées sur le plan :*

- de certaines activités ;
- de la disponibilité de certains matériels ;
- de la vente des médicaments ;
- du personnel et ;
- du mode de financement du fonctionnement des formations sanitaires.

Sur 19 hôpitaux sollicités (10 publics et 9 privés), seuls 15 ont répondu (9 publics et 6 privés).

#### **MÉTHODOLOGIE :**

Un questionnaire développé par le Ministère de la Santé Publique a été envoyé aux responsables de 10 Hôpitaux publics et 7 hôpitaux confessionnels répartis dans les 10 provinces. Il était précisé que les réponses ne seraient en aucun cas utilisés pour une évaluation des performance du personnel. Nous avons reçu 9 réponse du Secteur public et 6 du secteur privé pour la période de juillet 91 à juin 92.

*Le choix non aléatoire des hôpitaux a reposé sur 2 critères :*

. l'Hôpital devait avoir été retenu comme futur Hôpital de District par le Ministère de la Santé Publique et

. il devait s'agir d'un hôpital situé dans u district avec une population minimale de 70.000 habitants.

#### **Connaissances du District**

	POP. DIS.	AS. DIS.	CS. DIS.	TOTAL
PUBLIC	6	6	6	9
MISSION	3	3	2	6

## Diagnostic du HIV

	TEST +	TEST -	TOTAL
PUBLIC	5	3	8
MISSION	6	0	66

Cette activité est développée dans les 2 secteurs analysés. Pourtant 3 hôpitaux sur 8 sont dans l'impossibilité de le faire.

## Laboratoire : E.C.B.U.

	ECBU +	ECBU -	TOTAL
PUBLIC	4	5	9
MISSION	6	0	6

Il est étonnant de constater qu'une majorité d'hôpitaux publics (5 sur 9) ne peuvent assurer la réalisation de cet examen de laboratoire de base.

## Disponibilité de kits à transfusion

NBRE KITS	PUBLIC	MISSIONNAIRE
0	8	0
120	0	1
300	0	1
500	1	0
> 1000	0	2
TOTAL	9	4

Huit Hôpitaux publics sur neuf n'ont pas de kits à transfusion ! Sur les 4 hôpitaux privés qui ont répondu à la question, tous ont au moins 120 kits à transfusion.

### Disponibilité en Otoscope

	OBS.	MOYENNE	DEV. STD
PUBLIC	9	0.7	0.8
MISSION	6	5	2.4

P = 0.001

En fait, il y a moins d'un otoscope disponible en moyenne par hôpital public.

### Estimation de la proportion d'injection réalisées avec ou matériel à usage unique

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	9	72 %	23 %
MISSION	6	25 %	34 %

P = 0.02

Le résultat exprimé est une appréciation subjective. Néanmoins, la différence entre public (72 %) et le privé (25 %) est tellement importante qu'elle devrait être réelle. Une explication possible est le soucis d'efficience du secteur confessionnel qui cherche à réduire les coûts des soins en travaillant avec du matériel à usage multiple.

### Hôpitaux assurant la vente des médicaments essentiels

	MED +	MED -	TOTAL
PUBLIC	8	1	9
MISSION	5	1	6

P = 0.65

Presque tous les Hôpitaux dans le secteur public comme privé assurent la vente des médicaments essentiels.

**NB : Sur 8 hôpitaux Publics vendant des médicaments, 5 n'ont pas fournis de données sur les recettes.**

### Hôpitaux dans lesquels la communauté est mêlée à la gestion

	GEST +	GEST -	TOTAL
PUBLIC	3	6	9
MISSION	2	4	6

FISHER P = 0.71

Que ce soit dans le secteur privé ou public, la communauté n'est que faiblement mêlée à la gestion.

### Hôpitaux dans lesquels les référés bénéficient d'un tarif préférentiel

	PREF +	PREF -	
PUBLIC	1	8	9
MISSION	2	4	6

P = 0.52

Très peu d'hôpitaux offrent un tarif préférentiel aux référés. Ceci témoigne du non fonctionnement des districts de santé dans la République.

### Nombre d'Hospitalisations

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	9	2212	1559
MISSION	6	5172	1551

P = 0.01

Le nombre absolu d'hospitalisation est plus important dans les hôpitaux confessionnels que publics. Ceci dans une proportion similaire au nombre de lits disponibles.

### Proportion de hernies parmi les Interventions Majeures

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	5	73 %	29
MISSION	4	30 %	28

P = 0.05

Cette proportion est nettement plus élevée dans le secteur public (73 %) que dans le secteur confessionnel (30 %). Ceci montre clairement que le plateau technique en matière chirurgicale est plus élevé dans le secteur confessionnel.

### Proportion de césariennes

#### Réalisées par rapport aux césariennes théoriques

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	5	4 %	3
MISSION	3	14 %	9

P = 0.03

Les césariennes théoriques ont été déterminés sur la base de 8 % de césariennes théoriques par 100 accouchements. Cet indicateur mesure la force d'attraction que l'Hôpital exerce sur la population. En effet si le diagnostic est posé, la seule solution est de se rendre à l'Hôpital pour que l'on pratique une césarienne. On remarque que la proportion des césariennes réalisées est très basse. La première explication de ce faible taux pourrait être un excès de population reprise au dénominateur.

Si ce résultat est exact, alors on suppose que ce manque de prise en charge explique en partie la forte mortalité maternelle et périnatale.

### Proportion des Hôpitaux qui approvisionnent les centres de santé

	APP +	APP -	TOTAL
PUBLIC	2	6	8
MISSION	3	3	6

FISHER P = 0.58

Peu de CS sont approvisionnés par les Hôpitaux et surtout dans le secteur public. Dans ce secteur, pour certaines provinces (AD, SUD, NW, SW, LT, NO). L'approvisionnement des CS est organisé directement à partir des centres provinciaux d'approvisionnement. Ni l'hôpital, ni le district n'a une responsabilité en la matière.

### Proportion du temps que le Médecin consacre à la supervision des centres de santé

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	5	13 %	11
MISSION	5	14 %	8

P = 0.91

La proportion est identique dans le secteur confessionnel comme public. Cette proportion est déjà appréciable.

### Revenus à partir des prestations par nouveau-cas pour les Hôpitaux Publics (recettes médicaments exclus)

	OBS.	MOYENNE	DEV.STD
PUBLIC	3	394	317

La recette moyenne hors médicaments est de 394 FCFA. Cette donnée peut servir à réaliser des projections de recettes dans le cadre du financement des Hôpitaux de districts publics.



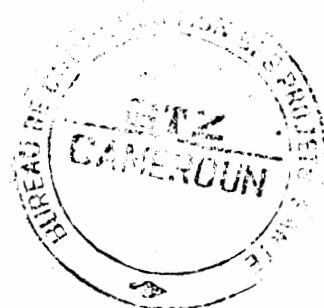
### **5.3. Les activités de renforcement**

Participation au PEV et aux activités d'IEC liées aux programmes prioritaires.

### **5.4 Les activités d'intégration**

- Participation à l'intégration des programmes verticaux (planning familial, tuberculose, lèpre, SIDA, maladies diarrhéiques, avitaminoses, trypanosomiase....) ;
- Participation au fonctionnement de l'Interface Service de Santé du District (SSD)/Population.

Pour chacun des éléments du Paquet Minimum d'activités, une identification des ressources techniques, matérielles et humaines est nécessaire (Voir Annexe....).



pation accrue des usagers au financement des services de santé.

Un calcul sur le recouvrement réel des coûts n'est pas fait. Cette contribution essaie de donner quelques informations pour une discussion plus réaliste.

### LA MÉTHODE

Pour projeter les coûts possibles à recouvrer, les réflexions sont basées sur quelques expériences internationales et sur les réalités Camerounaises. Basées sur les scénarios de différentes populations du District (100.000; 70.000; 50.000) les frais à recouvrer sont calculés par an et comparés avec les coûts actuellement payés (en majorité par l'Etat).

Le calcul des dépenses est basé sur un Hôpital qui ressemble dans ses dimensions et dans ses fonctions à un hôpital de district. C'est le cas avec l'Hôpital de NDOP dans la Province du Nord-Ouest.

#### Les couts actuels de l'hôpital

L'Hôpital	- Lits	:	92
	- Personnel (total)	:	104

*Pour information, le personnel par catégorie :*

CATEGORIE	NOMBRE
Agent Contractuel	1
Agent de l'Etat	41
Aide-Soignant	19
Agent Technique Médico-Sanitaire	8
Auxiliaire	1
Cadre Contractuel	1
Infirmier Breveté	8
Infirmier Diplômé d'Etat	17
Infirmier Principal	1
Médecin	2
Technicien du Génie Sanitaire	1
Technicien Médico-Sanitaire	3
Technicien Principal du Génie Sanitaire	1
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>

## L'utilisation des services

L'utilisation d'un hôpital a un effet immédiat sur les coûts par le malade et est déterminé par la population cible et les taux de références. L'hôpital de district sert seulement comme hôpital de référence et pas comme un service directement utilisable par la population.

*Dans les scénarios qui suivent, l'utilisation par la population d'un tel hôpital est calculée sur la base de deux variables :*

(1) taux d'utilisation des services de santé et

(2) les taux de références entre le premier niveau (centres de santé) et le deuxième niveau (Hôpital de district).

1. Les taux de références au Cameroun (et dans plusieurs pays africains) tournent en général entre 0,2 et 0,4 par personne et par an (20 à 40 % des personnes utilisent les services de santé par an). Seulement, dans des cas exceptionnels (intervention de projets par exemple), ces chiffres sont un peu plus élevés.
2. Les taux de référence entre le premier et le deuxième échelon sont en général de 5 %. il y a une certaine variation qui dépend des types de services offerts par le premier échelon mais qui ne dépassent jamais 7 %. La réalité camerounaise n'est pas connue, mais avec les services intégrés dans les centres de santé, surtout les services prénataux, les taux idéaux au Cameroun sont estimés à 50 %.

**Scénarios 1. : un district avec une population de 100.000 habitants.**

Taux de premier contact	Nbre d'utilisateurs dans la district	3 % Référence	5 % Référence	7 % Référence
0,3	30.000	900	1.500	2.100
0,5	50.000	1.500	2.500	3.500
0,7	70.000	2.100	3.500	4.900
1	100.000	3.000	5.000	7.000

Besoin de lits - jours avec un séjour de 5 jours (moyenne camerounaise 4,8) : 7.500 lits.

C'est étonnant, mais c'est expliqué par la réalité camerounaise avec des taux d'occupation très bas dans presque tous les Hôpitaux. Bien sûr que les lits disponibles doivent être majorés pour répondre aux changements saisonniers et pour des occasions spéciales. Le nombre de ces lits doit être discuté mais en général, 10 lits de réserve sont suffisants. Cela veut dire qu'un district de 100.000 habitants en général a besoin d'un hôpital de 31 Lits seulement.

*Pour discuter les différentes possibilités et réalités camerounaises, les taux d'occupation pour un hôpital avec 100 lits (population du district de 100.000 habitants) sont présentés en relation avec des taux d'utilisation de premier échelon et des taux de références :*

**Occupation de l'Hôpital du district (100 lits, population 100.000)**

TAUX DE 1er CONTACT	3% REFERENCE	5% REFERENCE	7% REFERENCE
0,3	12 %	21 %	27 %
0,5	21 %	34 %	48 %
0,7	29 %	48 %	67 %
1	41 %	68 %	96 %

**Pour comparaison : (50 lits, population 100.000)**

TAUX DE 1er CONTACT	3% REFERENCE	5% REFERENCE	7% REFERENCE
0,3	25 %	41 %	58 %
0,5	41 %	68 %	96 %
0,7	58 %	96 %	134 %
1,0	82 %	137 %	192 %

Un hôpital de 100 lits est définitivement sur-dimensionné : la possibilité d'atteindre un taux d'occupation acceptable (environ 80 %) en général n'est pas possible.

## Recouvrement par tarification

Ces possibilités des bénéfices pour la tarification sont présentées comme suit: les calculs sont faits par la tarification moyenne de 500, 1.000, 1.500 et 2.000 par personne. Comme bénéfices nets, 70 % seulement des tarifs sont considérés (au Cameroun, les bénéfices par la tarification ont une variation très grande : en considérant les indigents et les paiements non officiels qui n'entrent pas dans les services, la moyenne est environ 1.000 FCFA.

Taux de premier	Nbre d'utilisateurs dans la district	3 % Référence	5 % Référence	7 % Référence
<b>500</b>	0,3	315.000	<b>525.000</b>	735.000
	0,5	525.000	875.000	1.225.000
	0,7	735.000	1.225.000	1.715.000
	1	1.050.000	1.750.000	2.450.000
<b>1.000</b>	0,3	630.000	<b>1.050.000</b>	1.470.000
	0,5	1.050.000	1.750.000	2.450.000
	0,7	1.470.000	2.450.000	3.430.000
	1	2.100.000	3.500.000	4.900.000
<b>1.500</b>	0,3	945.000	<b>1.575.000</b>	2.205.000
	0,5	1.575.000	2.625.000	3.675.000
	0,7	2.205.000	3.675.000	5.145.000
	1	3.150.000	5.250.000	7.350.000
<b>2.000</b>	0,3	1.260.000	<b>2.100.000</b>	2.940.000
	0,5	2.100.000	3.500.000	4.900.000
	0,7	2.940.000	4.900.000	6.860.000
	1	4.200.000	7.000.000	9.800.000

Ce tableau donne une idée sur les coûts qui peuvent être récupérés par la tarification actuelle par an. Evidemment, la possibilité d'augmenter les bénéfices par les tarifs n'est très grande.

Ce recouvrement (1,3% des coûts de l'état) est très faible. Même en considérant que la majorité des Hôpitaux du District ont moins de 100 lits (mais plus de 50 lits) et la réduction des salaires, le taux de recouvrement ne dépasse pas les 5%.

La solution n'est pas unique. il faut un mélange approprié entre la réduction des coûts et l'augmentation des bénéfices.

*Les coûts :*

1. Réduire le nombre de lits
2. Réduire le personnel (la composante la plus chère)
3. Optimiser l'infrastructure interne.

*La tarification :*

1. Réviser les tarifs actuels et
2. Assurer que les malades payent (l'indigence doit être réelle et non une excuse pour des faveurs),
3. Assurer que les paiements des malades entrent dans la caisse de l'Hôpital et pas les poches privées.

*La vente des médicaments :*

1. Assurer que les médicaments sont vendus par le système des médicaments essentiels de l'Hôpital et pas directement par le personnel de l'Hôpital.

Pour montrer les effets, les coûts de l'Hôpital de 30 lits (sans changer la relation personnel par lit mais avec une réduction de 10%) et, pour le recouvrement un taux d'utilisation de 0,5 avec un tarif de 3.000 FCFA par malade (5 jours d'hospitalisation) et un paiement de 1.500 FCFA par malade sont considérés. les autres données ne sont pas changées.

Coûts d'un Hôpital de 100 lits	:	36.962.000 FCFA
Recouvrement tarifications	:	5.250.000 FCFA
Recouvrement des médicaments	:	1.125.000 FCFA
<b>Somme Recouvrement</b>	<b>:</b>	<b>6.375.000 FCFA</b>

Avec ce changement, les services deviennent de beaucoup, meilleur marché pour l'Etat, et le taux de recouvrement est augmenté considérablement.

Les hôpitaux du district doivent être adaptés aux besoins. Les recettes peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins et augmenter l'attractivité des services. Avec ces mesures, on a encore plusieurs possibilités de recouvrement des coûts dans le futur.

à la faiblesse du taux d'occupation des lits de l'Hôpital Provincial et à la tendance des malades à aller vers les formations plus équipées.

Dans le Sud, la très grande superficie de certains Districts rend les mouvements des malades difficiles. Les responsables politiques pensent qu'il doit y avoir le même nombre de Districts dans tous les Départements.

Il se pose également le problème de savoir comment harmoniser la tarification entre le public et le privé et celui de savoir si on pourra faire des affectations des personnels entre les deux secteurs.

## **1. ORGANISATION/ACTIVITÉS D'UN HÔPITAL DE DISTRICT**

### **1.1. Définition :**

*L'Hôpital de district est le seul hôpital de première référence dans le système de santé de district. Cet hôpital assure les fonctions ci-après :*

- recours et appui pour les services de premiers échelon ;
- renforcement du programme de prévention/promotion ;
- formation et recherche ;
- contribution à l'identification des problèmes inter-sectoriels.

### **1.2. Place de l'Hôpital de District dans le système de Santé**

*- Dans le système de santé, l'Hôpital de district constitue un élément du système de santé de District qui fonctionne sous l'autorité directe du service de santé de district.*

*- Dans le système de soins, l'hôpital de district assure principalement les soins de 2<sup>e</sup> échelon.*

*- Dans les services de Santé, l'Hôpital de district est l'un des services de santé du District placé sous la supervision du Chef de Service de santé de District.*

### **1.3 Organisation d'un Hôpital de District**

#### **a) architecture :**

*L'architecture retenue est un hôpital pavillonnaire en raison des avantages suivants :*

- Le coût d'entretien est moins élevé et l'aération facile ;
- La protection des autres blocs en cas de sinistres est assurée
- le faible risque de contamination ;
- déplacement facile pour les malades et personnels ;
- extension facile.

Toutefois il tiendra compte des structures déjà existants.



**c) Les Structures de dialogue comprenant :**

- Un Comité médico-technique : cercle clos de discussion éthique et technique;
- Un Conseil d'Hôpital : Organe de délibération ;
- Un Comité de Gestion (Organe d'exécution)

**NB :** Une salle polyvalente pour réunions diverses doit être prévue.

*Après la présentation de cette synthèse. Les séminaristes ont été répartis en quatre groupes correspondant à quatre ateliers, chaque groupe devant réfléchir sur thème:*

Groupe 1 : Plan et Services type de l'Hôpital de District

Groupe 2 : Equipement type/Maintenance

Groupe 3 : Equipe cadre du District

- Equipe type de l'Hôpital de District
- Les postes de travail

Groupe 4 : Budgétisation (modèle d'évaluation des coûts)

- Comptabilité et Plan comptable.

Les différents groupes ont présenté la synthèse de leurs travaux dans le même ordre que ci-dessus.

### 2.3. Bloc C : Hospitalisations

2.3.1. *MEDECINE* : 6 salles

Hommes : 1 Salle

Femmes : 1 Salle

Bureau des Infirmiers : 1 Salle et Placard

Haut Standing : 2 pièces

#### *INSTALLATIONS SANITAIRES*

2.3.2. *CHIRURIGIE* : 7 Salles

Hommes : 1 Salle

Femmes : 1 Salle

Soins intensifs : 1 Salle

Bureau Infirmiers : 1 Salle

Haut-Standing : 2 Pièces

2.3.3. *PEDIATRIE* : 5 Salles

Salle commune : 1 Salle

Salle Infirmiers : 1 Salle, plus placard

Haut-Standing : 2 pièces

Sanitaires : 1 Salle

2.3.4. *GYNECO-OBSTETRIQUE* : 7 Salles

- Travail : 1 Salle

## 2.6. Bloc F : 5 Salles

- Cuisine : 1
- Hébergement : 1
- Sanitaire : 1
- Buanderie : 1
- Lieu du Culte : 1

## 2.7. Bloc G : Morgue

Plan type module III

## 2.8. Bloc H :

*Constitué de :*

- Clôture avec guérite
- Parking extérieur

L'Hôpital sera construit sur une superficie de 5 hectares bornée (espaces verts plus bâtiments).

On y retrouve les logements pour deux médecins, le Surveillant Général et une case de passage.

Les divers blocs sont régulièrement approvisionnés en eau et électricité de même, les installations téléphoniques existent.

Des allées couvertes raccorderont les différents blocs.

Le plan type recommandé pour un hôpital de district est le suivant (de type pavillonnaire)

### **3. EQUIPEMENT TYPE/MAINTENANCE**

L'équipement type de l'Hôpital de District a été proposé sur la base du paquet minimum d'activités (PMA) de cette structure.

Le groupe II a travaillé à partir de la liste des Services issue de la synthèse des travaux des deux premiers grands groupes.

#### **3.1. Le service médico-technique**

##### **3.1.1. Le Service Clinique**

##### **3.1.1.1. Les Consultations Externes**

N°	DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
MATERIEL D'EXPLOITATION		
35	Bureau .....	1
36	Chaise .....	3
37	Banc .....	2
38	Armoire .....	1
39	Poubelle .....	1
40	Ventilateur .....	1
41	Seau simple .....	1
42	Lit .....	3

### 3.1.1.2. Pharmacie

N°	DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
1	Poubelle .....	1
2	Réfrigérateur .....	1
3	Climatiseur .....	1
4	Table .....	1
5	Chaise .....	1
6	Calculatrice.....	1
7	Etagère.....	1
8	Armoire.....	1
9	Coffre-fort (caisse) .....	1
10	Triangle compte-comprimés .....	1
11	Echelle.....	1
12	Destructeur d'aiguilles .....	1

### 3.1.1.3.2 Hospitalisation-Chirurgie

N°	DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
1	Lits orthopédiques (production locale) .....	4
2	Lits simples..... Tout ce qu'il y a en médecine plus	16
3	Paravents mobiles pour séparer malades .....	2
4	Bloc à lavement.....	6

### 3.1.1.3.3. Hospitalisation-Pédiatrie

N°	DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
1	Lits simples.....	20
2	Tensiomètres pédiatriques.....	2
3	Pèse-bébés.....	1
4	Berceau.....	4
5	Aspirateur.....	1
6	(bouteille d'oxygène) concentrateur d'oxygène	1
7	Table de soins et examens.....	1
8	Stéthoscope pédiatriques.....	2
9	Casseroles.....	3
10	Cuillères à café et à soupe.....	
11	Pèse-Personnes médical..... Plus l'équipement disponible en médecine	1

#### **3.1.1.4. Unité des Soins bucco-dentaires (MSP/SDHFS/SD)**

- (Adaptateur universel)
- Plateau d'instrument
- Seringue à air
- (Système d'accouplement)
- (Turbine)
- Ensemble de pièces à main
- Crachoir
- Scialytique
- Pédale de commande de (turbine et) micromoteur
- Fauteuil dentaire électrique avec repose tête
- (compresseur)
- Tabouret mobile et ajustable pour praticien
- Huile pour lubrification et turbine et contre-angle

#### **3.1.1.4.1. Liste de petit Matériel pour un Technicien Dentaire**

##### **a) - Instruments d'Examen**

- Sonde de rhin
- Sonde de 17
- Miroir
- Manche pour miroir
- Précelles lisses
- Plateau 15 x 20 x 1,5
- Précelles striées

##### **b) - Instruments d'Obturation et Préparation**

- Spatule à bouche double
- Exvacateur double n°s 1 et 3
- Fouloir double n°s 1 et 3 de chaque
- Prunissoir
- Spatule à malaxer large et double
- Pilon à amalgame
- Porte matrice Ivory n°1

- *Elevateurs*

- . droit
- . Elevateur à racine
- . Elevateur coudé côté droit
- . Elevateur coudé côté gauche

- *Curette*

- . Curette gros calibre
- . Curette moyen calibre
- . Curette petit côté calibre

- *Seringue et Aiguille*

- . Seringue dentaire à capsule
- . Seringue dentaire simple
- . Aiguille dentaire longue 0 0,40 (100)
- . Aiguille dentaire courte 0 0,40 (100)
- . Aiguille à I.M.

- *Daviers*

- . davier incisive supérieure
- . davier prémolaire supérieure
- . davier molaire supérieure côté D
- . davier molaire supérieure côté C
- . davier racines supérieures
- . davier incisive inférieure
- . davier prémolaire inférieure
- . davier molaire inférieure
- . davier racines inférieures
- . pince gouge
- . davier dents de sagesse haut et bas
- . Ouvre bouche.



- La traumatologie :
  - . la traction
  - . 1 boîte de traumatologie
  
- La laparotomie :
  - . (exemple : splénectomie, hystérectomie annexectomie, grossesses ectopiques appendectomie, hernie etc...)
  - . 1 boîte de la parotomie.
  
- En gynéco-obstétrique : il faut :
  - . 1 boîte de césarienne
  - . 1 boîte de curetage
  - . 1 boîte de cranectomie
  - . 1 ventouse

Les instruments pour la ponction vésicule, la dilatation urétrale, le traitement d'hydrocèle, l'aspiration du pneumothorax et le drainage du pyothorax.

- l'équipement pour l'anesthésie générale et spinale.

### *Stérilisation*

- poupinel ou autoclave
- tambours
- panier
- table
- chariot de transport de linge et matériel stérile
- rayonnage
- boîte à instrument.

### *3.1.2.3. Le Laboratoire*

#### *Parasitologie*

- microscopes 2
- centrifugeuse pour hématocrite 1
- appareil de Westengreen
- pipettes

## 3.2 Service d'appui

### 3.2.1. Cuisine

Il faut prévoir un local que les garde-malades peuvent utiliser.

### 3.2.2. Buanderie

1 - machine à laver de 5 kg	2
2 - table à repasser	
3 - fer à repasser	Pour linge
4 - rayonnage	de l'Hôpital.
5 - machine à coudre	
6 - bassines pour linge.	

Il faut une section pour le linge de l'Hôpital et une section pour les malades et garde-malades. La Section pour malades et garde-malades ne sera pas équipée.

### 3.2.3. Hygiène et Assainissement

- 1 - Brouette
- 2 - Machettes
- 3 - Tondeuse
- 4 - Râteaux
- 5 - Pelles
- 6 - Limes
- 7 - Pulvérisateurs
- 8 - Poubelles
- 9 - Bottes et gants de travail
- 10 - Masques de protection.

### 3.2.4. Sécurité incendie

- Extincteurs (pour groupe des infrastructures).

### 3.2.5 Service de Maintenance

Voir liste en annexe d'équipement utilisé pour exécuter la maintenance préventive et corrective de l'équipement et des installations (de faible complexité et des bâtiments de l'Hôpital et des Formations sanitaires du District).

#### 4. EQUIPE CADRE DU DISTRICT, EQUIPE TYPE DE L'HOPITAL DE DISTRICT, LES POSTES DE TRAVAIL

Pour déterminer les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du District de Santé et de l'Hôpital de District, la réflexion du groupe III est partie de l'identification des postes de travail et des activités qui seront menées au niveau de chaque poste.

Le tableau suivant montre le cheminement que le groupe a suivi pour arriver aux résultats obtenus.

##### 4.1. Ressources Humaines pour l'équipe de district

SERVICES	ACTIVITES	N° PERS.	QUALIFICATION
Equipe type de District	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Supervision de               <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Hôpital de District sur                   <ul style="list-style-type: none"> <li>. la Gestion Administrative fin</li> <li>. les activités des soins</li> <li>. les activités d'appui</li> </ul> </li> <li>- Les Centres de Santé sur                   <ul style="list-style-type: none"> <li>. les soins curatifs de base</li> <li>. prise en charge des malades chroniques</li> <li>. prise en charge des groupes à risque</li> <li>. promotion sanitaire</li> <li>. gestion financière et Médicaments Essentiels</li> <li>. la dynamisation des structures de dialogue.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>* Coordination de               <ul style="list-style-type: none"> <li>- moyen logistique</li> <li>- rédaction et/on diffusion des instructions</li> <li>- information de leur diffusion</li> </ul> </li> <li>* Gestions               <ul style="list-style-type: none"> <li>- des ressources humaines et mat.</li> <li>- des médicaments essentiels</li> <li>- de la maintenance</li> <li>- des ressources financières</li> <li>- du parc automobile</li> </ul> </li> <li>* Formation               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des besoins</li> <li>- l'organisation des séances</li> </ul> </li> </ul>	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Méd.Chef</li> <li>1- Chef BAF.</li> <li>- un chef de Bureau Santé TSSI</li> <li>- un IDE ou IB</li> <li>1 Secrétaire</li> <li>1 Chauffeur</li> <li>1 Gardien</li> <li>1 Agent d'ent.</li> </ul>

SERVICE	ACTIVITES	NBRE DE PERS.	QUALIFICATION
<b>LABORATOIRE</b> Sce permanent aussi après les heures service en cas urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil des malades</li> <li>- enregistrement</li> <li>- prélèvement et collecte des échantillons</li> <li>- exécution des examens et analyse</li> <li>- remise des résultats</li> <li>- nettoyage de matériel et stérilisation</li> <li>- prélèvement et test de compatibilité du sang pour transfusion</li> </ul>	<p>3 personnes 1 responsable 2 assistants</p>	<p>2 TMD - Labo 1 TMS-Opt. L.</p>
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enregistrement</li> <li>- Approvisionnement</li> <li>- Vente des médicaments</li> <li>- Commande des médicaments</li> <li>- Gestion de stock</li> <li>- Covnselling</li> <li>- Versement des recettes</li> </ul>	<p>2 personnes 1 superviseur 1 commis</p>	<p>1 TMS-Pharmac. 1 TMS-op Phar. 1 Commis au  choix de la communauté</p>
Sce Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil</li> <li>- Enregistrement</li> <li>- Consultations</li> <li>- Soins</li> </ul>	<p>1 personnes 1 IB formé</p>	<p>1 TMS-op Dent. ou</p>
<b>BLQC</b> <b>OPERATOIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmation des malades à opérer</li> <li>- Transport du malade avant et après l'intervention</li> <li>- Vérifier si le malade est préparé en salle</li> <li>- Faire la consultation anesthésique pré-opératoire</li> <li>- Prémédication du malade</li> <li>- Opérer le malade</li> <li>- Entretien des instruments et matériel (collect et nettoyage)</li> <li>- Transport et dépôt des instruments et matériel pour stérilisation</li> </ul>	<p>1 Major 1 Chirurgien 1 Instrumentiste  1 anesthésist 2 Aides</p>	<p>1 IDE 1 Médecin 1 IB 1 TMS-Anesthésiste 2 AS</p>

SERVICE	ACTIVITES	NBRE DE PERS.	QUALIFICATION
HYGIENE ET PROPRETE EXTERNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desherbage</li> <li>- ballayage</li> </ul>	5 personnes	1 TGS
Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enlèvement des ordes</li> <li>- ncineration</li> </ul>	1 responsable 4 exécutants 1/pavillon	4 AE
Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- propreté int.</li> <li>- traitement des déchets</li> <li>- entretien des toilettes</li> <li>- assurer le maintien de propreté au sein de l'hôpital par le malade et gardes malades</li> </ul>	1 Personne	1 ouvrier Polyvalent hospitalier (Niveau CAP)
Gardiennage et sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contrat régulier du matériel</li> <li>- entretien et suivi <ul style="list-style-type: none"> <li>. plomberie</li> <li>. électricité</li> <li>. véhicule</li> <li>. bâtiment</li> </ul> </li> <li>(En collaboration avec l'équipe provinciale)</li> <li>- Propose au gestionnaire sur l'entretien</li> </ul>	2 personnes	2 AE
Service Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer la surveillance des malades et du matériel</li> </ul>	1 personne	Ressource Exogène
La Morgue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les cas sociaux</li> <li>- la prise en charge</li> <li>- évacuation</li> <li>- enquête sociale</li> <li>- conseil diététique</li> <li>- récupération du corps et conservation</li> <li>- Mise en bière</li> <li>- Remise du corps</li> <li>- Assister à l'autopsie</li> <li>- entretien de la morgue et matériel d'autopsie</li> </ul>	1 personne	1 AE

SERVICE	ACTIVITES	NBRE DE PERS.	QUALIFICATION
SECRETAIRE	- traitement de texte - archive - reprographie - traitement de courrier	1 personne	1 Secrétaire
	- transporter le matériel - transporter les malades etc	1 personne	1 chauffeur/ mécanicien

### Tableau Récapitulatif

SERVICE	MED	TMS	IDE	ATMS IB	AS AE
<b>TOTAL</b>	2	6 (5)	5	(1) 9 (10)	17 (1)
<b>S. MEDICO-TECHNIQUES</b>					
* Cons. Externes	1			1	
* Hospitalisations					
. Pédiatrie			1	1	3
. Gyn/obst.			1	4 (A)	4
. Chirurgie			1	1	3
. Médecine			1	2	2
* Laboratoire		2			1 (L)
* Pharmacie		1			+ Com
* Service Bucco-dent.		1		(ou 1)	
* Bloc opératoire	1	1(An)	1	1	2
* Stérilisation				(1)	1 (ou 1)
* Imagerie diag.		1		(ou 1)	

SERVICE	ACTIVITES	NBRE DE PERS.	QUALIFICATION
Equipe type de District cont.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mobilisation communautaire</li> <li>- Organisation des structures de dialogue et l'animation</li> <li>- Promotion de la collaboration intersectoriels</li> <li>- Assistance technique à l'Hôpital</li> </ul>		
L'Equipe cadre de District	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer les conditions nécessaires à un engagement de la collectivité dans le domaine de sa santé.</li> <li>- Etablir un plan d'action du District</li> <li>- Assurer, organiser et gérer les ressources</li> <li>- Evaluer les plans d'actions</li> <li>- initier les programmes de recherche</li> <li>- Promouvoir la collaboration intersectorielle</li> <li>- Organiser la formation complémentaire de base et la formation continue des personnels des unités opérationnelles</li> <li>- Intégrer les programmes</li> </ul>	5 personnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Médecin-Chef de District</li> <li>- Le Médecin Chef de l'Hôpital</li> <li>- Le Chef BAF</li> <li>- Le Chef Bur. Santé</li> <li>- Le surveillant général de l'Hôpital</li> </ul>

## **5. LA GESTION ET LES FINANCES DE L'HOPITAL DE DISTRICT**

### **RÉSULTATS ATTENDUS :**

- Budgétisation (modèle d'évaluation des coûts)
- Comptabilité et plan comptable.

### **PLAN PROPOSÉ :**

- modèles de financements
- élaboration du budget
- évaluation des recettes et dépenses
- indicateurs nécessaires

#### **5.1. Modèles de Financement :**

*Indépendance totale* : CS/HD/SSD

(lien technique uniquement)

*Inconvénient* : absence de système

*Dépendance totale* : CS/HD/SSD

(unité comptable unique)

*Inconvénient* : - difficulté de gestion  
- rapports public/privé

Participation du Centre de Santé au Fonctionnement de l'Hôpital de District

*Participation* : - au prorata des références

ou

- pourcentage fixe des recettes



## 5.2. Elaboration du Budget

### 5.2.1. Ressources financières

Patients 50 %

- consultation
- hospitalisation
- actes médico-techniques

Communes

Dons

Vente de médicaments

Communauté

Participation CS

Contribution du SSD - FSPS

- Budget de l'état

Divers

### 5.2.2. Dépenses

*Fonctionnement*

Salaire

Achat de médicaments

Entretien (bâtiment, maintenance, hygiène, assainissement)

Contribution FSPS

Transport

Recyclage

Consommables

Amortissements

Fluides (eau, électricité, téléphone)

provisions = charges prévisibles (pertes, créances

douteuses = indigents)

Assurance (stock médicaments, véhicules)

Epidémies

Divers et imprévus

*e)- Communauté*

- *estimer en fonction :*

- . idées du directeur HD  
(ticket propreté, support données...)
- . environnement - faisabilité

*f) - Participation des centres de santé (CS)*

- *voir choix de financement*

indépendance totale — — O

ou

dépendance totale — — O

ou

participation des CS

— — au prorata des références

\* taux d'occupation CS

\* taux de référence

\* tarif / référence

ou

— — % âge fixé des recettes

estimer recettes CS

(guidé sur années précédentes)

*g) - Contribution du SSD*

- *FSPS :*

- . estimation % années précédentes
- . renseignement autorités

- *subvention de l'état :*

- . idéalement : basée sur un plan d'action  
fourni par le SSD à l'état
- . en pratique : attendre le vote du budget de l'état.

*h) - Divers*

estimation : ?

e) - *Transport*

Fonction du plan d'action

f) - *Recyclage*

Fonction du plan de formation

g) - *Entretien*

Fonction : \_ — \_ état et vieillissement des  
équipements et des bâtiments

(cf courbe de maintenance)

ou

\_ — \_ tarif des contrats de maintenance

\_ — \_ activité de l'Hôpital)

h) - *Consommables*

id Fluides en tenant compte des stocks

i) - *Amortissements*

Basé sur le tableau d'amortissement établi

*pour chaque* : - bâtiment

- équipement

- véhicule.

**N.B.** : prévoir amortissement économique

=) renouvellement du matériel.

j) - *Provisions*

- *pertes* compter 10 à 20 % de pertes en médicaments

- *créances douteuses = indigents* ne pas dépasser 10 à  
20 % du chiffre d'affaire.

k) - *Assurances*

Fonction des tarifs des contrats d'assurance

l) - *Epidémies*

Prévoir un compte spécial dans la gestion de la trésorerie

*Calcul : Coût direct total* - OPD  
- IPD  
*Nombre de cas* - OPD  
- IPD

**N.B. :** Coût direct (= hors charges indirectes)  
comptabilisé en séparant OPD et IPD

*But :* - comparaison par district  
- prévisions budgétaire

*Recette moyenne par malade* - IPD  
- OPD

*Calcul : Recette totale* - OPD  
- IPD  
*Nombre de cas* - OPD  
- IPD

*But :* idem coût moyen par malade

*part de la participation communautaire*  
dans les revenus de l'Hôpital

*Calcul Financement communautaire*  
Revenus totaux de l'hôpital

*But :* idem

*Taux de recouvrement*

*Calcul :* Recette moyenne par cas  
coût moyen par cas

*But :* idem

*Rapport recettedépense* - par service  
- par unité

groupes sur le budget proposé => budget à fournir à un comptable pour établissement des plans en rapport.

Les participants préconisent la convocation d'une réunion du Comité de suivi des projets pour arrêter ce qu'il faut faire.

Il a été retenu qu'une séance de travail préalable ait lieu pour affiner les différents modèles de financement proposés.

*Un groupe de réflexion composé de :*

- Mr Atangana Nga, DAG/MSP ;
- Mr Richard Greene de l'USAID ;
- Dr Bodart du SESA ;
- Dr Matthieu Kamwa, DMH/MSP
- Dr Schmidt Ehoy de la GTZ et
- Dr Leloup du FAC

doit se réunir pour faire ce travail.

Le Dr Bodart est chargé de préparer le calendrier de cette rencontre.

- Les participants ont recommandé seulement un appareil de RX à l'Hôpital de District. L'échographe viendra dans l'avenir soit pour compléter l'appareil de RX soit pour le remplacer.
- Les participants ont recommandé l'utilisation progressive du concentrateur d'oxygène à la place des bouteilles d'oxygène.

### 6.3. *Le budget et les finances*

- Il faut prévoir un poste de comptable au niveau de l'équipe du District de Santé ;
- L'Etat doit déléguer au Service de Santé du District tous les crédits destinés aux centres de santé et hôpitaux du District pour que la répartition en soit faite à ce niveau ;
- Il faut mensualiser le budget de l'Hôpital de District en fonction des recettes et dépenses positionnées chaque mois (cf plan budgétaire de trésorerie);
- Prévoir un suivi quotidien et mensuel pour comparer les prévisions ;
- Enregistrer les dépenses et les recettes par service (Adum, médico-technique, appui...) et par unité pour comparaison des prévisions ;
- Les participants ont recommandé que ce soit le Service de Santé du District qui reçoive désormais le budget que l'Etat alloue aux Centres de Santé et aux hôpitaux et que ce soit le Service de District qui en fasse la répartition.
- Les participants ont également proposé que l'Etat débloque le budget à donner au District sous forme de liquidité.

### 6.4. REMANDATIONS GÉNÉRALES

- Chaque Délégué Provincial doit commencer dès maintenant l'opérationnalisation d'au moins un de ses Districts de santé ;
- Les membres de l'équipe de l'Hôpital de District doivent être polyvalents et interchangeables ;

## LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	PROVENANCE
1	Dr Matthieu Kamwa	DMH/MSP	Yaoundé
2	Dr Schmidt-EHRY Bergis	GTZ/Yaoundé	Yaoundé
3	M. Atangana Nga	DAG/MSP	Yaoundé
4	Dr René Owona Essomba	DMPR/MSP	Yaoundé
5	M. Mbamba Samuel	DEPSS/MSP	Yaoundé
6	Dr Lapnet-Moustaphar Thomas	DPH/MSP	Yaoundé
7	Dr David Neba Awasum	DSFM/MSP	Yaoundé
8	Dr Berg	GTZ/Yaoundé	Yaoundé
9	Dr Moudi Abdou	Représentant de L'OMS	Yaoundé
10	Dr Osseni Raïmi	UNICEF/Yaoundé	Yaoundé
11	Dr Ngapana Emmanuel	CT2/MSP	Yaoundé
12	M. Greene	USAID/Yaoundé	Yaoundé
13	Dr Cl. Bodard	SESA/Yaoundé	Yaoundé
14	Dr Leloup M.	FAC/MSP	Yaoundé
15	Dr Ledecq J.L.	CIM/Maroua	Maroua
16	Dr François Louvet	Chargé des progr.Santé AFVP	Yaoundé
17	Dr Nissack	GTZ/MSP	Yaoundé
18	M. Ngoume Adalbert	SDETM/DMH/MSP	Yaoundé
19	Dr Mbam Mbam	DPSP/Adamaoua	Ngaoundéré
20	Dr Djibrilla K.B.	DPSP/NORD	Garoua
21	Dr Oblang	M/C Hôpital EPC Djoungolo	Yaoundé
22	Dr Edmund Agbor	Chief Medical of CDC Tiko	Tiko
23	Dr Daow J.B.	M/C Hôpital de Batouri	Batouri
24	Dr Atsatito Mathias	SAVE/Chargé du SIS	Maroua
25	Dr Nyuyseni Louise née Dzenyuy	Chief Medical Officer Shisong -Nso	NSO NWP
26	Dr Ndzie Essama Marcel	M/C Hop. Dép. Sangmelima	Sangmelima
27	M. Nkolo Ebode	Sur.Géné.Hop. Départ.de Bafia	Bafia
28	Dr Alain Mevel	Fac/Nord	Garoua
29	Dr Aly Toupouri	C/SDSP du Diamaré	Maroua
30	M. Tih Pius Muffih	Hop. Baptiste de Banso	Banso
31	M. Doume à Ribouem Raymond	MSP/DEPSS/SSS	Yaoundé
32	Dr Dama Kadjou	Projet/CIM	Maroua
33	Dr Fonkwo Peter	CSDSP Nkam	Yabassi
34	Dr D. Ze Mvondo	DPSP/Centre	Yaoundé
35	Dr Wazeh S. Atanga	CSSA Figuil	Figuil
36	M. Ngaleu Toko Vincent	MSP/DMH/SDETM	Yaoundé
37	Dr Tsitsol Louis Philippe	DPSP/Est	Bertoua
38	Dr Yaou Boubakari	S/Dir.Hop.Form.San./MSP	Yaoundé

