

ANNEXES
REPRESENTATIONS DES DOCUMENTS
ORIGINAUX

PREMIER RAPPORT TRIMESTRIEL

15 janvier 1986 - 15 avril 1986

Projet de Renforcement de la Capacité de Planification
des Services de Santé du Ministère de la Santé
Burkina Faso

Projet USAID/BF 686-0251
Contrat No. AFR 0251-C-00-4037-00

THE PRAGMA CORPORATION
116 East Broad Street
Falls Church, VA 22046
(703) 237-9303

MEDICAL CARE DEVELOPMENT
1827 18th Street, N.W.
Washington, D.C. 20008
(202) 462-1920

A N N E X E S

1. Technician Activity Reports
2. Overview of Five-Year Project Activities/Training
3. Project Activities - Chronogram/Budget for 1986
4. DEP Job Descriptions
5. Data Collection System + Guide/Nutrition Form/Consultancy Report
6. Boulgou Study
 - a. Background Papers
 - b. Terms Reference Consultancy
7. Other Operational Studies Documents
 - a. Maternal Mortality
 - b. Schistosomiasis
8. Analysis PSP Program
9. Review/Propositions re: Pharmaceuticals
10. Observations - Comments - Various Proposals
11. Note Technique sur l'Elaboration des Plans Annuels
12. Documentation Center Form
13. Training - Office Personnel Progress/Plan

TECHNICIAN ACTIVITY REPORTS

Dr. Jack Finlay, Team Leader
Activities and Accomplishments

First Quarter 1986

During the first quarter of Calendar Year 1986, the Pragma/MCD Team Leader carried out the following general activities:

- Directed/Coordinated/Supported the Pragma/MCD Technical Assistance Team.
- Maintained liaison with USAID/BF through correspondence and meetings, regarding the technical assistance contract and project matters.
- Maintained liaison with the Pragma/MCD Home Office.
- Supervised the field records and financial reporting of the Pragma/MCD technical assistance contract.

While working with DEP Director, Technical Assistance Team, and other DEP staff, the Chief of Party carried out the following technical activities:

- (1) Coordinated final modifications to the 1986 DEP Plan of Activities and the development and adoption of additional modifications in the Project Five-Year Plan of Activities.
- (2) Developed and coordinated the adoption of the 1986 program budget for the DEP.
- (3) Directed training arrangements for participant training under the project during 1986.
- (4) Completed Job Descriptions for the DEP Staff and Office Personnel.
- (5) Arranged and supported continued DEP staff training in English and initiated a training group using technical readings and discussions in English.

During the second quarter of 1986, the following activities will be undertaken:

- (1) Collaborate in preparation of the Second DEP Conference for Central and Provincial Health Directors.
- (2) Complete project training and procurement schedules.
- (3) Continue in-service training of DEP staff using English readings in Management and Project Monitoring and Evaluation.

- (4) In collaboration with Pragma/MCD Home Office personnel and TA team, identify the principal areas requiring project-sponsored consultancies during the remainder of the project.
- (5) Continue to direct the technical assistance efforts of the Pragma/MCD Technical Assistance Team.

The Team Leader plans to take ten days of annual leave during the period 28 May to 10 June 1986.

Gail Kostinko

Activities and Accomplishments

First Quarter 1986

The information management specialist arrived on January 24, 1986 to begin her three-year contract with the project technical assistance team. The report which she prepared during her three-month consultancy with the project in 1986 (May - July), defines activities to be undertaken to establish a national health information and documentation center. With the documentalist of the DEP now in place, it was possible during this reporting period to take the first steps toward accomplishing these long-term tasks.

It should be noted that the documentalist of the DEP is a recent university graduate (Ecole des Bibliothécaires, Archivistes et Documentalistes, Université de Dakar) and that this is her first professional post. It is therefore anticipated that a considerable amount of the information management specialist's time will go into training the documentalist in techniques necessary for the development and management of both an information center as well as a computerized bibliographic data base.

Before her arrival at post, the information management specialist prepared and submitted a list of computer hardware and software requirements for the information and documentation center being established within the context of the SHPC project.

Since her arrival in late January, the information management specialist has accomplished the following tasks:

- Devised a system for cataloging, classifying and indexing documents. (The indexing system is one which will be elaborated more completely in the following months).
- Designed a bibliographic data input sheet which is now being used for cataloging and indexing. It was possible to design this data input sheet before the actual arrival of the software (SCI-MATE) which will be used for the management of the bibliographic data base because of the information management specialist's familiarity with the software.
- Reviewed cataloging and indexing done by the documentalist of the DEP.
- Began work on an archiving system for Ministry documents. This is a subsystem of the cataloging/classification/indexing system already noted.

- Prepared, with the documentalist of the DEP, an annotated bibliography on training manuals for health workers. This bibliography will appear in the first issue of the BULLETIN DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE L'INFORMATION SANITAIRE.
- Concerning the above noted bulletin, the information and documentation center of the DEP has taken on the responsibility of production of the bulletin, i.e., that of Managing Editor. (The technical editing responsibility lies with the epidemiologist and his counterpart). For the first issue, which should appear in mid-April, the documentalist and information management specialist have either supervised or carried out all the tasks involved in producing the bulletin once final manuscripts were submitted.
- A request was sent to all provincial and central directions within the Ministry requesting an inventory of technical documents held in those offices. Thus far, only five responses have been received. The objective of the inventory is to ascertain which technical publications are currently available to Ministry personnel and therefore have a more sound basis for deciding which publications should be purchased with project funds.
- Further on the subject of acquisitions, correspondence has been sent out to various institutions to begin the process of pulling in "non-conventional" literature, i.e., those technical documents which are not issued by publishing houses and are not, generally speaking, available for purchase.

It should be emphasized that, while the purchase and acquisition of technical documents constitutes an important facet of the information and documentation center's activities, it is not the only point of project activity interest. Of equal importance is the development of a system to guarantee an "institutional memory" for the DEP in particular and the Ministry in general.

- The first steps have been taken for the participation of the information and documentation center in two information networks of primary importance: the WHO Africa Regional Information Network and RESADOC, a scientific and technical information network coordinated by the Sahel Institute.

The documentalist of the DEP has been appointed the Burkina National Focal Point for the WHO network. Since this network is still at an embryonic stage, the level of activity has been confined to correspondence with WHO and an effort to test the system for requesting MEDLINE searches via the intermediary of an Italian medical institute.

Concerning the RESADOC network, the documentalist and information management specialist have had preliminary discussions on participation in the network and information exchange, with the coordinator of the RESADOC project who visited Burkina in February. It is anticipated that the documentalist will attend a technical processing seminar to be offered by the RESADOC project in Bamako, in April.

- The information management specialist has begun the process of putting in place a classification system for the Planning Unit of the DEP. Approximately 150 files (most of which are project files) have been examined and reclassified. Work on this "test batch" of files will be continued in the next quarter and will be used as the basis for integrating the DEP economist's files into a central file for the Planning Unit.

In addition to the activities already noted that will be continued during the next quarter, the following are planned:

- Distribution of the first issue of the BULLETIN. Eight hundred copies will be produced and distributed to all health facilities in the country. The BULLETIN will also be sent to relevant international and regional organizations in an attempt to establish exchange agreements for similar documentation produced by those organizations.
- Identify appropriate titles and place major order for technical publications.
- In addition to the documentalist's participation in the RESADOC seminar, an observation visit to the OCCGE documentation center in Bobo is also planned.

Problems:

- Because of the delay in the order for the computer hardware and software for the information and documentation center, it would appear that work on the establishment of a bibliographic data base will be postponed until the third quarter of 1986.
- The Center currently has one storage closet and three file cabinets at its disposal for storing documents. Since three of these are already full, it is certain that during the next quarter more storage space for documents must be found. It appears there is enough storage space, at least in theory, in the DEP to accommodate the Center's requirements before the construction of the new building. However, the current space is not being efficiently utilized and an effort must be undertaken to consolidate items currently stored in various closets and cabinets in order to open up space for document storage.

Dr. Jim E. Davis, Economist

Activities and Accomplishments

First Quarter 1986

During the first quarter, the Health Economist did the following:

1. Consulted with DFP and developed background paper with suggestions on medication and service pricing for use in the training of village health workers.
2. Liaised with the CUAM Italian funded health team regarding their role in the proposed Boulgou Test Zone Operational Research project. Collected and provided CUAM team with Ouagadougou ONAP retail prices currently in use for list of medications which will eventually be stocked/sold/distributed by the Tenkodogo hospital. Advised that such prices could serve to guide Tenkodogo hospital pricing until Cost Recovery Study begins.
Consulted with CUAM both in Ouagadougou and at Tenkodogo.
3. Attended/Participated in German Cooperation Project Coordination Seminar held in Ouagadougou.
4. Operational Research - prepared a background paper for the Cost Recovery Study which is to be part of the proposed Boulgou Test Zone Operational Research study.
5. Participated in meetings with the World Bank funded Development of Health Services Project and the TA team Health Planner to establish general terms of reference for a consultancy to design the OR study.
6. Continued a discussion of Recurrent Costs for the Five-Year Health Plan (at the DEP) and for the World Bank Loan (at the WB).
7. Developed a background paper for providing, pricing, and managing medications for the community-based primary health care program.
8. Liaised with UNICEF and SONAPHARM regarding potential purchasing of medications by SONAPHARM from the non-profit UNIPAC UN supply house. Arranged a meeting between another non-profit supplier, MEMISA, and the MOH.
9. Critiqued the summary table of current health projects, size, duration, and status which was presented to Donor agencies in their December meeting. Made suggestions for its revision.

Dr. David Sokal
Activities and Accomplishments
First Quarter 1986

1. Health Statistics - Use of the New Forms

1.1. Developed and distributed (1) a guide for filling out the monthly report forms and (2) nutritional surveillance forms to facilitate the preparation of the monthly reports.

1.2. Training seminars were held in the following provinces:

Kadiogo
Banfora
Kossi
Oudalan
Yatenga
Tapoa.

Supervisory visits were made to the following provinces: Houet, F. Nedougou, Mou Houn, Sourou, Oubritenga, Sanmatenga and Passoré.

Thus, about one half of the provinces have been visited. In general, the new forms have been well received.

1.3. Follow-up Consultation from the U.S. Bureau of the Census. Leo Hool consulted with the DEP programmers from February 12th to February 27th. (See attached documents).

2. Epidemiology Bulletin

The articles for the first issue of the quarterly epidemiology bulletin were written, revised and finalized during the first quarter. The bulletin will appear in late April or early May and will be distributed free of charge to all health facilities in Burkina Faso.

3. Applied Research

3.1. Maternal Mortality

Five working meetings were held in February and March. A case control methodology has been adopted (see attachment). Two types of questionnaires are being prepared: one for maternal deaths and control women, and one to assess the health facilities responsible for the villages where the cases and controls live.

A form was prepared, that will be used to collect basic information on all maternal deaths on a national basis (see attachment).

3.2. Schistosomiasis

Dr. Louis Hamadé Ouedraogo's protocol for village level treatment of schistosomiasis is being revised following meetings with researchers at the Centre Muraz. As one of the members of the research team, I participated in a meeting in Ziniaré to discuss final modifications of the protocol.

3.3. Health Expenditure Survey

The second quarter gasoline allowance was distributed. Filled out forms from the first part of the study have begun to arrive. It will soon be possible to begin entering data on the computer, but preliminary discussions between the programmers, Dr. Tiendtoré, and Cde. Nignan and myself are necessary.

3.4. Sexually Transmissible Diseases (STD)

As a result of the discussions concerning treatment of STD held to prepare an article for the epidemiologic bulletin, an applied research topic was identified: the sensibility of Neisseria gonorrhoeae in Ouagadougou to penicillin. Discussions re financing and methodology are under way. Dr. Soudre and/or Dr. Tiendrebeogo, both of the medical faculty, would be the principal researchers.

3.5. Infant Mortality

Two meetings were held with UNICEF, ORSTOM, APMP and Ministry of Health officials to discuss methodology and coordinate studies being undertaken by these Non-Governmental Organizations (NGO's). Our input (Dr. Louis Hamadé Ouedraogo and myself) resulted in an agreement to use a case-control methodology nested within the demographic study.

- Attachments:
- (1) Guide and Nutrition Surveillance Forms
 - (2) Documents re Leo Hool's consultation
 - (3) Partial draft of maternal mortality protocol; translation of an English article
 - (4) Schistosomiasis protocol (not the final version)

○ UAGADOUGOU, le 10 Avril 1986

PROJET DE : RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE PLANIFICATION DU MINISTERE DE LA SANTE - BURKINA FASO
USAID : 686-0251.

R APPORT de l'Expert en Planification
Sanitaire : Dr. Evariste MIDY, MD-MPH.

Trimestre : Janvier - Février - Mars 1986.

Sitôt revenu des vacances annuelles, nous nous sommes attelé aux nombreuses tâches qui nous attendaient. L'année 1986, la deuxième du projet constitue pour nous, de la planification sanitaire une sorte d'année charnière, étant donné la durée de notre mission qui est de trois ans. C'est donc l'année de mise en place des diverses structures envisagées avec les responsables de la DEP en vue d'imprimer à cette Direction l'orientation et le dynamisme qu'il faut pour ce qui concerne au moins la Planification et l'Evaluation.

Par ailleurs, l'absence de notre homologue, actuellement en voyage d'Etudes aux U.S.A. a en quelque sorte contribué à augmenter le volume de notre travail à la DEP. Compte tenu de tout ce qui précède, nous pouvons affirmer que le trimestre écoulé a été très laborieux : Les principales activités auxquelles il a donné lieu sont résumées ci-après :

- 1 - Des activités ayant trait aux tenues de la commission sectorielle sur le Plan Quinquennal de Santé.

Cette commission tenue au mois de Janvier a été très minutieuse en fait d'informations sur notre plan quinquennal. C'est ainsi que le Directeur de la DEP a été littéralement harcelé de demandes d'informations et de précisions de toutes sortes. Notre devoir dès lors était de l'aider de toutes nos forces en vue de satisfaire les exigences des membres de la Commission. Nous avons dû procéder à des analyses détaillées de tout le programme d'infrastructures sanitaires prévu pour la période quinquennal 1986-1990 :

= Les divers types de formations sanitaires à construire ou à rénover = leur répartition numérique dans le temps et dans l'espace (par année et par province).

Il fallait aussi revoir les divers éléments du budget déjà prévu compte tenu d'apports nouveaux (le domaine est très dynamique) et d'informations nouvelles : quelle est la part de financement déjà acquise et quelle portion de financement est encore à rechercher ?

Les divers éléments entrant dans les coûts récurrents ont été encore reanalysés et rediscutés surtout en fonction des apports nouveaux occasionnés par le plan quinquennal lui-même. Les plans présentés par les diverses provinces ont été aussi considérés dans le détail afin d'établir une certaine harmonie entre ceux-là et le plan sectoriel global au sein duquel ils devraient être bien intégrés. Les divers documents produits au cours de ces différents travaux sont classés dans nos archives.

2 - Des Réunions diverses.

Plusieurs réunions, certaines plus importantes que d'autres, ont été tenues au cours du trimestre écoulé et nous avons dû assister à plusieurs d'entre elles. Il convient surtout de mentionner :

- a) Plusieurs réunions avec les autres membres de l'Equipe du Projet et les membres du Bureau de Suivi et d'Evaluation de la DEP en vue d'établir les bases d'une Commission Permanente d'Evaluation des Projets du Ministère de la Santé. Un document a été rédigé à cette fin qui a été discuté avec la Direction de la DEP puis transmis au titulaire du Ministère de la Santé pour les suites nécessaires.
- b) Plusieurs réunions avec la Direction du Projet de Développement des Services de Santé et les Membres de l'Equipe Médicale Italienne d'assistance (CUAM) fixant les activités de cette dernière dans la province du Boulgou. Un document a été rédigé en conséquence et soumis à l'attention du Ministère de la Santé.

- c) Plusieurs réunions avec la Direction du Projet de Développement des Services de Santé (financé par un prêt de la Banque Mondiale) sur les diverses études et recherches à entreprendre dans la province-test du Boulgou. Les résultats de ces réunions ont été résumés dans une note qui a été soumise à l'attention du Directeur de la DEP.
- d) Concernant ces projet d'Etudes au niveau de la provinces test du Boulgou, nous avons pensé nécessaire d'élaborer à l'intention de la Direction de la DEP et de la Direction du Projet PDSS un document de base intitulé :
- " Reflexions et Propositions sur :
- I : La Distribution des Médicaments essentiels.
- II : L'Organisation des Services de Santé".
- e) Plusieurs réunions de discussions avec le Staff de la DEP et les autres membres de l'équipe du projet en vue de l'établissement du plan d'action du Projet de Renforcement des activités de Planification du Ministère de la Santé pour les quatre années à venir, à partir de Janvier 1986.
- f) Participation au Séminaire organisé par la Coopération Allamande du 28 Février au 3 Mars 1986. En la circonstance nous avons surtout travaillé au niveau de la Commission sur l'approvisionnement des PSP et le renouvellement des trousse.
- g) Participation aux "Journées de Réflexions sur les Méthodes de Travail au sein des Directions des Etudes et de la Planification" (DEP) organisées par le Ministère de la Planification et du Développement Populaire les 10 et 11 Mars 1986. Nous avons été membre de la commission spéciale formée en vue d'élaborer un projet de schéma général type de circulation de l'information et d'organisation des "DEP".

Dans la suite, à la date du 25 Mars, sur demande, nous avons rédigé et envoyé à la Direction de la DEP du Ministère de la Santé, une "Proposition de thèmes à traiter dans les séminaires à organiser pour les membres des "DEP" des divers Ministères.

- h) Participation à la 3ème réunion des Bailleurs de fonds du FEV les 18 et 19 Mars 1986.
- i) Participation aux réunions organisées par la Direction de la Formation Professionnelle sur la formation continue et la supervision du personnel de la santé. La première réunion a eu lieu le 26 Mars écoulé. D'autres réunions sont encore programmées autour du même sujet pour le mois d'Avril.

3 - Des Commentaires et Observations sur divers projets soumis à la DEP par d'autres Directions ou organisations, ce à la requête du Directeur de la DEP.

Ces projet ont été l'objet d'analyses approfondies de notre part et des commentaires ou observations appropriés ont été ensuite rédigés à l'intention du Directeur de la DEP Pour le trimestre écoulé les projet suivants ont été soumis à notre attention pour de telles études :

- a) Proposition pour un programme de lutte contre le Paludisme dans la Province du Kadiogo.
- b) Projet de "Centre de Formation, de Recherches et d'Encadrement des personnels de Santé".
- c) Projet de dépistages visuels dans les écoles primaires de Ouagadougou.
- d) Projet de Centre de Nutrition Communautaire.
- e) Projet de Création de Pharmacies Mutualistes.

4 - Des consultations sur des sujets variés.

Ces consultations ont aussi motivé de notre part des notes écrites à l'attention du Directeur de la DEP en vue d'explicitier nos points de vue. Pour le trimestre écoulé les principaux sujets de consultation ont été les suivants :

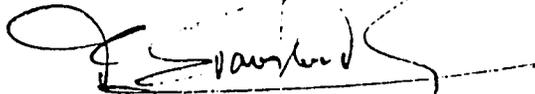
- a) Recouvrement des coûts des services de santé
- b) Dispositions concernant le recrutement de personnel sanitaire international au niveau de l'OMS et de consultants internationaux pour le Burkina.
- c) Objectifs et justifications des études et recherches dans la province-test du Boulgou.
- d) Etablissement de termes de référence pour le recrutement d'un Expert-Consultant chargé d'établir le protocole détaillé des études à entreprendre dans la province-test de Boulgou.
- e) Développement de la politique nationale sur l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.
- f) "Avant-projet de guide pour l'établissement des fiches de projets" un document produit, et envoyé pour étude par le Ministère de la Planification et du Développement Populaire.

5 - Note technique sur l'élaboration des Plans Annuels

Voulant relancer l'idée de plans annuels pour le Ministère de la Santé, nous avons rédigé à l'intention des Directeurs centraux et provinciaux une nouvelle note technique concernant l'élaboration des dits plans. Une attention particulière sera accordée à ce sujet au cours de la conférence des Directeurs Centraux et Provinciaux qui se tiendra du 20 au 24 Mai prochains :

Comme on le voit bien, le trimestre écoulé a été particulièrement chargé en besogne ; il en sera probablement ainsi pour tous les mois à venir. Les réunions et les consultations de toutes sortes vont continuer ; on prépare actuellement fébrilement le séminaire des Directeurs Centraux et Provinciaux ; les travaux pour l'achèvement définitif du plan quinquennal ne sont pas encore à leur fin ; des évaluations de projets sont en vue, divers séminaires sont projetés etc etc...

Nous sommes toujours disposé à accorder notre meilleure collaboration à l'équipe de la DEF et au Ministère de la Santé en général d'autant plus que l'atmosphère de travail est très encourageante et les relations interpersonnelles excellentes.



Dr. Evariste MIDY, MD-MPH

Expert en Planification Sanitaire du Projet
de Renforcement de la Capacité de Planification
du Ministère de la Santé.

OVERVIEW OF FIVE-YEAR PROJECT ACTIVITIES/TRAINING

PLAN D'IMPLANTATION

Mois	Activité
	1ère Année - Année du calendrier : 1985
1 Janvier	Arrivée C.O.P., Planificateur, Epidémiologiste
2 Janvier	Sélection de l'entrepreneur pour le projet de construction
3 Février	Préparation du plan annuel d'activités
4 Mars	Sélection de consultants pour les études spéciales/projet à faire au cours de l'année
5 Mars	Préparation d'un plan quinquennal dans le secteur de la santé
6 Mars	Etude d'Evaluation de la Vaccination Commando
Avril	Arrivée de l'économiste du groupe de l'A.T.
8 Avril	Début du plan de formation de court et long-terme
9 Mai	Arrivée du Spécialiste en information du groupe de l'assistance technique, pour un court contrat/Développement du S.I.S.
10 Mai	Consultation sur le développement du questionnaire d'information
Juin	Soumission des commandes pour les besoins nouveaux ou additionnels.
Juillet	Conférence nationale pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux.
13 Août	Revue semestrielle de la progression du projet
14 Août	Révision/Finalisation du plan d'activités quinquennales/budget du projet.
15 Août	Démarrage des travaux de construction du bâtiment de la DEPCS.
16 Août	Les cours d'anglais commencent pour la DEPCS/autre personnel du Ministère.
17 Septembre	Programmation de la formation répondant au projet
18 Septembre	Test/Evaluation des fiches du SIS
19 Septembre	Retour de ISP suite à un an de cours - Cotonou
20 Septembre	Statisticien revient de formation
21 Septembre	Consultant/Système des données de Santé
Octobre	Selection et arrivée du spécialiste en information, de la contre-partie ;
23 Octobre	Début des études de recherche appliquées sur le coût de santé.
24 Novembre	DEPCS parraine une conférence nationale pour les organisations des bailleurs de fonds.

- 25 Novembre Impression des fiches du SIS, Instruction d'utilisation
- 26 Novembre Programme de formation statistique/Comptable du personnel provincial
- 27 Novembre Plan annuel d'activités dans le secteur de la santé - 1986
- 28 Décembre Préparation de plan d'activité de 1986 de la DEP.
- 2ème Année - Année du Calendrier : 1986
- 1 Janvier Démarrage du nouveau système de collecte des données sanitaires
- 2 Janvier Départ du Chef de Service de la Planification Sanitaire de la DEP, pour un cours de cinq mois aux Etats-Unis
- 3 Février Elaboration et discussion des termes de référence de recherche opérationnelle pour la province du Boulgou
- 4 Février Sortie du Rapport 1979-83
- 5 Mars Visites sur le terrain pour le suivi de la collecte des données de nouvelles fiches
- 6 Mars Début révision des fiches de Rapports Hôpitaux Nationaux
- 7 Mars Voyage d'observation de deux membres du Ministère en Afrique de l'Ouest - SSP des pays francophones (e.g. Zaïre, Sénégal etc.)
- 8 Mars Mise au point des descriptions de tâches
- 9 Mars - Mai 1er Commande pour le Centre de Documentation
- 10 Avril 1er Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
- 11 Avril Publication Rapport Annuel Statistiques Sanitaires 1985
- 12 Avril Concertations et consultations en vue de l'établissement d'une politique nationale pour l'approvisionnement et la gestion pharmaceutique
- 13 Avril Sortie sur le terrain - Personnel (DEPSS)
- 14 Mai Conférence semestrielle organisée par la DEP pour les Directeurs Centraux et les Directeur Provinciaux du Ministère de la Santé
- 15 Mai Démarrage de la recherche opérationnelle dans la province du Boulgou
- 16 Mai Départ de l'Economiste pour un séminaire de 12 semaines aux Etats-Unis
- 17 Mai Démarrage de l'étude de recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle
- 3 Juin Départ de l'Epidémiologiste pour une formation aux Etats-Unis.

19	Juin	Retour de formation des Etats-Unis du Chef de Service de la Planification
20	Juin	Recueil des Plans Annuels des Provinces et des Direction Centrales et Elaboration du Plan National pour 1987.
21	Juillet	2ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire.
22	Juillet - Octobre	2ème Commande pour le Centre de Documentation.
23	Juillet - Septembre	Constitution et formation de l'équipe d'évaluation du Ministère de la Santé
24	Juillet	Evaluation semestrielle/suivi du système de collecte des données statistiques
25	Août	Retour de l'Economiste du séminaire tenu aux Etats-Unis
26	Août	Participation à un séminaire/conférence/programme d'observation de deux membres de la DEPSS (Afrique)
27	Septembre	Le deuxième ISF-Evaluateur part pour des cours de planification en santé publique
28	Septembre	Départ en spécialisation de la documentaliste (formation de court-terme)
29	Septembre	Le Directeur de la DEPSS assiste à une conférence internationale
30	Octobre	3ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
31	Septembre	Le Statisticien part pour une formation MPH en Biostatistique/Epidémiologie aux Etats-Unis
32	Septembre	Départ d'un membre du service statistique pour une formation de court-terme aux Etats-Unis (BUCLN)
33	Septembre	Conférence semestrielle de la DEPSS pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux.
34	Octobre	Finalisation des fiches de rapport pour les Hôpitaux Nationaux.
35	Octobre	Rapport Annuel sur la situation des services de la santé dans le pays
36	Octobre	Fin phase de terrain de l'étude des dépenses sanitaires L'étape d'analyse commence
37	Octobre	Soumission du Plan National 1987 du secteur de santé
38	Octobre	Consultation/système d'évaluation d'impacte des aides audio-visuelles.
39	Novembre	Fin des travaux de construction du bâtiment/transfert
40	Novembre	Envoi des fiches d'enquête sur les ressources sanitaires
41	Novembre	2ème conférence annuelle parrainée par la DEPSS pour les bailleurs de fonds
42	Novembre	Préparation du plan des activités de la DEPSS pour l'année 1987

- 43 Novembre Continuation de l'évaluation et révision des fiches SIS
 44 Décembre Recyclage des agents chargés des Statistiques

3ème Année - Année de calendrier 1987

- 1 Janvier 87 4ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
 2 Janvier Mise en circulation des fiches de statistiques révisées
 3 Mars Evaluation d'un projet à déterminer par la commission d'évaluation
 4 Mars Conférence semestrielle de la DEP pour les directeurs du Ministère et les Directeurs provinciaux
 5 Avril 5ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
 6 Avril Présentation du rapport préliminaire sur le coût de la santé
 7 Avril Publication rapport annuel statistiques sanitaires - 1986
 8 Avril 2 membres de la DEP assistent à une conférence Internationale
 9 Avril Consultation Etude sur le ver de Guinée
 10 Juin L'Epidémiologiste revient de la première étape de sa formation
 11 Juin Recueil des Plans annuels des provinces et des Directions Centrale en vue de l'Elaboration du plan national de santé pour 1988 par la DEP.
 12 Juillet Première Evaluation du projet - 3 semaines.
 13 Juillet 6ème Bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire
 14 Août Le Directeur de la DEP assiste à une conférence internationale
 15 Septembre Le Statisticien part pour un cours de Science de l'ordinateur cours de court-terme
 16 Septembre Consultation-Etude sur la Bilharziose
 17 Septembre Participation à un atelier international de 2 membres de la DEP
 18 Septembre Le candidat en planification de ressource humaine part pour une année de cours en planification pour les ressources humaines dans le domaine de la santé
 19 Septembre L'administrateur de la DEPCS part pour une année de cours d'administration sanitaire.
 20 Septembre Départ en formation d'un (e) deuxième économiste à long terme en économie de santé (Afrique)
 21 Sept: Fin de contrat de l'économiste de l'A.T.
 22 Octobre Conférence semestrielle de la DEP pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux.
 23 Octobre 7ème Bulletin d'Epidémiologie et d'information sanitaires

24	Octobre	Plan d'activités annuelles du secteur de santé 1988
25	Octobre	Rapport annuel sur la situation des services de santé
26	Novembre	Préparation du plan d'activités annuelles de la DEP - 1988
27	Novembre	Evaluation d'un projet du Ministère de la santé par la CEPS
28	Novembre	Présentation du rapport des résultats des études sur le coût de santé
29	Novembre	3ème conférence annuelle parrainée par la DEP pour les bailleurs de fonds
30	Décembre	Récyclage des agents chargés de statistiques
31	Décembre	Renouvellement de certains équipements
32	Décembre	Fin de contrat du planificateur de l'A.T.
33	Décembre	Le Chef de Service de Statistique revient de son cours.

4ème Année - Année de calendrier : 1988

1	Janvier	L'épidémiologiste retourne à l'Université aux E.U
2	Janvier	L'évaluateur part pour un cours de court terme en (Afrique)
3	Janvier	8ème Bulletin d'Epidémiologie et d'information sanitaire
4	Mars	Le Directeur de la DEP part pour 3 mois de cours au E.U.
5	Avril	9ème Bulletin d'Epidémiologie et d'information sanitaire
6	Mars	Conférence semestrielle de la DEP pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux
7	Mars	Evaluation d'un projet de santé par la commission d'évaluation
8	Avril	Publication rapport annuel statistiques sanitaires - 1987
9	Mai	Voyage d'observation sur les programmes de santé en Afrique Francophone/Anglophone, par 2 membres de la DEPS.
10	Mai	Consultation sur le contrôle de la Tuberculose/Recherche
11	Juin	L'épidémiologiste revient au B.F.
12	Juin	L'Administrateur revient des cours d'administration sanitaire
13	Juin	Recueil des plans annuels des provinces et des Directions centrales en vue de l'élaboration du Plan National de santé pour 1989 par la DEP.
14	Juin	Le Directeur de la DEP revient de 3 mois de cours
15	Juillet	10ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire
16	Juillet	Fin de contrat de l'Epidémiologiste de l'A.T.

17	Juillet	Recrutement d'une deuxième Documentaliste
18	Juillet	Retour de l'ISP Planificateur/Evaluateur, de sa formation de long-terme en Afrique
19	Août	Consultation de planification sanitaire
20	Août	Retour du Planificateur des cours de planification sanitaire en Ressources Humaines
21	Août	Consultation -méthodologie en Formation professionnelle (Direction F.P)
22	Septembre	Seminaire sur l'Evaluation et suivi des projets en pratique sur le terrain
23	Octobre	11ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire
24	Octobre	Conférence semestrielle organisée par la DEP
25	Octobre	Commande des ordinateurs
26	Octobre	Plan annuel du secteur de santé, 1989
27	Octobre	Rapport annuel de la situation de service de santé
28	Novembre	4ème Conférence parrainée par la DEPS pour les bailleurs de fonds
29	Novembre	Présentation à l'USAID par GOEF du plan détaillé sur la façon de prendre en charge les coûts récurrents à la fin du projet
30	Novembre	Le Directeur de la DEPS participe à une conférence Internationale
31	Novembre	Présentation du rapport des résultats des études menés de la province du Boulgou
32	Novembre	Préparation du Plan d'activités annuelles de la DEP - 1989

5ème Année - Année de calendrier : 1989

1	Janvier	Fin de contrat de la Documentaliste de l'A.T.
2	Janvier	12ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire
3	Janvier	Reflexions sur une proposition éventuelle de projet de santé à soumettre au financement de l'USAID
4	Mars	Conférence semestrielle de la DEP pour les Directeurs du Ministère et des Directeurs provinciaux
5	Avril	Publication rapport annuel statistiques sanitaires - 1988
6	Avril	13ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire
7	Avril	Voyages des membres de la DEP dans d'autres pays africains pour des séminaires/conférences
8	Juin	Recueil des plans annuels des provinces et des Directions centrales en vue de l'Elaboration du plan national de santé pour 1990 par la DEP.
9	Juillet	14ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire

10	Juillet	Début d'organisation du rapport final
11	Août	Consultation de courte durée en planification sanitaire
12	Septembre	Préparation du plan du secteur sanitaire - 1990
13	Octobre	Rapport annuel de la situation de service de santé
14	Octobre	15ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information sanitaire 1990
15	Octobre	Conférence semestrielle des Directeurs du Ministère et des Directeurs Provinciaux
16	Octobre	Préparation du rapport final d'Assistance Technique
17	Octobre	Le Directeur de la DEPS et le COP participent/présentent un compte-rendu technique du projet à la convention APHA (American Public Health Association)
18	Octobre	Arrivée des pièces de rechanges de l'ordinateur
19	Novembre	Présentation du rapport final d'Assistance Technique
20	Novembre	Préparation du Plan d'Activités Annuelles de la DEP - 1990
21	Décembre	Fin du contrat d'assistance technique L'assistance technique prend fin/départ du Chef d'Equipe

6ème Année - Année du Calendrier 1990

1	Janvier	16ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
2	Février	Sorties sur le terrain - Equipes Statistiques/Planification
3	Mars	Conférence semestrielle organisée par la DEP pour les Directeurs Centraux et les Directeurs Provinciaux du Ministère de la Santé
4	Avril	17ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
5	Avril	Publication Rapport Annuel Statistiques Sanitaires - 1989
6	Mai	Voyage d'Observation/Conférence Atelier par deux membres de la DEP
7	Juin	Recueil des Plans Annuels des Provinces et des Directeurs Centraux en vue d'élaborer le Plan National de Santé pour 1991 par la DEP
8	Juillet	18ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
9	Août	Evaluation du Projet
10	Septembre	Préparation du Plan du Secteur de Santé - 1991
11	Septembre	Fin du projet

PROJECT 686-0251 - SHPC TRAINING PLAN

Category		No. of Months	Pre-Project	1985	1986	1987	1988	1989
Long-term								
US	Epidemiologist	24			XXXXXX	XXXXXX	XXXXX	
US	Biostat/Comp. Sci.	18			XXX	XXXXXXXXXXXXX		
US	Manpower Planning	12				XXX	XXXXXX	
FR	Planning/Evaluation	24			XXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	
US	Hlth. Admin./Mngt.	12				XXX	XXXXXX	
Short-term								
US	Director	6	XXX				XXX	
US	Chief Health Planner	5			XXXXX			
US	Health Economist	3			XXX			
US	Computer/Statistics	3				XXX		
US	Data Processing	3						
US/AFR	Documentalist	3			XXX			
						XXX		
Other								
BF	English Courses			XXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX		

- Notes: (1) The long-term slot for the basic training of another statistician has been removed.
- (2) The long-term slots for basic training in Economics and Documentalism are converted to either short-term funding and/or additional funds for other long-term training. As there is no assurance that candidates receiving such basic training will in fact return to an MOH assignment, it is believed more prudent to apply project funds to more specific work-related training.

PROJECT ACTIVITIES - CHRONOGRAM/BUDGET FOR 1986

2ème Année - Année du Calendrier: 1986

1. Janvier Démarrage du nouveau système de collecte des données sanitaire
2. Janvier Départ du Chef de Service de la Planification Sanitaire de la DEPSS pour un cours de cinq mois aux Etats-Unis
3. Février Elaboration et discussion des termes de référence de recherche opérationnelle pour la province de Boulgou
4. Mars-Avril Visites sur le terrain pour le suivi de collecte des données de nouvelles fiches
5. Mars Début révision des fiches de Rapports Hôpitaux Nationaux
6. Mars Mise au point des descriptions de tâches
7. Mars - Mai 1er Commande pour le Centre de Documentation
8. Avril Sortie du Rapport 1979-83
9. Avril 1er Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
10. Avril Publication Rapport Annuel Statistiques Sanitaires 1985
11. Avril Concertations et consultations en vue de l'établissement d'une politique nationale pour l'approvisionnement et la gestion pharmaceutique
12. Avril-Juin Sortie sur le terrain - Personnel (DEPSS)
13. Avril Voyage d'observation de deux membres du Ministère en Afrique de l'Ouest - SSP des pays francophones (e.g. Zaïre, Sénégal, Mali, etc.)
14. Mai Conférence semestrielle organisée par la DEPSS pour les Directeurs Centraux et les Directeurs Provinciaux du Ministère de la Santé
15. Mai-Sept. Démarrage de la recherche opérationnelle dans la province de Boulgou
16. Mai Départ de l'Economiste pour un séminaire de 12 semaines aux Etats-Unis
17. Mai Démarrage de l'étude de recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle
18. Mai Départ de l'Epidémiologiste pour une formation aux Etats-Unis
19. Juin Retour de formation des Etats-Unis du Chef de Service de la Planification
20. Juin Recueil des Plans Annuels des Provinces et des Directions Centrales et Elaboration du Plan National pour 1987
21. Juillet 2ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
22. Juillet - Octobre 2ème Commande pour le Centre de Documentation

23. Juillet - Septembre Constitution et formation de l'équipe d'évaluation du Ministère de la Santé
24. Juillet Evaluation semestrielle/suivi du système de collecte des données statistiques
25. Août Retour de l'Economiste du séminaire tenu aux Etats-Unis
26. Août Participation à un séminaire/conférence/programme d'observation de deux membres de la DEP (Afrique)
27. Août Le Statisticien part pour une formation MPH en Biostatistique/Epidémiologie aux Etats-Unis
28. Septembre Le deuxième ISP-Evaluateur part pour des cours de planification en santé publique
29. Septembre Départ en spécialisation de la documentaliste (formation de court-terme)
30. Septembre Le Directeur de la DEPSS assiste à une conférence internationale
31. Septembre Départ d'un membre du service statistique pour une formation de court-terme aux Etats-Unis (BUCEN)
32. Octobre 3ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
33. Oct.- Nov. Conférence semestrielle de la DEPSS pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux
34. Octobre Finalisation des fiches de rapport pour les Hôpitaux Nationaux
35. Octobre Rapport sur la situation des services de la santé dans le pays
36. Octobre Fin phase de terrain de l'étude des dépenses sanitaires L'étape d'analyse commence
37. Octobre Soumission du Plan National 1987 du secteur de santé
38. Octobre Consultation/système d'évaluation d'impacte des aides audiovisuelles
39. Novembre Fin des travaux de construction du bâtiment/transfert
40. Novembre Envoi des fiches d'enquête sur les ressources sanitaires
41. Novembre 2ème conférence annuelle parrainée par la DEPSS pour les bailleurs de fonds
42. Novembre Préparation du plan des activités de la DEPSS pour l'année 1987
43. Novembre Continuation de l'évaluation et révision des fiches SIS
44. Décembre Recyclage des Agents chargés des Statistiques
45. Janvier 87 4ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire

- Reception à la DESS des Plans Annuels des Provinces et des Directions Centrales et Elaboration du Plan National pour 1987
- 2ème Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire
- Evaluation semestrielle/Suivi du Système de Collecte de Données
- Retour de l'Economiste du Séminaire tenu aux E.U.
- Participation à un Séminaire/Conférence/Programme d'observation de 2 membres de la DESS (Afr)
- Fin des travaux de construction du bâtiment/Transfert
- Le deuxième ISP-Evaluateur part pour des cours de planification en Santé Publique
- Constitution et formation de l'équipe d'évaluation du Ministère de la Santé
- Le Directeur de la DEP assiste à une Conférence Internationale
- 3ème bulletin d'épidémiologie et d'Information Sanitaire
- Le Statisticien part pour une formation MPH en Biostatistique/Epidémiologie aux E.U.
- Départ d'un Membre du service Statistique pour une formation de court terme au E.U. (BUCEN)
- Commandes pour le Centre de Documentation
- Conférence semestrielle de la DESS pour les Directeurs du Ministère et les Directeurs Provinciaux
- Finalisation des fiches de rapport pour les Hôpitaux Nationaux
- Rapport Annuel-le situation des services de la santé dans le pays.
- Fin phase de terrain de l'étude des dépenses sanitaires l'étape d'analyse commence
- Soumission du Plan National 1987 du secteur de Santé
- Consultation/Système d'Evaluation d'Impacte des aides audio-visuelles
- Envoi des fiches d'enquête sur les ressources sanitaires
- 2ème Conférence annuelle parrainée par la DESS pour les bailleurs de fonds
- Préparation du plan des activités de la DESS pour l'année 1987
- Continuation de l'Evaluation et Révision des Fiches SIM
- Recyclage des Agents Chargés des Statistiques

BUDGET 1986 - D E P

DATE	ACTIVITES PROPOSEES	CALCUL/COMMENTAIRE	COUT ESTIME
Janvier - Mars	Démarrage du Nouveau Système de collecte des données - Formation des Responsables pour les statistiques dans les formations sanitaires par les Agents de statistiques Provinciaux	Carburant Nécessaire pour le déplacement des Agents aux Centre Médicaux pour la formation 3.000 litres X 300 FCFA	900.000
Janvier - Septembre	- Projet de Recherche - Dépenses pour la Santé	Carburant 30 Provinces 2ème Tranche 10.000 litres X 300 = 3.000.000	3.000.000
Janvier - Mars	Elaboration Recherche Opérationnelle (Boulgou)	4 visites X 5 jours X 2.500 X 3 fois = 150.000 Carburant 606 litres X 4 = 2.400 X 25/100 600 X 300 = 180.000	330.000
Janvier-Décembre	Cours d'Anglais	10 X 30.000 X 4..... = 1.200.000 Accessoires du cours..... = 100.000	1.300.000
Février	Sortie du Rapport 1979-83	40 Rames papier X 4000 = 160.000 150 Stencils..... = 30.000 12 tubes d'Encre..... = 48.000 Imprimerie/Relier Rapport..... = 125.000	375.000
Mars - Avril	Visites sur le terrain pour suivi de collecte des données	3 sorties x 3 j. x 3 pers. x 2 500 = 67.500 Carburant 2400 Km X 25/100 = 600 l X 300 = 180.000	247.500
Avril	Voyages d'Observation de membres dans la sous-région	35.000 X 4 X 10 = 1.400.000 Billet 250.000 X 4..... = 1.000.000	2.400.000
Mars	Début Révision des Fiches Hôp. Nat. Voyage Bobo	3 pers. X 3 j. X 2500 = 22.500 Carburant 900 X 25/100 = 225 l X 300..... = 67.500	90.000
Mai	Conférence semestrielle organisé par la DEP pour les Directeurs Centraux et les Directeur Provinciaux du Ministère de la Santé	Per-diem Chauffeurs = 29 X 1.500 X 7 = 304.500 Cadres = 50 X 2.500 X 7..... = 875.000 Essence (DPS)..... = 700.000 Fournitures..... = 300.000 Location de salle: 25.000 X 7 ... = 175.000	2.354.500
			.../...

62

Mai	Première commande pour le Centre d'Information		4.000.000
Avril	1er Bulletin d'Epidémiologie et d'information sanitaire	6 rames papier X 4 200 = Poste.....	25.200 20.000	45.200
Mai	Publication Rapport Annuel Statistiques Sanitaires	50 Rames papier X 4 200 = 200 Stencils X 50 X 10.000 = 15 Tubes d'encre X 4 000 = Imprimerie/Relier rapport..... =	210.000 40.000 60.000 150.000	460.000
Avril	Concertation/Consultation - Approvisionnement et gestion pharmaceutique	Déplacement 3 pers. X 10 j X 2500 = Carburant.....	75.000 150.000	225.000
Avril - Juin	Sorties sur le terrain personnel DEP	Déplacement 6p X 4 j X 2 500..... = Carburant - 1.200 l =	180.000 360.000	540.000
Avril - Déc.	Démarrage de l'étude R.Op - Mortalité Maternelle; chistosomiose.	<u>1ère phase (Avril - Mai)</u> Déplacement..... Carburant.....	120.000 225.000	345.000
		<u>2ème phase (Sept - Déc.)</u> Déplacement 392.000 /mois X 4..... = Carburant 675.000/ " X 4..... =	1.568.000 2.700.000	4.613.000
Mai	Départ de l'Economiste pour un Séminaire de 12 semaines aux EUA		90.000
Mai-Septembre	Démarrage de la Recherche Opérationnelle / Boulgou	3 pers. X 3 j. X 7 Voy. X 2.500... = Carburant 500 l X 7 = 3500 Km X 25/100 = 875 X 300.....	157.500 262.500	420.000
Juin	Départ de l'Epidémiologiste aux EUA	6 X 2500 X 6 = 90.000 (1 sém. inten. Ang)		90.000
Juin	Recueil des Plans Annuels des Provinces / Directions Centrales	Voyages d'assurer recueil 3 voy. X 3 pers. X 4 j X 2500 = 3 X 1000 Km = 3000 X 25/100 = 750 lit X 300.....	90.000 225.000	315.000
Juillet	2ème Bulletin d'Epidémiologie et Inf. San.	Papier (25.200) Poste (20.000).....	45.200	45.200
				.../...

Juillet	Evaluation/Suivi Système Coll Données	Déplacement 3 voy X 3p X 3 j X 2500 =	67.500	
		Carburant 3 voy X 1200 Km =		337.500
		3600 X 25/100 = 900 X 300 =	270.000	
Juillet-Oct.	2ème Commande Service Documentation		1.000.000
Juillet-Sept	Constitution et Formation de la Commission d'Evaluation	Déplacement 12 pers. X 7j X 2500 =	210.000	
		Carburant.....	450.000	660.000
Août	Participation 2 pers/Conf en Afrique	2 X 10j X 35.000..... =	700.000	
		2 X 400.000..... =	800.000	1.600.000
		Inscription livres etc..... =	100.000	
Septembre	ISP/Evaluateur part pour Cours planification de Santé (Cotonou)			
Septembre ? 1987?	Documentaliste (Formation court-terme Afrique)	Déplacement/Subsistance (90 X 20.000) =	1.800.000	
		Transport.....	400.000	2.600.000
		Cours	400.000	
Septembre	Directeur / Conférence International	Déplacement, 10 X 35.000	350.000	
		Transport	700.000	1.200.000
		Conférence.....	160.000	
Septembre	3ème Bulletin d'Epidémiologie	6 Rames papier.....	25.200	45.200
		Poste.....	20.000	
Septembre	Statisticien-Formation Long terme EUA	6 X 6 X 2500 (intensif Anglais).....		90.000
Octobre	Formation-court-terme Statisticien (BUCEN)	6 X 6 X 2500 (intensif Anglais).....		90.000
Septembre	Conférence Semestrielle - Directeurs Centraux et Provinciaux de la Santé	(Voir calcul pour la première Conférence)		2.354.500
Octobre	Finalisation - Fiches et registres pour les Hôp. Nat. et renouvellement Stock d'autres Fiches	Imprimerie des fiches etc.....		6.000.000
				.../...

Octobre	Rapport Annuel sur la situation des Services de Santé	11 Rames X 4 200 = 46.200 4 tubes d'Encre = 16.000 1 Carton stencils..... = 10.000 Imprimerie / Relier..... 80.000	152.200
Octobre	Fin Phase Terrain - Dépenses pour Santé. Début analyse	Papier ordinateur.....	50.000
Octobre	Soumission Plan 37 Secteur Santé	Imprimerie 150 exemplaires	200.000
Octobre	Consultation-Impact des Audio-Visuels	Déplacement 3 X 8j X 2500..... 60.000 Transport 1500Km X 25/100 = 375 l X 300..... 112.500 Papier / Encre / Autres Matériels 20.000	192.500
Octobre - Déc.	Sortie sur le terrain personnel DEP	(Voir calcul sorties Avril-Juin)	540.000
Novembre	Fin Travaux Construction Batiment/Transfert	Transport (100 lits X 300) = 30.000 + 50.000 = 80.000 Construction - Meubles (Conf/Crd/ Inf. '.) 3.000.000	3.080.000
Novembre	Préparation Plan des Activités DEP - 1987	-	-
Novembre	Imprimerie Fiches cliniques/Fiches SHI	Imprimerie.....	5.000.000
Novembre	2ème Conférence Bailleurs des Fonds	Conférence.....	300.000
Novembre	Matériel pour Centre d'Information	2.000.000
Novembre	Révision cont. Fiches SIS	Imprimerie.....	4.000.000
Décembre	4ème Bulletin Epid. et Inf. San.	(Voir calcul des autres Bulletin	45.200
Jan. - Déc.	A. <u>Dépenses générales</u> : Personnel Equiptement Accessoires Ordinateur Carburant	12 X 80.000..... 4 X 500.000..... 250.000 X 4 50 X 22 X 12 X 2 = 52.800 ♦ 8 = 3.300 1 X 300 =	960.000 2.000.000 1.000.000 990.000
		.../...	

.../5.

B. Entretien / Assurance

Ordinateurs

Voitures

Autres Machines

Consommables

Imprimerie

Promotion des Thèses de Santé Publique

600.000 + 200.000

4 X 50000 X 3 voitures = 600.000 + 120.000 =

4 X 300.000.....

.....

.....

.....

800.000

720.000

1.200.000

2.000.000

500.000

750.000

TOTAL

64.297.500

DEP JOB DESCRIPTIONS

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Evaluateur - Suivi des Projets - DEP

Sous la Supervision du Chef de Service de la Planification de la DEP, il a pour fonction:

Tâche Globale:

Le suivi de l'exécution et l'évaluation des programmes et projets du Ministère de la Santé.

Tâches Spécifiques:

- A. Identification/Collection de l'Information pour le Suivi et Evaluation des Projets
 1. Coordonner la sélection des indicateurs pour le suivi et l'évaluation des projets de santé.
 2. Elaborer des fiches techniques et des fiches de suivi des projets.
 3. Recueillir l'information des Unités Centrales et Provinciales du Ministère de la Santé, des Bailleurs de Fonds et des autres sources.

- B. Conservation et l'Utilisation d'Information pour le Suivi et Evaluation des Projets de Santé
 1. Maintenir les archives des données de base et de progrès nécessaire pour le suivi et l'évaluation des projets.
 2. Coordonner l'analyse des données.
 3. Préparer les rapports sur l'analyse des données.
 4. Distribuer les rapports et autres analyses de suivi aux gestionnaires des projets afin de les aider à l'exécution de leurs projets.

- C. Coordination de la Commission d'Evaluation des Projets de Santé
 1. Préparer les réunions pour la commission.
 2. Prendre toutes autres dispositions pour le bon fonctionnement de la Commission.

- D. Liaison avec des Organisations Gouvernementales et Non-Gouvernementales
 - 1. Maintenir le contact avec toutes les organisations nationales et internationales qu'exécutent les projets de santé au Burkina Faso et rassembler l'information sur ces projets.
 - 2. Assurer la collecte, conservation et dissémination d'information que permettent les Bailleurs de Fonds à coordonner leurs efforts dans le secteur sanitaire au Burkina Faso.

- E. Préparer et soumettre annuellement au Chef de Service un plan et calendrier des activités.

- F. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au Poste et les activités qui lui seront confiées par le Chef de Service de la Planification à la DEP.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Economiste - DEP

Sous la Supervision du Chef de Service de la Planification, il a pour fonction:

Tâche Globale:

Collaborer au développement et suivi des plans et projets de santé par la conception et l'élaboration des analyses financières et économiques.

Tâches Spécifiques:

- A. Collaboration au Développement des Plans
 1. Préparer les budgets globaux.
 2. Analyser les ressources financières, publiques et privées.
 3. Projeter les besoins en ressources financières.

- B. Collaboration au Développement des Projets
 1. Etablir les budgets d'investissements et opérationnels pour les projets et programmes de santé.
 2. Analyser les propositions financières pour les projets de santé.
 3. Etablir les coûts des projets et leur rendement, en espèces ou autre forme de bénéfice.

- C. Suivi et Evaluation des Projets
 1. Evaluer les dépenses des projets.
 2. Préparer les rapports financiers des projets.
 3. Evaluer les coûts récurrents et les bénéfices (autant que possible) des projets.

- D. Collaboration avec les Agences Gouvernementales et Privées
 1. Participer aux rencontres et commissions interministérielles.
 2. Se mettre en liaison avec des ONG intervenant sur le terrain.
 3. Se mettre en liaison avec les autres Ministères pour les aspects économiques et financiers des projets sanitaires.

- E. Coordonner l'établissement des termes de référence des études et recherche opérationnelle.
- F. Assurer l'intérim du Chef de la Planification.
- G. Préparer et soumettre annuellement au Chef de Service un plan et calendrier des activités.
- H. Exécuter toutes autres tâches ou activités requises par le service.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Epidémiologiste - DEP

Sous la Supervision du Directeur de la DEP, il a pour fonction:

Tâche Globale:

En collaboration avec le Service de Planification et le Service des Statistiques à la DEP, aviser le Directeur sur la méthodologie à préparer, exécuter, et évaluer les projets et programmes de Santé, y compris les programmes de recherche opérationnelle.

Tâches Spécifiques:

- A. Collaboration en Planification
 - (1) Aviser le Service de Planification sur le développement des projets de recherche.
 - (2) Collaborer à la préparation des termes de référence pour les projets de recherche en Santé.
 - (3) Evaluer des propositions faites au Gouvernement du Burkina Faso par les organisations internationales concernant les projets de recherche en Santé.

- B. Collaboration en Statistiques Sanitaires
 - (1) Réviser des fiches pour le système SIS.
 - (2) Analyser les données de statistiques et d'information sanitaire disponibles et préparer les rapports techniques.
 - (3) Coordonner le contenu technique du Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire.

- C. Collaboration en Recherche Opérationnelle
 - (1) Comme membre de la Commission de Recherche Sanitaire, établir des thèmes de recherche prioritaire pour le secteur de Santé au Burkina Faso.
 - (2) Fournir l'appui technique pour les enquêtes sanitaires au Burkina Faso.

D. Collaboration en Formation du Personnel

(1) Enseigner des agents de santé en méthodes d'épidémiologie à l'ENSP et à la Faculté de Médecine.

(2) Fournir l'appui aux étudiants et professeurs pour les thèses et les publications scientifiques.

E. Préparer et soumettre annuellement au Directeur un plan et calendrier des activités.

F. Réaliser toutes autres activités spécifiques au Poste et les activités qui lui seront confiées par le Directeur.

C. Orientation/Liaison de l'Aide des Organisations Internationales

1. Recevoir les représentants des ONG désireuses d'intervenir dans le secteur Santé en vue d'une orientation de leurs actions conformément aux priorités du M.S.
2. Participer aux réunions de concertation interministérielles en vue des préparations des rencontres bilatérales et multilatérales.

D. Administration

1. Participer à la préparation et à la tenue des rencontres entre le M.S. et ses différents partenaires.
2. Préparer et soumettre annuellement au Directeur de la DEP un plan d'action et calendrier d'activités pour le Service de la Planification.
3. Superviser les activités du Bureau des Etudes/Projets et de Suivi/Evaluation et veiller à ce qu'elles se réalisent suivant leurs plans d'activités.
4. Faire le point des activités du Service de la Planification à la réunion hebdomadaire de la DEP.

E. Assurer l'intérim du Directeur de la DEP.

F. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par le Directeur de la DEP.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Documentaliste - DEP

Sous la Supervision du Directeur de la DEP, elle a pour fonctions:

Tâche Globale:

Gérer la masse documentaire disponible au Centre de Documentation et d'Information Sanitaire.

Tâches Spécifiques:

A. Collecte et Acquisition des Documents

- (1) Examiner régulièrement des ouvrages de référence, des revues, etc. pour identifier les titres pertinents.
- (2) Préparer et suivre les commandes pour le Centre.
- (3) Assurer que les publications techniques achetées constitueront une collection "logique" et que les fonds destinés aux acquisitions sont dépensés d'une manière rationnelle.
- (4) Mettre en place et conserver les archives des documents techniques produits par le Ministère.

B. Traitement des Documents

- (1) Analyser les documents reçus par le Centre: catalogage et indexation y compris:
 - (a) remplir les bordereaux de saisie pour la base de données bibliographiques.
 - (b) entrer les données dans l'ordinateur.
 - (c) produire des index par sujet/auteur/titre.
- (2) Gérer la base de données bibliographiques.
- (3) Gérer le système de classement et stockage des documents reçus par le Centre.

C. Diffusion d'Information

- (1) Répondre aux requêtes pour des informations spécifiques, utilisant les ressources documentaires du Centre et toutes les autres ressources documentaires disponibles à partir du Réseau de l'OMS et du RESADOC.

- (2) Gérer le système de communication des ressources documentaires du Centre.
- (3) Mettre en place et maintenir un service de "diffusion sélective de l'information" pour les utilisateurs du Centre.
- (4) Gérer la production trimestrielle du BULLETIN DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE L'INFORMATION SANITAIRE.
- (5) Préparer les bibliographies annotées et les résumés de littérature technique, qui traiteront des sujets spécifiques.
- (6) Dans son rôle de Point Focal National pour le Réseau Régional de l'Information Sanitaire de l'OMS: réaliser toutes les activités nécessaires pour le fonctionnement de ce Réseau au niveau du Burkina Faso.
- (7) En tant que participant au Réseau RESADOC: préparer les bordereaux de saisie pour les documents dont les références sont destinées à la base de données de RESADOC.

D. Administration

1. Superviser le travail du personnel du Centre et de l'unité reprographie de la DEP.
2. Préparer et soumettre annuellement au Directeur un plan et calendrier des activités du Centre de Documentation et d'Information Sanitaire.
3. Faire le point des activités du Centre de Documentation et d'Information Sanitaire, à la réunion hebdomadaire de la DEP.

E. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par ses superviseurs.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Epidémiologiste - DSE

Sous la Supervision du Directeur de la DSE, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Collecter et analyser les informations sur les maladies épidémiques et endémiques au Burkina Faso et recommander les actions pour leur contrôle.

Tâches Spécifiques:

- A. Surveillance Epidémiologique dans le Pays
 - (1) Etablir un réseau d'information sur les maladies infectueuses.
 - (2) Collecter et analyser les informations hebdomadaires dans le TLO.
 - (3) Examiner les informations du réseau international de l'OMS.
 - (4) Préparer les rapports sur la distribution (géographique, tranche d'âge, etc.) des maladies au Burkina Faso.
 - (5) Recommander les actions appropriées pour le contrôle des épidémies locales.

- B. Elaboration et Exécution des Enquêtes
 - (1) Coordonner les enquêtes sur l'incidence et prévalence des maladies au Burkina Faso.
 - (2) Collaborer et aviser les DPS sur les enquêtes des maladies à effectuer au niveau du Province.

- C. Recherche Opérationnel:
 - (1) Participer à la Commission de Recherche Sanitaire.
 - (2) Aviser les Directions Centrales et Provinciales sur la méthodologie.

- D. Collaboration avec les Autres Organisations
Collaborer avec la DEP dans l'analyse des données statistiques.

E. Formation du Personnel de Santé

(1) Donner les cours en épidémiologie à l'ENSP et à la Faculté de Médecine.

(2) Aviser les étudiants sur les méthodologies de recherche.

F. Préparer et soumettre annuellement au Directeur un plan et calendrier des activités.

G. Réaliser toutes autres activités spécifiques au Poste et les activités qui lui seront confiées par le Directeur de la DSE.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Agent Statistique - Infirmière/Sage-Femme - DEP

Sous la Supervision du Chef de Bureau Statistique, elle a pour fonctions:

Tâche Globale:

Enregistrement et confectionnement des TLO et des Rapports Provinciaux Trimestriels (RPT).

Tâches Spécifiques:

- A. Recueillir l'information
 - 1. Recevoir les TLO et les RPT à la DEP.
 - 2. Distribuer les fiches statistiques et les registres.

- B. Traitement des TLO et des RPT
 - 1. Vérifier les chiffres des TLO et des RPT.
 - 2. Mettre en ordre les TLO et les RPT pour l'exploitation de leurs données.
 - 3. Préparer les données des TLO et des RPT sous forme de tableaux.
 - 4. Coder les données des TLO et des RPT pour l'informatique.
 - 5. Entrer les données des TLO et des RPT à l'ordinateur (saisie).

- C. Collaborer en liaison avec les Directeurs Centraux et Provinciaux et les Hôpitaux Nationaux afin d'améliorer le système de statistiques sanitaires.

- D. Coder et entrer les données des études ponctuelles pour l'analyse statistique.

- E. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par ses superviseurs.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Agent Technique - Statisticien Adjoint - DEP

Sous la Supervision du Chef de Service Statistique, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Gestion du Système de Traitement des TLO (Télégrammes Lettres Officielles) et des Rapports Provinciaux Trimestriels (RPT).

Tâches Spécifiques:

- A. Collection des TLO et des RPT
 - 1. Recueillir les TLO et RPT.
 - 2. Adresser les correspondances dans les Provinces à rapporter pour réclamer les TLO et RPT en retard.
 - 3. Identifier/Rectifier les problèmes concernant l'envoi des TLO et RPT.
 - 4. Gérer et contrôler le stock de fiches et de registres.
 - 5. Faire imprimer les fiches, si nécessaire.
- B. Traitement des Données des TLO et des RPT
 - 1. Superviser la vérification des données des TLO et RPT.
 - 2. Superviser l'exploitation des données des TLO et RPT sous forme de tableaux.
 - 3. Collaborer à la rédaction des Rapports Trimestriels et Annuels de Statistiques.
- C. Préparer et suivre un calendrier de travail pour la collecte et le traitement des TLO et RPT.
- D. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par ses superviseurs.
- E. Diffusion d'Information
 - 1. Mettre l'information statistique à la disposition des utilisateurs.
 - 2. Superviser la distribution des fiches et des registres.

51

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Agent de Liaison - DEP

Sous la Supervision de l'Administrateur de la DEP, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Ouvrir et fermer le bureau, manipuler les machines du bureau et délivrer le courrier.

Tâches Spécifiques:

1. Préparer le bureau pour le travail, il est responsable de son ouverture et de sa fermeture.
2. Manipuler les nombreuses machines du bureau: le duplicateur, la photocopieuse, et la machine électronique à reproduire le stencil.
3. Délivrer le courrier de la DEP au Ministère de la Santé et les autres formations gouvernementales et non-gouvernementales.
4. Faire les petits achats nécessaire au bon fonctionnement du bureau sur demande de l'Administrateur.
5. Sortir le matériel du magasin central suivant le besoin du travail.
6. Faire les petites réparations mécaniques et électriques et superviser l'entretien des machines du bureau.
7. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par ses supérieurs à la DEP.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Dactylographe - DEP

Sous la Supervision de l'Administrateur et la Secrétaire de la DEP, elle a pour fonctions:

Tâche Globale:

Assumer les tâches de dactylographie de la DEP.

Tâches Spécifiques:

1. Dactylographier les lettres, notes verbales, circulaires et tous autres documents distribués par la Secrétaire de la DEP.
2. Aider la Secrétaire de la DEP en cas d'excès de travail.
3. En cas de nécessité, aider les Services Techniques dans le classement.
4. Effectuer le travail de l'Agent chargé de la réception du courrier en cas d'absence ou de non-disponibilité de ce dernier.
5. Assumer toute autre tâche du secrétariat sous la supervision de la Secrétaire de la DEP.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Agent de Bureau/Dactylographe - DEP

Sous la Supervision de l'Administrateur et la Secrétaire de la DEP, elle a pour fonctions:

Tâche Globale:

Assumer les tâches de dactylographie de la DEP.

Tâches Spécifiques:

1. Dactylographier les lettres, notes verbales, circulaires et tous autres documents distribués par la Secrétaire de la DEP.
2. Recevoir, enregistrer et distribuer le courrier et les documents administratifs.
3. Aider la Secrétaire de la DEP en cas d'excès de travail.
4. Effectuer le travail de la Secrétaire de la DEP en cas d'absence.
5. En cas de nécessité, aider les Services Techniques dans le classement.
6. Assumer toute autre tâche du secrétariat sous la supervision de la Secrétaire de la DEP.

PROFIL DE POSTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Administrateur - DEP

Sous la Supervision du Directeur de la DEP, l'Administrateur a pour fonctions:

Tâche Globale:

Diriger le Secrétariat de la DEP.

Tâches Spécifiques:

- A. Gestion du Secrétariat
 - 1. Rédiger le courrier du Directeur.
 - 2. Superviser le personnel du Secrétariat de la DEP.

- B. Administration
 - 1. Gérer le stock de matériel du service de la DEP.
 - 2. Collaborer à la préparation du Budget pour la DEP.
 - 3. Superviser la gestion financière de la DEP.
 - 4. Organiser rationnellement l'utilisation des moyens de transport du service de la DEP.

- C. Organiser matériellement les séminaires et autres conférences placées sous la tutelle de la DEP.

- D. Faire le point des activités d'administration à la réunion hebdomadaire de la DEP.

- E. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et toutes les activités à lui confier par le Directeur.

PROFIL DE POSTE

--:--:--:--:--:--:--:--:--

POSTE: Réceptionniste/Secrétaire - DEP

Sous la Supervision du Directeur et de l'Administrateur de la DEP, elle a pour fonctions:

Tâche Globale:

Assumer tout le travail de la Secrétaire du Directeur et de l'Administrateur de la DEP, et toutes les tâches de la réception.

Tâches Spécifiques:

1. Superviser, distribuer et contrôler le travail des dactylographes du bureau.
2. Enregistrer et expédier le courrier et les documents administratifs.
3. Préparer pour présentation à la signature les lettres, notes verbales, circulaires et tous autres documents émis par le personnel administratif, et les enregistrer pour l'expédition.
4. Contrôler et tenir à jour le système de classement.
5. Préparer tous les documents et renseignements nécessaires à la préparation des rapports du Directeur et de l'Administrateur.
6. Organiser les réunions demandées par le Directeur et l'Administrateur, et préparer les documents et renseignements pour ces réunions.
7. Assumer le travail de la réception et noter les messages téléphoniques pour tout le Service.
8. Prendre les rendez-vous pour le Directeur de la DEP et lui rappeler les questions importantes en temps voulu.
9. Accueillir les visiteurs et recevoir les messages en cas d'absence des intéressés.
10. Photocopier tous les documents du Service pour le Directeur.
11. Assister directement dans toute autre tâche, dans le cadre de ses capacités, que le Directeur et l'Administrateur de la DEP jugeront utile de lui confier.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Informaticien - DEP

Sous la Supervision du Directeur de la DEP, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Gestion du système informatique de la DEP (développement d'applications informatiques pour les besoins du service, organisation du fonctionnement de ce système).

Tâches Spécifiques:

A. Etudes/Conseil

1. Etudier les besoins de la DEP (en matière d'automatisation) en collaboration très étroite avec les services utilisateurs.
2. Réaliser les techniques des systèmes permettant de satisfaire les besoins exprimés.
3. Fournir des informations et des conseils aux différents services de la DEP et à d'autres services de Santé, sur l'utilité de l'informatique en ce qui a trait à l'amélioration du travail.

B. Collecte/Analyse des Données

1. Participer à l'élaboration et à la modification de diverses fiches devant permettre la collecte des données afin d'assurer une saisie informatique efficiente, s'il y a lieu.
2. Se mettre au courant de l'existence de nouveaux logiciels et mettre au point des programmes et systèmes pour améliorer la collecte, le stockage et l'analyse des informations.

C. Formation

Former le personnel de la DEP à l'utilisation des micro-ordinateurs comme puissant outil de travail.

D. Administration

1. Etablir un plan pour utiliser les ordinateurs de la DEP.
2. Organiser la cellule informatique.
3. Préparer et soumettre annuellement au Directeur un plan et un calendrier d'activités.

E. Relation avec l'Extérieur

1. Se mettre en liaison avec le CENATRIN pour l'entretien et les conseils dans le domaine de l'informatique.
 2. Se mettre en liaison avec les unités informatiques des autres ministères et avec d'autres organismes en vue d'échanges.
- F. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par le Directeur.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Chef de Service, Statistiques Sanitaires - DEP

Sous la Supervision du Directeur de la DEP, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Diriger le Service des Statistiques Sanitaires.

Tâches Spécifiques:

- A. Collection d'Information
 - 1. Coordonner la préparation des fiches statistiques pour la collecte des données.
 - 2. Assurer le recueil des informations statistiques.
 - 3. Maintenir une liaison technique permanente avec les agents provinciaux chargés des statistiques afin d'améliorer progressivement le système d'information sanitaire.
 - 4. Organiser et coordonner les réunions regroupant les différentes directions centrales du Ministère de la Santé en matière des statistiques sanitaires.
 - 5. Donner des avis statistiques sur le type d'échantillonnage à utiliser pour les enquêtes menées par d'autres services.
- B. Confection/Analyse d'Information
 - 1. Gérer le traitement des informations statistiques.
 - 2. Rédiger les rapports trimestriels et annuels de statistiques sanitaires du Ministère de la Santé.
 - 3. Collaborer à la planification et l'analyse des enquêtes opérationnelles menées par d'autres services.
- C. Diffusion d'Information Statistique
 - 1. Mettre la base de l'information statistique à la disposition des utilisateurs.
 - 2. Diffuser les rapports annuels de statistiques sanitaires du Ministère de la Santé.

D. Formation du Personnel de Santé

1. Organiser les séminaires de formation/recyclages des agents chargés des statistiques dans les provinces.
2. Participer à l'enseignement des agents de santé à l'ENSP et à l'ENAM en statistiques sanitaires/démographie.

E. Administration

1. Organiser le service statistique et soumettre annuellement au Directeur un plan et calendrier des activités pour le service.
2. Superviser le travail au niveau du service statistique.
3. Rédiger les correspondances administratives relevant du service statistique.
4. Faire le point des activités du service statistique à la réunion hebdomadaire de la DEP.

- F. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par le Directeur de la DEP.

PROFIL DE POSTE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

POSTE: Statisticien Adjoint Technique - DEP

Sous la Supervision du Chef de Service Statistique de la DEP, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Gérer le système de collecte et traitement des données statistiques.

Tâches Spécifiques:

- A. Collecte des Données Statistiques
1. Participer au développement/modification/gestion des fiches statistiques.
 2. Se mettre en liaison avec les Directeurs et Agents de Statistiques Régionaux afin d'assurer le recueil des données statistiques.
 3. Rédiger la correspondance aux DPS et Formations Sanitaires concernant la collecte des données.
- B. Gestion de Traitement des Données Statistiques
1. Diriger le Bureau de Traitement des Données Statistiques.
 2. Superviser la vérification des données reçues.
 3. Superviser le groupement des données et la préparation des tableaux des statistiques sanitaires.
 4. Collaborer à la rédaction des Rapports Trimestriels et Annuels de Statistiques.
 5. Collaborer à la rédaction du Bulletin d'Epidémiologie et de l'Information Sanitaire.
- C. Diffusion d'Information
1. Superviser la recherche des archives statistiques en réponse aux demandes particulières.
 2. Mettre l'information statistique à la disposition des utilisateurs.
 3. Envoyer les données des TLO à l'OMS et les données des Grandes Endémies à l'OCCGE et aux pays voisins.
 4. Envoyer les résultats d'analyses des RPT aux Directeurs Centraux et Provinciaux.

- D. Formation des Agents de Santé
 - 1. Participer à la formation/recyclage des Agents chargés de la collecte des données dans les Provinces.
 - 2. Participer à l'enseignement des Agents de Santé à l'ENSP en Statistiques/Démographie.

- E. Préparer et soumettre annuellement au Chef de Service un plan et calendrier des activités pour le Bureau de Traitement des Données Statistiques.

- F. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par ses superviseurs.

DATA COLLECTION SYSTEM + GUIDE/NUTRITION FORM/CONSULTANCY REPORT

MEMORANDUM FOR THE RECORD

Date: March 27, 1986
To: The File
From: David C. Sokal, MD *DCS/100*
Subject: Progress of Computerizing the Quarterly and
Weekly Health Statistics Reports

1. Quarterly Report

As of March 26, 1986, data entry screens have been prepared using DBase III for nine and a half of the eleven sections of the quarterly report. This is ahead of schedule compared to Mr. Leo Hool's recommendation of one screen per week. The data entry screens will thus be ready before the arrival of the first quarterly reports in mid April 1986. Preparation of a data entry screen for part of Section 7, hospitalized cases and deaths (which may require some coding), will be done after the first quarterly reports have been received.

2. Weekly Report

Lotus 1, 2, 3 is being used for the computerization of the weekly reports. The programming has been completed and the statistical clerks are being trained and have begun to enter data beginning with the first week of 1986.

Output formats will be discussed this week and the routine diffusion of the weekly totals should begin in April or May 1986.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
 SÉCRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE
 ET DE L'ENFANT.

-:-:-:-:-

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE
 RELEVÉS HEBDOMADAIRES
 POIDS POUR ÂGE

PROVINCE DE : _____

FORMATION SANITAIRE DE _____

MOIS : _____ ANNÉE : _____

SEMAINES	NOMBRE D'ENFANTS PESÉS			
	plus ou égale à 80 % de la norme	moins de 80 %	TOTAL	avec œdème
1 ^o Semaine du _____ au _____				
2 ^o Semaine du _____ au _____				
3 ^o Semaine du _____ au _____				
4 ^o Semaine du _____ au _____				
5 ^o Semaine du _____ au _____				
Total mensuel				
Pourcentage				

NOMBRE D'ACTIVITÉS

NUTRITIONNELLE :	1 ^o sem.	2 ^o sem.	3 ^o sem.	4 ^o sem.	5 ^o sem.	TOTAL/Mois
- Causerie simple :						
- Démonstration :						
- Visites à domicile :						

INSTRUCTIONS :

Cette fiche permet de faire une meilleure surveillance nutritionnelle et de remplir la fiche du Rapport Mensuel de la formation sanitaire. On se réfèrera aux courbes de croissance des enfants de 0 à 4 ans.

- 1.) Remplir cette fiche tous les mois en fonction des semaines.
- 2.) Les jours de pesée, s'assurer que toutes les courbes de croissance sont bien remplies le même jour. Noter aussi le nombre d'enfants souffrant d'oedème.
- 3.) Classer les enfants en deux groupes d'après les résultats de la pesée :
 - a) ceux qui pèsent plus ou égale à 80 % de la norme ;
 - b) ceux dont le poids est au dessous de 80 %..(La ligne inférieure de la courbe de croissance représente 80 % de la norme).
- 4.) Durant la semaine, tenir compte du nombre d'enfants dans chaque groupe en cochant sur un papier de brouillon.
- 5.) A la fin de la semaine, faire l'addition de tous les enfants pesés et tous les cas d'oedèmes, et les inscrire dans les cases indiquées.
- 6.) A la fin du mois, additionner les chiffres dans chaque colonne, et inscrire les totaux dans les cases indiquées "TOTAL". Les deux cases encadrées représente les données que l'on inscrira sur le Rapport Mensuel, Chapitre 4,3, (nombre total d'enfants pesées et nombre dont en dessous de 80 %).
- 7.) Déterminer les pourcentages afin d'apprécier la situation nutritionnelle de la communauté.
- 8.) Mentionner le nombre de causeries, et démonstrations faites toutes les semaines, et le total mensuel. Ceci doit être noté sur la dernière page du Rapport Mensuel, Chapitre 10, (séances d'éducation pour la santé). Noter également sur cette fiche de relevés hebdomadaires le nombre de visites à domicile.
- 9.) Garder cette fiche au niveau de votre formation sanitaire. Elle servira ultérieurement d'élément d'évaluation de vos activités de SMI.

BURKINA FASO
 MINISTERE DE LA SANTE
 SECRETARIAT GENERAL
 DIRECTION DE LA SANTE DE LA
 MERE ET DE L'ENFANT

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE
 RELEVES HEBDOMADAIRES
 PERIMETRE BRACHIAL

--:--:--:--:--

PROVINCE DE : _____
 FORMATION SANITAIRE DE : _____
 MOIS : _____ ANNEE : _____

SEMAINES	NOMBRE D'ENFANTS			
	VERT	JAUNE	ROUGE	TOTAL
1° Semaine du _____ au _____				
2° Semaine du _____ au _____				
3° Semaine du _____ au _____				
4° Semaine du _____ au _____				
5° Semaine du _____ au _____				
TOTAL MENSUEL				
POURCENTAGE				

NOMBRE D'ACTIVITES NUTRITIONNELLES	1°sem.	2°sem.	3°sem.	4°sem.	5°sem.	TOTAL/MOIS
- causerie simple						
- démonstration						
- visites à domicile						

INSTRUCTIONS :

Cette fiche permet de faire une meilleure surveillance nutritionnelle à la formation sanitaire qui ne dispose pas des matériels de pesée. Aussi elle vous permet de remplir la fiche du Rapport de la formation sanitaire.

On se réfère à la fiche technique sur le périmètre Brachial.

- 1°) Remplir sur cette fiche le mois et les dates de toutes les semaines.
- 2°) Mesurer tous les enfants de 1 an à 5 ans, une fois par mois. Ceux qui sont dans la partie rouge (malnutrition sévère) seront déferés au CREN ou au dispensaire.
Pour ceux qui sont dans la partie jaune, intensifier l'éducation nutritionnelle aux parents.
- 3°) Durant la semaine, tenir compte du nombre d'enfants dont vert, jaune et rouge, en cochant sur un papier de brouillon.
- 4°) Chaque enfant ne doit être pris en compte qu'une seule fois par mois, même s'il est mesuré plusieurs fois pour raison de suivi.
- 5°) A la fin de la semaine, additionner tous les traits verticaux ou chiffres et marquer le total dans la case indiquée.
- 6°) A la fin du mois, additionner toutes les colonnes et marquer les sommes dans les cases indiquées "TOTAL MENSUEL". Ce résultat doit être noté sur le Rapport Mensuel, chapitre 4.4, "surveillance nutritionnelle sur le Périmètre Brachial".
- 7°) Déterminer les pourcentages afin d'apprécier la situation nutritionnelles de la communauté.
- 8°) Garder cette fiche au niveau de votre formation sanitaire. Elle servira éventuellement d'élément d'évaluation de vos activités de SMI.

GUIDE POUR LE REMPLISSAGE DU RAPPORT MENSUEL
DES CSPS /D /M.

N.B. : Il est toujours conseillé de vérifier soigneusement la fiabilité des chiffres inscrits dans les différents rapports mensuels car c'est à partir d'eux que sera confectionné le rapport provincial trimestriel.

Chapitre 1.

1.1. Il faut comprendre par PSP fonctionnel, un PSP avec au moins une AV, un ASV, deux trousseaux suffisants et une cellule de Santé

Le nombre de PSP fonctionnels à mentionner chaque mois est le nombre de PSP existants à la fin du mois où sont menées effectivement des activités par les ASC.

Le nombre d'accouchements attendus est estimé à partir des données démographiques. Pour le Burkina Faso, le taux brut de natalité est d'environ 48/1000 par an, ce qui est égal à 12/1000, par trimestre ou 1,2/100 ou 1,2 %.

Le nombre d'enfants âgés de moins d'un an est aussi estimé à partir des données démographiques. Ainsi ces enfants représentent 4,2 % de la population totale.

1.2. Présents à la fin du mois = Présents au début du mois + entrants dans le mois - départs du mois.

Le nombre total de visites doit être supérieur ou égal au nombre de "visités au moins 1 fois".

1.3. Visites de supervision : il s'agit de marquer le nombre de visites effectuées par le DPS ou le chef du CM ou autre superviseur au CSPS.

Ce nombre n'est pas à confondre avec les visites de supervision des PSP.

Chapitre 2.

2.1. Nombre de femmes en grossesse dans les villages = nombre de femmes en grossesse à la fin du mois.

Nombre de femmes en grossesse vues : il s'agit du nombre de femmes suivies par l'accoucheuse villageoise.

2.2. Le nombre de troussees suffisantes plus le nombre de troussees insuffisantes doit être inférieur ou égal au nombre total des visites des AV plus le nombre des visites des ASV.

Chapitre 3.

3.1.1. Nombre total d'accouchements assistés. Il s'agit des accouchements assistés par le personnel médical ou en maternité ou à la maison. Un enfant né à domicile sans l'assistance du personnel médical et amené pour les petits soins de nouveau-nés n'est pas compté.

3.2. Le nombre de naissances vivantes plus le nombre de morts-nés doit être supérieur ou égal au nombre total d'accouchements assistés.

3.5. Un décès maternel se définit comme la mort d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa termination, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Chapitre 4.

4.3. Surveillance nutritionnelle par la pesée.

Deux données sont à inscrire :

- enfants pesés, nombre total :
 - dont en dessous de la courbe normale :
- (inférieure à 80 % de poids pour âge).

A cet effet, vous disposez d'une fiche intitulée "Surveillance Nutritionnelle - Relevés hebdomadaires - Poids pour âge".

Il s'agit d'une fiche intermédiaire entre la fiche de croissance de l'enfant et le rapport mensuel. Les instructions pour remplir cette fiche intermédiaire sont inscrites au verso.

Les résultats inscrits dans les deux encadrés foncés de la fiche intermédiaire sont ceux à reporter sur le rapport mensuel de la formation sanitaire

Ces fiches intermédiaires "Surveillance Nutritionnelle, Relevés hebdomadaires - Poids pour âge" sont à utiliser dans les formations sanitaires pratiquer la surveillance nutritionnelle par le poids par rapport à l'âge (courbe de Croissance). Ces formations sanitaires doivent disposer d'un pèse-bébé.

4. Surveillance nutritionnelle par le périmètre brachial (valable pour les enfants âgés de 1 an à 5 ans révolus)

Vert :

Jaune :

Rouge :

Total :

De nombreuses formations sanitaires ne disposent pas de pèse-bébé. Une méthode simple et pratique de surveillance nutritionnelle est l'utilisation de la mesure du périmètre brachial avec un ruban tricolore (vert, jaune, rouge) fabriqué à cet effet.

Les agents de santé pourront se procurer ce ruban tricolore en s'adressant à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant.

La fiche intermédiaire "Surveillance Nutritionnelle-Relevés hebdomadaires-Périmètre brachial" vous permet de collecter les données que vous reporterez au chapitre 4.4. du rapport mensuel de la formation.

• Activités du CREM - (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle)

Au lieu d'une classification par poids et taille, il faut corriger le tableau 4.5. pour faire la classification par poids et âge, comme suit (Les corrections à faire sont soulignées).

Original	Corrigé
Classification par poids et <u>taille</u> :	Classification par poids et <u>âge</u> :
Nbre avec plus de 80 % de poids pour <u>taille</u> -	Nbre avec plus de 80 % de poids pour <u>âge</u> -
<u>70 %</u> à 80 % -	<u>60 %</u> à 80 % -
moins de <u>70 %</u> -	moins de <u>60 %</u> -

Le poids par rapport à la taille sera utilisé ultérieurement en fonction de la disponibilité du matériel (toise d'enfant) et de la formation du personnel.

Nous rapportant à la fiche du CREN, (en 1ère page) il est mentionné le % P.N. c'est à dire le pourcentage du Poids Normal par rapport à l'âge.

Ce pourcentage du Poids Normal par rapport à l'âge est obtenu en se référant aux normes (poids par rapport à l'âge) ci-jointes prévues pour les enfants de 0 à 5 ans aussi bien pour les garçons que pour les filles.

Une fiche de CREN doit être ouverte à l'intention de l'enfant admis au CREN. Vous aurez à mentionner son âge, son poids et sa taille à son arrivée au CREN.

Pour calculer le % PN, divisez le poids de l'enfant à l'entrée par le poids normal prévu selon son âge et sexe. (si votre CREN n'a pas les 4 tableaux de poids normaux par âge demandez-les au Directeur Provincial ou à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME).

Selon le % PN à l'entrée remplissez les trois cases de classification par poids / âge.

Le % PN de l'enfant à la sortie du CREN doit également être déterminé et inscrit sur la fiche du CREN.

N.B. : Critère de guérison. On considérera qu'un enfant ayant séjourné au CREN est guéri, et peut être donc renvoyé chez lui lorsque son % P.N. est égal ou supérieur à 80 % du poids d'un enfant normal de même âge (cf normes poids / âge).

4.7. S'il y a des activités de vaccination au niveau du CSPS/D/M, cochez le type de vaccin utilisé soit le DTCP + Polio Oral.

4.7.4. S'il y a eu rupture de stock d'un vaccin, cochez devant le Oui et précisez le type de vaccin ainsi que la durée de la rupture. Sinon, cochez devant le non.

Chapitre 5.

5.1. Ce tableau est à remplir à partir des registres de consultations journalières. Si on utilise seulement un registre pour toutes les consultations, on peut les enregistrer sous la colonne "Consultation Générale".

Seulement les maladies d'un certain intérêt sont pris en compte les plaies, les rhinites, etc, ne sont plus enregistrés s'ils ne sont pas hospitalisés.

Les cas de tétanos ou autres maladies graves qui sont traités en hospitalisation doivent être enregistrés au chapitre 7.1.

- 5.4.1. Tous les nouveaux consultants sont comptés dans le chapitre 5.4.1. par tranche d'âge. ...
- 5.4.2. Le Nombre total de consultations est enregistré au chapitre 5.4.2.
- 5.4.3. Il faut relever le nombre de consultants venants d'entre 0 à 4 Km etc..., à partir des colonnes dans le Registre de Consultations Journalières. Dans le registre, il faut simplement cocher dans la colonne appropriée, il n'est pas question de noter les distances elles mêmes.

Chapitre 6.

6.1. Présence des médicaments.

Cochez seulement si vous avez au moins :

- 25 Flacons de penicilline
- 500 comprimés de chloroquine
- 200 comprimés de fer
- 50 sachet de SRO
- 2 litres de désinfectant.

Si vous avez une quantité excessive d'un médicament, mentionnez le médicament et la quantité en "Observations".

Chapitre 7. Cause d'hospitalisation ou de mortalité.

7.1. Les causes d'hospitalisation à mentionner sont les diagnostics à la sortie. Les diagnostics des malades qui restent à l'hôpital à la fin du mois ne sont pas relevés avant leur sortie, puisque le diagnostic à l'entrée n'est pas aussi fiable que celui de la sortie.

Le nombre hospitalisés comprend les décès. Par exemple, s'il y a deux cas de méningite, et un de ces cas est décédé, il faut marquer H-2, D-1.

Le nombre de malades hospitalisés dont les causes sont mentionnées dans ce chapitre, doit être égal au nombre total des sorties (les guéris + les évadés + les évacués + les décédés).

7.2. Journées d'hospitalisations

N.B. : L'entrée et la sortie sont comptées pour 1 seul jour d'hospitalisation. Nombre d'hospitalisés constants à la fin du mois = Nombre de malades présents au début du mois + entrants - sorties (guéris + évacués + évadés + décédés).

Chapitre 8.

8.1. Pour la lecture des gouttes épaissies, les codes correspondent aux chiffres ci-dessous.

<u>Code</u>	<u>Précision</u>
0 ou - (négatif)	Pas de parasite (hématozoaire) décelable à partir de votre seuil de détection (200 champs au Centre Muraz).
+	Moins de 1 parasite pour 10 champs examinés. (observer au moins 20 champs).
++	1 à 9 parasites pour 10 champs examinés (observer au moins 10 champs).
+++	1 à 9 parasites par champs examiné
++++	10 à 99 parasites par champ examiné
+++++	100 ou plus parasiter par champ examiné.

Sur le rapport mensuel, mentionnez le total des résultats de "++++" et "+++++" dans la case "++++".

N.B. : C'est à partir de "++++" que la parasitémie est en faveur d'un accès palustre, si cliniquement on évoque un tel diagnostic.

Le Centre Muraz propose comme seuil de parasitémie susceptible de déclencher un accès palustre, 10.000 parasites/mm³ de sang, soit 19 parasites par champ examiné. Cela correspond à "++++".

.../2.

Chapitre 9.

9.2. Lèpre : en compte au dernier jour du mois = en compte au dernier jour du mois précédent + les nouveaux cas - les rayés.

Chapitre 11.

Retenez que ce chapitre est à remplir seulement une fois par trimestre, au cours du 2^e mois du trimestre c'est-à-dire en Février, Mai, Août et Novembre.

11.1. Le nombre total de villages doit être supérieur ou égal à chacun des chiffres prévus depuis le 11.2 jusqu'au 11.6.

25

BURKINA FASO
LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !

MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL

DSEV - DEPSS - DCFS

D.P.S - OUBRITENGA

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

SECRETARIAT GENERAL

E.S.S.A

PROJET DE **R**ECHERCHE **O**PERATIONNELLE

SUR LA SCHISTOSOMIASE URINAIRE

-

JANVIER **F**EVRIER 1986

Faisabilité du contrôle de la schistosomiase urinaire par les agents de santé de village au Burkina Faso : Zone Pilote dans la province d'Oubritenga, villages de Daguilma et Nahartinga

Par :

- Dr. OUEDRAGO Louis Hamadé *
- Mme TRAORE L. Kady **
- Dr. SOKAL D. David ***
- Cde OUATTARA Assoro ****
- Dr. NACOULMA Innocent *****
- Dr. NEBIE Badémé *****
- Dr. PLETRA Virginio *****

-
- * Médecin Chef du service des Endemies majeures, Direction de la Surveillance Epidémiologique et des Vaccinations, Ministère de la Santé, OUAGADOUGOU.
 - ** Chef de service de parasitologie de l'hôpital Yalgado OUEDRAGO Parasitologiste de l'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou.
 - *** Médecin Epidémiologiste du C.D.C d'Atlanta détaché à la Direction des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires (DEPSS), Ministère de la Santé, Ouagadougou.
 - **** Technicien Supérieur de Laboratoire, Direction Provinciale de la Santé du Kadiogo, Ouagadougou.
 - ***** Directeur Provincial de la Santé d'OUBRITENGA, ZINIARE.
 - ***** Pharmacien " " " "
 - ***** Médecin, Directeur L.V.I.A au Burkina Faso, Ziniaré, Province D'Oubritenga.

I.- ENONCE DU PROBLEME

Contrairement au S.I.D.A dont l'histoire est récente, la Bilharziase urinaire est une endémie des plus anciennes de notre planète.

Son endémicité n'est plus à démontrer en Afrique de l'Ouest, particulièrement au Burkina Faso.

Les graves complications plus ou moins tardives de cette affection, avec les lourdes charges financières qui grèveront sans doute le budget Santé dans ce pays, en imposent le contrôle. Une telle lutte ne peut s'envisager, au risque de se tromper, sans l'utilisation du système sanitaire en place.

Les bilharziens Burkinabè ont surtout accès au niveau primaire de leur pyramide sanitaire, le poste de santé primaire (P.S.P.) et la présente étude se propose d'élucider la faisabilité du contrôle de cette endémie par les Agents de santé communautaire, à un moment où ceux-ci sont formés et lancés à grande échelle (Opération un Village = un Poste de Santé Primaire).

Le Burkina Faso est un pays continental de l'Afrique de l'Ouest ; sa superficie est de 274.000 Km², sa population 8.000.000 d'habitants. Son climat est tropical, avec une saison pluvieuse et une saison sèche (d'Octobre -Novembre à Mai Juin). Le nord du pays est sahelien. Le reste est fait de savane herbeuse au centre, arbustive au Sud.

Le relief peu déclive du Burkina Faso et l'alternance de la pluviométrie ont pour conséquence les mares saisonnières auxquelles les bilharziases sont liées.

Sur le plan sanitaire, le péril infectieux prédomine. Deux hôpitaux nationaux, 8 Centres hospitaliers régionaux, 30 Centres Médicaux et 450 Centres de Santé et de Promotion Sociale constituent les infrastructures de soins. Malheureusement, seul 50% de la population y a accès.

La lutte contre les principales endémies (dont les bilharziases) est prioritaire au Burkina Faso dont la politique sanitaire est basée sur les soins de Santé Primaire. Dans cette optique, pour rendre accessibles les soins essentiels contre les lésions et affections courantes, la base de la pyramide sanitaire (P.S.P) devra être totalement en place au cours du 1^{er} trimestre 1986. Le contrôle de la schistosomiase est à envisager à ce niveau accessible par 100% de la population ; encore faut-il en étudier la faisabilité.

DEFINITIONS OPERATOIRES

1 - Faisabilité = état d'acceptabilité sociale, d'accessibilité, physique, financière et technique, donc d'être réalisable.

2 - Contrôle = fait de cerner au maximum tous les contours d'une maladie et d'amener et maintenir au niveau le plus bas possible sa morbidité et sa létalité.

II. - OBJECTIF GENERAL

= Contrôler la bilharziose urinaire au Burkina Faso.

III. - OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Vérifier qu' ^{en zone} hématurie = bilharziose urinaire chez un enfant d'âge scolaire avec assez bon état général.
2. Réduire l'endémicité de la bilharziose urinaire dans les villages Burkinabè.
3. Réduire l'intensité des bilharzioses dans les villages Burkinabè.
4. Déterminer un prix accessible de traitement par le PRAZIQUANTEL de la bilharziose urinaire dans les villages Burkinabè.
5. Apprécier l'impact de l'action des agents de Santé de Village sur le comportement des villageois en matière de bilharzioses.

IV. - REVUE DE LA LITTERATURE

Des entretiens avec des enseignants; des parents d'élèves ou d'enfants d'âge scolaire, des agents de Santé ou des responsables d'éducation Sanitaire (cellule Santé de la Radiodiffusion Nationale) montrent que l'épidémiologie de la bilharziose est mal connue, de même les moyens de lutte.

La bibliographie très fournie du Centre de documentation de l'OCCGE ne nous a pas permis d'identifier un travail similaire à celui que nous nous proposons d'entreprendre.

V /// /// /// METHODOLOGIE

A - Echantillonnage

B - Sélection des variables

C - Instrument de collecte des données

D - Plan de collecte des données.

V A. ECHANTILLONNAGE - METHODE DE TRAVAIL

En fonction des objectifs à atteindre, les variables à mesurer seront déterminées (cf. chapitre suivant).

Par localité choisie, des enfants (100 à 200) et des adultes seront l'objet d'enquêtes parasitologique et de connaissance attitude pratique.

A cet effet, un instrument de collecte des données sera élaboré et éventuellement révisé après un pré-test.

Il s'agit dans un premier temps (Enquête I) de recueillir des données "starter" sur la faisabilité du contrôle des schistosomiasés ; les mêmes données seront recueillies 1 an plus tard ; entre temps, des méthodes de lutte auront été introduites (chimiothérapie par l'agent de santé de village qui aura été formé, éducation pour la santé...)

Chaque enfant enquêté sera d'âge scolaire (7 - 14 ans) compte tenu du faciès épidémiologique de la bilharziose urinaire au Burkina Faso. Il sera enregistré, pesé, interrogé. Il lui sera remis un pôt pour ramener les urines de 9H à 11 H après effort, que l'on examinera par la méthode de Plouvier. Chaque enfant bénéficiera également d'un carnet de Santé du type "Inspection Médicale des Ecoles".

Pour des raisons budgétaires, nous retenons 2 villages. Les prix de la chimiothérapie différeront sensiblement, grâce à une subvention dans une des localités retenues. Ce stratagème vise à étudier l'accessibilité financière de la cure de bilharziose, de même que son acceptabilité.

Pour éliminer le biais d'un boycott du traitement au prix "fort", les villages retenus seront très distants l'un de l'autre (au moins 50 Km). C'est ce qui explique le choix de Daguilma et Nahartinga, respectivement dans les départements de Loubila et de Niou. Ces localités ne sont donc pas choisies au hasard ; mais en leur sein, les enquêtés le seront.

Des cahiers et un registre seront utilisés pour retrouver facilement tout élément de la cohorte étudiée qui viendrait à perdre son carnet de Santé.

B- SELECTION DES VARIABLES

O B J E C T I F S	ACTIVITES	VARIABLES	OBSERVATIONS
1- Vérifier qu'hématurie = Bilharziase ...	Examens parasitologiques d'urines chez des hématuriques	- Bilharziase urinaire - Quantité d'oeufs pour 10 ml d'urines.	Enquête de prévalence
2- Réduire l'endémicité de la Bilharziase urinaire ...	Traiter les cas Eduquer pour la santé	- Cas de Bilharziase - Connaissance de la Bilharziase.	Enquêtes
3- Réduire l'intensité de la Bilharziase urinaire ...	- Traiter les cas - Examiner les urines avec numération des oeufs	- Nombre d'oeufs de schistosomes pour 10 ml d'urines.	
4- Déterminer un prix de traitement par le Iraziquantel qui soit accessible aux masses.	- Traitement subventionné dans 1 zone. - Traitement non subventionné dans une	- Cas traités - Cas non traités.	
5- Apprécier l'impact de l'action des agents de santé de village sur le comportement des villageois en matière de Bilharziases.	- Enquête de connaissance Attitude Iratique.	- % urinant dans l'eau - % urinant près de l'eau. - % d'hématuriques traités.	

.../...

V C- INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

1- Fiche n°1 = Enquête "clinique". Village

N° d'ordre	Noms-Prénoms	Age	Sexe		Poids	Scolarisé		Hématurie		Traité		Lieu de miction		Connaissance de la schistosomiase												
		(ans)	M	F	(Kg)	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Bon	Mauvais	Instructeur	Clinique	Gravité	Transmission	Prévention								
														Fa- rent	Mai- tre	A.S. V.	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non		
1																										
2																										
3																										
4																										
.																										
.																										
.																										
200																										
TOTAL = 200			96	104																						

- Note : l'eau = l'eau suspecte (barrage, mare, rivière)

- Définitions opératoires :

- Sclarisé = fréquentant ou ayant régulièrement fréquenté une école d'enseignement primaire.
- Hématurie = urines macroscopiquement sanglantes, qu'elle soit totale ou terminale.
- Traité = avoir reçu des soins contre la Bilharziase, en particulier 2 comprimés de Iraziquantel.
- Lieu de miction : Bon = dans un endroit spécialement aménagé pour uriner.
Mauvais = parfois dans l'eau ou près de l'eau (100 m).
- Instructeur = celui qui enseigne l'enfant.
- Clinique : Oui = hématurie + douleur mictionnelle. Prévention : Oui = (- éviter d'uriner dans l'eau, ou près de l'eau.
(- éviter le contact direct avec l'eau.
- Gravité : Oui = ça peut tuer - Transmission : Oui = en urinant dans l'eau ou près de l'eau.

2- Fiche n°2 : Examen parasitologique des urines

Village de

N° d'ordre	Oeufs de Bilharzies pour 10 ml			Observations	
	0	1 - 50	Plus de 50	Tous oeufs morts	Espèces autres que haematobiu
1					
2					
.					
.					
200					
TOTAL					

3- Fiche n°3 : Enquête chez les Adultes

Village de

Adulte interrogé	Age (ans)	Sexe		Hématurie dans l'enfance		Connaissance de la Bilharziose								
		M	F			Clinique		Gravité		Transmission		Prévention		
				oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	
S.V. = 1														
A.V. = 2														
cellule de nté														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
.														
.														
100														
L = 100														

V D- PLAN DE COLLECTE DES DONNEES

1°) Préparation de la collecte

activités	Besoins		Temps	Observations
	humains	matériels		
- Rechercher un parrain	Chercheurs	Papier - Enveloppe Timbre	2 semaines	
- Demander et obtenir l'autorisation administrative	Chercheur principal	-	2 semaines	Pour mémoire car accord présent
- Prendre rendez-vous avec les autorités locales	"	Téléphone	1 semaine	
- Prendre contact avec les autorités locales	équipe de chercheurs	- Voiture - Essence - Papeterie	1 mois	Ordre de mission
- Déterminer la taille de l'échantillon	Statisticien Epidémiologiste	- Carte - Données démograph.	1 semaine	
- Recruter les enquêteurs	-7 chercheurs	-	1 semaine	Déjà fait
- Former les enquêteurs	-	Kit enquête	2 jours	Personnel déjà compétent-simple révision à faire
- Mettre en place la logistique	chercheur principal	Voiture, accessoires et divers	1 mois	Réservation de véhicule déjà disponible
- Etablir le calendrier des activités	chercheurs	Fournitures de bureau	1 semaine	Réunion
- Démarrer l'enquête	Toute l'équipe	tout le matériel		

2°) analyse des données

- Rassembler les données	Chercheurs	Fournitures de bureau	1 mois	Chercheurs principal surtout
- Codifier " "	Informaticien		2 semaines	D.E.P.S.S.
- Traiter " "	"		2 "	
- Analyser les données	Chercheurs	- Tableaux - Fournitures de bureau	1 semaine	Réunions
- Interpréter les données	" Statisticien	"	1 semaine	"

95

VI PLAN DE DEROULEMENT ET DE CONTROLE

A- Plan Général

Taches à exécuter	Durée S = semaines (Début, Fin)	Personnel Professionnel		Personnel non professionnel		Observations
		nécessaire		Nécessaire		
		Type	Durée	Type	Durée	
1- Elaborer le projet	S1 - S4 (13/1/86-13/2/86)	- Médecins = 4	4 S	Staticien = 1	1/4 S	
2- Trouver 1 parrain	S2 - S4	- Pharmaciens = 2		Dactylographe = 1		
3- Soumettre le projet au gouvernement	S2 - S6	- Chercheur princ.	2 S	"	-	
4- Obtenir l'autorisation	S6	- " "	1/4 S	-	-	en discuter
5- Commander les équipements	S6 - S18	- " "	-	-	-	
6- Prendre contact avec les autorités loc.	S6 - S18	- " "	1/4 S	S-Dactylographe	1/4	
7- Déterminer la taille de l'échantillon	S6 - S18	- Equipe de cher.	1/4 S	-	-	
8- Recruter les enquêteurs	S10 - S18	- " "	1/4 S	Staticien	1/4	
9- Former les enquêteurs	S18 - S19	- Chercheurs princ	1 S	-	-	Ce sont des chercheurs
10- Réaliser le pré-test	S19	- Equipe chercheurs	1 S	-	-	Révision
11- " l'enquête I	S21 - S24	Tous chercheurs	1 S	-	-	
12- Collecter, analyser et synthétiser les données de l'enquête I	S21 - S24	" "	6 S	Chauffeur Tech. sup labo	1S	
13- Préparer l'enquête n°II	S23 - S40	Tous chercheurs	2 S	Informaticien	1S	Chercheur principal=1 autres : réunion
. Former les A.S.V.	S21 - S24	Directeur provinc-	1 S			
. Livrer le Praziquantel	S 21 - 24	Pharmacien "	1 S			
. Eduquer la population	Continue	Directeur provin-				et organiser le reap-
. Superviser les A.S.V	Continue	cial de la santé	continue			visionnement
			"			

4 - Réaliser l'enquête II	S74 - S77	Tous chercheurs	6 S	Chauffeur + Technicien	1S ; 1S
5 - En collecter, synthétiser et analyser les données	S76 - S80	Tous chercheurs	3 S	-	
6 - Réaliser l'évaluation finale	S 81 - S84	" "	1 S	Informaticien	1 S
7 - " le rapport final et diffuser les résultats	S85 - S89 Oct. 88	Chercheur principal	1 S	Statisticien	1 S
				Secrétaire dactylographe	1 S

B- EN RESUME

- Pré-enquête : 6 Semaines
- Test préalable : 1 semaine
- Enquête n°1 : 4 semaines
- Préparation de l'enquête n°1 52 semaines
- Enquête n°2 : 4 semaines
- Analyse, synthèse, interprétation et diffusion des résultats
= 21 semaines

Bonne nuit

97

VI. C/ CALENDRIER DES ACTIVITES

	N° semaine			
	20	40	60	80
	Juin 86			
1. Elaborer le projet	_____			
2. Trouver un parrain	_____			
3. Soumettre le projet au gouvernement et en discuter	_____			
4. Obtenir l'autorisation				
5. Commander les équipements		_____		
6. Prendre contact avec les Autorités locales		_____		
7. Déterminer la taille de l'échantillon		_____		
8. Recruter les enquêteurs		_____		
9. Former les enquêteurs		_____		
10. Réaliser le pre-test		_____		
11. Réaliser l'enquête I		_____		
12. Analyser et Synthétiser les données de l'enquête I			_____	
13. Préparation de l'enquête II				
. Former les Agents de Santé de village			_____	
. Livrer le Praziquantel			_____	
. Eduquer la population, spécifiquement			_____	
. Superviser les A.S.V.			_____	
14. Réaliser l'enquête II			_____	
15. En collecter, synthétiser, analyser les résultats				_____
16. Réaliser l'évaluation finale				_____
17. Réaliser le rapport final et diffuser les résultats.				_____
18. Comptes rendus aux bailleurs	_____	_____		_____

VII- BUDGET DU PROJET

A- RECAPITULATIF

- 1- Personnel (mois - homme)
 - 6 Chercheurs = 1 1/2
 - 1 Secrétaire Dactylo = 1 1/4
 - 1 Statisticien = 1/4
 - 1 Informaticien = 1/4
 - 1 Technicien Sup. de Labo = 1/4
- 2- Formation
 - 2 jours, pour mémoire
- 3- Locaux
 - Pour mémoire - Ministère de la Santé
- 4- Equipement - matériel
 - Bureaux : fournitures (papetterie)
 - Médical : filtres, ~~portos filtres~~, seringues, lames, lamelles, lugol, pots, tubulures, compte gouttes, plateaux, pinces, ciseaux, tables, microscopes, markers, crayons, gommes, chaises, balances.
 - Logistique : voiture, carburant et lubrifiants ~~menues dépenses~~.
- 5- Enquêtes - Interviews
 - Manuels et plans
 - Test préalable
 - Frais sur le terrain
 - Transport
- 6- Traitement des données
 - D.E.F.S.S - Ministère de la Santé/USAID
- 7- Diffusion des résultats
 - Frais postaux
 - Publications
 - Séminaires
- 8- Divers imprévus : 8 - 10 %

.../...

B/- VENTILATION DES DEPENSES (Francs C.F.A.)

65

Chapitre	Section	Article	D E P E N S E			OBSERVATIONS
			L.V.I.A.	U.S.A.I.D	Ministère Santé	
1 - Personnel	Professionnel	- 6 Chercheurs	-	-	-	Ferdien enquête
		- 1 Technicien supérieur de labo	-	105 000	-	
	non professionnel	- Secrétaire dactylo	-	-	40 000	Salaires
		- Informaticien	-	-	80 000	
- Statisticien		-	-	80 000		
305 000						
4 - Equipement et Matériel	Bureau	- Carnet de santé	40-000	-	-	Disponible
		- Fournitures	P.M	-	-	
	Médical	- Praziquantel	P.M	-	-	Disponible
		- Filtres	50 000	-	-	
		- Portes-filtres	50 000	-	-	
		- Lames	-	-	10 000	
		- Lamelles	-	-	6 000	
		- Seringues	-	-	4 000	
		- Compte gouttes	-	-	2 000	
		- Lugol	P.M	-	-	
		- Plateaux	P.M	-	-	
		- Pinces	-	-	5 000	
		- Ciseaux	-	-	5 000	
		- Pots	-	-	30 000	
		- Tubulures	-	-	20 000	
		- Tables	-	-	105 000	
		- Chaises	-	-	55 000	
		- Microscopes	-	-	P.M	
		- Markers	10 000	-	-	
		- Crayons	P.M	-	-	
- Sparadrap	P.M	-	-			
476 000						

		- Seaux	P.M	-	-	
		- Savon	P.M	-	-	
		- Gerricanes	P.M	-	P.M	
		- Lits de camp	P.M	-	P.M	disponitiles
	Logistique	- Voiture	-	-	P.M	Land-rover
		- Carburant	90 000	-	-	
		- Lubrifiants	10 000	-	-	
		- Menues dépenses	4 000	-	-	
5 - Enquêtes - Interviews	Manuels et plans-	- Cartes géographiques	P.M	-	-	Disponible
30 000	Transport - frais	- Revue littérature	30 000	-	-	Essence
	sur le terrain	- Trousse médicale	P.M	-	-	
7 - Diffusion des résultats	- Frais postaux	- Timbres - Téléx	50 000	-	50 000	
160 000	- Publications		20 000	20 000	20 000	Frais postaux
	- Séminaires		P.M	P.M	P.M	
8 - Divers - Imprévu	Toutes	Tout	200 000	-	-	
200 000						
TOTAL			554 000	125 000	492 000	TOTAL GENERAL = 1 171 000 F CFA

VIII CONCLUSION

L'engagement politique quant à la lutte contre les principales endémies est acquis au BURKINA FASO (Programmation Sanitaire nationale, Discours d'Orientation Politique du 2 Octobre 1983).

Le contrôle de ces fléaux ne peut être obtenu que si nous percevons tous les obstacles à leur faisabilité à travers le système de santé en place, lequel est basé sur les soins de santé primaire.

... Puisse ce travail trouver un financement et ouvrir les voies à d'autres projets de recherche Opérationnelle !

La Patrie ou la Mort, Nous Vaincrons !

RAPPORT PRELIMINAIRE DE LEO HOOL

Réalisations

Rapport Trimestriel: Plan et mise en exécution du système informatique.

Hardware et Logiciel: Organiser un menu préliminaire devant servir de guide pour le PCXT IBM.

Aide avec le TLO - Fait.

Rapport d'Infrastructure - Des discussions ont eu lieu.

Résultats Généraux

Il existe, à présent, une base solide de techniques d'informatique à la DEP. Avec les éléments actuellement disponibles, il est possible de réaliser beaucoup de travaux en fait d'informatique. Avec le grand nombre de personnel disponible, il est possible d'utiliser les micro-ordinateurs tous les jours pour faire le travail d'analyse.

Recommandations

- 1) Vu que le Rapport Trimestriel est le travail prioritaire en ce moment, un calendrier doit être établi pour terminer l'entrée des données sur l'écran. Chaque chapitre du rapport peut être traité comme un module, les écrans peuvent être préparés d'une façon modulaire et mis sous un système automatisé. Il est possible de compléter un module par semaine, ce qui permettrait de terminer l'entrée des données et de créer les fichiers permanents des systèmes avant de recevoir les premiers formulaires des provinces.

Les diskettes doivent être envoyées au BUCEN tous les quinze jours afin de permettre l'informaticien du BUCEN d'évaluer le fonctionnement du système.

Des redressements peuvent être apportés à certaines parties du rapport.

- 2) Participation dès le début, du personnel d'informatique dans la révision et l'élaboration des formes. Une telle participation doit résulter en un développement plus rapide des systèmes automatisés parceque le personnel d'informatique saurait à l'avance tout ce qui est nécessaire et pourrait ainsi apporter des suggestions sur les changements qui, tout en n'étant pas apparemment très importants, facilitent souvent le traitement des données.

- 3) Il faut réaliser l'entraînement du personnel d'informatique et du personnel professionnel de la DEP. Le personnel d'informatique a une formation de base en DP et un entraînement complémentaire dans le traitement des données statistiques aurait augmenté leur compétence.

Le personnel professionnel doit être formé à l'utilisation des micro-ordinateurs. Des cours élémentaires initiaux peuvent être donnés par le personnel d'informatique à la DEP. Plus leur connaissance de l'utilisation des micro-ordinateurs sera grande, plus ils deviendront utiles.

Il faut acheter des livres concernant les cours avancés du Lotus et de la dBASE III.

- 4) Vérifier le clavier.
- 5) Utiliser la dBASE III et le Lotus pour la manipulation des données. Même si des rapports spéciaux doivent être réalisés, qui ne peuvent pas être obtenus immédiatement par ces matériels du logiciel, les données peuvent toujours être manipulées et utilisées et les résultats finaux placés dans des formes préparées à la main.
- 6) A présent, il n'est pas sûr qu'une autre consultation en informatique soit nécessaire. Il est toutefois recommandé que le personnel d'informatique à la DEP maintienne le contact avec l'informaticien du BUCEN, et que la proposition consistant en échanges de diskettes se révèle être réellement satisfaisante.

COMPTE RENDU DES ACTIONS PRISES
A LA SUITE DES RECOMMANDATIONS
DE Mme Wanda DOUGHERTY ET Mme Lisa SHERWOOD-FABRE

Le but de ce compte rendu est de résumer les actions entreprises par la DEPSS à la suite des recommandations faites par Mme Wanda DOUGHERTY et Mme Lisa SHERWOOD-FABRE, consultantes du Bureau du Recensement des Etats Unis (BUCEN). Ci dessous, nous allons énumérer chaque recommandation et le suivi qui a eu lieu depuis leur départ et avant l'arrivée de la troisième visite de consultation du BUCEN.

1. Les nouvelles fiches mensuelles et trimestrielles - étapes à suivre par ordre de priorité:
 - a. Finaliser les tableaux qui seront produits à partir de ces fiches - FAIT.
 - b. En fonction des tableaux, finaliser les fiches elles-mêmes - FAIT.
 - c. Finaliser les fiches pour les AV et les ASU - FAIT.
 - d. Maintenir un appui visible pour l'institution du nouveau système - FAIT; essence pour la formation/recyclage; visites dans les provinces en train d'être planifiées.
 - e. Standardiser les procédures au niveau périphérique - FAIT pour la surveillance nutritionnelle et pour les vaccinations; à étudier pour les autres activités.
 - f. Identifier un responsable des statistiques dans chaque formation sanitaire - en principe, ceci est un acquis; à vérifier pendant les visites dans les provinces.
 - g. Développer des procédures et politiques standards pour le Système National d'Information Sanitaire - FAIT.
 - h. Reporter la confection des fiches pour les Hôpitaux Nationaux à 1986 - FAIT.
 - i. Réviser le système au bout de six mois et ensuite au moins tous les deux ans - PLANIFIE.
2. Rapport annuel sur l'infrastructure
 - a. Finaliser les fiches - FAIT.
 - b. Consulter l'informaticien de la DEPSS - EN COURS.
 - c. Réviser-les au moins tous les deux ans - PLANIFIE.

3. Formation des agents chargés des statistiques dans les provinces

a. La formation doit comprendre:

- vérification des rapports mensuels - FAIT.
- préparation d'un rapport mensuel - FAIT.
- préparation d'un rapport trimestriel à partir des rapports mensuels - FAIT.
- procédures pour la collecte (FAIT) et la distribution (A ETUDIER) des fiches.
- l'importance de recueillir toutes les fiches de la province et les procédures pour les collecter - A ETUDIER.
- comment former le personnel au niveau périphérique pour remplir les fiches - FAIT.

b. Il faut faire un guide pour les agents chargés des statistiques - Nous avons fait des fiches techniques sur les points ci-dessus énumérés. La publication d'un guide est à étudier pour l'année prochaine peut-être.

4. Recommandations Générales

a. Développer un système pour établir les priorités du travail de saisie et d'analyse - A ETUDIER.

b. Trois consultations de plus seraient opportunes:

- un expert en informatique pour aider dans la programmation de Lotus pour l'analyse des rapports trimestriels, janvier - PROGRAMME POUR FEVRIER.
- le retour de l'expert en informatique en Juillet pour observer la saisie des données du deuxième trimestre - A DISCUTER.
- le retour d'un statisticien (Mme Wanda DOUGHEPTY ou Mme Lisa SHERWOOD-FABRE) pour aider dans la première révision des fiches; ou la visite d'un membre du personnel de la DEPSS au Bureau de Recensement à Washington - A DISCUTER.

David C. SOKAL, MD
Médecin-épidémiologiste

René DALA
Chef, Service des
Statistiques Sanitaires



PROGRAMME DE TRAVAIL
AVEC MONSIEUR LEO HOOL CONSULTANT EN INFOR-
MATIQUE AU BUREAU DE RECENSEMENT (U S A).

-----0000-----

1. Mardi 11/02/86
 - Arrivée à 16 h 10
 - Installation à l'hôtel LAN

2. Mercredi 12/02/86
 - * Matin :
 - Formalités USAID
 - Formalités DEPSS et Présentation aux informaticiens de la DEPSS.
 - * Soir :
 - Réunion de service

3. Jeudi 13/02
 - Démonstration et discussion sur le programme pour les TLO

4. Vendredi 14/02/86 au Vendredi 21/02/86
 - * Séances de Travail
 - Démonstration du programme pour les rapports trimestriels (HOOL), suivie de discussions.
 - Discussions du programme pour les infrastructures
 - Discussion d'un programme pour dessiner des cartes.

5. Lundi 24/02/86
 - Résultats et recommandations de la consultation au service statistique avec démonstrations.

6. Mardi 25/02/86
 - Production d'un rapport sommaire (en français)

7. Mercredi 26/02/86
 - Présentation du bilan de la consultation à la DEPSS et à l'USAID.

8. Jeudi 27/02/86
 - Départ du Consultant.

47

BOULGOU STUDY

 PROVINCE TEST DU  BOULGOU

ETUDES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES
DE SANTE, LE RECouvreMENT DES COUTS DES SE
SERVICES DE SANTE ET LA DISTRIBUTION
DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

REFLEXIONS ET PROPOSITIONS SUR :

- I. : LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS
ESSENTIELS.
- II. : L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

Dr. Evariste MIDY, MD-MPH
Planificateur en santé, DEPSO
Projet de Renforcement de la
Capacité de Planification du
Ministère de la Santé.

12 Février 1986.

La DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

A. - INTRODUCTION

Dans tous les pays en voie de développement l'accessibilité physique et financière aux médicaments par les populations en général et les communautés rurales en particulier, a toujours constitué un problème crucial qui handicape très sérieusement la réussite des efforts entrepris par les Gouvernements pour résoudre les grands problèmes de santé. Ce problème de disponibilité de médicaments est tellement important qu'il a fait l'objet de discussions très animées aux mémorables assises d'Alma Ata, sans toutefois qu'on n'ait pu trouver une panacée à proposer aux Gouvernements. L'on n'a pu que signaler le problème comme l'un des plus importants à envisager dans la stratégie des Soins de Santé Primaires, laissant à la sagacité des responsables locaux, le soin d'y apporter les solutions les plus appropriées, compte tenu des spécificités propres à chaque pays. On peut dire qu'ici, au Burkina Faso, ce problème crucial de médicaments tout en constituant un sujet de haute et constante préoccupation pour le Gouvernement, n'a pas encore trouvé une solution définitive. C'est pourquoi le Ministère de la Santé dans son souci constant d'édifier un système de santé populaire, la santé par et pour le peuple, se penche sérieusement sur le problème de façon à y trouver une solution définitive, juste et révolutionnaire.

B. - SITUATION ACTUELLE

De prime, abord, on peut dire, qu'en dehors des pharmacies privées il existe actuellement au Burkina Faso deux systèmes d'accès de la population aux médicaments essentiels.

1°) Un système gratuit qui fonctionne à partir des pharmacies qui existent au niveau des divers types de formations sanitaires. Ces pharmacies sont, en principe, alimentées par l'Etat. D'après les informations que nous avons prises, le stock est toujours insuffisant quantitativement et qualitativement. L'ensemble des médicaments fournis mensuellement ne dure pas plus de deux semaines, en général et n'est jamais complet. Ainsi, les patients qui fréquentent les formations sanitaires reçoivent le plus souvent des prescriptions qu'ils sont obligés d'exécuter dans les pharmacies privées de la place, s'il en existe, ou ailleurs.

.../...

On peut ajouter immédiatement que, de toutes façons le système gratuit constitue une charge trop lourde pour l'Etat qui ne sera jamais en mesure de fournir gratuitement les médicaments, même les plus essentiels à la population. C'est la raison pour laquelle, aux dires même des responsables des formations, les quantités fournies sont toujours insuffisantes, limitées, voire même dans certains cas dérisoires.

2°) Un système payé qui fonctionne sur deux niveaux différents :

2.1. Les Postes de Santé Primaires :

Chaque agent de santé villageois et chaque accoucheuse villageoise est muni d'une trousse comportant un certain nombre de médicaments suivant une liste bien établie. En principe, la trousse est fournie à partir de cotisations réalisées par les villageois pour constituer un fond de départ. Ces médicaments sont vendus aux villageois par les agents de santé et le produit de la vente, sous le contrôle du Comité de santé du village, permet de renouveler la trousse au fur et à mesure de l'épuisement des produits qu'elle contient. Les achats en général sont effectués par l'intermédiaire du Directeur Provincial de Santé sur réquisition de l'ASV ou de l'AV intéressé.

Ici encore, suivant les informations recueillies de certaines Directions provinciales, on ne peut pas dire que le système fonctionne bien. Les Comités de Santé de village ne disposent pas réellement d'un fonds de roulement suffisant pour permettre le renouvellement régulier du contenu des trousseaux des ASV et des AV. D'ailleurs, ces médicaments devraient être vendus aux villageois avec une marge de profit plutôt réduite, compte tenu du faible pouvoir d'achat de ces derniers. Ce qui n'est pas nécessairement le cas, étant donné que ces produits, achetés au prix normal des pharmacies doivent être revendus avec un certain bénéfice pour faciliter le renouvellement des trousseaux.

2.2. Les pharmacies villageoises

Le Gouvernement, depuis un certain temps essaie de stimuler la création de pharmacies villageoises. Mais il semble que jusqu'à présent le système n'est pas encore bien défini et conceptualisé. On ne peut donc pas encore parler de succès.

institutionnalisation et de sa généralisation.

C - PROPOSITIONS POUR ETUDES ET DISCUSSIONS

L'Objectif final de toute politique du Gouvernement est de rendre les médicaments essentiels accessibles à la totalité de la Population et à bon marché.

1°) Médicaments essentiels

Le Ministère de la Santé a déjà préparé la liste de médicaments essentiels correspondants aux différents niveaux de soins de santé. Une liste de onze (11) produits a été prévue pour le niveau des PSP ; la liste pour le niveau CCPS comporte un peu plus de 80 produits. Il serait nécessaire maintenant de revoir ces listes pour éliminer les duplications inutiles et remplacer, quand c'est possible les spécialités par le nom générique du médicament. La liste ainsi actualisée pourra être ensuite officialisée.

2°) De l'Accessibilité

Ces médicaments essentiels doivent être effectivement accessibles à la population. En principe, ils sont rendus disponibles au niveau de la population à travers les canaux suivants :

- 2.1. - L'ASV ou l'AV du Poste de Santé Primaire
- 2.2. - Les formations sanitaires : CCPS, CH, CHR et
- 2.3. - Les pharmacies villageoises
- 2.4. - Les pharmacies ou officines privées.

L'exécution et le développement du projet "Un village UN PSP" permettront de trouver au niveau même des villages tous les onze médicaments essentiels des ASV et des AV.

Par ailleurs au niveau de toutes les formations sanitaires il devra être maintenu un stock d'urgence de médicaments essentiels permettant à la dite formation de fonctionner normalement et de répondre adéquatement aux besoins les plus pressants de la population. Il va de soi que toutes les dispositions doivent être prises pour que ce stock soit bien ravitaillé et renouvelé périodiquement.

De plus, il est important qu'un programme systématique de promotion de pharmacies villageoises devra être encouragé, stimulé et mis à exécution. Ce sont des pharmacies, qui sont en principe nées de l'initiative des communautés et gérées par elles. Elles recevront de l'Etat l'encadrement technique et toutes autres formes d'assistance nécessaire. Ces pharmacies villageoises constitueront, en quelque sorte des annexes ou des prolongement des formations sanitaires existantes. Elles devront permettre aux patients reçus en consultation à la formation sanitaire de trouver sur place tous les médicaments qui lui sont prescrits.

Enfin, il reviendra au secteur privé d'établir des officines privées là où c'est souhaitable pour répondre aux besoins de la population.

3°) Du ravitaillement des centres de distribution

3.1. - Les troussees des AAV et des AV : Il convient de bien préciser et de bien établir le mécanisme de réapprovisionnement des troussees des AAV et des AV. Diverses possibilités peuvent s'offrir :

a) Le renouvellement des troussees peut se faire à partir de la Direction provinciale. Cette dernière, disposant de fonds nécessaires peut effectuer directement pour le PSP les achats à la SONAPHARM.

b) Ce renouvellement peut aussi se faire directement par les PSP eux-mêmes qui achèteraient les produits médicamenteux des officines ou pharmacies se trouvant à leur portée. Là intervient alors une question de prix, car probablement les conditions dans le premier cas seraient plus avantageuses pour les PSP.

3.2. - Les pharmacies des formations sanitaires.

L'approvisionnement dans ce cas dépendrait directement des services du Gouvernement. Actuellement, le Ministère de la Santé dispose d'un magasin central où sont stockés les produits pharmaceutiques achetés par l'Etat. De ce magasin central, la distribution se fait aux diverses formations sanitaires par l'intermédiaire des Directions provinciales concernées. Le Gouvernement peut recevoir aussi certains médicaments en dons qu'il utilise pour l'approvisionnement de ses formations sanitaires. La source principale d'approvisionnement de l'Etat demeure toutefois la SONAPHARM qui lui vendra les médicaments qui lui font besoin.

Il serait nécessaire en l'occurrence que le Gouvernement s'organise de façon systématique et se fixe très bien sur les points suivants :

- a) Avoir une liste bien définie de produits à acheter de la SONAPIHARI
- b) Faire les achats de préférence en gros pour bénéficier des meilleurs prix
- c) Etablir une gestion rationnelle de ses stocks au niveau du magasin de façon à éviter les ruptures.
- d) Etudier un quota (mensuel, bimensuel ou trimestriel) par province selon la densité de la population et le nombre de formations sanitaires qui s'y trouvent.

Il demeure entendu qu'il s'agit ici de médicaments essentiels d'urgence, c'est-à-dire nécessaires au fonctionnement normal de la formation sanitaire en question. La quantité et le volume sont plutôt limités. Il ne s'agit nullement de tous les médicaments nécessaires pour répondre aux besoins généraux de la population. Le quota établi devra être fourni régulièrement à la province qui, à son tour, en fera la distribution à ses diverses formations sanitaires.

3.3. - Les pharmacies villageoises

En principe, il revient aux pharmacies villageoises de répondre aux besoins généraux de médicaments de la population. Ces pharmacies devront donc constituer en quelque sorte, comme des annexes ou des prolongement des formations sanitaires. Les clients reçus dans ces formations reçoivent suivant leur cas une prescription qu'ils vont exécuter à la pharmacie villageoise. Cette dernière doit être bien pourvue au moins de tous les médicaments essentiels figurant sur la liste correspondant au niveau de la formation sanitaire en question. Leur ravitaillement se fera par achats à partir des officines situées sur place ou à proximité. Ces officines seront elles-mêmes directement approvisionnées par la SONAPIHARI.

3.4. - Les pharmacies privées.

Elles relèvent de l'initiative privée. Comme pour les pharmacies villageoises, elles s'approvisionnent à partir des officines de la province.

4°) - Du Financement

4.1. - Les troussees des ASV et des AV.

En principe, la trousse, au départ est fournie par le Gouvernement avec une quantité largement suffisante (pour 2 ou 3 mois environ) de tous les médicaments prévus. Le renouvellement de ces médicaments devrait se faire à partir de la vente de ces produits. Compte tenu de certains aléas inhérents au système lui-même, il vaudrait mieux prévoir un fonds de roulement géré par la communauté. Ce fonds de roulement serait alimenté par les produits de la vente des médicaments, des cotisations des villageois recueillis par les membres de la cellule de santé et d'autres dons divers. Une partie des émoluments ou récompenses à accorder aux ASV pourrait aussi provenir de cette caisse.

4.2. - Les pharmacies des Formations Sanitaires.

Les fonds pour l'alimentation de ces pharmacies proviendront du Budget du Ministère de la Santé. Des études seront faites chaque année, avant l'élaboration du budget pour établir la valeur nécessaire à prévoir en vue de l'alimentation adéquate du Magasin Central qui, nous l'avons dit, ^{doit} approvisionner régulièrement et périodiquement les formations sanitaires des provinces par l'intermédiaire des Directions provinciales concernées. Les médicaments ainsi fournis dans les pharmacies des formations sanitaires ne sont pas vendus, mais gratuitement à la disposition des malades, quand c'est nécessaire.

4.3. - Les pharmacies villageoises

Le fonds de départ pourrait provenir de l'une des sources suivantes ou mieux encore, de toutes à la fois :

- a) Contribution de la population
- b) Apport de l'Etat
- c) Dons divers.

Le Ministère de la Santé devrait assurer la formation des Membres du Comité de santé des pharmacies villageoises et, au moins dans les débuts, leur apporter l'appui technique nécessaire.

4.4. - Les pharmacies privées : relèvent de l'initiative privée.

5°) De la SONAPHARM

La SONAPHARM (Société Nationale d'Approvisionnement des Produits Pharmaceutiques) est une société mixte (publique et privée) de création récente. Elle a pour but, le ravitaillement du pays en produits pharmaceutiques. Avec l'entrée en activité de SONAPHARM, l'Etat devrait exercer un contrôle plus strict sur les prix des divers produits pharmaceutiques qui reviendraient moins chers à la population. En fait, selon une déclaration du Ministère de la Santé, on a déjà enregistré une baisse de l'ordre de 20 à 50 % du coût de certains médicaments. La SONAPHARM facilitera donc la réalisation de ces deux objectifs du Gouvernement :

- a) Rendre les médicaments essentiels physiquement accessibles à la totalité de la population (éviter les ruptures de stock dans le pays).
- b) Rendre les médicaments essentiels financièrement accessibles à la totalité de la population. (Diminuer le coût des produits).

Pour cela, la SONAPHARM doit faire en sorte d'avoir toujours dans ses dépôts un stock important des médicaments essentiels. Elle doit débiter ces produits aux meilleurs prix possible. Cela suppose qu'elle recherche les sources d'approvisionnement qui lui fournissent les meilleures conditions possible et réduisent sa marge de profit au plus bas niveau compatible avec ses intérêts financiers (voir l'étude préparée par Jim DAVIS, économiste DLIS).

La SONAPHARM, pour baisser davantage les coûts de certains produits essentiels et faciliter la grande masse de la population devrait autant que faire se peut envisager de les obtenir non sous forme de spécialités déjà conditionnées mais plutôt en vrac, sous leur nom générique.

6°) Des Pharmacies Provinciales

C'est une pharmacie/ou dépôt qui fonctionne au niveau de la Direction Provinciale. Elle a un double but :

- a) Approvisionner périodiquement et régulièrement les pharmacies des formations sanitaires de la province ; elle reçoit pour cela ses approvisionnements réguliers du Magasin Central du Ministère de la Santé.

b) Réapprovisionner, sur demande, les trousseaux des ASV et des AV. A cette fin, la Direction Provinciale fait les achats nécessaires de préférence directement à la SONAPHEM pour bénéficier de meilleurs prix. La Direction ici ne sert que d'agent intermédiaire entre les PSP et la SONAPHEM ; elle ne doit tirer aucun profit sur les médicaments qu'elle achète pour les ASV et les AV.

Le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, tel que développé ci-dessus pourrait être expérimenté dans la province-test du Boulgou.

II - ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

En vue d'atteindre l'objectif général de "Santé pour tous en l'an 2000", le Gouvernement du Burkina Faso a déjà adopté comme stratégie générale d'action, les Soins de Santé Primaire. Le Ministère de la Santé a déjà pris les dispositions nécessaires en vue d'intégrer dans les faits les divers éléments de cette stratégie, et par ainsi d'arriver à une organisation rationnelle des services de santé dans le pays.

Il s'agit maintenant pour le Ministère de la Santé d'expérimenter sur le terrain même cette organisation, en tous ses éléments pour pouvoir s'assurer de son applicabilité réelle et de son efficacité. De plus cette expérimentation sur le terrain (sorte de recherche opérationnelle) nous aura permis aussi de préciser à la lumière de l'expérience vécue, certains détails de l'organisation qui ne se trouvent qu'à un stade purement conceptuel : nécessité et organisation des supervisions, types de recyclage à envisager pour le personnel et leur périodicité, organisation optimale du système de référence (évacuations), niveau exact de soins de santé possible à chaque palier du système etc... En fin de compte, à la fin de cette étude, le Ministère devrait être bien informé, documents à l'appui sur toutes les composantes d'une organisation optimum du système de services de santé au Burkina Faso.

A - DESCRIPTION DE L'ORGANISATION SANITAIRE

Fondamentalement, cette organisation doit se faire à deux niveaux différents :

Le niveau central et le niveau périphérique.

1 - Le niveau central

Dans cette étude, le niveau central ne va être que très peu concerné. Il nous suffira de mentionner les diverses Directions Techniques qu'on y rencontre. Ce sont, avant tout des services normatifs qui s'occupent de questions de stratégies générales ou spécifiques, de définition de politiques et d'objectifs, d'étudier, d'élaborer et d'édicter les mesures et les dispositions à appliquer dans le pays en vue d'imprimer aux services de santé l'orientation qu'il faut pour répondre aux besoins réels de la population et leur donner pleine et entière satisfaction. A cette fin, le système global a été compartimenté en un certain nombre de catégories

bien définies, répondant à la logique de la situation sanitaire réelle du pays et des problèmes majeurs auxquels il faut faire face. Ces catégories correspondent aux diverses Directions techniques rencontrées au niveau Central du Ministère. Ces Directions techniques centrales ont la responsabilité de l'organisation, de la normalisation et de la supervision sur le terrain de l'exécution des activités qui correspondent à ces divers domaines d'actions. Actuellement ces directions techniques centrales sont au nombre de huit au Ministère de la Santé, mais des changements peuvent toujours intervenir suivant les nécessités d'une conjoncture donnée.

2 - Le Niveau Périphérique

Il comprend tout un ensemble de services et d'institutions répartis à travers tout le pays et s'occupant de l'exécution des diverses activités de santé. Le niveau périphérique est particulièrement concerné dans cette étude :

Le Burkina Faso est actuellement divisé en trente (30) provinces sanitaires. Dans chacune de ces provinces, les services de santé sont organisés et structurés de façon pyramidale avec une base élargie vers les villages et le sommet situé au niveau du chef-lieu de la province, là où se trouve la Direction Provinciale.

De la Direction Provinciale aux villages, on rencontre les structures suivantes étagées par ordre de complexité décroissante :

- La Direction Provinciale de la Santé (DPS)
- Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
- Les Centres Médicaux (CM) avec ou sans Antenne Chirurgicale (A.C)
- Les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)
- Le Postes de Santé Primaire (PSP)

La structure périphérique des services de santé étant bien établie, les études sur l'organisation des services de santé se concentreront en priorité sur les soins de santé au niveau du village où vit la grande majorité de la population. L'institution de base qui s'y rencontre, est le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) avec son extension, son prolongement au sein des communautés villageoises, le poste de santé primaire (PSP).

Le niveau CSPS est particulièrement important étant le point de jonction entre les services de santé du Ministère et la population soit directement, soit par l'intermédiaire des postes de santé primaires.

Il convient dès lors :

- 1°) De bien définir les types de soins de base qui doivent être dispensés à une population donnée par le CSPS ou par le PSP.
- 2°) De bien déterminer les modalités de fonctionnement du CSPS et du PSP avec les particularités qu'on est susceptibles d'y rencontrer.
- 3°) De bien établir les relations qui doivent exister entre CSPS et PSP, de même entre CSPS/PSP et les autres structures des niveaux supérieurs C.M, CHR et surtout DPS.

1 - Description et fonctionnement du PSP :

Voir documents suivants, publiés par le Ministère de la Santé :

- = Réflexions sur la mise en place des PSP : (DEPSS)
- = Mise en place d'un PSP dans chaque village du Burkina Faso (DEPSS)
- = Introduction à l'opération : un Poste de Santé Primaire, un Village : (DESA)
- = Opération un village, un poste de santé primaire : Réflexions de la structure chargée de se pencher sur l'après opération : une équipe de techniciens.

2 - Description et Fonctionnement du CSPS :

Voir le document sur la Programmation Sanitaire Nationale (PSN) et le document de révision de la PSN du Séminaire National de Santé tenu à Ouagadougou du 31 Janvier au 4 Février 1984.

B - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME.

Le Ministère de la Santé et le peuple Burkinabè tout entier dans un effort de mobilisation générale viennent de mettre en place tout le réseau prévu de Poste de Santé Primaire. Plus de 7.500 PSP ont été ainsi établis à travers le pays.

Toutefois on doit bien se rendre compte que l'établissement du réseau de Postes de Santé ne signifie nullement un réseau de PSP effectivement fonctionnels. Le Ministère de la Santé a encore un gros effort à déployer en vue du renforcement permanent et de l'amélioration continue des PSP de façon à les rendre de plus en plus fonctionnels, de plus en plus efficaces. Il importe donc de concevoir et de tester sur le terrain un type standard d'organisation qui, le cas échéant, pourrait être étendu à tout le pays avec les adaptations nécessaires. La province test du Boulgou est tout indiquée pour cette expérience. Cet essai, outre qu'elle nous permettra de disposer de normes sûres de fonctionnement des services de soins de santé primaires, nous permettra aussi de préciser les modalités et les coûts des diverses activités à réaliser pour leur entretien.

Les diverses étapes à franchir dans l'établissement d'un réseau de PSP ont été déjà maintes fois décrites ailleurs. Ce sont : l'animation du village avec formation de la Cellule de Santé Primaire (CSP); la sélection des ASV et des AV; la formation des ASV et des AV.

Dans les modalités de fonctionnement du réseau on considérera les activités suivantes : la formation et le renouvellement des troupes ASV et AV, la supervision des PSP, le recyclage des ASV et AV, la rétribution des ASV et des AV.

1. Animation et sensibilisation

Il faut arriver au niveau du village à une prise de conscience réelle de la population en ce qu'il s'agit de ses responsabilités et de ses devoirs vis-à-vis de la solution de leurs problèmes de santé. Cette prise de conscience doit atteindre un niveau tel qu'elle soit prête à se manifester dans les faits : formation de la cellule de santé primaire, érection de la case de santé, sélection appropriée de membres de la communauté pour servir comme ASV ou AV, constitution d'une caisse communautaire pour le renouvellement des troupes ASV et AV et la rétribution des ASV, constitution des troupes des AV, gestion de la caisse et des fonds recueillis de la vente des médicaments, réunions périodiques avec les ASV et les AV pour discuter des problèmes de santé du village etc...

Il s'agit de mettre au point la meilleure technique à utiliser pour parfaire cette sensibilisation du village : réunion de groupes, colloques particuliers, affiches etc...

2 - Sélection des ASV et des AV

Des critères ont été établis pour servir dans le choix des ASV et des AV. Il convient de voir si ces critères ont été appliqués et si les ASV et les AV réunissent les conditions voulues.

3 - Formation des ASV et des AV

Il y a de fortes probabilités qu'on se trouve actuellement en présence d'ASV ou d'AV incomplètement formés. Dans certains cas, il s'agit de reprendre la formation ; dans d'autres cas un simple recyclage pourra être suffisant. On devra aussi considérer les recyclages futurs et à quel rythme il faudra les reprendre. Il sera alors important d'étudier et de publier un manuel de formation des ASV et des AV à la suite de connaissances acquises et d'éléments expérimentés sur le terrain même : contenu, modalité, adaptations nécessaires... n'oubliera pas que dans beaucoup de cas les ASV et/ou les AV seront analphabètes...

4 - La supervision des ASV et des AV

Beaucoup de choses ont été déjà dites concernant la supervision des ASV et des AV. Mais il reste encore beaucoup à dire et surtout à faire. Il est généralement reconnu que les Infirmiers (I.B ou I.E) et les Agents Itinérants de Santé (AIS) et les Accoucheuses Auxiliaires (A.A) constituent les superviseurs principaux des ASV et des AV, mais quand et comment effectuer cette supervision. Tout le monde pense que la supervision constitue un élément vital pour le maintien et l'efficacité du réseau des PSP. Cette supervision peut avoir un rôle d'évaluation, mais elle représentera par-dessus tout une sorte d'entraînement en cours de service. Elle devra donc, autant que faire se peut, embrasser tous les éléments rencontrés dans les activités des ASV et des AV, y compris les rapports de ces derniers avec les membres de la cellule de santé du village (CSV). C'est pourquoi, il est nécessaire de rédiger un guide de supervision des PSP, élaboré à la lumière de l'expérience acquise sur le terrain même.

5 - Réapprovisionnement des troussees des ASV et des AV

Dans les circonstances actuelles, non obstant le rôle éminemment préventif des PS, on doit admettre qu'un ASV ou un AV sans sa trousse n'a pas tellement sa raison d'être au niveau du village. C'est pourquoi l'entretien et le renouvellement régulier de la trousse constituent des éléments tout à fait importants pour les PSP. Il est certain que le mode et les modalités de cet approvisionnement pourront varier d'un village à un autre, mais il est bon d'étudier quelles sont celles qui peuvent se révéler être les plus efficaces dans certaines circonstances données. De toutes façons, l'existence au niveau du village d'une caisse gérée par la cellule de santé du village (CSV) nous paraît être d'une très grande importance. Cette caisse pourrait être alimentée de la façon suivante :

- a) Le produit de la vente des médicaments de la trousse
- b) Les cotisations en provenance des villageois et établies par eux-mêmes d'un commun accord
- c) Des dons d'origine diverse, sans omettre des autorités provinciales elles-mêmes, le cas échéant.

Il a été déjà mentionné dans les réflexions sur l'approvisionnement en médicaments essentiels que pour les troussees des ASV et des AV les achats pourraient se faire soit directement en s'adressant aux pharmacies ou officines privées, soit, mieux encore peut-être pour l'avantage du prix, en utilisant la Direction provinciale comme intermédiaire pour obtenir les produits de la SONAPHARM elle-même. De toutes façons, il y a lieu de bien étudier et de normaliser le processus.

6 - Rétribution des ASV et des AV

En général on s'accorde à reconnaître que les ASV et les AV ne doivent pas du tout avoir un statut de salariés. Tout devrait être fait pour éviter d'encourager chez eux une telle propension. Mais d'un autre côté, on est unanime à admettre qu'il leur faut des encouragements. Le type et le montant de l'émolument à leur accorder, en principe, devrait être décidé d'un commun accord entre les ASV/AV et les villageois eux-mêmes, représentés par la CSV. Au besoin, La Direction provinciale pourrait aussi intervenir pour consacrer ou donner plus de force à l'entente survenue entre les parties. On pourrait s'attendre à ce que les AV soient rétribués indi-

viduellement à l'acte par les intéressés eux-mêmes comme cela se passe très souvent dans les villages, tandis que les ASV pourraient être récompensés à partir de la caisse communautaire. Il semble que le système consistant à récompenser les ASV/AV en nature n'est pas particulièrement bien prisé dans certains milieux ; il y aurait peut-être lieu de faire des investigations spéciales sur ce point.

7 - Rapport CSPS - PSP ; Organisation du travail

Compte tenu du nombre total de CSPS à mettre en place durant le plan quinquennal, le nombre de PSP par CSPS variera probablement entre 7 et 13. La pratique sur le terrain devra nous indiquer le moyen d'aboutir à une répartition rationnelle des PSP de manière surtout à en faciliter la supervision par les CSPS. En attendant, un système de supervision a été proposé dans le document intitulé "Réflexion de la structure chargée de se pencher sur l'après opération un village, un PSP" rédigé par une équipe de techniciens.

On devra profiter aussi pour organiser le travail au niveau des PSP et surtout des CSPS. Au niveau des PSP, les activités des ASV, des AV et des membres des CSV sont assez bien définies. Ici il est nécessaire de faire montre de beaucoup de souplesse. Certaines fois il sera nécessaire que les ASV et les AV se déplacent dans le village pour constater de visu une situation sanitaire prévalante et discuter avec la population les solutions à envisager. D'autres fois, ils devront tenir des réunions avec les villageois soit dans un but éducatif et de sensibilisation, soit pour autres questions de santé ou d'assainissement. Le plus souvent, peut-être, ils recevront des clients chez eux ou à la "case de santé" pour résoudre des petits problèmes individuels de santé.

S'agissant des CSPS, on doit être plus rigoureux en ce qui concerne l'organisation du travail des employés. Tout d'abord le Ministère de la Santé doit faire l'effort nécessaire pour que chaque CSPS soit effectivement pourvu du personnel prévu. D'après les études faites, on a vu que s'il y aura un petit problème en ce qui concerne le nombre des AIS, le rythme actuel de production des infirmiers d'Etat, des infirmiers brevetés permettra facilement de bien étoffer tous les CSPS prévus dans le plan quinquennal, s'agissant de ces deux catégories.

Pour ce qui a trait aux auxiliaires accoucheuses, il y a moyen de résoudre l'insuffisance de la production en utilisant le surplus d'infirmiers sage-femmes qui sortira normalement des centres de formations. (voir les études faites à la DMPLS à ce sujet.)

Les tâches dévolues au personnel du CSPS sont déjà assez bien définies :

- = Supervisions régulières et périodiques des PSP de l'aire d'influence du CSPS en question ;
- = Activités de prévention et de promotion de la santé : Santé maternelle, Santé de l'enfant, immunisation, chimiothérapie antipaludique, assainissement et éducation pour la santé etc...
- = Activités de premiers soins ;
- = Référence (évacuations) des cas qui le méritent ;
- = Suivi des cas chroniques sous traitement.

Toutes ces activités doivent être systématiquement normalisées et bien organisées au niveau des CSPS. On commencera, bien entendu, l'expérience dans la zone-test du Boulgou et on étendra les résultats intéressants à tout le pays.

8 - L'équipe Provinciale d'entraînement et de supervision (E.P.E.S.)

C'est une équipe spéciale dont il est fortement recommandé la création au niveau de toutes les Directions Provinciales. L'institution de cette équipe est jugée nécessaire en raison du volume de travail qui attend le Directeur Provincial dans l'organisation des services et des activités et pour l'aider à abattre cette dure besogne. On pourrait commencer à l'expérimenter dans la zone-test de Boulgou. L'équipe, composée d'un infirmier d'Etat expérimenté et d'un infirmier sage-femme expérimenté serait placée sous la supervision directe du Directeur Provincial qui lui aussi en fait partie intégrante. Cependant, étant donné l'ampleur et la diversité de ses tâches, le DPS ne pourra certainement pas accompagner l'équipe dans toutes ses sorties. L'EFES qui aurait à sa disposition un chauffeur et un véhicule (tout terrain) passerait 15 jours par mois au moins en tournée de supervision suivant un calendrier trimestriel bien étudié et établi à l'avance selon les besoins de la province. L'équipe aurait les fonctions et activités suivantes :

115

- Supervision des CM, des CSPS et au besoins des PSP pour tout ce qui a trait aux activités de soins de santé primaires : sensibilisation et animation des PSP, motivation et encouragement des ASV et AV, approvisionnement régulier des pharmacies, des formations sanitaires et des trousseaux ASV en médicaments essentiels, référence des cas etc...
- Organisation sur place des activités de supervision dans l'aire de chaque CSPS ;
- Organisation des activités de recyclage du personnel infirmier des CM et de tout le personnel des CSPS et des PSP dans la Province : détermination des besoins, calendriers, contenu, matériel nécessaire etc... et au besoin participatif aux recyclages ou entraînements.

Dans un premier temps, une seule équipe pourrait être mise sur pieds dans la zone-test de Boulgou. Cette équipe serait intimement liée aux activités de recherches opérationnelles dans la dite zone et participerait à l'exécution de certaines études concernant particulièrement l'approvisionnement en médicaments (voir le document correspondant) et l'organisation des services de soins de santé : Organisation de l'entraînement et de la formation, organisation de la supervision, mise au point du guide de supervision, organisation du réapprovisionnement. L'équipe relèverait alors directement du tandem que doivent former en la circonstance le Médecin Responsable des Etudes du Boulgou et le Directeur Provincial.

Si l'expérience est concluante, l'institution et la généralisation à partir de 1987 des équipes provinciales d'entraînement et de supervision ne devrait pas causer de problème étant donné que la Banque Mondiale a déjà prévu et mis à la disposition du Gouvernement Burkinabé les fonds nécessaires pour l'extension dans tout le pays de tous les résultats intéressants des recherches de la province-test de Boulgou.

En ce qui concerne les charges récurrentes afférentes aux activités de l'EPES, elles ne seront pas au-delà des possibilités du budget national ; de toutes façons, les énormes avantages d'efficacité et d'efficacités que ces équipes apporteront au système des services de santé au Burkina Faso, compenseront très largement les sacrifices consentis pour leur création et leur fonctionnement./-

9 - Le Système de référence (les évacuations)

L'organisation du système de référence des cas constitue l'un des objectifs importants à atteindre dans l'application de la stratégie des soins de santé primaires. Il a été déjà question de divers éléments constitutifs du système ; il s'agit des institutions suivantes :

L'Hôpital National (HN)

Le Centre Hospitalier Régional (CHR)

L'Antenne Chirurgicale (AC)

Le Centre Médical (CM)

Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)

Le Poste de Santé Primaire (PSP) ne devrait pas être considéré comme une institution en soi, mais plutôt comme un prolongement du CSPS du village.

Le système d'évacuation fonctionne de la base au sommet de la pyramide et vice-versa. Les cas dont la solution dépasse la compétence d'une institution donnée sont évacués vers l'institution du niveau immédiatement supérieur. Dès lors deux conditions s'avèrent absolument nécessaires pour rendre le système de référence réellement fonctionnel : D'abord l'accessibilité des centres de référence, ensuite ^{la} fonctionnalité de ces centres.

1) Accessibilité des centres de référence

Si des malades doivent être évacués vers un centre donné, il est nécessaire que le centre doive pouvoir être atteint en un temps minimum d'où se pose alors le problème de voie de communication et celui de moyen de transport. Parfois ces deux problèmes peuvent être reliés ou interdépendants, surtout s'il s'agit des liaisons entre les PSP et les CSPS. Il convient dès lors de grouper les PSP dans l'aire d'un CSPS donné en tenant compte de la facilité avec laquelle les patients évacués peuvent atteindre le CSPS de référence. Ce sont là des conditions à étudier sur le terrain même par les responsables locaux. La stratégie des soins de santé primaires visant avant tout à "améliorer les conditions sanitaires des zones rurales les plus démunies" et à permettre à la grande majorité de la population de bénéficier des soins de santé nécessaires. Tous les efforts doivent être réalisés en vue de faciliter l'accessibilité de ces soins.

Là où se posent des problèmes de communication ou de transport, ces problèmes doivent être analysés à fond en vue d'y trouver les solutions les plus appropriées : construction de CSPS nouveau, percement de route etc... Dans ce dernier cas, la collaboration intersectorielle peut être nécessaire ; d'autres fois il suffira de motiver la population et de solliciter un effort pour la solution du problème.

Les CSPS de leur côté seront groupés autour d'un CM donné qui leur servira de centre de référence pour les évacuations. Ici encore on doit nécessairement tenir compte du problème de l'accessibilité : les CSPS doivent être situés à une distance raisonnable du CM de référence et reliés à celui-ci par une route praticable. Si des moyens de transport publics existent c'est encore mieux.

Dans le Plan Quinquennal 1986 - 1990, le Gouvernement projette de doter plusieurs de ces CM d'une antenne chirurgicale. Il s'agit là d'un élément très intéressant qui facilitera la solution de nombreux problèmes chirurgicaux de la population. Ce projet est d'autant plus intéressant que le plan quinquennal ne prévoit le renforcement ou la construction que de huit centres hospitaliers régionaux seulement. Dans certains cas, il pourrait s'avérer tout à fait difficile d'évacuer les cas chirurgicaux directement aux CHR pour des raisons de distance ou de moyen de communication. Les antennes chirurgicales placées dans des CM bien choisis à cet effet viendront apporter une solution heureuse à cet inconvénient.

Comme on le voit, la question d'accessibilité se rencontre à tous les échelons du système de référence. En principe, cette question est posée à un degré moindre entre les CHR et les HN ou même certaines fois entre les CM et les CHR du fait que ces institutions se rencontrent surtout dans des villes reliées entre elles par un bon réseau de communication. Par contre entre les CSPS et les CM ou entre les PSP et les CM l'accessibilité peut, parfois être très difficile et handicaper le bon fonctionnement du réseau de références. L'annonce par le Ministère de la Santé de l'utilisation d'une partie des fonds EPI pour les évacuations contribuera certainement à résoudre certains problèmes rencontrés au niveau du transport.

2) Fonctionnement adéquat des centres de référence

Cet aspect est encore fondamental, dans l'examen de l'efficacité du système de référence. Les centres, qu'il s'agisse des CSPS, des CM, des AC ou des CHR doivent être effectivement fonctionnels, c'est-à-dire bien pourvus en personnel entraîné, compétent et bien équipé. Le problème de personnel doit nous préoccuper de façon spéciale, car une étude de la situation au niveau des diverses formations sanitaires du pays démontrerait que plus de 60% environ d'entre elles ne sont pas encore pourvues du personnel prévu. La situation est particulièrement grave au niveau des CM dont la plupart sont dépourvus de médecins et sont par conséquent dans l'incapacité de fonctionner comme un vrai centre médical. Dans le Boulgou lui-même notre province-test, on compte en principe trois (3) centres médicaux dont seulement un seul fonctionne avec un médecin. Aucun d'eux n'a le nombre d'infirmiers brevetés prévus. On pourrait, à la rigueur accepter qu'il y ait une insuffisance quant au nombre prévu pour une catégorie quelconque de personnel, mais on ne peut pas appeler CM, une formation qui travaille sans un médecin. De même s'il n'y a pas un service de chirurgie au niveau d'une formation donnée, on ne peut pas l'appeler antenne chirurgicale.

S'agissant des 12 CSPS du Boulgou, il y en a 6 qui fonctionnent sans infirmier d'Etat et 6 sans infirmiers brevetés. Au total, alors qu'il est prévu 1 I.E et 1 I.B pour chaque CSPS, les 12 centres contrôlés dans le Boulgou ne travaillent qu'avec un seul infirmier (IE ou IB). En résumé, nous pensons que pour la validité des recherches et études dans la province-test du Boulgou, le personnel prévu devrait se trouver au complet dans chacune des formations sanitaires en cause. Même si, à la rigueur, pour une catégorie donnée, la quantité est insuffisante mais qualitativement, toutes les ressources prévues en personnel, surtout les ressources de base devraient être présentes.

Bien entendu, à côté du personnel, le Ministère devra aussi s'efforcer d'équiper ces centres avec, au moins, le minimum de matériel et de fournitures prévus à leur niveau respectif.

Il convient aussi de bien organiser le système de référence. On doit prévoir une fiche spéciale pour les évacuations qui accompagnerait le malade. Le contenu de cette fiche a été élaboré de façon

à fournir toutes les précisions nécessaires sur la provenance du patient, la formation sanitaire où il a été évacué, le diagnostic, le traitement etc... Cette fiche en principe devrait surtout permettre à la formation sanitaire d'origine du cas d'en assurer le suivi. C'est la raison pour laquelle il a été dit plus haut que le système de référence fonctionne de la base au sommet de la pyramide des soins de santé et vice-versa.

Nous pensons que la structure et l'organisation du système de référence devrait occuper aussi la place qui lui convient dans le projet d'études et de recherches de la province-test du Boulgou.

V I S

Le Ministère de la Santé du Burkina Faso, Afrique de l'Ouest, avise qu'il désire recruter un Expert-Consultant qui aura pour tâche d'établir le protocole détaillé d'études à entreprendre dans la Province-test du Boulgou.

Durée de la Consultation : 4 semaines

Sujets des Etudes : Etudes sur l'Organisation des services de santé, le recouvrement des coûts des services de santé et la distribution des médicaments essentiels.

Les études seront surtout centrées sur le recouvrement des coûts des services de santé.

Le document ci-joint donne les informations nécessaires sur les objectifs des études ainsi que sur les termes de référence de l'Expert-Consultant. Des informations complémentaires peuvent être obtenues en s'adressant au Ministère de la Santé : B.P. 7009, Ouagadougou, BURKINA FASO, Afrique de l'Ouest.

Etudes et expériences

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

- 1°) Détenir un diplôme universitaire approprié : Maîtrise en Santé Publique, Epidémiologie, Economiste en Santé etc...
- 2°) Avoir l'expérience nécessaire dans la planification des études ou recherches dans le domaine de la Santé.
- 3°) Avoir l'expérience de l'organisation des services de santé, surtout des Soins de Santé Primaires dans les pays en voie de développement. (Expérience africaine souhaitable).
- 4°) Pouvoir lire, écrire et parler correctement le français.

Les intéressés sont priés d'envoyer leur curriculum vitae à l'adresse suivante :

Dr. LANKOANDE
C/O Ministère de la Santé
B.P. 7009, Ouagadougou
BURKINA FASO, Afrique de l'Ouest.

.../...

12/...

Délai :

Les curricula sont reçus jusqu'au 10 Mars 1986.

Financement :

L'Expert-Consultant sera supporté par un prêt Banque Mondiale au Gouvernement du Burkina Faso pour le projet : Développement des Services de Santé.

OUAGADOUGOU, ce 4 Février 1986.

3 juv 1986

N° 89

XXXX /-/ Camarade Ministre de la Santé

Etudes dans la zone-test
du Boulgou.-1- OUAGADOUGOU -1-

Camarade ministre,

Comme vous le savez déjà, le "Projet de Développement des Services de Santé" financé par le prêt de la Banque Mondiale, d'après la Convention signée par le Gouvernement Burkinabè et la dite institution au mois de Juillet 1985 comporte un chapitre spécial sur des études spécifiques à entreprendre dans la zone-test du Boulgou. La présente a pour objet de solliciter votre approbation et votre assistance en ce qui a trait aux dispositions à prendre en vue de l'organisation de ces études.

1 - Objets des Etudes :

- 1.1. Organisation des Services de Santé
- 1.2. Recouvrement des coûts des Services de Santé.
- 1.3. Distribution des médicaments essentiels.

2 - Justification des Etudes.

Ces études constituent une partie importante du "Projet de Développement des Services de Santé". Après diverses analyses réalisées, il a été trouvé que le recouvrement des coûts devait constituer un élément essentiel dans le développement du système des services de santé au Burkina Faso. Une approche rationnelle de cet aspect devrait apporter des éléments valables de solution aux nombreux problèmes de financement des charges de fonctionnement auxquels se trouve confronté le développement des services de santé ; et de plus elle renforcerait de façon remarquable la sensibilisation

de la population et sa compréhension en ce qui a trait à sa responsabilisation et à sa participation dans la solution de ses problèmes de santé. Il est certain que tout cela va représenter une étape importante dans le développement des services de santé, ce qui du même coup nécessitera aussi certains changements du point de vue administratif. Il va de soi que ce problème de recouvrement des coûts est intimement lié d'une part à une organisation adéquate de notre système de soins de santé et d'autre part à une politique claire et bien définie de distribution de médicaments à tous les niveaux de ce système. Donc ces trois aspects sont intimement liés.

En conséquence et pour ne pas aller à l'aveugle, des recherches opérationnelles sont absolument nécessaires afin de bien appréhender les différents problèmes susceptibles de se poser tout au cours du déroulement des diverses activités de santé et d'arriver à des solutions pratiques, adaptées aux réalités du pays et aux conditions de vie de la population burkinabè. Ceci est conforme à ce que disait le Président du Faso ; "Il faut étudier dans l'action".

La province du Boulgou a été choisie comme zone-test pour la réalisation de ces diverses études et recherches. Les raisons motivant le choix de cette province ont déjà fait l'objet d'études et de discussions sur lesquelles il n'est point nécessaire de revenir.

3 - Mesures administratives

Il est important que la province choisie bénéficie d'autorisation spéciale en ce qui concerne certaines mesures d'ordre administratif. Par exemple, là où la législation en vigueur prévoit la gratuité, il sera parfois nécessaire d'introduire un mode de paiement et vice-versa. De même, la Direction provinciale devra être autorisée à gérer elle-même les recettes perçues alors qu'administrativement il faudrait les acheminer au Trésor Public. Nous pensons que pour de telles dérogations, il sera nécessaire de solliciter l'accord du Conseil des Ministres.

4 - Organisation des Etudes

Des réunions ont été tenues au niveau de la DEPSB concernant l'organisation des Etudes dans la zone du Boulgou. Vous voudrez bien trouver ci-joint les conclusions auxquelles nous avons abouti. Des analyses sont actuellement en cours en ce qui a trait à certains détails d'organisations des services de santé (supervision, recyclage etc...), et

d'approvisionnement / distribution des produits pharmaceutiques.

La DEPSS se fera le plaisir de soumettre ces analyses à votre appréciation sitôt qu'elles seront à point.

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !

AMPLIATION :

- Dr. LANKCANDE, Projet
Santé Banque Mondiale.



Dr. S O M B I E B. Michel/-

Termes de Référence: Recouvrement de Coûts du Projet de Pilotage -
Province de Boulgou

Dans les termes du Prêt pour le Secteur de Santé de la Banque Mondiale, et avec l'aide de l'AID et le Gouvernement d'Italie, un projet sera étudié prochainement dans la Province de Boulgou pour vérifier certaines mesures afin de générer des fonds pour le développement des services de santé au Burkina Faso.

A l'heure actuelle, le Ministère de la Santé est capable de fournir le contact avec la population pour seulement 45%, principalement pour ceux qui sont dans les régions urbaines/semi-urbaines. Compte tenu des grands efforts que le Plan Quinquennal pour la Santé mettra sur pied, incluant le Programme de "Un Village, Un PSP", le Ministère de la Santé espère couvrir jusqu'à environ 85% de la population. Même avec l'aide étrangère pour la Santé moyennant approximativement deux tiers des dépenses "officielles" totales, il sera nécessaire d'augmenter les fonds pour le développement de la population elle-même. Depuis lors et jusqu'à maintenant, les services de santé au Burkina Faso ont été en grande partie gratuits, l'introduction des frais pour les services ou produits pharmaceutiques représentent de grands changements dans la politique. Ces changements doivent être bien considérés et vérifiés afin de trouver des mesures: (1) qui sont acceptables pour la population, (2) qui peuvent générer suffisamment de fonds pour payer une part raisonnable du grand développement des soins de santé, (3) qui demandent une grande attention aux questions de l'équité parmi les patients et (4) qui contribuent à l'efficacité de l'usage de petites ressources.

Les efforts préliminaires déployés pour la question du coût de recouvrement au Ministère de la Santé ont réussi à identifier la Province de Boulgou comme la région appropriée pour une épreuve de nouvelles méthodes, sur le plan général que cette région est un bon représentant de la plupart des provinces en termes de revenu, région, population et des problèmes de santé, et que c'est relativement facile de venir à Ouagadougou. Une exception a été faite pour les buts de ce projet de pilotage à la loi qui nécessite des fonds recueillis pour les services de santé et remis au Trésor du Burkina.

ces fonds devant être distribués à la source centrale. Cette exception est importante parcequ'il est possible de retenir des fonds générés aux niveaux locaux, pour être utilisés à l'amélioration des services à un point où les nouveaux frais sont payés. Il a aussi été convenu que les plans généraux de l'étude du recouvrement du coût doivent se composer de quatre sous-régions de la Province de Boulgou:

- (a) Une "région de contrôle" qui continuera d'opérer comme avant offrira des services et des produits pharmaceutiques gratuits, mais avec une disponibilité limitée. Dans les limites*, la région de contrôle servira comme base pour la mesure des effets de l'imposition des programmes des frais/coûts.
- (b) Une région où des frais sont requis pour les consultations. Ces frais sont calculés compte tenu du paiement unique des nouveaux frais.
- (c) Une région de "frais seulement" où seuls les nouveaux frais seront ceux recueillis des clients qui achètent des médicaments provenant du Ministère de la Santé.
- (d) Une région "combinée" où il y aura un coût de consultation de base, plus des frais imposés sur les produits pharmaceutiques vendus.

* Du point de vue d'un "contrôle" strictement constant, on doit noter qu'il y a au moins deux éléments majeurs au changement anticipé dans la région de contrôle: Premièrement, le Programme de PSP (Un Village, Un Poste de Santé Primaire) affectera cette région, et changera l'idée de "services gratuits". Deuxièmement, la région sera contiguë à une ou plusieurs régions connues où des changements sont introduits dans le coût des services médicaux au client. Cela peut provoquer des clients à chercher des régions où des services gratuits sont encore offerts dans la région de contrôle. On doit estimer ces actions pour comprendre complètement les effets des prix d'après la réaction du consommateur.

D'autres moyens pour obtenir le recouvrement du coût, par exemple, le paiement d'avance de l'assurance de santé, étaient considérés comme une inclusion possible dans le projet de pilotage, mais furent rejetés comme inappropriés au Burkina Faso rurale dans le présent, pour des raisons de disponibilité/sûreté des fonds, non familières par l'idée générale (de l'assurance) ou au manque d'un véhicule convenant pour le recouvrement/administration des fonds.

Buts Pratiques pour le Recouvrement

Ni les ressources du Ministère de la Santé ni l'aide étrangère sont, à présent, suffisantes pour fournir un minimum de services de santé à toute la population du Burkina Faso. Le Ministère de la Santé dépense approximativement 570 FCFA par personne par année, des donateurs étrangers à peu près deux fois cette somme (environ 1.140 FCFA), et un montant inconnu est dépensé pour la santé au niveau des familles. Une étude de ces dépenses particulières est faite dans le pays où des informations préliminaires indiquent un niveau de 900 FCFA par personne par année. Ainsi, les dépenses particulières totales, dont la plupart, croyons-nous, consistent dans des achats de produits pharmaceutiques, avec des montants moindres encore pour un petit nombre de médecins privés et parfois aussi pour des tradi-praticiens, représentent seulement environ 34% du total des paiements actuels sur la santé. Il est ensuite peu probable de souhaiter que cette source pourrait remplacer, à court-terme, tous les autres provenant du financement de la santé.

Si les frais proposés dans les procédures et niveaux de service prouvent à être favorablement reçus, ce serait raisonnable d'estimer une augmentation de 300 FCFA par personne par année aux ressources du Ministère de la Santé. Ce montant pourrait être constitué d'une part, des fonds en provenance des achats sans ordonnance et d'autre part, des augmentations dans les dépenses totales des familles pour la santé, ces dernières provenant d'une perception plus élevée de la valeur des services disponibles.

Comme déjà mentionné, il est important que ces montants additionnels payés par le peuple de la zone de pilotage soient utilisés pour l'amélioration des services dans leur région d'origine. C'est seulement de cette façon que les patients seront convaincus qu'ils reçoivent de bons services. Des buts appropriés de cet argent sont (1) une provision continue de médicaments, et (2) de petits fonds prévus pour la CSPA et les niveaux supérieurs qui peuvent jusqu'à aider aux manques de carburants, entretien, et des dépenses imprévues, qui, à présent, représentent de grands obstacles à la livraison éventuelle des services de santé.

"Avant" Mesures

Il sera nécessaire de déterminer un nombre de renseignements clés compte tenu de la situation dans la Province de Boulgou avant (au démarrage des) les projets pour le recouvrement des coûts:

- A. Livraison des services. Afin d'avoir une idée générale de l'impact des prix imposés sur la consommation des services de santé (prix-élasticité de demande), il est nécessaire de connaître le taux avant les consultations (par groupe d'âge) par jour à chaque niveau de formation.
- B. Les données actuelles ne donnent pas de renseignements certains sur la quantité de références qui sont reçues à chaque niveau. Compte tenu de l'aide à suivre les changements dans les coûts aux différents niveaux et de pouvoir respecter les nouvelles procédures, il serait alors utile de faire une ou deux petites recherches pour fournir des données supplémentaires.
- C. Le budget du Ministère de la Santé pour la Province de Boulgou doit être revu et une estimation faite pour les coûts annuels pour chaque formation. Alternativement, une étude des temps et mouvements à chaque niveau pourrait donner une estimation des coûts par type de service (vu que la proportion des coûts annuels totaux du personnel est trop élevée).
- D. Nous comprenons que les paiements des clients sont très minimes, mais il faut les compter soigneusement.

129

- E. Les dépenses médicales des familles actuellement à Boulgou peuvent être obtenues de l'enquête nationale qui seront réglées à la fin de l'année 1986. Des enquêtes (mais partielles) doivent être programmées à la fin du projet de pilotage pour déterminer les changements dans les dépenses totales.
- F. Des estimations des dépenses sur la santé doivent être détaillées par des donateurs étrangers dans la Province de Boulgou, et sur le nombre associé de consultations, afin de savoir comment les services de santé ont changé pendant la durée du projet.
- G. Il serait nécessaire de faire des enquêtes partielles sur l'état de la livraison des services. Par exemple, le nombre de patients pourrait être demandé (à domicile) moyennant des visites effectuées dans un centre de santé mensuellement et le temps qu'il faut attendre pour les consultations. On doit demander aux centres de santé (à tous les niveaux) d'estimer le nombre de jours par mois pendant lesquels les réserves de deux ou plus de produits pharmaceutiques majeurs sont épuisées, et le nombre de jours par mois pendant lesquels les mobylettes, les voitures, les frigidaires etc. sont inopérables dû au manque de fonds pour l'essence ou pour les petites réparations.
- H. Si, dans les centres, un manque de personnel et d'équipement se fait sentir, il est nécessaire et indispensable de noter ces imperfections et faire le remplacement du matériel ou l'apport du personnel, si possible, avant le démarrage du projet.

Buts du Service

Le but de ce projet est d'identifier les moyens raisonnables pour financer les services additionnels de la santé par instaurer des frais de service. Actuellement, il est nécessaire de garder d'autres changements à un point minimal. Il est nécessaire de faire quelques changements dans les services afin d'amener une plus grande participation des clients (et paiements). Des autres sont inévitables, mais en général, on a projeté de laisser les offres

de service les mêmes comme avant l'étude du projet de pilotage, afin de promouvoir la reproduction des résultats du projet dans les régions qui n'y forment pas partie.

Compte tenu d'une part des buts dénoncés par le Ministère de la Santé, et d'autre part pour des raisons économiques, la structure des prix à être instaurée favorisera sûrement quelques améliorations à d'autres services. Le public, en général, préfère payer les soins curatifs que préventifs, de sorte qu'il y a plus de rendement de frais sur les services curatifs. Il peut aussi exister des subventions indirectes des activités préventives au cas où des frais curatifs sont utilisés en partie pour souscrire la médecine préventive. Il faut bien faire attention aux questions des coûts sociaux et particuliers. Par exemple, les avantages des vaccinations pour la communauté sont très variés, de sorte que la personne immunisée n'aura pas à payer la totalité du coût. Le volume de récents programmes du Ministère de la Santé ont été visés comme le plus sérieux problème dans la santé Burkinabée, c'est-à-dire des maladies préventives dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans. Il faudrait, peut-être pour ce groupe d'enfants, envisager de dispenser du paiement pour ces frais de service. La complexité extrême du problème pour la création d'une nouvelle structure de prix où il n'en existait (presque) pas est probablement le plus abordable avec une commission composée d'un physicien, d'un pharmacien, d'un économiste de santé, le directeur de santé provincial, une infirmière et un représentant publique. Il serait nécessaire pour cette commission de savoir que:

- (1) Les frais doivent être raisonnables en vue de la possibilité du client de payer. Cela implique la connaissance des revenus et des systèmes de dépenses de la population.
- (2) Les rendements des frais doivent être raisonnables et nets et doivent être suffisants pour faire des augmentations importantes aux fonds de la santé. Il faut éviter les frais "gênants" (c'est-à-dire, ceux qui donnent de petits rendements après les frais d'administration/de comptabilité).
- (3) Les frais/prix d'administration ne doivent pas être élevés (c'est-à-dire, ils doivent augmenter le moins possible au tâche du personnel de la santé qui doit recueillir et faire leur comptabilité).

- (4) Les frais/prix doivent être assez élevés (pour qu'ils aient une marge de "bénéfice" suffisante) non seulement pour couvrir le coût du produit pharmaceutique/service lui-même, mais aussi pour contribuer aux coûts des services gratuits (par exemple, la santé préventive, l'éducation de santé publique etc.) et les matériaux.
- (5) Les frais/prix doivent être étudiés attentivement en raison de l'équité; c'est-à-dire, le pouvoir de payer, le bénéfice personnel contre le bénéfice social, même si l'individu ou la communauté doit payer tout ou partie du coût de maladie catastrophique, évacuation, etc.
- (6) Les frais/prix doivent donner un revenu idéal qui est périodiquement régulier, "en liquide" (cash), et facile à gérer.
- (7) Les frais/prix affectent toujours l'efficacité d'un système. Les prix trop élevés peuvent baisser la consommation à de très peu niveaux; les prix trop bas peuvent mener à une perte. L'idéal est que l'institution des prix/frais appropriés encourageront les fournisseurs publiques et sanitaires à penser en termes de coûts et bénéfices de chaque service de santé. Les prix/frais dans un centre de santé peuvent affecter la consommation des autres. Jusqu'à un point maximum raisonnable, il faut encourager chaque centre de santé à être vigilant afin de trouver des moyens pour rendre plus de services améliorés tout en limitant les coûts.

EDUCATION PUBLIQUE

Comme la politique de ce projet change assez vite dans les services de santé au Burkina Faso, le public reconnaîtra son succès quand il sera informé et convaincu des avantages. Ils recevront dans certains cas des produits pharmaceutiques, et dans d'autres cas des services, qui leurs seront disponibles, et qui ne l'étaient pas avant, à aucun prix. Cela veut dire tous les moyens de communication du Gouvernement: La presse, la radio, la télévision et les convocations publiques doivent être utilisés répétitivement pour expliquer les avantages du nouveau système. Ce projet nécessitera au moins les services d'une personne d'un expert en communication pour planifier ces campagnes, peut-être avec l'assistance de la psychologue de l'équipe Italienne.

Comptabilité

Le système de comptabilité mis en pratique au Ministère de la Santé n'est pas dans l'intérêt de l'allocation des coûts aux formations particulières, ni au type de service rendu. La gestion compétente est mieux exécutée avec l'aide de la connaissance détaillée des coûts. Il est alors nécessaire que tout le Ministère de la Santé adopte un système de comptabilité plus utile dans l'avenir. Cependant, ce projet de pilotage dans le recouvrement du coût nécessite un système très semblable à celui dont le Ministère de la Santé a besoin. Il doit, au minimum, permettre de compléter la comptabilité des coûts d'opérations et des revenus pour chaque centre et pour chaque groupe d'âge. On recommande l'assistance technique à court-terme (deux semaines) d'un comptable pour les systèmes de comptabilité afin de planifier le travail de la comptabilité pour chaque centre qui est assez simple selon la capacité des agents débutants (infirmiers) suffisamment compétents pour fournir les données nécessaires sur les coûts et revenus. On espère développer et reviser ce système plus tard afin de répondre aux besoins du Ministère de la Santé.

Formation

Il semble que les changements de grandes procédures dans ce projet de pilotage imposera une formation considérable au personnel de santé qui est supposé pouvoir l'exécuter après. Les objectifs de la formation du personnel de santé sont:

1. Sensibilisation - afin que le personnel de santé soit engagé à comprendre entièrement le sens et la nécessité des changements et sont capables de les expliquer à leurs patients. En association avec cela, il est aussi nécessaire de s'orienter aux attitudes du personnel du service de santé du fait que le patient soit vraiment responsable du "paiement (au moins une partie de) du coût" au lieu qu'uniquement d'un Gouvernement assez lointain.
2. Formation dans la comptabilité simple et responsabilité physique des fonds et, dans quelques cas, des ventes de produits pharmaceutiques.

3. Formation dans la gestion et la petite (mais indispensable) comptabilité des fonds prévus provenant des frais/prix et qui sont utiles pour les améliorations prévues dans les services de santé. Des procédures de rapport et de contrôle doivent être aussi établies.

Evaluation

On doit prévoir un plan de rapports de progrès pour chaque centre, et une commission établit la responsabilité fondamentale pour contrôler le projet, et chargée de faire les recommandations au Ministère de la Santé et à la Banque Mondiale concernant la longueur et le temps de reproduction de cette expérience dans d'autres provinces ou dans l'ensemble du pays.

OTHER OPERATIONAL STUDIES DOCUMENTS

Draft

Operational Research Proposal: Maternal Mortality

By: Dr. SAWADOGO Luc - Principal Researcher
Cde. DALA René
Cde. GUINDO Binta
Dr. KONE Bibiane
Cde. MABWIRE Emmanuel
Cde. NIGNAN Daouda
Dr. SOKAL David

I. Problem

Maternal mortality in Burkina Faso is unacceptably high. Little detailed data is available on the causes or circumstances of maternal deaths.

II. General Objectives

1. Obtain data on the rate and causes of maternal mortality in a representative sample of Provinces of Burkina Faso, in order to recommend improvements in prenatal care, referral procedures and possibly treatment practices.
2. Evaluate maternal and child health (MCH) services at a sample of health facilities.

III. Specific Objectives

1. Estimate the maternal mortality rate.
2. Determine the principal causes of maternal mortality.
3. Determine risk factors for maternal mortality using a case-control methodology.
4. Inventory and compare maternal and child health services at health facilities where cases of maternal death originated with a random sample of health facilities.

IV. Literature review and review of available data

A. Sources consulted:

The obstetricians of the National Hospital and medical school faculty.

The Documentation Center of the Ministry of Health (MOH); the WHO library, Review Articles in a WHO literature survey, two literature searches on symphysiotomy (one by WHO, Geneva and one by Columbia University).

The statistical service of the MOH

Researchers who are involved in field research in the Solenzo region regarding health services evaluation.

B. Preliminary analysis of deaths at Yalgado Hospital (1983-84)

Cause of death	Number (%) of deaths
Neglected dystocias	30 (41%)
Ruptured uterus	16 (22%)
Abortion complications	8 (11%)
Septicemia	3 (4%)
Eclampsia	2 (3%)
Hemorrhage	2 (3%)
Other causes	8 (11%)
Unknown	4 (5%)
	=====
Total	73 (100%)

V. Methodology

A. Strategy of the Survey

Hypothesis to verify: There exist characteristics peculiar to woman who die in pregnancy or childbirth and/or particular factors which are peculiar to the health facilities which care for these women. These constitute risk factors which may be identified. The identification of these risk factors will lead to concrete recommendations which will improve prenatal care and reduce the maternal mortality rate.

The strategy proposed is a case-control study. In order to obtain a representative sample, we will conduct active surveillance over a geographic area of several provinces for a period of 3 to 5 months. In this way, we hope to avoid the biases involved in the study of only hospitalized cases.

There will be two control groups: one group will be chosen from the same village as the case, and the other group will be chosen at random from a randomly-chosen control village in the geographic region concerned by the study, using 1985 census data.

For each village where a maternal death occurs, and for each control village, the dispensary or maternity used by the village women will be evaluated. The Medical Center to which referrals are sent will also be evaluated. An inventory of personnel, MCH services, equipment, etc, will be taken. We will also examine the records of the facility for previous maternal deaths within the past year.

A pre-test of the survey questionnaires will be done in July or August. The study itself will begin in September or October, after the end of the rainy season.

B. Study Size

The study size should consist of at least 40 to 50 maternal deaths. An analysis of the power of the study suggests that with three to one matching, a study size of 40 to 50 should be large enough to identify relatively common variables, with frequencies from about .1 to .7, such as for example, the importance of prenatal consultations, or the importance of having a health facility or a functioning PSP in the same village. However to appreciate the importance of less common risks, such as the risk of a previous C-section provoking a ruptured uterus, a study size of 50 is not likely to be adequate. Table 1 shows power calculations for different proportions and relative risks.

Three controls will be chosen from each control population. The controls from the case's village will be chosen at the time of the case investigation. Fifty other villages will be chosen at random and three women will be chosen as controls. Controls in both groups will be women who have recently given birth, within the past two months at most.

In the analysis phase, each control group will in general be compared separately with the cases, except for certain variables where the control groups may not differ.

100

Table 1: Power Analysis for Common and Uncommon Risk Factors

A relatively common risk factor: Is the woman unmarried?
Yes = P(0) = about 10% or 20%.

Assumptions: Relative Risk (RR) - 3
Ratio cases to controls - 1:3
Type I error - 5%
Type II error - 20%

P(0)	Cases	Controls	Total	P(1)
.1	47	141	188	.25
.2	32	96	128	.43
.3	28	84	112	.56
.4	28	84	112	.67
.5	31	93	124	.75
.6	36	108	144	.82
.7	46	138	184	.88
.8	66	198	264	.92

A rare characteristic: Did the woman have a previous cesarian section? P(0) = .005 to .01 (a rough estimate) and P(1) = .04 (estimate based on hospital data).

Assumptions: Ratio cases to controls - 1:3
Type I error - 5%
Type II error - 20%

1. Analysis based on P(0) and the relative risk (RR)

P(0)	RR	Cases	Controls	Total	P(1)
.01	3	354	1062	1416	.029
.01	4	184	552	736	.039
.01	5	118	354	472	.048
.01	6	84	252	336	.057
.01	7	64	192	256	.066
.01	8	51	153	206	.075

2. Analysis based on P(0) and P(1)

P(0)	P(1)	Cases	Controls	Total	RR
.005	.039	97	291	388	7,8
.005	.048	68	204	272	9,6
.005	.057	52	156	206	11,4
.005	.066	41	123	164	13,2
.005	.075	34	102	136	15,0

139

C. Sampling

With an estimated maternal mortality of at least 1 per 1000 live births, it will be necessary to follow a population of about 260,000 in order to identify one maternal death per month (see calculations below).

46 births per 1000 pop per year = 3.83 births per 1000 pop per month.

1000 births / 3.83 births per 1000 pop per month = 260.870 pop total to follow for one month in order to identify one maternal death.

Overall, the sample will consist of 8 to ten provinces in order to have a total population of about 2.6 million. Based on a list of villages in these provinces, 50 control villages will be chosen at random by a standard method.

In both control villages and villages where maternal deaths are identified, three controls will be chosen, who will be women that have recently given birth.

Definitions:

A case is a maternal death according to the WHO definition, except that deaths from abortion complications will be excluded. To be included in the study, deaths will not have occurred more than two months before the visit of the interviewers in the village.

A control is a woman chosen at random who has recently given birth (within the two months prior to the visit of the survey team) and whose child is living.

A "case" health facility is the closest facility to the residence of a woman who died.

A "control" health facility is the closest facility to a control village.

D. Possible bias

The most likely bias is that not all the maternal deaths will be reported. For example, if only maternal

149

deaths which occur in villages near health facilities are reported, the use of only controls from randomly chosen villages could lead to paradoxical conclusions. Table 2 shows how a paradoxical result might arise if one wished to look at the importance of being close to a health facility.

Table 2: Possible Bias Concerning the Distance to the Closest Health Facility

	Distance to the closest health facility in km.					
	0	1 - 5	6 - 10	11 - 15	15 - 20	21 et +
Case Villages		c	c		c	(cc)*
Control Villages	tt	ttt	tt	tt	t	t

If the two cases in parentheses are not reported, one could conclude that living far away from a health facility does not constitute a risk. However if all the cases were reported it would be clear that distance from a health facility is an important risk factor.

If this type of bias appears to be a problem, the same-village control group will probably be a more valid control group for a number of risk factors.

UNE ETUDE CAS-TEMOIN POUR ESTIMER LE RISQUE
DE L'ECLAMPSIE EN CALI-COLOMBIE

Extrait de l'American Journal of Obstetrics & Gynecology 1973, 117 :
894 - 903

1. ABSTRACT

On a comparé deux cent vingt patientes éclamptiques à un échantillonnage au hasard de 345 femmes, ayant déjà enfanté de la population générale de Cali, dans le but de quantifier la valeur prévue de sept variables disponibles au médecin accoucheur au début de la grossesse : âge, parité, nombre d'avortements et de mort-nés, état matrimonial, classe sociale et immigration. Un second but est d'estimer les taux d'éclampsie d'âge-parité-spécifique et le taux brut. Le dernier est au moins de 1,59 par 1.000 naissances, 2,5 fois le taux brut reporté pour Jérusalem. L'éclampsie est fortement en rapport à la parité et l'âge mais avec un motif différent de celui de la pré-éclampsie. Les non-mariés et l'histoire des avortements précédents prédisent aussi l'éclampsie. Chacune de ces quatre variables contribue à une partie indépendante de la prédiction du risque d'éclampsie. Un instrument de risque basé sur ces variables peut identifier 12 pour cent de femmes qui produisent 56 pour cent des patientes éclamptiques de Cali.

2. MATERIEL ET METHODES

La Région de l'étude : Cali, en Colombie, est, dans beaucoup de cas, typique des autres villes développées du tiers monde dont les conditions socio-économiques peuvent bien aggraver le problème d'éclampsie. Compte tenu de l'importance de l'emploi et de la poussée d'une guerre civile au début de l'année 1950, la population Colombienne a émigré en Cali pour cas de force majeure, ce qui fait qu'elle a augmenté de 88.000 en 1938 à 1.000.000 en 1972. Les 20 pour cent plus pauvres de la population vivent aux abords de la ville, dans les maisons faites en bambou, construites à la hâte, sans eau, sans égouts et sans pavage de route. La malnutrition est commune. Nos données montrent que seulement quatre pour cent de la population vivent à un niveau comparable avec celui de la classe moyenne des Etats-Unis. En 1969, un tiers des femmes enceintes n'ont reçu aucun soin prénatal.

Cette année, les accouchements dans la ville ont eu lieu dans les régions suivantes : Hôpital de Sécurité Social (ICSS), 23 pour cent ; 10 Cliniques Privées (privées), 9 pour cent ; Hôpital Universitario del Valle (HUV), 17 pour cent ; accouchements à domicile (à la maison), 51 pour cent.

Les Cas : Les 220 femmes dans cette étude étaient des résidentes de Cali, trouvées mortes (22) ou vivantes (198) à l'HUV avec le diagnostic d'éclampsie entre le 31 Janvier 1964 et le 31 Décembre 1970. Les systèmes de record des autres hôpitaux dans la ville n'ont pas permis la recherche des cas d'éclampsie pour l'étude. Toutes les patientes éclampsiques dans cette étude ont présenté des cas de convulsions toniques et cloniques et un signe additionnel évoquant la toxémie : 97 pour cent ont eu des tensions artérielles diastoliques plus grandes que 9 cm Hg à l'admission.

Une présomption majeure de cette étude est que toutes ou presque toutes les patientes éclampsiques qui accouchaient à la maison ou à la HUV sont incluses dans cette étude. Les trois items suivants donnent les preuves de cette présomption :

1. Vu qu'une convulsion est d'une urgence si dramatique, les médecins et les infirmières de santé publique en Cali ont l'impression que toutes les patientes éclampsiques cherchent l'hospitalisation. En effet, 80 pour cent des patientes dans cette étude étaient admises à l'hôpital à cause des crises épileptiques.
2. Pendant l'étude de la mort des adultes en Cali en 1962 et 1963, on a enregistré six morts causées par l'éclampsie : aucune n'a eu lieu à domicile.
3. En 1971 et 1972, seulement 58 pour cent des patientes éclampsiques interviewées à l'HUV avaient l'intention d'être hospitalisées pour l'accouchement. Dans ce cas, elles se ressemblaient à la population générale qui avait la même parité, le même âge, et la même situation maritale (dont 63 pour cent étaient hospitalisés pour accouchement) et ne se ressemblaient pas à la population des accoucheuses de l'hôpital normal (dont 95 pour cent avaient planifié pour l'hospitalisation depuis le commencement). Les patientes éclampsiques de l'HUV semblent alors être venues de la population générale et non de la partie des services de l'hôpital.

Les témoins : En 1968, une recherche de catégorie de famille était faite en Cali pour estimer un nombre de paramètres démographiques.

D'une liste de 13.860 individus interviewés, l'auteur a choisi ces femmes qui avaient accouché des bébés vivants pendant l'année 1967. Douze mort-nés (3.4 pour cent de la catégorie) étaient exclus pour fa des extrapolations possibles aux naissances enregistrées dans la vill qui sont des naissances vivantes. Les noms des sujets de contrôle éta rangés par ordre de date d'accouchement et comparés à l'enregistrement de la salle d'accouchement de l'Hôpital Sécurité Sociale. Les femmes y avaient accouché, étaient déplacées du groupe de contrôle afin de m... ~~représenter~~ la population qui avait produit des patientes éclamptiques. Ce n'était pas possible de faire la même chose dans les dix hôpitaux privés. Cependant, vu que les hôpitaux privés retrouvent seulement neu pour cent des naissances dans la ville, il est à considérer que les 3 sujets de contrôle dans cette étude sont suffisamment représentatifs c femmes qui accouchent à domicile ou à l'HUV.

Afin d'estimer les ~~taux d'éclampsie~~, le nombre total de femmes qui accouchaient à domicile ou à l'HUV de l'an 1964 à l'an 1970 était calculé de la façon suivante. Les accouchements étaient estimés en soustrayant tous les accouchements de l'hôpital de toutes les naissanc enregistrées, rectifiant à un sous-enregistrement de 15 pour cent esti D'après ces calculs, 138.215 femmes ont accouché à domicile ou à l'HUV entre les années 1964 et 1970. La composition d'âge - parité de ces femmes a été estimée par la composition du groupe de contrôle de cette étude. Dans chaque catégorie d'âge - parité, le nombre de patientes éclamptiques était le numérateur et le nombre estimé de naissances éta le dénominateur d'un taux âge - parité - spécifique.

La définition des variables étudiées. Ces variables se composer de :

1. Parité après la fin de la grossesse en question ;
2. Age ;
3. Histoire d'avortements précédents ;
4. Histoire de mort-nés précédents (qui s'explique de soi-même)
5. Situation maritale. Même si les records de l'hôpital distinguent entre deux genres de femmes non-mariées, célibataires et de femmes libres, en pratique cette distinction est souvent peu fiable. Alors, nous avons simplement désigné les femmes comme mariées ou non-mariées pour cette étude.

Le dernier groupe comprend quelques veuves et des femmes séparées. Il faut souligner que nous mesurons le dit statut de mariage qui peut ou ne peut pas être conforme au statut de mariage légal.

6. Statut social. Ceci a été évalué sur la base du voisinage ("barrio") où habitait la patiente ou le sujet du contrôle. Le département de planification de la ville a rangé des "barrios" sur une échelle d'un "1" bas à un "9" haut basée sur les valeurs des biens, l'étendue du pavage de route et les lignes des eaux d'égouts, et la quantité d'eau et d'électricité consommée. (L'adresse sur la carte ou le questionnaire de l'hôpital fut utilisée, a servi pour attribuer un rang socio-économique approximatif à chaque femme dans l'étude.
7. Statut d'émigration. Le lieu de naissance fut utilisé comme un indicateur approximatif d'émigration.

Le méthode d'analyse : Chi-carré et le chi-carré pour direction linéaire et chi-carré pour l'hétérogénéité ont été utilisés comme des tests de signification.

La référence fréquente sera faite au "risque relatif" comme une mesure de force d'association entre les facteurs de risque et la maladie. Le risque relatif est simplement le taux de maladie dans la population exposée à un facteur de risque divisé par le taux de maladie non exposé. MacMahon et Pugh expliquent comment le risque relatif peut être estimé d'une étude de cas-témoin.

Vu que l'âge, la parité, la situation maritale et les avortements sont en étroite corrélation entre eux, les deux dernières variables furent examinées respectivement selon les groupements des statuts d'âge - parité et d'âge - parité - mariage. Le chi-carré sommaire et le risque relatif furent calculés d'après les méthodes de Mantel, Haenszel et Gart. Ces procédures donnent une estimation du risque transmis par la situation maritale et les avortements qui sont indépendants des autres variables étudiées.

MEMORANDUM FOR THE RECORD :

Date: March 27, 1986
To: The File
From: David C. Sokal, MD *DCS*
Subject: Progress of Computerizing the Quarterly and
Weekly Health Statistics Reports

1. Quarterly Report

As of March 26, 1986, data entry screens have been prepared using DBase III for nine and a half of the eleven sections of the quarterly report. This is ahead of schedule compared to Mr. Leo Hool's recommendation of one screen per week. The data entry screens will thus be ready before the arrival of the first quarterly reports in mid April 1986. Preparation of a data entry screen for part of Section 7, hospitalized cases and deaths (which may require some coding), will be done after the first quarterly reports have been received.

2. Weekly Report

Lotus 1, 2, 3 is being used for the computerization of the weekly reports. The programming has been completed and the statistical clerks are being trained and have begun to enter data beginning with the first week of 1986.

Output formats will be discussed this week and the routine diffusion of the weekly totals should begin in April or May 1986.

Projet de Recherche Operationelle Sur la Mortalite Maternelle

Identifier les facteurs de risque pour la mortalite maternelle: les facteurs lies aux femmes et les facteurs lies au systeme des prestations des soins.
Inventorier les services SMI des formations sanitaires concernees pour mieux apprecier les facteurs lies au systeme des soins.

Par :

Dr. SAWADOGO Luc
Cde. DALA René
Cde. GUINDO Binta
Dr. Koné B.
Cde. MABWIRE Emmanuel
Cde. NIGNAN Daouda
Dr. SOKAL David

- I. Enonce du Problème
- II. Objectif Général
- III. Objectifs Spécifiques
- IV. Révue de la Littérature et des Données Déjà Existantes

Sources consultées:

Les gynécologues de l'Hôpital National et de l'ESSSA

La Centre de Documentation de la DEPSS; Documents OMS;
Articles récents dans les Journaux scientifiques.

Le Service Statistique de la DEPSS.

Chercheurs dans le cadre du projet GTZ, dans la région de Solenzo.

Recherche bibliographique sur la thème "symphysiotomie" par la bibliothèque de l'OMS à Genève.

V. Methodologie

A. Stratégie de l'Enquête

Hypothèse à vérifier: Il existe des caractéristiques spéciales des femmes décédées et des formations sanitaires qui sont des facteurs de risque identifiables.

L'identification de ces caractéristiques nous amènera à des recommandations concrètes pour améliorer les soins SMI.

La stratégie proposée est une enquête cas-témoin. Pour avoir un échantillon représentative des cas, on va exercer une surveillance active sur plusieurs provinces pour une période de 3 à 5 mois. Par ce moyen, on espère éviter les biais liés aux cas hospitalisés.

Il y aura deux groupes de témoins: un groupe sera choisi du même village de la femme décédée, et l'autre groupe sera choisi au hasard, sans assortissage.

Pour chaque village où un décès est survenu, et pour chaque village témoin, le dispensaire ou maternité utilisé par les femmes sera évalué. Une inventaire du personnel, des services SMI, des équipements, etc. sera faite. On cherchera aussi le nombre de morts maternelles enregistrées par chaque formation sanitaire depuis un an.

Une pré-enquête sera faite avant la saison de pluie pour tester les questionnaires. Après la saison de pluie l'enquête proprement dite commencera.

B. Taille de l'Echantillon

La taille de l'échantillon doit être entre 30 et 50 décès maternel. Le calcul de puissance suggère qu'une taille de 30 peut-être suffisante pour vérifier l'importance des consultations prénatales ou de la distance à la formation sanitaire la plus proche, tandis que pour apprécier les conséquences des césariennes sur les ruptures utérines, une taille d'au moins 50 serait nécessaire. Le tableau 1 montre qu'il est bien possible que l'enquête n'aura pas la puissance de démontrer le danger des césariennes pour une rupture utérine éventuel. Le $P(0)$ correspond à la proportion des césariennes antérieures dans la population normale (témoin), tandis que le $P(1)$ correspond à la proportion des césariennes antérieures parmi les cas.

Pour améliorer la puissance de l'enquête, il y aura environ trois témoins de chaque type pour chaque cas. Les témoins du même village seront choisis au moment de l'enquête au dit village. Cinquante autres villages seront choisis au hasard, et trois femmes seront choisis dans chacun de ces villages.

Dans l'analyse on utilisera en général un groupe de témoins à la fois, donc les calculs qui suivent sont basés sur 3 témoins pour chaque cas. Si les deux groupes de témoins sont semblables ils peuvent être combinés pour quelques analyses.

Tous les témoins seront des femmes récemment accouchées (dans les derniers deux mois au maximum).

**Tableau 1: Analyse de Puissance selon si la
Caractéristique Etudiée est Rare ou commune**

Une caractéristique commune: La femme, a-t-elle fait une
consultation prénatale? $P(0)$ = environ 20% ou 30%

Présomptions: Risque relatif (RR) - 3
Ratio cas:témoins - 1:3
Erreur de type I - 5%
Erreur de type II - 20%

$P(0)$	Nbre de cas	Nbre témoins	Nbre total	$P(1)$
.3	28	84	112	.56
.2	32	96	128	.43

Une caractéristique rare: La femme, a-t-elle eu une
césarienne antérieurement? $P(0)$ = d'environ 1 sur
100 (.01) à 1 sur 200 (.005); et $P(1)$ = d'environ
1 sur 25,6 (0,039) à 1 sur 13,3 (.075).

Présomptions: Ratio cas:témoins - 1:3
Erreur de type I - 5%
Erreur de type II - 20%

1. Analyse à partir du $P(0)$ et la risque relative (RR)

$P(0)$	RR	Nbre de cas	Nbre témoins	Nbre total	$P(1)$
.01	3	354	1062	1416	.029
.01	4	184	552	736	.039
.01	5	118	354	472	.048
.01	6	84	252	336	.057
.01	7	64	192	256	.066
.01	8	51	153	206	.075

2. Analyse à partir du $P(0)$ et du $P(1)$.

$P(0)$	$P(1)$	Nbre de cas	Nbre témoins	Nbre total	RR
.005	.039	97	291	388	7,8
	.048	68	204	272	9,6
	.057	52	156	206	11,4
	.066	41	123	164	13,2
	.075	34	102	136	15,0

C. Echantillonnage

Avec un taux de mortalité maternelle de 1 par mille naissances vivantes, il faut une population de 260.000 pour attendre un décès maternel par mois - voir ci-dessous.

46 naissances par 1000 pop par an = 3,83
nais. par 1000 pop par mois.

1000 nais. / 3.83 naiss par 1000 pop par mois
= 260.870 pop total à surveiller dans un
mois pour attendre un décès maternel.

D'abord l'échantillon consistera de huit à dix provinces pour avoir une population totale d'environ 2,6 million. A partir d'une liste des villages, on peut utiliser la méthode des populations accumulées pour choisir les 50 villages témoins.

Au niveau des villages témoins et les villages où ont lieu des décès, seront choisies trois femmes témoins qui auront récemment accouché.

Définitions:

Un cas est un décès maternel selon la définition OMS, sauf que les décès suite aux avortements sont exclus. Le décès aura lieu après le début de l'étude et pas plus tard que deux mois avant la visite des enquêteurs dans la province.

Un témoin est une femme choisie au hasard qui a accouché dans les deux mois avant la visite de l'équipe d'enquêteurs, dont l'enfant est vivant.

Une formation sanitaire "cas" est la formation la plus proche à la résidence de la femme - le dispensaire, la maternité ou le CM de premier recours de la femme qui est devenue un décès maternel.

Une formation sanitaire "témoin" est la formation sanitaire - le dispensaire, la maternité ou le CM - la plus proche au village choisi au hasard.

D. Les Biais Possibles

Le biais le plus dangereux pour l'enquête est la possibilité que les décès maternels ne seront pas notifiés. Par exemple, si seulement les décès maternels sont notifiés qui ont lieu près des grands centres, le groupe de témoins des autres villages peuvent montrer une conclusion paradoxale. C'est-à-dire, si on voulait examiner le facteur distance à la formation sanitaire la plus proche:

Tableau 2: Biais Possible Concernant la Distance à la Formation la Plus Proche

	Distance de la formation sanitaire en km.					
	0	1 à 5	6 à 10	11 à 15	15 à 20	21 et +
Cas		c	c		c	(cc)
Témoins	tt	ttt	tt	tt	t	t

Si les deux cas en parenthèse ne sont pas notifiés, on pourrait conclure que d'habiter loin d'une formation sanitaire ne constitue pas de risque. Tandis que si tous les cas sont compris dans l'enquête, il serait clair que la distance peut constituer un facteur de risque.

Si à la fin de l'enquête, ce biais est soupçonné d'être fortement présent, le groupe témoins des mêmes villages pourrait servir pour l'analyse de quelques variables au lieu des témoins des villages choisis au hasard.

ENREGISTREMENT INDIVIDUEL D'UN DECES MATERNEL.

INSTRUCTIONS : Remplissez cette fiche et envoyer la aussitôt au Directeur Provincial de la Santé qui se chargera de l'acheminer à la Direction des Etudes et de la Planification après exploitation.

) Province _____ Formation Sanitaire de _____

Date du décès : ____/____/ 198__ Lieu du décès _____

Nom et adresse de la femme décédée _____

Age _____ ans Taille : Grande (1,55m et +) moyenne (1,45m-1,54 m)

Petite (1,40m - 1,44m) Très Petite (moins que

1,40 m) Taille exacte
si possible _____

Ethnie _____

Réligion : Animiste Chrétien Musulman Autre

Situation matrimoniale : célibataire Divorcée

Marie(s) Veuve * Autre

Niveau d'instruction : Non scolarisée Secondaire

Primaire Supérieure

Antécédents : Nombre de grossesse (y compris la présente) _____

Nombre d'enfants vivants _____ / Décédés _____

Césarienne *Autre

Causes du Décès

1. Avortement : spontané Provoqué Infection

ou Hémorragie * Autre

2. Complications de l'accouchement :

Disproportion fêto-pelvienne Présentation vicieuse

Rupture utérine Hémorragie Eclampsie Infection

* Autre

ou

3. Décès dans les suites de Couches : Infection Hémorragie
* Autre

Ou

4. Décès pendant la grossesse : Hémorragie * Autre

* Pour autre ou pour les causes inconnues, précisez les détails en bas.

OBSERVATIONS : Décrivez les complications pendant la grossesse (anémie, hypertension, etc...) et les circonstances du décès (évacuations, interventions, etc...).

Nom et signature du responsable de formation sanitaire.

_____ le ____/____/198__

152

ANALYSIS PSP PROGRAM

PROPOSITIONS APPLICABLES A LA PROVISION, PRIX ET GESTION DU STOCK
DES MEDICAMENTS POUR LE PROGRAMME DE PSP

Dr. J.E. Davis, DEPSS

Il y a deux problèmes importants qui se posent pour le programme planifié "Un Village - Un PSP". La première est la question de procédures et de prix qui permettront aux gens d'acheter des médicaments à des prix raisonnables et très bas. La seconde est d'établir un système (ou des systèmes) de compensation qui permettrait aux agents ASV/AV volontaires de rester sur place, tout en disposant de quoi couvrir les besoins principaux de leurs familles. Les deux problèmes sont si étroitement liés que d'envisager une solution pour l'un des deux implique nécessairement de trouver l'autre.

Le programme de PSP est connu sous l'expression de "Soins de Santé Primaire - Four et Par Le Peuple". Bien sûr, c'est important de laisser un choix considérable à chaque communauté, même à chaque agent, afin d'augmenter leur participation et leurs contributions au programme. Toutefois, des aspects du programme peuvent créer des situations conflictuelles, aussi faut-il les examiner avec minutie. Cela veut dire que les comités de santé locaux peuvent bénéficier de quelques propositions définies relatives aux prix et au système de compensation, déjà explicités, afin que ces procédures puissent être établies en pleine connaissance et conséquences.

Premièrement, nous allons revoir quelques faits applicables concernant la livraison des principaux médicaments aux villages de Burkina Faso.

- (1) Les ressources du Gouvernement ne sont pas suffisantes pour couvrir gratuitement la livraison des principaux produits pharmaceutiques. On peut même penser que la gratuité des produits pharmaceutiques et des services de santé ont des effets contraires à ceux escomptés; c'est-à-dire, ils sont considérés comme moins efficaces par la population à cause de ces prix très bas. Les gens malades peuvent éviter les services gratuits des cliniques, ou peuvent négliger de prendre les médicaments gratuits, doutant de leur efficacité. Alors, imposer un prix aux médicaments/services qui étaient autrefois gratuits pourrait servir à augmenter la consommation et la participation des populations au programme. Bien sûr, tel effet est limité aux prix se trouvant dans la catégorie la plus basse, ce qui est important dans la phase initiale d'un programme comme le FSP.
- (2) Les premiers résultats d'une enquête ayant actuellement lieu au Burkina Faso sur les dépenses médicales d'une famille donnent une moyenne de 75 CFA par personne et par mois. La plupart de ces dépenses en médicament sont faites sans ordonnance, sans consultation, de sorte que beaucoup d'entre elles n'ont pas d'effet sur la maladie à traiter. Compte tenu que ces dépenses sont suffisamment élevées, on peut penser que les gens accepteraient de payer ces produits pharmaceutiques, si les prix sont raisonnables.

L'acceptabilité du programme de PSP par le public dépendra, en grande partie, de la disponibilité des produits pharmaceutiques et de l'efficacité des agents à établir une ordonnance. Les aspects préventifs de ce programme échoueront sûrement si les aspects curatifs ne sont pas concluants.

- (3) Le programme de PSP n'est pas un événement simple; il est proposé comme une solution à long-terme aux besoins sanitaires du Burkina Faso rural. C'est pourquoi, il faut répéter chaque procédure sans arrêt sans assistance continuelle extérieure. Les ventes venant des trousses doivent générer suffisamment de fonds afin de remplacer les stocks consommés. La logistique doit être adéquate aux besoins physiques aussi bien que financiers du système. Les prix doivent être adaptés aux moyens des villageois et les produits pharmaceutiques reçus, considérés comme efficaces. Dernièrement, l'expérience dans d'autres pays (et aussi les efforts faits dans le passé au Burkina Faso) montre que les agents de santé volontaires n'ont pas les moyens de travailler indéfiniment à moins que leur compensation soit suffisamment raisonnable, régulière et certaine. Les ventes de médicaments sont la source la plus rentable des fonds requis pour payer ses agents de santé.

127

(4) Même si le Gouvernement du Burkina Faso ne peut fournir^{pas} gratuitement les médicaments de base, il a le devoir d'introduire uniquement les produits sains, de grande qualité et aux prix les plus bas possibles. Heureusement, il existe quelques activités sans but lucratif qui sont prêtes à aider ce projet (UNIPAC, MEMICA, IDA, etc.). Il y a des restrictions dans les activités de ces agences, qui proviennent de leurs accords avec leurs fournisseurs, les importantes compagnies de produits pharmaceutiques, qui agissent pour limiter la compétition qu'ils peuvent offrir dans les marchés normaux de ces compagnies. Mais, apparemment dans le cas du programme de PSP, ces restrictions ne s'emploient pas.

MEMICA et UNIPAC ont toutes deux bien voulu vendre leurs catalogues de médicaments à des prix très bas (la plupart générique). Nous avons appris que (avant que SONAFIARM ne soit prête à assumer ses nouvelles responsabilités - comme quoi il est l'unique source d'approvisionnement) le Ministère de la Santé a fait des achats initiaux avec UNIPAC pour les PSP. Mais, si SONAFIARM assume la responsabilité d'acheter pour le programme de PSP, il doit voir UNIPAC ou une autre organisation sans but lucratif pour des produits pharmaceutiques génériques afin que ses prix proposés (qui sont, dans quelques cas, des produits pharmaceutiques brevetés, et alors, assez élevés) peuvent être réduits à un niveau minimum possible. Cela sera une

nécessité parce que les fonds provenant des PSP par la vente initiale des médicaments de UNIFAC à des prix très bas ne seront pas suffisants pour réapprovisionner les trousseaux de médicaments à des prix très hauts que SONAFIARM propose d'utiliser maintenant. On doit noter que les prix de ventes UNIFAC aux agents cités par la Sous-Commission III (Trousse et Approvisionnement) de la Commission Nationale de l'Opération, Un Village - Un PSP doit considérer un montant additionnel de 40% pour couvrir les frais d'expédition, d'assurance, et généraux. (Voir ci-jointe la liste des prix des items fournie aux ASV et AV.) Même avec cette augmentation, les prix UNIFAC de plusieurs des produits pharmaceutiques les plus importants seront beaucoup moins élevés que ceux proposés par SONAFIARM. (Voir aussi ci-jointe la liste des prix SONAFIARM.)

- (5) Si les prix UNIFAC sont introduits et maintenus dans le programme de PSP, ils offrent la possibilité de résoudre les deux problèmes majeurs; c'est-à-dire, le programme peut offrir des produits pharmaceutiques à des prix raisonnables et aussi prévoir une marge de bénéfice assez grande pour les ASV/AV qui leur permettra de continuer avec le programme. Cependant, il sera important que l'établissement initial des prix au détail reflète: (1) les frais de service de 40% mentionné ci-dessus, (2) les fonds suffisants pour réapprovisionner les items consommés mais non vendus,

154

et (3) la compensation adéquate pour les agents. Parceque une fois fixés, les consommateurs naturellement s'opposent à toute augmentation ultérieure et l'acceptabilité du programme de FSP en souffrirait.

Les raisons supplémentaires pour SONAFHARM d'utiliser les services d'un distributeur de produits pharmaceutiques en escompte comme l'UNIFAC ou MEKUSA sont qu'ils possèdent des laboratoires de contrôle de qualité neutres et des procédures d'inspection pour la protection du consommateur. Cette facilité n'existe pas au Burkina Faso en ce moment.

La dernière partie de ce rapport a trait aux:

- (A) propositions spécifiques pour les prix de certaines parties des troussees des ASV/AV - de ces items qui sont les plus susceptibles à vendre au patient et à la production de revenu, et
- (B) propositions des options alternatives/supplémentaires pour la compensation des ASV/AV. On recommande qu'une explication entière des options soit donnée aux comités de santé villageoise, et on leur demande ensuite de choisir parmi (ou de combiner) ces options, et cela ne leur permettrait pas le comité de retarder ou d'équivoquer parmi ces options par quel moyen ils utiliseraient pour trouver un revenu pour les personnes qui aideront à améliorer la santé dans le village.

Quels sont les moyens minimum pour compenser les ASV/AV? Le travail n'est pas supposé d'être à plein temps, non même pour le temps travaillé à être compensé entièrement, mais comme le

programme a délibérément choisi les chefs de famille afin de porter au maximum leur acceptabilité aux villageois, la plupart doit aider leur famille, et ne peut donner leur temps à des périodes prolongées. Si la majeure consommation pour la population rurale est le millet, et si un sac de millet de 100 kilos coûte 9.900 CFA, et si ce sac peut durer moyennant d'une famille pendant deux mois, alors nous aurons une mesure très approximative du revenu nécessaire. Il n'y a pas de famille qui mange que du millet, et n'achète rien d'autre que de la nourriture, mais s'il y a un salaire adéquat pour subvenir à leur besoin, alors le programme de FSP peut être viable. Le coût de ce besoin est, alors, de 4.000 à 5.000 CFA par mois par agent.

est-ce que ce montant est raisonnable, sur le marché, pour le programme de FSP. Premièrement, les dépenses totales étant maintenant estimées, à environ 75 CFA par personne chaque mois, ou 75.000 CFA par village (bien que cette estimation doit être réduite dans le cas des villages les plus pauvres), donne un effet potentiel sur le marché. Si la moitié de tous les achats des produits pharmaceutiques qui existent pouvaient être orientés à travers FSP, cela aurait représenté des ventes de 37.500 CFA par mois, et si une marge de bénéfice moyennant de 20% du prix au détail était affectée aux ASV/AV, cela aurait rapporté 7.500 CFA aux deux agents par mois. Des marges de bénéfice ou un pourcentage plus élevé de pénétration des marchés auraient, sûrement, augmenté ce chiffre.

L'Accoucheuse Villageoise a, en principe, seulement deux items dans sa trousse qui sont prêts à être vendus au client. Ils sont le sulfate de fer et la chloroquine. (On a suggéré ici que deux choses supplémentaires appropriées à sa trousse seraient une bouteille d'aspirines et des dizaines de condoms, qui conviendraient tous deux ses clients, qu'elle visite souvent loin de FSP, où les aspirines et d'autres produits pharmaceutiques sont disponibles, et représentent une source de revenu additionnelle pour les AV.) On peut attendre à enregistrer approximativement 46 naissances d'un village de 1.000 habitants, dont à peu près la moitié ou environ deux naissances par mois, peuvent être sous les soins des AV. On impose environ quatre mois de visite pour chaque grossesse, afin que le nombre de patients soit sept par mois. Cela veut dire des ventes moyennes de 275 comprimés de sulfate de fer, et 30 comprimés de chloroquine pour un revenu total de 805 CFA aux AV. Il est recommandé que des frais de 500 CFA doivent être aussi réclamés pour chaque naissance (sans frais pour chaque visite prénatale) afin de fournir un certain paiement en espèces pour les AV et aussi pour le renouvellement de la trousse. Traditionnellement, on aurait augmenté considérablement ce revenu en espèces pour les AV par des dons en nature aux naissances ou aux baptêmes (et peut-être aussi par des ventes d'aspirine ou de condoms). Tandis que le revenu pour les AV est indispensable, il est aussi essentiel d'abaisser les prix de ces médicaments préventifs, et les prix et les marges de bénéfice suggérés ici (voir Tableau I) représentent un compromis entre les deux buts.

Les principes de fixation du prix des médicaments et des services fournis par les ASV sont assez différents que ceux des AV. En général, les marges de bénéfice pour l'ASV doivent être plus élevées parcequ'il ne participe pas en nature de la naissance/baptême de l'AV. Vu que des items dans la trousse de l'ASV ne sont pas disponibles à être vendus, et aussi que, comme indiqué au-dessus, on pense que les services gratuits ne sont pas efficaces, il est à recommander de compter 50 CFA pour une première consultation, la moitié du prix servira à réapprovisionner les bandages, solution de stérilisation, etc., et l'autre moitié servira à augmenter le revenu de l'ASV. La meilleure solution de satisfaire la population et ceux qui rendent services est probablement de combiner un frais de consultation et de ventes de produits pharmaceutiques tout en contribuant des frais à l'ASV parceque:

- (a) Des frais de consultation est un moyen de contribuer pour les conseils, les traitements mineurs, les renseignements ou les références, et l'emploi des matériels utilisés gratuitement pour les patients qui n'achètent pas des produits pharmaceutiques. Cela diminuera les problèmes de justifier l'imposition de tous les frais d'opération de PSP sur les prix des produits pharmaceutiques vendus, dans le cas où les ventes de ces produits sont l'unique source de revenu.

- (b) Recevoir une partie des frais de consultation peut diminuer l'excès d'ordonnance de l'ASV afin d'obtenir la marge de bénéfice. Il n'y a pas de garantie ici; le comité de santé villageois doit faire attention à la performance de l'ASV dans son ordonnance, ses conseils et sa comptabilité.
- (c) On a établi dans beaucoup de pays un système de paiement pour les services curatifs/produits pharmaceutiques qui est la façon la plus acceptable de faire une chose désagréable; c'est-à-dire, d'établir un prix sur quelque chose qui était anciennement gratuite (même si elle est rarement disponible).

Choix de Paiements

- A. Marges de Bénéfice pour les Ventes de Produits Pharmaceutiques (Uniquement)
1. Ne sont pas facilement applicables à tous les approvisionnement médicaux utilisés.
 2. Doivent être assez élevés afin de décourager à utiliser le peu de produits vendus (quelques-uns sont préventifs, et qui serviront à la communauté entière) si les marges de bénéfice sont suffisantes pour couvrir tous les frais.
Ces frais sont:

- a. L'achat, d'une fois encore, des produits pharmaceutiques vendus.
- b. Le réapprovisionnement des produits consommés, non vendus.
- c. La compensation à un niveau suffisant pour l'ASV/AV.

A Noter - Ce sera difficile pour les ASV/AV d'établir des prix qui sont suffisants pour subvenir aux frais mentionnés au-dessus sans les élever afin de ne pas décourager les clients. Donc, nous avons proposé de faire la liste des prix (et les marges bénéficiaires) pour ces produits pharmaceutiques vendus par les ASV/AV. Bien sûr, on doit donner à l'ASV/AV quelque flexibilité pour fixer les frais en proportion aux services rendus actuellement.

Tableau I

Prix Suggérés pour les Médicaments Vendus par les ASV/AV

Médicament	Prix à l'ASV/AV (Base UNIPAC)*	Prix aux Clients (Base UNIFAC)	Prix à l'ASV/AV (Base SONAPHARM)**	Prix aux Clients (Base SONAPHARM)
Sels de Rehydratation Orale	35 CFA/Sachet	50 CFA	-	-
Aspirine***	2 CFA/Comprimé	15 CFA/2 Comprimés	7,5	12,5
Chloroquine	5 CFA/Comprimé	10 CFA/Comprimé	8,3	12,5
Tétracycline Pommade Opth.	115 CFA/ 10 g (1%)	15 CFA/ Application	186	75 CFA/ Application
Pommade Antibiotique Dermique	150 CFA/20 g	50 CFA/ Application	250	75 CFA/ Application
Sulfate Ferreux + A.F.	1.2 CFA/Comprimé	15 CFA/5 Comprimés	7,6	10 CFA

* Ces prix sont estimés selon la formule suivante: (A) prix UNIPAC plus (B) 20% fret, assurance et gestion plus (C) 3% tarif douanier plus 25% marge pour SONAPHARM incluant un dépôt intermédiaire.

** SONAPHARM ne peut pas distribuer les sels de rehydratation orale parcequ'il n'y a pas suffisamment de marché, même gratuitement, à ce moment-là. Cela indique le besoin d'une campagne d'éducation publique pour amener effectivement ces médicaments aux enfants menacés par la diarrhée.

*** Les prix cités ci-dessus pour aspirine étaient les prix (UNIPAC) pour le comprimé de 300 mg. Ici, on utilise les prix de comprimés de 500 mg, comme SONAPHARM, parceque c'est le dosage de choix.

(B) Marges de Bénéfice des Ventes de Produits Pharmaceutiques plus les Frais de Consultation

1. Il est recommandé de payer les frais de consultation initiaux de 50 CFA pour les services de l'ASV; cela est divisé en 25 CFA pour l'ASV et 25 CFA pour réapprovisionner les petits bandages, les désinfectants, etc., qui sont consommés de la trousse. Pour l'AV, des frais de principe de 500 CFA, sans frais de consultation, sont recommandés par accouchement, afin de ne pas décourager les visites prénatales. Cela pourrait être divisé en 400 à l'ASV et 100 pour le réapprovisionnement de sa trousse. Nous espérons que ces frais seront augmentés par des dons en nature, mais de toute façon, il est souhaitable que des frais minimum en espèces soient fixés.
2. Les frais de consultation permettent l'occasion d'augmenter la justification des frais; c'est-à-dire, d'effectuer des paiements presque plus proportionnés aux services/matériels consommés.
3. Les frais de consultation (qui sont abordables) peuvent aussi exciter la population de la valeur du service, et alors augmenter la participation - si en effet, les services offerts se montrent valables.

(C) Frais de Consultation (Uniquement)

1. Beaucoup de systèmes de santé utilisent des frais de consultation fixes qui couvrent tous les petits traitements/produits pharmaceutiques. Cela est très facile à gérer, mais tels frais doivent être assez élevés, s'ils couvrent tous les coûts principaux.
2. Des frais de consultation élevés découragent les nouveaux clients. Comme le système de PSP est nouveau, et que l'effort est d'attirer les clients, tels frais peuvent être improductifs.
3. Les frais de consultation simplement, même que les prix des produits pharmaceutiques uniquement, ne permettent pas toute l'occasion d'effectuer des frais proportionnels aux services consommés.

(D) Travail Communautaire sur les Champs des ASV/AV en Compensation de leurs Services

1. Offre un avantage à un village pauvre qui n'exige pas de paiement en espèces.
2. Ne remplace pas entièrement les prix des produits pharmaceutiques. Il faut effectuer le paiement s'il faut réapprovisionner des trousseaux. Ils peuvent être

un bon supplément aux prix des produits pharmaceutiques ou remplacer les frais de consultation.

3. La demande pour le travail dépend de la saison; c'est-à-dire, on travaille dans tous les champs à la même période. On a alors tendance à donner dernière priorité au travail contribué.
4. Si telle contribution de travail est utilisée, il doit être spécifié jusqu'à un certain point praticable; c'est-à-dire, les tâches (planter, désherber, moissonner, etc.) doivent être établies, le nombre d'hommes-jours, et les horaires doivent être spécifiés. Peut-être on va demander à chaque famille d'envoyer une personne pour deux hommes-jours qui doivent augmenter environ 100 hommes-jours dans chacun des champs des ASV et des AV. Il est désirable d'avoir la supervision de CDR.

(E) Contributions de la Communauté en Espèces

1. Représente une possibilité d'augmenter la justification dans le système en faisant des ajustements dans la contribution de chaque famille afin de reconnaître une richesse relative, la grandeur de la famille, les services consommés, etc.
2. Relativement difficile à opérer; elle n'est pas une bonne source de revenu en fonction d'être régulier ou sur laquelle on peut compter.

3. Est peut-être la seule solution aux déficiences périodiques/imprévues dans le système. Alors que le programme de FCP a l'intention de garder ses frais le plus bas possible, et que c'est toujours une question d'estimations quand on établit les frais/prix, il y a probablement des occasions où il faut augmenter le revenu si le système fonctionne.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

COMMISSION NATIONALE DE L'OPERATION :
UN VILLAGE, UN POSTE DE SANTE PRIMAIRE.

SOUS-COMMISSION III
(Trousse et Approvisionnement).

EVALUATION D'UNE TROUSSE D'A.S.V.

N° Ordre!	DESIGNATION	UNIPAC	QTE	PRIX UNIT.	TOTAL
		CODE		F CFA	F CFA
1	Sels de réhydratation orale B/50 sachets				
2	Acide acétylsalicylique cp B/1000	1561105	2	112,50	2 250
3	Chloroquine cps bte/1000	1506002	1	3 805	3 805
4	Tétracycline 1% pomde Opht. t/5g	1532000	10	38,3	383
5	Bleu de méthylène, pdre, fl/25g	1510000	1	582	582
6	Coton hydrophile, 500g	1554000	2	700	1 400
7	Bande gaze, 4 m x 0,10 pqt/10	-	1	670	670
8	Compresse gaze 30 x 40 cm pqt/100	-	2	1 850	3 700
9	Antiseptique externe poudre	-	50g	1 400	1 400
10	pdre antibiotique d'usage externe	-	50g	500	500
11	Sparadrap 5m x 0,05 rouleau	-	1	325	325
12	Pommade antibiotique dermique t/20g	1505110	5	198	990
13	Permanganate de K, sol préparée	Médeor	50	120	120
14	Pince à disséquer 150 mm	0721000	1	290	290
15	Ciseaux droits, 140 mm	0774500	1	502	502
16	Savon n° 2 CITEC	A.local	2	145	145
17	Bandelette S.M.I.	A.local	1	20	40
18	Pelle avec manche	A.local	1	1 800	1 800
19	Pioche avec manche	A.local	1	2 250	2 250
20	Sceau galvanisé, 28 litres	A.local	1	1 450	1 450
21	Caisse pharmacie en bois	A.local	1	5 000	5 000
22	Cahiers + crayon + gomme	A.local	1+1+1	150	150
23	Brouette	A.local	1	20 000	20 000
24	Bicyclette	A.local	1	38 000	38 000
Total de F CFA					
(1 US \$ = 425 F CFA)					
				38 000	85 962

-:~::~:-
 (/)) MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

-:~::~:-
 COMMISSION NATIONALE DE L'OPERATION :
 UN VILLAGE, UN POSTE DE SANTE PRIMAIRE

SOUS-COMMISSION III
 (Trousse et Approvisionnement).

-:~::~:-

EVALUATION D'UNE TROUSSE D'A.V.

-:~::~:-

DESIGNATION	UNIPAC CODE	QUANTITE	PREUX UNIT. F CFA	TOTAL F CFA
!- Pince de Kocher	0726000	1	925	925
!- Ciseaux droits	0774500	1	470	470
!- Lame à raser, pqt/5	A.local	1 pqt	100	100
!- Toile cirée, mètre	A.local	2m	800	1600
!- Fil de tresse, bobine	A.local	5	50	250
!- Permanganate, soluté préparé	-	50g	120	120
!- Sparadrap 5m x 0,05, rouleau	L.P.H	1	325	325
!- Alcool, flacon de 500 ml	A.local	1	500	500
!- Bandes gaze 4m x 0,10, pqt/10	-	2	670	1340
!- Compresses gaze 40cm x 40, pqt/100	-	1	1650	1650
!- Coton hydrophile 500g	-	1	700	700
!- Bandelette SMI	A.local	2	20	40
!- Argyrol 1%, fl/10 ml	A.local	4	335	1340
!- Sulfate ferreux + acide folique bte / 1000 cps	1550010	1	400	400
!- Chloroquine, cps, bte/1000	1532000	1	3390	3390
!- Sceau galvanisé, 28 litres	A.local	1	1450	1450
!- Lampe tempête	A.local	1	1250	1250
!- Torche à 3 piles	A.local	1	675	675
!- Files alcalines 1,5 V	A.local	3	120	360
!- Pétrole, litre	A.local	4	175	700
!- Caisse en bois	A.local	1	5000	5000
!- Crayon + cahier + gomme	A.local	1+1+1	150	150
!- Brosse à ongle	0514000	1	140	140
!- Gobelet aluminium	A.local	1	320	320
Total de F CFA				23 395

REVIEW/PROPOSITIONS RE: PHARMACEUTICALS

N° _____ /MS/SG/ITSS



PROJET DE CREATION DE PHARMACIES
MUTUALLISTES.

I. OBJET

L'accessibilité financière des populations aux médicaments est une des conditions pour la restauration de la santé. Une ordonnance moyenne coûte actuellement entre 3.500 et 4.500 CFA. Les malades n'ont pas toujours la somme, ni la somme suffisante pour honorer les ordonnances prescrites tant et si bien que certains choisissent les médicaments les moins chers de l'ordonnance, ignorant que tout se tient. Or une prescription médicale non respectée, ou insuffisamment respectée détruit l'effort du prescripteur et ne résout pas le problème du malade. L'objectif poursuivi par la création de pharmacies mutuellistes est de permettre au mutuelliste de pouvoir disposer du médicament à tout moment sans verser des gaspillage.

II. FONCTIONNEMENT.

1. - La Structure

Elle peut être soit un dépot, soit une officine de pharmacie. Dans le cas présent il serait bon que ce soit des dépôts dans les secteurs des villes, et dans certaines localités de dispensaires. La liste des médicaments des dépôts permet de traiter la grande majorité des maladies rencontrées dans notre pays.

2. - Les membres

Les habitants d'un même secteur peuvent être membres d'une même pharmacie mutuelliste. Dans le cas de la ville de Ouagadougou, chaque pharmacie mutuelliste peut associer 100 à 150.000 adhérents.

La famille de l'adhérent bénéficie des avantages de la mutuelle. Chaque membre a une carte de membre ou'il présente afin d'honorer son ordonnance.

3. - Financement

La mutuelle est financée par les cotisations annuelles ou mensuelles des membres, les droits d'adhésion et les bénéfices.

réalisées sur la vente des produits.

En effet, pour que la mutuelle puisse renouveler son stock, elle doit s'approvisionner en médicaments essentiels en gros conditionnement auprès de la SONAPHARM. Puis, la mutuelle reconditionne de façon unitaire. Ainsi la boîte de 1.000 comprimés sera reconditionnée en 50 sachets de 20 comprimés. Pour éviter le gaspillage, un prix forfaitaire modérateur est fixé : par exemple 200 Frs. par produit - iv soit 600 Frs pour une ordonnance comportant 3 produits, qui coûteraient entre 3.500 et 4.500 Frs en temps ordinaire. Toutefois, avant que la mutuelle ne puisse s'autofinancer, un apport extérieur est nécessaire pour le stock initial. Il est évalué à 1.200.000 Frs CFA.

Pour une population de 100.000 hbts, l'apport financier annuel peut être le suivant :

- adhésions à 1.000 Frs = 1.000.000 Frs,
- cotisations mensuelles de 1.000 Frs = 12.000.000 soit 13 millions au total dans l'année.

Le bénéfice à réaliser après reconditionnement à partir d'un stock initial de 1 Million se situe entre 1 et 2 millions. Ce qui permet un renouvellement de stock, tandis que les autres frais (personnel, amortissement, électricité, etc...) peuvent être couverts par les cotisations et les droits d'adhésion.

III. COUT DU PROJET.

1. Construction du dépôt 4.000.000 Frs (maçonnerie en briques stabilisées)
2. Equipement = 300.000 Frs
3. Stock initial = 1.200.000 Frs

IV. PERSONNEL

Comprend 1 gérant et 2 vendeurs reconditionneurs.

V. LA GESTION

Elle peut être l'affaire d'une cellule de gestion et la responsabilité des Comités de Défense de la Révolution.

CONCLUSION.

La mise en place de pharmacies mutualistes permet effectivement aux populations de se procurer les médicaments tout moment à un prix réellement accessible à tous. Cela permet aussi de renforcer la prise de conscience des populations par rapport à leur problème de santé, ainsi que les rapports de camaraderie entre adhérents.

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !


Dr. QUOBA Bindi

Pasiform

Observations rapides :

1. L'idée de "Mutuel^{le}" ou de Coopérative" est excellente et aiderait certainement les familles à résoudre leurs problèmes de médicaments.

2. Mais, il faut admettre qu'il s'agit ici d'un domaine délicat et les éléments, en général, doivent être bien étudiés avant de se lancer dans un projet de "Mutuel^{le}". Je ne sais pas si de tels projets existent déjà au Burkina Faso (chez les religieux, les religieuses, les oeuvres ou associations philanthropiques ou de charité). Il serait très fortement recommandé d'étudier tout projet de ce genre avec quelqu'un d'ici, possédant l'expérience nécessaire.

3. En général de tels projets fonctionnent à partir de :

- a) Droit d'adhésion
- b) Cotisation mensuelles
- c) Bénéfices
- d) Apport éventuel (Don) d'un individu ou d'une association.
- e) *Accord complet de la Communauté.*

Les mutualistes ou membres, sont munis d'une carte qui leur donne le droit d'acheter à crédit à la Société : en l'occurrence à la pharmacie mutualiste et à un coût privilégié, ou même de recevoir gratuitement le produit, après un certain temps.

Il s'agit de déterminer qui doit être membre :
Le chef de famille ? Les individus majeurs, responsables qui ont un salaire ou un revenu quelconque ?...

Il s'agit aussi de déterminer aussi :

- Le montant du droit d'adhésion : il varie suivant que l'individu est seul ou avec un membre de membres que comporte sa famille.

- Le montant de la cotisation mensuelle : id.

4. Pour les Bénéfices : cela dépend si la Société Mutualiste s'adresse au public en général ou à un public restreint composé seulement de ses membres.

.../...

Dans ce cas précis, s'il s'agit d'une pharmacie, les médicaments seront vendus au public au prix normal et aux membres à un prix privilégié à fixer. Les membres pourront aussi bénéficier d'un crédit à déterminer aussi après calcul, ou de gratuité après un certain temps, s'ils continuent à payer régulièrement leurs cotisations mensuelles.

En général les bénéfices nets sont réinvestis, mais les membres doivent aussi en bénéficier mais comment ? De quelle façon ?

La réponse en général est donnée par l'assemblée générale des membres.

5. La "Mutuelle" doit être aussi approuvée par les autorités compétentes. Elle est régie par des lois ou règlements soumis à l'avance aux membres mutualistes et acceptés par eux. Ces règlements doivent prévoir plusieurs points importants :

- a) Mode d'adhésion des membres
- b) Mode de paiement des cotisations
- c) Privilèges des membres
- d) Perte de qualité de membres
- e) Sanctions et conduite à tenir en cas de non-paiement ou de l'ajournement de paiement des cotisations
- f) Conduite à tenir vis-à-vis des membres qui ne paient pas leurs dettes à la Société ... etc... etc...

6. Il ressort de tout cela, comme je l'ai dit que la Société Mutuelle est une chose excellente, très profitable au public en général qui doit de son côté être très bien sensibilisé. Mais, la Création d'une "Mutuelle" doit être bien étudiée par des gens qui connaissent bien le milieu et ayant déjà beaucoup d'expérience de telles Sociétés. Je connais des Mutuelles qui fonctionnent très bien, ^{sont} très propres et des services ^{rendent} incalculables à la population, car leurs objectifs s'étendent au fur et à mesure par suite d'investissement dans des domaines de plus en plus variés avec le temps. (Utilisation des bénéfices). J'en ai connus aussi qui ont échoué ~~faitement~~ ^{pitoyablement}.

b) Indiquer le personnel nécessaire pour mener les opérations, y compris le personnel mentionné à l'alinéa 1.

c) Décrire les activités spécifiques à mener par le personnel sur le terrain et au bureau.

d) Décrire les diverses données à recueillir sur le terrain.

4) Financement des études

Le C U A M, ONG Italienne à laquelle le gouvernement Italien a confié l'exécution du projet de renforcement du système sanitaire de Boulgou supportera la logistique des Etudes. L'expert en santé publique sera supporté par le prêt de la Banque Mondiale.

BURKINA FASO

-|-|-|-|-|-|-|-

/)/)INISTERE DE LA SANTE

-|-|-|-|-|-|-|-

SECRETARIAT GENERAL

-|-|-|-|-|-|-|-

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
PLANIFICATION

-|-|-|-|-|-|-|-

N. 238 MS/BG/DEP.

**NOTE TECHNIQUE A L'ATTENTION
DU CAMARADE MINISTRE DE LA SANTE**

Objet : Développement de Poli-
tique nationale pharma-
ceutique.

Suite à vos instructions, j'ai l'honneur de vous rappeler que le Projet de Développement des Services de Santé (PDSS) prévoit un volet qui fait l'objet de la présente note.

Le projet fournira environ 24 mois d'assistance technique pour aider le Gouvernement à développer davantage sa politique pharmaceutique nationale, à renforcer le service central d'Approvisionnement et de distribution et à améliorer le système de prescription conformément à la politique du Ministère de la Santé ; cette assistance technique est destinée à l'évaluation des besoins, à la formulation des politiques et, conformément à celles-ci, à l'élaboration d'un codex pharmaceutique (ou manuel des prescripteurs), à la formation en gestion des stocks.

Vis-à-vis de cet Accord de crédit, le Gouvernement a pris les engagements suivants :

- a) "Le Gouvernement préparera au 31 Décembre 1985 au plus tard et soumettra à l'Association (IDA) pour qu'il soit revu et commenté un plan d'investissement destiné au renforcement du service

national d'approvisionnement et de distribution pharmaceutique ;

- b) Il s'engage à fournir à l'IDA pour examen et approbation, au plus tard le 31 Décembre 1985, une liste officielle des produits pharmaceutiques dont l'importation et la distribution sont autorisées au Burkina et il s'engage à l'adopter ensuite. Cette liste devra comporter le nom générique des produits ainsi que leurs équivalents sous forme de spécialités commerciales, d'après les directives qui ont été édictées par l'OMS sur les médicaments essentiels.
- c) Cette liste sera révisée et, si nécessaire modifiée chaque année.
- d) Le Gouvernement s'engage à publier, au plus tard pour le 30 Juin 1986, un nouveau codex pharmaceutique national, établi d'après la liste mentionnée ci-dessus et qui servira de guide de référence pour les prescripteurs afin d'assurer la prescription correcte et l'utilisation appropriée des médicaments autorisés.
- e) Le Gouvernement créera, au plus tard le 30 Juin 1986, un service d'information pharmaceutique au sein du Ministère de la Santé ; ce service devra être à même de fournir des informations aux prescripteurs et au public sur les médicaments essentiels.
- f) Le Gouvernement mènera un programme destiné à informer le public de sa politique en matière de médicaments essentiels..."

Nous pensons qu'au delà de ces dates contraignantes, nous nous retrouvons en matière de politique pharmaceutique. Tout ce que nous devons faire suite à cet engagement est financé par le projet.

Ce volet pharmaceutique entre dans le cadre général des études sur la distribution des médicaments, le recouvrement des coûts, l'Organisation des services de santé au niveau du village. Environ 238 millions CFA sont alloués pour l'ensemble de ces trois volets.

L'appel d'offre pour le recrutement d'un consultant dans le cadre de ces études est déjà un pas. Mais il faudra désigner les responsables nationaux dans le domaine de la politique pharmaceutique pour mener à bien ce volet.

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !



Dr. SONTAG B. Michel, -

Objet : Suggestion en vue de l'organisation d'une réunion sur l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

Au Docteur SOMBIE Michel,
Directeur des Etudes et
de la Planification

1- JUSTIFICATIONS : a) Au cours de diverses réunions tenues par des membres de la DEP soit avec SONAPHARM, soit avec DASPT, il leur est apparu qu'un certain nombre de questions très importantes relatives à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques des divers niveaux de notre système de services de santé mériteraient encore des éclaircissements et une harmonisation des points de vue.

b) SONAPHARM a exprimé en deux ou trois fois l'idée d'une consultation sur l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Ce besoin a été perçu aussi par certains membres de la DEP et a été vaguement exprimé à DASPT, mais sans précision.

De toutes façons, des prévisions ont été faites à cette fin dans le budget de notre projet pour l'année en cours et les dépenses prévues pour avril 1986.

c) A l'occasion des recherches et études dans la Province-test du Boulgou, il est nécessaire que les idées soient bien claires sur la politique du Gouvernement en ce qui a trait à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

d) Le contrat avec la Banque Mondiale sur le Développement des services de santé prévoit comme l'une des conditions préalables l'établissement d'une liste de médicaments essentiels ; il semblerait que tout le monde n'est pas encore d'accord sur l'existence de cette liste de façon officielle.

2- QUESTIONS A PORTER A L'ORDRE DU JOUR DE CETTE REUNION :

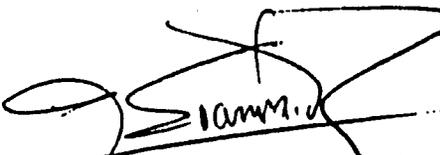
- a) Eléments constitutifs du système d'approvisionnement depuis la SONAPHARM jusqu'aux PSP.
- b) Liste des médicaments essentiels pour le Burkina Faso et à divers niveaux de soins.
- c) Constitution et renouvellement des stocks au niveau des officines : éléments de rentabilité et prix - Constitution des dépôts départementaux.
- d) Commande de médicaments sous leur nom générique et reconditionnement : avantages et difficultés.
- e) Nécessité éventuelle d'une consultation autour du sujet de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.
- f) Termes de référence, le cas échéant du (ou des) consultant (s) - Durée possible de la consultation.

3- DATE DE LA REUNION

Le 17 ou le 27 Mars (ou un autre jour au cours de l'une de ces deux semaines), vers 8 heures AM dans un local approprié à fixer.

4- PARTICIPANTS A LA REUNION :

SONAPHARM - DASPT - Inspection Technique des Services de Santé - Projet de Développement des Services de Santé - Représentants de deux ou trois Directions Provinciales de Santé - Représentant de l'UREBA - DEP.



Sr. Evariste MIDY/-

Planificateur Sanitaire DEP

**ETUDES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE,
LE RECouvreMENT DES COUTS DES SERVICES DE SANTE
ET LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.**

-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-°-

1) Responsabilités des études

Les études seront dirigées par :

- a) Un Médecin avec formation en Santé Publique ou en Epidémiologie ayant de l'expérience dans les recherches.
- b) Un Economiste de Santé
- c) Un Infirmier d'Etat expérimenté.

On pense que le Médecin devra se consacrer à cette étude à temps plein. L'idéal serait d'avoir un Médecin Burkinabé réunissant les qualifications requises. A défaut de ce technicien national, on pourrait utiliser les services d'un expatrié compétent et bien préparé.

Quant à l'Economiste, il lui suffira de dédier 35 à 40 % de son temps à l'étude ; l'Economiste de la D.E.P.S.S. peut donc être utilisé à cet effet.

L'Infirmier d'Etat, un Burkinabé serait l'assistant direct du médecin et voué à l'étude à temps plein.

L'équipe travaillerait en étroite collaboration avec la Direction Provinciale d'une part et le Directeur du projet de développement des services de santé de l'autre. Elle devrait entretenir aussi des rapports très étroits avec la DEPSS qui doit superviser ces études.

2) Objectifs généraux des études

a) Arriver à instituer un système de recouvrement des coûts à la portée de la population Burkinabé, en harmonie avec sa culture et ses aspirations et correspondant aux divers niveaux des services de santé reconnus.

b) Etablir les modalités de perception et de gestion des coûts.

c) Expérimenter comment les fonds recueillis peuvent être gérés sur place (à la Direction Provinciale) et utilisés le plus efficacement possible à l'amélioration des services de santé de la province, en supportant essentiellement les charges de fonctionnement.

On pourrait, pour les besoins des études, diviser la province de Tenkodogo en quatre zones différentes :

- i) Une zone où la population ne paierait qu'à la consultation uniquement et recevrait les médicaments gratuitement.
- ii) Une autre zone où la consultation serait gratuite, mais où les médicaments seraient vendus à la population par la formation sanitaire elle-même.
- iii) Une troisième zone où l'on ferait payer et la consultation et les médicaments suivant un barème donné.
- iv) Enfin une dernière zone où les activités de santé seraient menées comme à l'ordinaire dans le reste du pays (zone témoin).

Dans chacune des zones précitées, on établirait des coûts différents suivant que les services auraient lieu au niveau d'un P.S.P., d'un C.S.P.S., d'un C.M. ou d'un C.H.R. Les frais d'hospitalisation pour accouchement ou traitement, les frais d'examen de laboratoire, de radiographies ou d'autres investigations paracliniques seraient perçus dans tous les cas, mais suivraient des barèmes que l'étude devrait chercher aussi à déterminer.

Les divers coûts mentionnés plus haut seront établis après investigations et consultations avec la population.

Les études sur le recouvrement des coûts nécessitent une infrastructure fonctionnelle (formations sanitaires bien équipées et suffisamment dotées en matériel et médicaments), d'où l'imbrication avec la recherche sur l'organisation des services de santé et la distribution des médicaments.

3) Préparation de l'Etude

Un Expert-consultant, habitué à faire les recherches de ce genre devrait être employé durant quatre semaines environ pour mettre à point les détails du protocole de cette importante étude sur le recouvrement des coûts. Les termes de référence de cet expert-consultant à court terme seraient donc :

- a) Etablir le protocole détaillé d'une étude sur les recouvrements de coûts dont les objectifs généraux sont décrits à l'annexe 2.
 - Indiquer les phases de déroulement des études et
 - établir un chronogramme avec la durée des études.

b) Indiquer le personnel nécessaire pour mener les opérations, y compris le personnel mentionné à l'alinéa 1.

c) Décrire les activités spécifiques à mener par le personnel sur le terrain et au bureau.

d) Décrire les diverses données à recueillir sur le terrain.

4) Financement des études

Le C U A M, ONG Italienne à laquelle le gouvernement Italien a confié l'exécution du projet de renforcement du système sanitaire du Boulgou supportera la logistique des Etudes. L'expert en santé publique sera supporté par le prêt de la Banque Mondiale.

OBSERVATIONS - COMMENTS - VARIOUS PROPOSALS

✓ U

Dr. Michel SCMBIE, Directeur des
Etudes et de la Planification

Objet : Observations sur le Projet
de Centre de Nutrition Communau-
taire.

Si les projets d'amélioration nutritionnelle ou de lutte contre la malnutrition sont parfaitement justifiés au Burkina Faso, l'approche à adopter dans la planification doit bien tenir compte des problèmes tels qu'ils se posent et de la situation médico-sociale et agricole prévalente pour ne pas rater les objectifs visés et éviter une certaine confusion dans l'action.

Il est admis, en général, que dans la planification et la programmation des projets nutritionnels, il vaut mieux insister sur l'éducation nutritionnelle, l'information et la sensibilisation des familles en matière de cultures vivrières appropriées que sur la distribution de produits alimentaires proprement dits, sauf en cas de force majeure. Le présent projet, dont les activités n'ont d'ailleurs pas été précisées, tout en tenant compte de tous ces éléments semble accorder surtout de l'importance à la distribution de vivres et de médicaments. C'est ainsi qu'il préconise la construction d'une infrastructure près des PSP pour le stockage de vivres et éventuellement équipée pour la préparation et la distribution de repas.

Il est douteux dans l'état actuel de la situation qu'il soit réellement nécessaire et même possible, de créer un centre de nutrition communautaire (CNC) au niveau de chaque PSP. Le coût en serait trop onéreux et la gestion tout à fait problématique. En considérant le CSPS comme l'institution de base du système des soins de santé primaires et les PSP comme des prolongements des CSPS au niveau des communautés villageoises, il vaudrait mieux, peut être, créer ces CNC à proximité des CSPS.

Il demeure entendu que les ASV et les AV recevraient toute la formation nutritionnelle nécessaire pour exploiter au maximum au bénéfice des villageois l'existence de ces CNC. Au besoin, là où le problème nutritionnel se pose de façon particulièrement aigue et où les PSP sont trop éloignés des CSFS, on pour envisager une répartition stratégiquement conçue d'autres CNC dans la zone d'influence du CSFS, mais toujours sous la dépendance de ce dernier.

Il s'agit aussi de bien faire le départ entre les CREN et le CNC et de bien définir le rôle et la fonction de chacune de ces institutions dans le système de soins de santé primaires. On pourrait, par exemple, considérer le CNC comme un prolongement d'un CREN. Les CREN ainsi seraient situés près des CM et les CNC près des CSFS. Au besoin des évacuations seront faites des CNC aux CREN.

Par ailleurs, l'existence d'un CREN ou d'un CNC au niveau d'une communauté donnée ne devrait jamais être considérée comme définitive. La création du CREN ou du CNC en général motivée par la prévalence d'une situation nutritionnelle donnée au niveau d'une communauté, est appelée à corriger cette situation ; sitôt cela fait, le CREN ou le CNC doit disparaître en tant qu'institution tandis que les activités promotionnelles (éducation des mères, appui à la production, surveillance nutritionnelle etc...) se poursuivront normalement.

Nous pensons que le projet pourrait bien être repensé à la lumière de ces considérations. On aura alors soin de développer et de préciser davantage les activités envisagées en vue de la réalisation de chacun des objectifs spécifiques prévus. Ces objectifs spécifiques eux-mêmes devraient être quantifiés.

Si ces remarques rencontrent l'adhésion des responsables concernés, nous pourrions, si nécessaire, coopérer avec eux à la formulation du projet.

Avec ma parfaite collaboration.

Dr. Evangelista LLOYD/-

() UAGADOUGOU, le 25 Mars 1986

De : Dr. Evariste MIDY, MD - MPH - Planificateur Sanitaire.

Au : Dr. Michel SOMBLE, Directeur des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé.

Objet : Proposition de thèmes en vue des séminaires DEP.

Il ressort des journées de réflexion organisées dernièrement à l'intention des membres des Directions des Etudes et de la Planification des différents Ministères que :

1°) La Planification en soi est plutôt reléguée à l'arrière plan ou même négligée alors qu'elle constitue l'élément essentiel, le plus important à considérer pour réaliser les objectifs visés par le kit institutionnalisant les DEP dans tous les ministères.

2°) Les assistants, pour la plupart, n'avaient que des connaissances plutôt limitées en matière de planification.

3°) Un certain nombre de ces assistants ne se figuraient même pas la nécessité d'une DEP au niveau de leur ministère alors que cette nécessité s'évidente souvent d'elle-même.

4°) Le personnel des DEP des divers Ministères, pour travailler valablement doit être bien pénétré de certains concepts fondamentaux qui entrent dans le processus de planification et de la place qu'occupent la suivi et l'évaluation dans l'ensemble du processus.

5°) Les notions sur la gestion des projets et l'importance fondamentale de l'information statistique nous paraissent aussi tout à fait essentielles pour compléter la formation des staffs des DEP et leur efficacité.

Compte tenu de tout ce qui précède, les thèmes suivants sont proposés pour les divers séminaires à organiser à l'intention des DEP des divers Ministères :

1. De la Planification en général :

.../...

.../2.

- a) Rôle et importance de la Planification
- b) Quelques concepts liés au processus de planification :
Plan - Programme - Projet - Idée de projet
Études de factibilité - analyse des projets
- c) Méthodologie générale et étapes de la planification.

2. Evaluation et Suivi des Projets

- a) Concepts
- b) Méthodologie.

3. Gestion intégrée des projets

4. Information statistique et planification :

Ces divers thèmes peuvent faire l'objet de deux ou trois séminaires différents ; tout dépend de la durée de ces séminaires et des autres éléments qu'on veut y inclure.

Avec ma parfaite collaboration.



Sr. Evariste MIDY

AMENDEMENTS PROPOSES AU PROJET DE
CREATION DE LA C.E.P.S.

(Ils concernent les articles 3 et 4 du projet initial.)

3. Composition de la C.E.P.S.

3.1. La Commission d'Evaluation des Projets de Santé est composée comme suit :

- a) Le Chef de Service de la Planification de la DEP
comme Président ;
- b) L'économiste de la DEP ;
- c) Le responsable chargé du service des formations
sanitaires au niveau du Secrétariat Général
- d) Un représentant de la Direction de la Santé de la
Mère et de l'Enfant ;
- e) Un représentant de la Direction de l'Education
pour la Santé et l'Assainissement ;
- f) Un représentant de la Direction pour la Promotion
de la Vaccination ;
- g) Un représentant de la Direction de la Surveillance
Epidémiologique ;
- h) Les membres du Bureau de Suivi et Evaluation de la
DEP ;
- i) Un représentant de l'Inspection Technique des Ser-
vices de Santé ;
- j) Tout autre technicien ou spécialiste national ou
international désigné ad hoc par le Ministre de la
Santé ou le Secrétaire Général.

3.2. Une Sous-Commission spéciale sera chargée de réaliser
les visites sur le terrain : elle sera formée des membres sui-
vants :

- a) Les membres du Bureau de Suivi et d'Evaluation de
l' DEP ;
- b) Le représentant de la Direction concernée par le
projet à évaluer ;

c) Le Directeur Provincial intéressé.

3.3. Pour permettre à la Commission de profiter de l'expérience acquise, les techniciens désignés comme membres au niveau des diverses Directions concernées du Ministère dev être permanents.

3.4. La CEPS travaille sous la supervision directe du Directeur de la DEP et sous l'autorité du Secrétaire Général de la Santé.

4. Modalités de fonctionnement

a) Au dernier trimestre de chaque année l'ensemble des membres de la CEPS se réunissent aux fins d'identifier les projets ou programmes à évaluer au cours de l'année suivante et d'établir en conséquence un calendrier d'activités et un plan d'opérations.

b) Les sorties sur le terrain seront réalisées par les membres prévus à cette fin au paragraphe 3.2.

c) L'ensemble des membres de la CEPS devra participer aux discussions générales concernant les analyses des données recueillies, les conclusions et la rédaction du rapport final.

d) Le Bureau de Suivi et d'Evaluation de la DEP servira de Secrétariat à la CEPS. Il lui fournira, en conséquence toute la documentation nécessaire à la planification et à l'exécution de ses activités. Il constituera le noyau particulièrement actif de la CEPS et utilisera le Centre de Documentation comme archives.

e) Tous les frais, relatifs aux travaux et activités de la CEPS seront prévus et inscrit au budget de fonctionnement de la DEP.

f) En plus des travaux se rapportant aux activités spécifiques de la CEPS, le Bureau de Suivi et Evaluation de la DEP établira chaque année un plan de travail et un calendrier de visites d'information sur le terrain et/ou auprès

.../3

de toutes les institutions intéressées. Au cours de ces visites, le Bureau tâchera de recueillir toutes les données nécessaires à l'actualisation permanente des fiches des projets.

g) Les membres de la CEPS doivent posséder des connaissances spécialisées en méthode et technique d'évaluation des programmes et projets. Pour ce faire, la DEP organisera avec l'assistance d'un spécialiste sur la question, un séminaire sur les méthodes et techniques d'évaluation des programmes et projets de santé, à l'attention des membres de la CEPS. Ce séminaire sera assorti d'exercices et de démonstration pratique sur le terrain.

L'ensemble des membres de la CEPS participera à ce séminaire.

15 Avril 1986

J. M. M. M.

1986

LE SEMINAIRE DE FORMATION DES MEMBRES
DE LA CEPS (Pour discussions).

I. OPTION A.

Rechercher tout de suite un technicien ayant une bonne expérience sur les évaluations des projets de santé. La DEP étudiera avec lui le plan de formations des membres de la CEPS.

II. OPTION B.

Discuter ensemble à la DEP et proposer une méthodologie d'évaluation des projets de santé. Dans ce cas :

Après entente à la DEP sur la méthodologie :

1) Organiser un séminaire à l'intention des membres de la CEPS :

a) Exposer la méthodologie

b) Discussions et éclaircissements des divers points de cette méthodologie.

2) Réaliser un exercice pratique durant le séminaire.

3) Organiser une démonstration sur le terrain (profiter de l'évaluation prochaine du projet d'hydraulique villageoise).

Les dates sont à fixer. Tenir compte pour cela de la période prévue pour l'évaluation du projet d'hydraulique villageoise.

1^{er} Avril 1982

J. Thuy

OUAGADOUGOU, ce 29 Janvier 1966

Dr. Michel SCIBIE

Directeur des Etudes, de la Planification
et des Statistiques Sanitaires .

- OUAGADOUGOU -

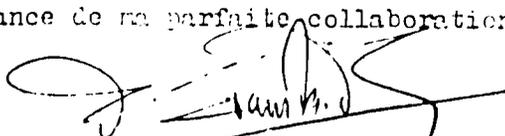
Camarade Directeur,

J'ai l'avantage de vous faire parvenir ci-joint pour les suites nécessaires le compte-rendu de trois réunions tenues à la DEISS sur le projet d'Etudes sur le recouvrement des coûts prévu dans le projet de Développement des Services de Santé financé par le prêt de la Banque Mondiale. Les membres du groupe espèrent que vous voudrez bien prendre dans les meilleurs délais possible, les contacts nécessaires pour savoir si leurs recommandations rencontrent l'adhésion des autorités compétentes. De cette démarche de votre part devra dépendre l'orientation à donner aux réunions subséquentes sur le même sujet.

En tout état de cause, les délais suivants ont été provisoirement retenus :

- 1er Février - 10 Mars : Appel et réception de curriculum vitae des candidats au poste d'expert-consultant (procédure restreinte de sélection).
- 10 - 14 Mars : Sélection de l'expert
- 14 - 20 Mars : Arrivée de l'expert à Ouagadougou et début de ses activités
- 1er Mai : Début des études proprement dites sur le recouvrement des coûts dans la province de Tenkodogo.

Avec l'assurance de ma parfaite collaboration.



Dr. Evariste NDIY, MD-MPH./-

Planificateur en Santé - DEISS.

RÉUNIONS SUR LE PROJET D'ÉTUDES SUR LE
RECouvreMENT DES COÛTS À RÉALISER DANS
LE CADRE DU "PROJET DE DÉVELOPPEMENT DES
SERVICES DE SANTÉ" AU BURKINA FASO, FINANCÉ
PAR LA BANQUE MONDIALE.

-----oooooooooooooooooooooooo-----

Suivant les instructions du Directeur de la D.E.P.S.S., le Dr. MIDY, D.E.P.S.S. s'est réuni avec le Dr. LANKOANDE Directeur du projet, Dr. Davis, D.E.P.S.S. et l'Ingénieur Tombola de l'assistance Italienne pour discuter des modalités d'exécution de l'étude sur le recouvrement des coûts des services de santé.

Après des échanges de points de vue sur la participation Italienne à la réalisation de cette étude, on a dû conclure que cette participation actuellement n'était pas encore définie. Il fallait attendre l'arrivée du Dr. Favretti, Directeur de la Mission Italienne pour avoir des précisions sur la responsabilité de cette équipe dans les travaux de l'étude.

Ensuite, il a été décidé de reprendre la réunion le Vendredi 24 Janvier et d'avoir aussi la participation du Dr. SOKAL de la D.E.P.S.S. et du Dr. OUANDAUGO, ex-Directeur de la province du Boulgou.

Réunion du 24 Janvier

Le Dr. OUANDAUGO, empêché n'a pas pu participer à la réunion. Y ont pris part :

Dr. LANKOANDE	:	Directeur du Projet Banque Mondiale
Mr. TOMBOLA	:	Ingénieur de l'assistance Italienne
Dr. DAVIS	:	D.E.P.S.S.
Dr. SOKAL	:	D.E.P.S.S.
Dr. MIDY	:	D.E.P.S.S.

- 1) But de la Réunion : Envisager ensemble les divers aspects du projet de recherche et proposer les recommandations nécessaires.

Les membres de la réunion ont été unanimes à reconnaître la grande importance de cette étude pour une amélioration viable du système de santé du Burkina Faso.

- 2) Zone choisie pour l'enquête.

Il s'agit de la province-pilote de Tenkodogo, telle que proposé dans le document du projet de la Banque Mondiale. Pour les besoins de l'étude une autorisation spéciale doit être effectivement accordée à cette province pour pouvoir utiliser les recettes perçues aux activités d'amélioration des services de santé dans la zone.

- 3) Responsabilité des opérations

Les opérations seront dirigées par :

- a) Un Médecin avec formation en Santé Publique ou en Epidémiologie ayant de l'expérience dans les recherches
- b) Un Economiste de Santé
- c) Un Infirmier d'Etat expérimenté.

On pense que le Médecin devra se consacrer à cette étude à temps complet. L'idéal serait d'avoir un Médecin Burkinabè réunissant les qualifications requises. A défaut de ce technicien national, on pourrait utiliser les services d'un expatrié compétent et bien préparé.

Quant à l'Economiste, il lui suffira de dédier 35 à 40 % de son temps à l'étude ; l'Economiste de la D.E.P.S.S. peut donc être utilisé à cet effet.

L'Infirmier d'Etat, un Burkinabè serait l'assistant direct du Médecin et voué à l'étude à temps complet.

L'équipe travaillerait en étroite collaboration avec la Direction provinciale d'une part et le Directeur du projet de

.../...

l'autre. Elle devrait entretenir aussi des rapports très étroits avec la D.E.P.S.S.

4) Objectifs généraux de l'étude

a) Arriver à instituer un système de recouvrement de coûts à la portée de la population Burkinabè, en harmonie avec sa culture et ses aspirations et correspondant aux divers niveaux des services de santé reconnus.

b) Etablir les modalités de perception et de gestion des coûts.

c) Expérimenter comment les fonds recueillis peuvent être gérés sur place (à la Direction provinciale) et utilisés le plus efficacement que possible à l'amélioration des services de santé de la province. Les participants à la réunion ont exprimé l'idée que, grosso modo, on pourrait, pour les besoins de l'étude, diviser la province de Tenkodogo en quatre zones différentes :

- i) Une zone où la population ne paierait qu'à la consultation uniquement et recevrait les médicaments gratuitement
- ii) Une autre zone où la consultation serait gratuite, mais où les médicaments seraient vendus à la population par la formation sanitaire elle-même.
- iii) Une troisième zone où l'on ferait payer et la consultation et les médicaments suivant un barème donné.
- iv) Enfin une dernière zone où les activités de santé seraient menées comme à l'ordinaire dans le reste du pays (zone témoin).

Dans chacune des zones précitées, on établirait des coûts différents suivant que les services auraient lieu au niveau d'un P.S.P., d'un CSPPS, d'un C.M. ou d'un C.H.R. Les frais d'hospitalisation pour accouchement ou traitement, les frais d'examens de laboratoire, de radiographies ou d'autres investigations paracliniques seraient perçus dans tous les cas, mais suivant des barèmes que l'étude devrait chercher aussi à déterminer.

Les divers coûts mentionnés plus haut seront établis après investigations et consultations avec la population.

5) Préparation de l'Etude

Les participants de la réunion pensent qu'un expert-consultant, habitué à faire les recherches de ce genre devrait être employé durant quatre semaines environ pour mettre à point les détails du protocole de cette importante étude sur le recouvrement des coûts. Les termes de référence de cet expert-consultant à court terme seraient donc :

- a) Etablir le protocole détaillé d'une étude sur les recouvrements de coûts dont les objectifs généraux sont décrits à l'alinéa 4.
- b) Indiquer le personnel nécessaire pour mener les opérations, y compris le personnel mentionné à l'alinéa 3
- c) Décrire les activités spécifiques à mener par le personnel sur le terrain et au bureau.
- d) Décrire les diverses données à recueillir, le processus à suivre pour le traitement de ces données et aboutir à des conclusions valables.

Remarques :

- 1) La participation exacte de l'assistance Italienne à cette étude reste encore à définir ; l'arrivée du Dr. Favre/Itti est attendu à cette fin.
- 2) Le recrutement de l'Expert-Consultant pour établir le protocole détaillé de l'Etude se fera suivant les normes et le procédés de la Banque Mondiale.

Ce 27 Janvier 1986.

200

24 Mars 1986

Questions pour les Discussions concernant le Tableau Récapitulatif des Activités par les Bailleurs de Fonds - Jim E. Davis, Economiste, DEP

1. La DEP s'est engagée à réviser et mettre à jour le tableau cité pour l'utilité commune de tous les participants.
2. Il est souhaitable d'incorporer les données du tableau dans un format du Lotus 1-2-3 afin qu'on puisse faire une révision permanente, rapidement et facilement.
3. Il faut qu'on arrive à de certains accords définitifs afin que le tableau soit d'une utilité maximum avant que les renseignements peuvent être introduits dans l'ordinateur.

(La Banque Mondiale a déjà un modèle pour beaucoup de ces mêmes informations, mais des modifications sont peut-être désirables pour l'usage de la DEP ou d'autres donateurs).

Questions à résoudre:

- A. La première question (Colonne 1) est politiquement sensible. Cela concerne la propre identification du donateur responsable pour chaque projet. Le crédit partagé peut être la meilleure solution, mais il complique la comptabilité et la présentation. Le tableau est plus utile s'il reste simple dans sa présentation. L'accord premier, sur ce point, était d'utiliser la source des fonds dans la Colonne 1, avec l'agence exécutrice, si elle existe, identifiée dans la colonne des remarques. Seules les activités courantes doivent être incluses.
- B. Notre tableau (Colonne 2) utilisait les nombres 1 à 30 pour identifier les 30 provinces classées par ordre alphabétique. Ce système a l'avantage sur celui de la Banque Mondiale (1 à 30 classé géographiquement) en quoi: nul n'a besoin de se souvenir de la localisation pour trouver une province. (Mais, si le système de la Banque Mondiale a été standardisé auprès des gouvernements, il doit être utilisé au lieu de la liste alphabétique).
- C. Sous la rubrique "Activités" (Colonne 4), il y a apparemment une demande des donateurs pour plus de descriptions détaillées des activités des projets. Ici, encore, il y a le problème du tableau "sonmaire" qui devient unintelligible si on y met trop de détails. On pourra peut-être concevoir un système d'abréviations/codes pour des activités similaires (par exemple, AT pour Assistance Technique, Cons pour Construction, Eq pour Provision d'Equipements, etc.) afin d'écourter cette colonne pour économiser de l'espace. L'ordinateur acceptera un maximum de 132 espaces latéraux, mais le tableau existant a 176 espaces; de sorte qu'il doit être réduit pour s'adapter au format du Lotus 1-2-3.

- D. La Colonne du "Coût Total" (No. 5) est vide dans le tableau actuel, en raison de notre hésitation à combiner les diverses sortes de monnaies. De plus, il est vrai que les taux de change varient, et n'ont pas les mêmes valeurs entre hier et demain, mais ils présentent une raisonnable approximation de la valeur relative des différentes contributions. Je suggère que toutes les valeurs soient exprimées en FCFA, en utilisant les taux de change en vigueur à la date du commencement du travail sur le projet (ou à la signature de l'accord si le travail n'a pas commencé). La Banque Mondiale, qui a l'enregistrement dans le temps de ces taux utilisés, peut nous aider à le faire. Je crois que le but de ce tableau, en référence rapide, est mieux atteint, en y portant la somme totale annuelle - c'est-à-dire, en divisant le total par le nombre d'années prévues pour la durée du projet. Ces commentaires s'appliquent aussi aux Colonnes 6, 7, 8 et 9. Aucune somme inférieure à 1.000.000 FCFA ne doit être mentionnée, afin de conserver l'espace.
- E. Les contributions des donateurs principaux (citées dans la Colonne 1), lesquelles apparaissent en Colonne 6, doivent aussi, selon moi, être mentionnées en millions de FCFA, en utilisant les mêmes techniques qu'exprimées ci-dessus en (D).
- F. Les contributions du Gouvernement de Burkina Faso (montant prévu) doivent être mentionnées par année et en millions de FCFA dans la Colonne 7. Il faut faire de grands efforts pour identifier et quantifier les contributions gouvernementales.
- G. Colonne 8 "Autres Donateurs" - Difficile aussi de mettre suffisamment en évidence les activités des donateurs coopérants - en effet, quelques-uns ont dépensé des millions pour les activités de santé au Burkina Faso et il conviendrait de le mettre en évidence dans la présentation sommaire. Je suggère que cette colonne soit élargie, afin que s'il y en a plusieurs, chacun puisse recevoir au moins une mention abrégée.
- H. Colonne 9, "Dépenses" doivent être remplies par les dépenses cumulées annuelles de chaque donateur/agence exécutive.
- I. Colonne 13, "Remarques" doit probablement être éliminée, en faveur d'un système de renvois qui pourrait être plus détaillé qu'en quelques mots ici afin que la largeur du tableau puisse être réduite aux besoins du Lotus.
- J. Tout effort doit être fait pour mieux compléter la récapitulation; nous savons qu'il y a plusieurs donateurs, même quelques-uns qui sont majeurs pour lesquels il manque les activités dans le tableau actuel. Peut-être il faudra écrire une lettre à tous les donateurs leur demandant leurs suggestions pour l'inclusion des données des activités des donateurs qui ne sont pas inclus dans le tableau ou disponibles dans ce bureau.

NOTE TECHNIQUE SUR L'ELABORATION DES PLANS ANNUELS

A L'ATTENTION DES DIRECTEURS CENTRAUX
ET PROVINCIAUX DE LA SANTE

- * - * - * - * - * - * - * - * -

Objet : Note pour l'élaboration
des plans annuels.

A.) Généralités :

Le plan annuel doit être élaboré chaque année à partir du mois de Mars pour l'année fiscale suivante.

Par exemple, à partir de Mars 1986, on doit déjà commencer l'élaboration du plan annuel pour l'année 1987 (1er Janvier au 31 Décembre 1987).

Chaque Direction technique élabore son plan annuel pour le programme dont elle a la charge.

Par exemple la DSME élabore le plan pour le programme de PMI/PF et de Nutrition.

Chaque Directeur Provincial élabore le plan annuel pour la province placée sous sa direction..Ex : la DPS du Comoé élabore le plan de la province du même nom.

Les plans annuels ainsi élaborés doivent être envoyés à la DEP dès le mois de Juin pour révision, coordination et intégration dans le plan annuel de Santé du Ministère.

La DEP, de son côté, doit soumettre le plan annuel au complet au Ministère de la Santé dès le mois d'Octobre.

B.) Avantages des plans annuels

Du point de vue technique, les avantages de la planification sont déjà bien connus. C'est une façon logique et rationnelle de bien prévoir et organiser l'exécution des activités et surtout de bien adapter ces activités aux diverses ressources disponibles, compte tenu, éventuellement, des priorités.

Du point de vue pratique l'élaboration d'un plan annuel et l'exécution des activités en conformité avec ce plan permettent aux responsables, à tous les niveaux, de bien suivre à tout moment de développement de la situation sanitaire. On a ainsi bien en mains tous les éléments susceptibles d'intervenir positivement ou négativement dans le déroulement des activités

ce qui permet de bien les contrôler et les diriger éventuellement dans le sens voulu. Avec les plans annuels consécutifs, on peut dire que le responsable arrive réellement à posséder une connaissance remarquable du dossier de sa province ou de son aire d'activité. L'élaboration systématique et régulière des plans annuels constituera, à n'en pas douter, un progrès technique considérable au niveau du Ministère de la Santé.

C.) Préparation du plan annuel

- 1°) La note méthodologique distribuée l'année dernière a présenté les indications techniques générales concernant la préparation des plans annuels de Santé
- 2°) Au cours de la conférence de P8 en Juillet 1985 on a eu à envisager et à discuter ensemble la méthodologie générale et les étapes de la planification sanitaire
- 3°) La présente note essaie de présenter de manière tout à fait pratique la façon de s'y prendre pour élaborer le plan annuel, tout en restant dans les lignes techniques voulues.

Il est évident que le fond même du plan annuel diffèrera suivant qu'il est rédigé par une Direction Centrale ou une Direction Provinciale.

LE PLAN ANNUEL A LA DIRECTION CENTRALE

Ici, il s'agit spécifiquement du développement des activités d'un programme : Par ex : le programme d'immunisation ; le programme de nutrition etc...

On suivra donc pour ce faire les divers éléments et étapes de la méthodologie générale de la planification sanitaire :

1 - Diagnostic de la situation

- i) Description de la situation dans le pays, en ce qui concerne le programme spécifique en cause, au moment de l'élaboration du plan ; Ex : situation du programme d'immunisation. Situation du programme de nutrition etc...

- ii) Brève analyse et explication de cette situation
- iii) Evaluation des réalisations au cours de l'année écoulée
- iv) Ressources disponibles
- v) Principales contraintes rencontrées.

2 - Formulation des objectifs

- i) Objectif général (déjà prévu dans le plan quinquennal)
- ii) Objectifs spécifiques : En principe, on prend la portion prévue dans le plan quinquennal pour l'année en question (l'année du plan). On peut développer un peu ou préciser d'avantage, surtout du point de vue quantitatif, ou même qualitatif, si nécessaire, les indications données dans le plan quinquennal ayant été forcément concises et résumées. On aura soin d'ajouter toutes données ou précisions survenues depuis l'élaboration du plan quinquennal.
- iii) Enumération des principales activités.
Suivant la stratégie déjà adoptée (depuis le plan quinquennal) on énumère les diverses activités à réaliser en vue de l'accomplissement de chacun des objectifs spécifiques prévus. Ces activités naturellement seront groupées par objectif.
- iv) Moyens à mettre en oeuvre.
Les activités étant clairement définies et énumérées, on envisagera de façon pratique et réaliste les moyens à mettre en oeuvre pour l'exécution de ces activités (ressources humaines, financières, matérielles).

3 - Budget

La confrontation des objectifs et activités à réaliser avec les divers moyens à mettre en oeuvre aboutira normalement à l'élaboration du budget

du programme. Il est nécessaire d'indiquer le coût exact (ou approximatif) ainsi que les sources de financement prévues dans chaque cas.

Remarque importante :

Il est évident que l'élaboration du plan d'un programme donné par la Direction Centrale intéressée nécessite la connaissance de la situation au niveau de toutes les provinces du pays ; ce plan sera donc étudié en étroite collaboration avec les Directions provinciales. Le programme étant, en général national, ses activités s'étendront sur tout le pays ; ce sera donc un plan national qu'on aura soin de bien subdiviser par province, si possible.

LE PLAN ANNUEL PAR PROVINCE

L'élaboration du plan provincial annuel relève de la compétence de chaque Direction provinciale intéressée. On aura donc trente plans provinciaux distincts. Si l'aire programmatique est géographiquement restreinte à celle de la province considérée, l'envergure du plan devra ^{au contraire} concerner tous les programmes ou projets de santé en exécution dans le pays en général, et au niveau de la province en question, en particulier.

Les étapes à suivre dans l'élaboration du plan provincial sont sensiblement les mêmes que celles de la méthodologie générale.

1 - Diagnostic de la situation

- i) Description de la situation sanitaire au niveau de la province, compte tenu principalement des divers grands programmes du plan quinquennal et des principaux indicateurs de santé pour la province si elles sont disponibles.
- ii) Brève analyse et explication de cette situation.
- iii) Evaluation des réalisations au cours de l'année écoulée. Ici on peut s'étendre sur tout ce qui a été fait, en ayant soin de noter les principales ressources de tous ordres qui ont été rendues disponibles, les progrès réalisés etc...

- iv) Principales contraintes rencontrées. Il faudra aussi énumérer les mesures ou principales dispositions prises ou préconisées en vue de les surmonter.

2 - Formulation des objectifs

- i) On peut énumérer les objectifs généraux tels qu'ils ressortent du plan quinquennal, actualisés et adaptés à la province en question.
- ii) Objectifs spécifiques. Ils découlent normalement des objectifs généraux ci-dessus qu'ils sont appelés à préciser et à quantifier toutes les fois que c'est possible. Ces objectifs spécifiques doivent ^{être} réellement actualisés, c'est-à-dire qu'ils doivent prévoir tout ce qui doit être réalisé effectivement au cours de l'année du plan, en éliminant tout ce qui a été déjà fait et tout ce qui doit se faire après.
- iii) Enumération des activités. Chaque objectif spécifique sera décomposé en un certain nombre d'activités nécessaires à sa réalisation. On aura soin d'énumérer une par une ces activités groupées par objectif spécifique en les quantifiant, si possible. Bien entendu, ces objectifs eux-mêmes seront groupés par projet ou programme. On considère, en général que les divers projets ou programmes sont déjà définis par le Bureau Central, dans le plan quinquennal.
- iv) Moyens à mettre en oeuvre. La province dispose de divers moyens à mettre en oeuvre en vue de la réalisation de ses objectifs ; il sera donc nécessaire de les faire figurer ici sous forme de ressources humaines, financières, matérielles. On aura soin de bien mettre en lumière les ressources en provenance des ONG ainsi que celles qui proviennent directement de l'administration locale (provinciale ou départementale) ou encore celles en provenance de la population elle-même.

3 - Budget

Les programmes et projets ayant ainsi été décrits avec leurs objectifs et activités propres, les ressources bien connues, il est alors possible de présenter le Budget du plan sous forme d'un budget programme. Chaque programme du plan aura donc son budget, le plus détaillé que possible, avec les sources de financement prévues.

Le budget pourra ainsi être présenté sous forme d'un tableau assez simple.

Remarque importante

Il est important que le plan satisfasse les besoins sanitaires réels de la population de la province. C'est pourquoi, il doit concerner les diverses structures sanitaires de la province, qui toutes devront participer activement à son élaboration. Il appartiendra à la Direction provinciale de prendre toutes les dispositions nécessaires à cette fin.

DOCUMENTATION CENTER FORM

Bordereau de Saisie

ZONE

01 COTE DE RANGEMENT: _____

02 AUTEUR: _____

03 TITRE: _____

04 SOURCE: _____

05 RESUME:

ZONE

06 SERIE: _____

07 ANNEE D'EDITION: _____

08 DESCRIPTEURS PRINCIPAUX:

09 DESCRIPTEURS SECONDAIRES:

10 DESCRIPTEURS GEOGRAPHIQUES (pays):

11 DESCRIPTEURS PROVINCIAUX (province, ville, village du Burkina Faso):

TRAINING - OFFICE PERSONNEL PROGRESS/PLAN

26 Mars 1986

Point de la Situation sur la Formation des Dactylographes

Nous avons déjà organisé le premier examen sur la vitesse dont les résultats et l'analyse sont joints.

Mais, nous estimons qu'afin de mieux cerner le niveau des dactylos, il convient d'organiser une deuxième série d'examens, notamment une épreuve de Vocabulaire/Grammaire. L'analyse des résultats des trois examens nous permettra alors d'élaborer un projet de programme de formation qui sera soumis à l'appréciation de tout les membres du personnel de la DEP.

D'ores et déjà, nous entrevoyons une formation s'articulant autour de l'orthographe, la grammaire, le vocabulaire des matières techniques et toute autre discipline pouvant entraîner d'une manière ou d'une autre, l'élévation du niveau technique et général des Camarades.

P.S. Examen de Vocabulaire/Grammaire

Jeudi, 27 Mars 1986

Examen de Mise au Net

Vendredi, 28 Mars 1986

26 Mars 1986

Avant la formation, l'Assistante Administrative de l'Equipe Assistance Technique a essayé d'évaluer la capacité des dactylos en commençant par leur faire un examen de vitesse. Un texte en français pour une durée de dix minutes a été donné à chacune d'elles afin d'évaluer leur vitesse individuelle. Les résultats de l'examen ont été plus ou moins satisfaisants. Les dactylos ont acquis une vitesse normale de 25 à 30 mots par minute avec des fautes de frappe comme suit:

- OUEDRAOGO Jeannette - 30 mots - 11 fautes (plus 11 mots omis)
- KAFANDO/DIASSO Fati - 29 mots - 6 fautes
- ZIDWEMBA/ILBOUDO Aminata - 28 mots - 4 fautes (plus 2 mots omis)
- NACOUA Chantal - 27 mots - 3 fautes
- NIKIEMA Née BALIMA Fatimata - 26 mots - 4 fautes
- ZOUNGRANA Abzèta - 25 mots - 12 fautes

Remarquez qu'en principe, il y a un nombre limité de fautes qui est relatif à la vitesse. La quantité de mots omis est considérée comme la même quantité de fautes.

Toutefois, on peut toujours donner mention Bien aux dactylos KAFANDO/DIASSO, ZIDWEMBA/ILBOUDO, NACOUA et BALIMA après avoir fait une règle de trois en comparant les vitesses, les fautes et les omissions commises.

La norme normale acceptable pour les dactylos est la suivante:

Pas plus de 4 fautes pour une vitesse de 28, 29 ou 30 mots.

Pas plus de 3 fautes pour une vitesse de 25, 26 ou 27 mots.

Remarques:

Il y a eu des dactylos qui ont mal divisé leurs mots quand elles sont arrivées au bout d'une ligne et d'autres qui ont retapé sur des mots. En principe, un mot tapé sur un autre est considéré comme deux fautes, mais que j'ai laissé passer comme une seule pour cette fois-ci.

215