PD-AAY-914

DIFFUSION GENERALE

L'EQUIPE DE SANTE VILLAGEOISE

Manuel de planification, d'exécution et d'évaluation
des projets de santé villageoise
dans les pays du Sahel

CLUB DU SAHEL
Organisation de Coopération et
de Développement Economiques
2 rue André-Pascal, Paris-16

CILSS
Comité Inter-Etats de Lutte contre
la Sécheresse dans le Sahel
B.P. 7049, Ouagadougou, Haute-Volta

Paris 1982

DIFFUSION GENERALE

Paris, Mai 1982

Or. angl.

L'EQUIPE DE SANTE VILLAGEOISE

Manuel de planification, d'exécution et d'évaluation des projets de santé villageoise dans les pays du Sahel

par

Peter KNEBEL, M.D.
Conseiller en Santé Publique
USAID

8979
Copyright OCDE, 1982

Le CILSS

Le CILSS (Comité Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel) regroupe actuellement huit Etats sahéliens : les Iles du Cap Vert, la Gambie, la Haute-Volta, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad. Il est l'organisme permanent de coopération régionale dans le Sahel.

Le CLUB DU SAHEL

Le CLUB DU SAHEL est un organisme de concertation qui associe les pays du Sahel avec tous les gouvernements et organismes publics de développement qui s'intéressent à cette région.

Le CLUB DU SAHEL et le CILSS ne sont pas des organismes supplémentaires de financement mais essentiellement des animateurs, le CILSS, en tant qu'expression politique de la volonté des pays du Sahel pour un développement régional solidaire, le CLUB comme enceinte de dialogue et de concertation entre les pays Membres du CILSS et tous les gouvernements ou organismes publics de développement qui s'intéressent au Sahel.

TABLE DES MATIERES

	Pages
PREFACE	1
SIGLES	2
INTRODUCTION	4

CHAPITRES

1. LISTE DES POINTS CONCERNANT LA PLANIFICATION, L'EXECUTION ET L'EVALUATION	9
1. Choix du site géographique et sélection du personnel	9
2. Formation initiale	10
3. Activités et réalisations	10
4. Médicaments et matériel d'équipement	11
5. Population desservie et population visée	12
6. Acceptation, motivation et soutien actif	13
7. Système permettant de diriger les malades vers des centres fixes	14
8. Fournitures	15
9. Supervision	16
10. Abandon de poste par le personnel	16
11. Frais à charge du gouvernement	17
12. Frais à charge des villageois	18
13. Coûts destinés à renforcer l'infrastructure	19
14. Capacité d'absorption du MSP	20
15. Capacité d'absorption au niveau de : la préfecture, la sous-préfecture, l'arrondissement	21
16. Capacité d'absorption financière et de gestion et réseaux fournissant les médicaments au niveau du village	22
17. Synthèse des problèmes majeurs	22

	Pages
2. ZONE GEOGRAPHIQUE DE L'ESV	27
L'unité fonctionnelle d'un système d'ESV intégré	
. Figure 1	29
. Figure 2	30
Le modèle d'un système d'ESV intégré au niveau de la sous-préfecture, Figure 3	32
3. TEMPS A CONSACRER PAR LES FONCTIONNAIRES A LA SENSIBILISATION INITIALE, A LA FORMATION, A LA SUPERVISION ET AU RECYCLAGE AU NIVEAU DU CENTRE MEDICAL DE LA SOUS-PREFECTURE	34
Facteurs déterminants variables	34
Problèmes éventuels et conclusion	37
Questions en suspens	38
4. POSTES BUDGETAIRES ACCORDES PAR LE GOUVERNEMENT/ MSF AUX PROGRAMMES D'ESV	40
Exemple d'un pays représentatif du Sahel	41
Animation rurale	42
Formation	43
Supervision	45
Recyclage	47
Récapitulatif des frais	47
5. DESCRIPTION DES ACTIVITES DE L'ESV	51
Description générale des activités	51
Liste détaillée des activités	53
A) L'ASV Homme	53
1. Soins curatifs	53
2. Soins préventifs	56
3. Tâches administratives	58
4. Services logistiques	61
Résumé des activités de l'ASV Homme	64
B) L'ASV Femme	65
1. Soins curatifs	65
2. Soins préventifs	66
3. Tâches administratives	66
Résumé des activités de l'ASV Femme	69

	Pages
6. CRITERES DE SELECTION DE L'ASV	70
Variantes principales des critères de sélection de l'ASV	70
Critères "classiques" de sélection	71
7. MEDICAMENTS ET MATERIEL D'EQUIPEMENT DE L'ESV	75
L'ASV Homme - Etape 1	77
Etape 2	78
L'ASV Femme	
- Trousse de l'Etape 1	78
Trousse de l'Etape 2	81
Récapitulatif des frais	82
8. DETERMINATION DE LA CAPACITE D'ABSORPTION DU PROGRAMME ESV PAR LE PAYS D'ACCUEIL	83
Charges d'ESV, effectifs et nombre de centres fixes nécessaires	83
Charges d'ESV directes	83
- Tableau 1	84
Effectifs nécessaires et charges afférentes	85
Effectifs nécessaires et coûts pour une seule Unité Fonctionnelle - Tableau 2	86
Personnel nécessaire et coûts de la formation d'une seule Equipe de Formateurs/Superviseurs - Tableau 3	86
Total des effectifs nécessaires par pays et estimations de coûts en dollars constants - Tableau 4	88
Charges indirectes	89
Centres fixes nécessaires et coûts par Unité Fonctionnelle - Tableau 5	90
Nombre de centres fixes nécessaires par pays et estimation des coûts en dollars constants - Tableau 6	91
Récapitulatif des méthodes de calcul des ressources nécessaires aux programmes d'ESV, et leur application spécifique à chaque pays	92
Récapitulatif des estimations de coûts spécifiques à chaque pays pour un programme d'ESV national	94
Tableau 7	95
Analyse des effectifs et des fonds du Gouvernement/MSP -	96
Estimations budgétaires annuelles du MSP - Tableau 8	96

Pages

Insfrastructure existante dans les pays du Sahel ; centre fixes et personnel - Tableau 9 97

Points importants de l'analyse du budget du MSP 98

Les limites de la capacité d'absorption 100

Estimation du nombre et des coûts des ESV rattachées aux centres fixes existants - Tableau 10 101

Sources éventuelles de fonds supplémentaires 102

Pourcentage du budget national total consacré au budget du MSP - Tableau 11 103

Frais à la charge des villageois 105

Coûts des traitements et mesure dans laquelle ils sont accessibles - Tableau 12 107

Part disponible du revenu des villageois pouvant être consacrée aux soins dispensés par l'ESV 111

9. SYSTEMES DE FOURNITURE DE MEDICAMENTS DE L'ASV 112

1. Les systèmes de fourniture existants 112

A. Implications du monopole 113

B. Flux des commandes - Figure 1 115

C. Distribution - Figure 2 116

2. Recommandations et conclusions 121

- Les systèmes de fourniture de médicaments de l'ESV 121

Approvisionnement passif - Figure 3 121

Approvisionnement actif - Figure 4 122

- Politique de fourniture de médicaments au niveau national 124

10 - PLANIFICATION, EXECUTION ET EVALUATION : GRANDES LIGNES 128

11 - CONCLUSIONS 142

ANNEXES

	Pages
1. LISTE DES MEUBLES ET DE L'EQUIPEMENT NECESSAIRES AU DISPENSAIRE RURAL	145
2. LISTE DES MEDICAMENTS ANNUELLEMENT NECESSAIRES A UN DISPENSAIRE (OU POSTE DE SANTE) RURAL	147
3. LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, NOMS GENERIQUES, NOMS DE MARQUE	149
REMERCIEMENTS	163
REFERENCES	165

PREFACE

Depuis la Déclaration d'Alma Ata en 1978, la santé pour tous en l'an 2000 est devenue le but universel des politiques en matière de santé.

Les soins de santé primaires, dans leur sens le plus large de services sanitaires mobiles (préventifs et curatifs) sont considérés comme le meilleur moyen d'offrir des soins de santé modernes à une majorité de la population. Dans les pays les moins développés comme ceux du Sahel, on considère que le programme d'ESV est le moyen le plus important, voire le seul, permettant d'améliorer les conditions sanitaires des zones rurales les plus démunies.

Bien qu'il existe sur le sujet une abondante littérature, il a eu à notre connaissance un nombre fort restreint, voire nul, d'analyses approfondies des problèmes concernant les coûts, les moyens logistiques, les effectifs nécessaires ou la capacité d'absorption, au niveau national. Le prétexte généralement invoqué pour justifier cette lacune est le manque de points de comparaison valables entre les différents programmes, même au sein d'un seul pays, qui empêche de réaliser ce type d'analyses.

Le but de ce manuel est d'établir un modèle aussi proche que possible des programmes existant réellement au Sahel, d'en indiquer toutes les variantes possibles, de scinder les services centraux en des unités de services les plus petites possibles et de les projeter au niveau national. Il faudra donc, dans le cadre de ce puzzle géant, assembler les pièces pour obtenir une image globale. Nous avons ainsi pu établir des budgets détaillés pour les différents niveaux du programme, en nous basant sur les coûts en vigueur au Sahel.

Pour une lecture efficace de ce manuel, nous proposons de commencer par l'introduction, la liste des tâches (Chapitre 1) et les grandes lignes de la planification (Chapitre 10) en suivant les différents titres du texte. On pourra ainsi se familiariser avec les points principaux et avoir une vue générale, avant d'entrer dans le détail.

Nous sommes conscients du fait que la grande complexité ainsi que les énormes besoins ou les montants de capitaux que nous prévoyons vont détromper ceux qui restent persuadés que les programmes d'ESV sont simples et peu onéreux. Nous espérons néanmoins que ce manuel permettra aux planificateurs, exécutants et analystes d'établir des programmes d'ESV plus réalistes, et donc plus réussis.

Ce document a pour objectif d'aider chacun d'entre nous à réaliser notre but le plus cher, en améliorant l'état de santé des plus démunis, en milieux citadin et rural.

SIGLES

ASV : Animateur Santé Villageoise

ESV : Equipe de Santé Villageoise : composée d'au moins un ASV homme (secouriste) et d'une accoucheuse locale/ traditionnelle

AL/T : Accoucheuse Locale/Traditionnelle

PVD : Pays en Voie de Développement

CM : Centre Médical ou Centre de Santé

D : Dispensaire ou Poste de Santé rurale

MC : Médecin-Chef ; Chef d'un CM, soit un Docteur ou un Infirmier d'Etat

SF : Sage-Femme

I : Infirmier(e)

Ph : Pharmacien

C : Chauffeur

UF : Unité Fonctionnelle d'un programme ESV en termes de :
- géographie (distances)
- démographie (population et nombre de villages)
- besoin de main-d'oeuvre (fonctionnaires)
- centres fixes (pour formation, réception des malades, supervision)
- coûts

SGE : Service (de lutte contre les) Grandes Endémies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PP : Pharmacie populaire, Entreprise d'Etat servant de réseau de distribution des médicaments, souvent sous la tutelle d'un Ministère autre que celui de la Santé

MSP : Ministère de la Santé Publique

Synonymes pour l'Administration Politique des pays francophones du Sahel (voir également page 20) :

Préfecture : Encore utilisée au Tchad, on l'appelle aussi Département (au Niger et en Haute-Volta) ou Région (en Mauritanie, au Mali, au Sénégal). Elle est administrée par le Préfet ou le Gouverneur.

Sous-Préfecture : Encore utilisée au Tchad et en Haute-Volta, on l'appelle aussi Arrondissement (au Niger) ou Cercle (au Mali) ou Département (en Mauritanie et au Sénégal). Elle est administrée par le Sous-Préfet, ou le Préfet, ou le Commandant de Cercle.

Arrondissement : Encore utilisé au Tchad, en Mauritanie, au Mali, en Haute-Volta, au Sénégal ; on l'appelle aussi Canton (au Niger). Il est administré par le Chef d'Arrondissement, ou le Chef de Canton, ou le Sous-Préfet.

Canton : Encore utilisé au Tchad, au Niger. On l'appelle aussi Communauté rurale (au Sénégal). Ce terme n'est pas du tout utilisé au Mali, en Mauritanie, en Haute Volta. Le Canton est dirigé par le Chef de Canton, ou le Président du Conseil rural.

Village : (Sédentaire) ou campement (nomade) : on l'appelle ainsi dans tout le Sahel francophone et il est dirigé par le Chef de village ou de campement.

EAR : Equipe d'Animation Rurale : elle est établie pour accomplir toute une gamme de tâches, telles que l'alphabétisation, le développement communautaire, l'agriculture et les soins de santé.

PNA ou Pharmapro : Pharmacie nationale d'approvisionnement, le Réseau de distribution de médicaments du Ministère de la Santé Publique.

INTRODUCTION

On a écrit de nombreux documents pour tenter de convaincre le planificateur du côté pratique et simple des tâches des ESV et des services qu'elles peuvent dispenser, à un prix raisonnable, aux populations à très faible revenu. Ce manuel a pour but d'étudier ces services, d'en examiner les points faibles et, aussi et surtout, de donner au planificateur comme à l'exécutant des directives pratiques et détaillées qui permettront éventuellement d'atteindre l'objectif de l'ESV.

L'auteur ne veut en aucun cas induire le lecteur en erreur, car il n'est pas certain que le programme d'ESV soit réalisable ni justifié du point de vue coût/efficacité. On étudiera tout d'abord les avantages présumés d'une telle stratégie, et on examinera ensuite les obstacles et les difficultés rencontrés au cours des premiers essais d'implantation de l'ESV sur le terrain. Puis, l'auteur tirera de l'expérience de nombreux praticiens un "manuel" devant guider le planificateur et l'exécutant jusqu'à la réussite du projet.

PREMIERE PARTIE

A. Arguments favorables

B. Arguments défavorables (plus proches de la réalité)

1. Accessibilité :

A. C'est aux populations rurales ne bénéficiant pas des services médicaux modernes que s'adressent les soins de santé primaires dispensés par l'ESV. Celle-ci aura pour objectif de couvrir la totalité de la population du Sahel en l'an 2000.

B. Il s'agit là d'un objectif ambitieux qui, nous le verrons, nécessitera des ressources et des efforts considérables si l'on veut que les services dispensés soient étendus jusqu'aux populations disséminées. En effet, l'ESV a pour ambition non seulement de dispenser les soins de santé primaires, mais aussi d'être la première étape d'un processus qui permettra de prodiguer des soins de santé secondaires, sophistiqués et de qualité.

2. Systèmes peu onéreux à la portée des pays du Sahel :

A. La théorie suppose que l'ESV, une fois en place, fournira des services importants et à un prix de revient minimum pour les gouvernements, puisque les utilisateurs paieront les médicaments, et qu'un grand nombre de prestations supplémentaires relèveront de l'éducation sanitaire (hygiène du milieu et assainissement), et seront donc essentiellement gratuites.

B. L'expérience a montré que les capitaux accordés par le gouvernement à l'animation rurale, la formation, la fourniture de médicaments, l'entretien et la supervision de l'ESV, sont considérables. (En moyenne, le coût minimum annuel per capita, net de frais d'infrastructure et d'équipement, est de 1 dollar en 1978 dans l'un des pays du Sahel, et ceci implique que le malade paie les médicaments).

Dans ce pays, les dépenses du MSP s'élèvent en moyenne à 2,50 dollars per capita et par an pour des services ne concernant pas plus de 20 % de la population. Dans tout le Sahel, les dépenses per capita varient entre 1,25 et 5,30 dollars (soit 2,50 dollars de moyenne). Si l'on veut que l'ESV s'adresse à la population globale, il faudra augmenter le budget annuel du MSP d'au moins un tiers, à condition que l'infrastructure et l'équipement indispensable soient déjà en place, ce qui n'est pas le cas. Si les éléments d'infrastructure, tels que les centres de réception des malades et les réseaux de distribution de médicaments, n'existent pas, les coûts seront multipliés en raison de l'inflation et des délais nécessaires à leur mise en place. Les coûts supplémentaires d'équipement, d'infrastructure et d'entretien seront augmentés considérablement, lorsque les services s'étendront aux régions les moins accessibles.

Ceci peut mettre le programme d'ESV hors de la portée de la plupart des pays du Sahel. Finalement, le coût minimum des soins de santé, des médicaments et des services qui justifieraient la présence de l'ESV serait trop élevé pour beaucoup de pauvres vivant en zone rurale : par exemple, le prix minimum du traitement préventif annuel du paludisme pour une famille de 6 personnes est d'environ 40 dollars, ce qui dépasse largement le budget de la plupart des familles. Au mieux, le budget affecté aux médicaments rivaliserait sérieusement avec les autres besoins vitaux des villageois possédant des revenus limités.

3. Simplicité et efficacité :

A. L'ESV a été conçue pour soigner la majeure partie des problèmes de santé nécessitant des traitements simples et faciles qui peuvent être administrés par un membre de la communauté ayant reçu un minimum de formation et exerçant directement au niveau du village.

B. Un tel objectif peut paraître idéal, mais il faut être réaliste et reconnaître ses limites pour ne pas susciter des espoirs vains, ce qui entraînerait des désillusions et un rejet de l'ESV. Dans les meilleures conditions de formation, de supervision et de financement, on ne peut espérer de l'ESV qu'un éventail limité de services. On ne peut, en effet, s'attendre à ce que l'ESV accomplisse des merveilles lorsqu'elle est placée dans un contexte de maladies endémiques compliquées de malnutrition, d'absence d'hygiène élémentaire, dans un milieu économique et culturel très complexe. En outre, une mauvaise utilisation de médicaments puissants (antibiotiques, chloroquine, injections) peut avoir des effets inverses de ceux qui sont attendus ; par exemple, la résistance à la chloroquine et aux antibiotiques ; l'hépatite et le tétanos.

Le programme d'ESV, même à petite échelle, peut être utile et justifié en termes de coûts et de bénéfices, si on comprend bien ses limites et si on respecte ses conditions de travail propres. Et ceci, dans le contexte d'un ensemble de services sanitaires comprenant un système efficace de renvoi des malades, une assistance et une supervision permettant l'amélioration constante des compétences professionnelles de l'ASV, aussi bien que des activités venant compléter celles du secouriste, qui sont accomplies par l'accoucheuse traditionnelle.

4. Allègement des tâches du personnel sanitaire existant

A. L'ESV a été conçue en partie pour soulager le personnel sanitaire spécialisé, peu nombreux, et pour dispenser les soins simples qui ne nécessitent pas de formation complexe.

B. Le personnel des centres de réception des malades doit s'attendre à des demandes supplémentaires de services puisque les ESV sont installées dans des zones qui jusqu'alors ne bénéficiaient d'aucun système de soins sanitaires. De plus, on fera immanquablement appel aux services existant au moment de l'initiation aux programmes d'ESV afin qu'ils fournissent la supervision, la formation et les services logistiques nécessaires. Or, le personnel sanitaire disponible est déjà, ou sera très vite, submergé, tandis qu'une expansion des services de l'ESV va accroître la demande de personnel. Il faudra donc prévoir ce personnel a priori, ce qui peut être très coûteux.

5. L'ESV est autonome

A. Une fois l'ESV installée, dotée des réserves de médicaments, d'un matériel d'équipement et des instructions nécessaires, le service peut fonctionner seul.

B. Les conditions préalables supposent en général que :

1. Il existe un réseau de fourniture de médicaments suffisant ;

2. Les prix des médicaments distribués par l'ASV aux villageois suffisent à couvrir les frais, sans pour cela être supérieurs aux prix de médicaments d'autre provenance ;

3. L'ASV trouve des motivations suffisantes pour rester à son poste ;

4. Des ressources importantes, telles que le financement et l'infrastructure, sont accessibles aux centres de réception des malades, de façon à assurer un minimum de continuité dans le soutien accordé aux services de support (tels que la supervision, le recyclage et les services de réception des malades).

6. Sélection des patients

A. L'ESV servira à traiter les maladies de moindre importance, en réduisant ainsi l'affluence dans les cliniques, dispensaires ou hôpitaux centraux, et ce, surtout si l'ESV est installée dans le rayon d'action d'un centre de réception des malades fonctionnant effectivement.

B. Comme nous l'avons déjà dit, les malades envoyés de l'extérieur de la zone normale dépendant de l'ESV vont grossir les rangs des patients, mais on pourra faire face à cette situation à condition que les ESV de la zone géographique fonctionnelle (voir ch. 2) effectuent elles aussi, une sélection efficace des malades.

7. Répartition des bénéfices

A. L'ESV peut servir à dispenser rapidement un minimum de soins à des régions difficilement accessibles ou n'étant pas normalement desservies par les services existants.

B. Malheureusement, l'application d'un programme d'ESV entraîne inévitablement une augmentation des dépenses de la part des MSP déjà menacés de crise budgétaire, si l'on veut éviter que les services existants, déjà insuffisants, ne se dégradent encore davantage. Il est impossible de créer et de maintenir un service d'ESV gratuitement. De plus, il est difficile de décider le personnel médical à aller établir et maintenir un programme d'ESV dans des régions reculées. En outre, plus les services sont dispersés, plus les prix augmentent. Et enfin, les villageois sont souvent obligés de payer des services alors qu'ils sont gratuits pour les citadins.

8. Avantages socio-économiques

A. Il est évident que beaucoup de facteurs non sanitaires influencent l'efficacité de l'ESV, mais ils ne sont pas quantifiables. En effet, un système d'ESV peut aider à augmenter la production générale des zones rurales, à condition qu'existe un potentiel d'activité productrice.

B. Bien que cette assertion semble se vérifier, il faut aussi tenir compte de ses coûts, déjà décrits, et des autres conséquences sociales et économiques qu'elle entraîne (telles que la poussée démographique, les effets sur les cultures traditionnelles, etc.). Ainsi le chômage et le grand nombre d'analphabètes constitueront en fait les principaux obstacles à une augmentation importante de la production, même parmi une population en meilleure santé.

9. Avantages politiques

A. On peut utiliser l'ESV en tant qu'instrument servant à prouver l'intérêt porté par le gouvernement au peuple. Elle peut donc apporter un soutien aux institutions politiques existantes.

B. Par ailleurs, les systèmes d'ESV seront mis en oeuvre avec tact et compétence ; ils se baseront sur des programmes solides et bénéficieront de garanties financières au début et tout au long de leur exécution. S'ils ne sont pas conçus avec le plus grand soin, ou si leur exécution n'obtient pas un accord unanime, les échecs qui en résulteront se répercuteront sur le gouvernement.

10. Préférence pour l'ESV en comparaison d'autres systèmes sanitaires "classiques"

A. De toutes les possibilités connues d'expansion des services essentiels de santé primaires, l'ESV est l'une des plus réalisables et des plus prometteuses, si l'on considère ses qualités déjà décrites. C'est du moins l'opinion des partisans de ce système.

B. Comme nous l'avons déjà vu, la mise en oeuvre d'un programme d'ESV rencontre des obstacles considérables. De plus, elle n'a pas encore remporté un succès significatif à grande échelle, les planificateurs n'ont pas été capables de comparer les coûts relatifs avec les bénéfices et il n'est pas facile de déterminer si les programmes d'ESV constituent une des tâches prioritaires du gouvernement du pays hôte, ou tout simplement s'ils ne sont qu'une réponse opportuniste aux soucis des donateurs. (C'est-à-dire que les autorités finiront par engager leurs propres ressources financières). Et enfin, à cause des difficultés d'évaluation et de l'absence de données de base en matière de santé, il se peut qu'on ne puisse jamais connaître l'impact réel des programmes d'ESV apparemment "réussis" sur le taux de morbidité et de mortalité de l'ensemble de la communauté.

CONCLUSION

Après avoir exposé les principaux problèmes et mis l'accent sur l'ignorance collective concernant certains points importants, on peut se sentir prêt à entreprendre un programme d'ESV, en ayant moins d'illusions et donc plus de chances de succès. C'est ce que nous nous proposons de faire en donnant ci-après des directives générales pour en réussir la mise en oeuvre.

Etant donné les difficultés auxquelles nous nous trouvons confrontés, il faut se montrer assez souples pour modifier ou même abandonner certains objectifs et essayer d'adopter d'autres solutions, plutôt que de s'obstiner à atteindre un but impossible. Par exemple, il se peut fort bien qu'on puisse substituer à la distribution des médicaments de première nécessité par l'ASV, un réseau commercial privé de distribution de médicaments, étendu aux zones rurales proches du peuple.

Les "charges récurrentes" supportées par le gouvernement seraient certainement beaucoup moins lourdes, et le risque d'une mauvaise utilisation des médicaments resterait le même. Un agent commercial pourrait par exemple être plus enclin qu'un ASV à vendre un traitement complet pour le paludisme, surtout si les salaires nets sont trop peu élevés et que l'ASV est mal rémunéré.

Nous pensons que c'est l'analyse détaillée des coûts et de la capacité d'absorption à tous les niveaux qui donne à ce rapport toute sa valeur. C'est en effet dans un but économique que nous l'avons élaboré. Il est évident qu'en essayant d'approfondir avec minutie les problèmes jusqu'alors non résolus, comme il nous est arrivé de le faire, on court le risque de se perdre dans les détails et ensuite de multiplier les erreurs en les projetant à l'échelle nationale. C'est pourquoi ce document a été conçu pour guider la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes d'ESV.

CHAPITRE 1 : LISTE DES POINTS CONCERNANT LA PLANIFICATION, L'EXECUTION ET L'EVALUATION D'UN PROGRAMME D'ESV

1. Choix du site géographique et sélection du personnel

1.1 Sélection géographique des villages :
Définition de l'unité fonctionnelle :

- Distances, population, accessibilité des centres de supervision ou de réception des malades.
- Moyens de communication (routes, radio, téléphone, etc.) : modifications dues aux saisons.
- Intégration dans l'infrastructure existante ou en cours d'établissement des services de santé au plan administratif et socio-économique, à tous les niveaux.

1.2 Critères de sélection du comité ASV.

1.3 Critères de sélection de l'ASV (homme et femme).

1.4 Brève description de l'animation rurale :

- organigramme
- nombre/catégorie du personnel
- critères de sélection
- fréquence des visites par village
- temps consacré, mode d'action sociale, personnes concernées, sujets discutés.

1.5 Taux de non acceptation : nombre de villages initialement sélectionnés par rapport au nombre de villages qui ont effectivement choisi les services d'un ou d'une ASV (ou tous les deux), et/ou raison pour la non participation.

Résumé :

- Les villageois ont-ils été suffisamment informés sur l'ESV, ses activités, ses critères de sélection, ses responsabilités, ses frais, ses limites médicales, etc ?
- Quel a été le critère de sélection des villages, du comité, et particulièrement de l'Equipe de Santé Villageoise ?

- Le choix de l'ESV exprime-t-il la volonté de la majorité des villageois ?

- Les besoins ressentis des villageois ont-ils été examinés et respectés ?

2. Formation initiale

Description distincte de la formation donnée respectivement à un ASV et à une ASV.

2.1 Localisation : les locaux, le niveau d'intervention et le site sont-ils appropriés ?

2.2 Personnel de formation : nombre, catégorie, expérience de l'ASV, soins de santé primaires, sens du commandement, initiatives personnelles.

2.3 Temps de formation : durée, fréquence/an, taille des groupes de stagiaires (H, F).

2.4 Type de matériel approprié.

2.5 Objectifs : activités envisagées, programme horaire, formation pratique, diagnostic/traitement ; démonstrations pratiques appropriées, formation logistique (enregistrement, contrôle des stocks, comptabilité, réapprovisionnement).

2.6 Examens : qualité des soins, compréhension et utilisation des manuels, des médicaments des matériels, de l'enregistrement, des services logistiques, du système de réapprovisionnement.

2.7 Taux d'abandons de poste : nombre d'ASV sélectionnés par rapport à ceux ayant reçu une formation complète, principale raison des abandons de poste.

Résumé :

Les ASV ont-ils reçu une formation adéquate avant d'entreprendre leurs activités sur le terrain ?

3. Activités et réalisations

Description distincte des activités de l'ASV homme et de l'ASV femme.

Les tâches accomplies par l'ASV concordent-elles avec 1) les objectifs initiaux du projet sur papier, 2) avec l'explication qu'on en a donnée aux villageois, et 3) avec le programme de formation ?

3.1 Prophylaxie : - éducation sanitaire (groupe/individu)
- visites de routine de maison en maison
- activités de PMI

3.2 Hygiène du milieu : - eau/puits
- voirie et latrines

3.3 Soins curatifs :

- type de maladies diagnostiquées et traitées : vérifier si l'épidémiologie locale y est adaptée ;
- niveau du diagnostic ;
- plan de traitement suivi ;
- motifs incitant à préférer ou à négliger un traitement ;
- accouchements normaux et à complications : section, ligature et hygiène du cordon ombilical ;
- traitements insuffisants ou superflus : effets secondaires nocifs possibles.

3.4 Système d'enregistrement : types de registre adéquats.

3.5 Administration : - contrôle financier ;
- contrôle des réserves de médicaments, pénuries et systèmes de réapprovisionnement.

3.6 Organisation de la communauté :

- participation active aux coopératives ;
- état-civil et statistiques de natalité/mortalité ;
- autres activités para- ou extra-médicales.

Résumé :

- Quelles sont les activités réelles de l'ASV ?
- Répondent-elles aux besoins effectifs ?
- Les ASV font-ils correctement ce qu'ils sont censés faire ?

4. Médicaments et matériel d'équipement : descriptions concernant respectivement l'ASV/h et l'ASV/f

4.1 Possibilités de stockage : cases, tentes, trousses.

4.2 Type de médicaments, meubles, équipement, autre matériel (manuels).

4.3 Contrôle des stocks, comptabilité et logistique du réapprovisionnement.

Résumé :

- Avec quels "outils" travaillent-ils ?

- Sont-ils adéquats ?

- Peuvent-ils contrôler les services logistiques/du réapprovisionnement ?

5. Population desservie et population visée

5.1 Pourcentage des villages et leur population totale desservis dans le cadre de l'"unité fonctionnelle" (comme définie par 1.1) qui compte un ASV h/f au moment de l'évaluation.

5.2 "Rayon d'action" : dans le village d'une ESV : distances à parcourir par le malade.

5.3 Evaluation du pourcentage de la population prioritaire (la plus vulnérable) par groupe d'âge, sexe, etc., à l'intérieur du rayon d'action (habituellement d'après les prévisions démographiques).

Par exemple :	0 - 1	an	: h/f	
et/ou (non)	1 - 4	ans	: "	
" "	4 - 14	"	"	
" "	15 - 45	"	"	femmes enceintes,
" "	45 - -		"	accouchement prévu, main-d'oeuvre adulte.

5.4 Nombre des consultants : première visite et visites suivantes ; total par rapport à l'âge, le sexe, les groupes ethniques, socio-économiques.

5.5 Nombre d'accouchements par mois, par an, assités par l'ASV et pourcentage du total envisagé sur la base des prévisions démographiques.

5.6 Comparaison entre les chiffres figurant au 5.4 et les chiffres correspondants dans les centres fixes, par exemple les dispensaires ruraux et les centres médicaux ou de PMI : pourcentage de gens traités par des centres fixes par rapport à ceux de l'ASV, comparaison des diagnostics et des traitements.

5.7 La courbe figurant l'évolution du nombre des consultations sur une période de 6 mois à un an et les raisons éventuelles des fluctuations (récolte, manque de communications saisonnières, manque d'argent liquide, etc.).

5.8 Coopération ou concurrence avec les guérisseurs locaux, les marchands ambulants qui font des piqûres (les commerçants) : si possible, estimations quantitatives et qualitatives.

Résumé :

- Avec quel pourcentage de la population totale (à l'intérieur d'une unité fonctionnelle et à l'intérieur de son rayon d'action) l'ASV est-il en contact, 6 mois après son installation ?

- Les ASV sont-ils en contact avec les groupes prioritaires vulnérables (enfants, jeunes bébés, femmes enceintes, adultes au travail) ?

- Y a-t-il une raison spécifique de la sur- ou sous-utilisation de l'ESV ?

- Quel impact sur la santé de l'individu ou de la communauté peut-on espérer exercer ? En combinant les résultats de 3.1.4, 3.6, 5.4-5 ?

6. Acceptation, motivation et soutien actif sur une période déterminée

Sens de la propriété et de la responsabilité.

6.1 Niveau central :

- personnel du ministère de la santé ;
- personnel des autres ministères.

6.2 Niveau préfecture/régional :

- administratif (préfet/gouverneur) ;
- médical (docteurs, infirmiers du HR).

6.3 Niveau sous-préfecture/cercle :

- administratif (commandant de cercle) ;
- médical (docteurs, infirmiers du CM).

6.4 Niveau arrondissement :

- administratif (chef de canton) ;
- infirmier (médical).

6.5 Niveau du village :

- chef de village ;
- gens de divers groupes (âge, sexe, ethnie, religion, contexte socio-économique) . soutien réel de l'ESV ;
- l'ASV : motivations.

Résumé :

- L'ASV est-il assez motivé ?
- Le programme d'ESV est-il accepté et activement soutenu par tous ceux qui sont concernés, à des niveaux différents, sur une période déterminée ?

7. Système permettant de diriger les malades vers des centres fixes

7.1 Liste des catégories de malades à orienter vers les centres : services de diagnostic et de traitement curatif, poursuite du traitement.

7.2 Nombre et types de maladies affectant les patients envoyés, spécialement par l'ASV-f (comparer les statistiques de l'ASV à cet égard, avec les statistiques des centres de réception).

7.3 Au centre de réception : niveau des soins prodigués aux patients renvoyés : niveau du diagnostic et des soins au poste de santé, au CM et à l'hôpital régional.

7.4 Mécanisme de "feedback" des informations entre l'ASV et le centre de réception des malades (notes sur D et T, instructions en découlant pour l'ESV, etc.).

7.5 Raisons majeures de l'incompétence des systèmes orientant les malades vers les centres fixes : distances énormes, moyens de transport insuffisants, manque d'argent, mauvais diagnostic de l'ASV, pas de possibilités de bon diagnostic ou de bon traitement au niveau des centres de réception des malades, méfiance, etc.).

Résumé :

- Quel nombre et quels types de malades sont dirigés vers les centres ?
- Que se passe-t-il du point de vue médical aux centres de réception des malades ?

8. Fournitures

Services logistiques concernant les médicaments et le matériel d'équipement médical de l'ASV.

8.1 Origine : étrangère, nationale, locale (niveau du village).

8.2 Intégration dans le système d'approvisionnement national :

- connaissance des dosages, de l'étiquetage, des noms génériques par rapport aux noms de marque ;

- disponibilité des médicaments nécessaires à l'ESV dans le cadre des réseaux gouvernementaux ou privés ;

- monopoles de licences et d'importations (des multinationales) ;

- politique des prix.

8.3 Situation financière des agences pharmaceutiques : propriété de l'état ou fournisseurs privés.

8.4 Stockage : système de contrôle des stocks, aire de magasinage, rayonnages, intégration dans le système de stockage national à tous les niveaux : central/national, préfecture, sous-préfecture, arrondissement, canton, village.

8.5 Distribution et réapprovisionnement :

- fréquence, procédure de commande, communication, comptabilité/archives ;

- transport vers les succursales ;

- intégration dans le système de distribution national (à tous niveaux y compris distance entre l'ESV et le centre de réapprovisionnement le plus proche).

Résumé :

- L'ESV connaît-elle des problèmes de rupture de stocks, et si oui, pourquoi ?

- L'approvisionnement en médicaments (au niveau gouvernemental et au niveau privé) et les systèmes de distribution nationaux sont-ils, du point de vue de la gestion et des finances, capables d'assurer un réapprovisionnement correct ?

- Le système d'approvisionnement est-il bien intégré dans le système national, afin d'en garantir la continuité après la fin du projet ?

9. Supervision :

à tous les niveaux : - ministère de la santé ;
- région ;
- cercle ;
- arrondissement ;
- village.

Elle est planifiée et réellement exercée.

9.1 Fréquence des visites de supervision, particulièrement au cours des trois premiers mois.

9.2 Personnel : nombre et catégorie, temps passé en trajet et contacts réels avec l'ASV.

9.3 Activités de supervision :

- statistiques, tenue des registres ;
- médicales (nombre cumulé des cas discutés) ;
- logistiques (approvisionnement) ;
- résolution du problème d'organisation communautaire.

9.4 Liens statistiques entre les pertes d'effectifs et la fréquence et la qualité de la supervision.

Résumé :

- L'ASV h/f est-il (elle) régulièrement et effectivement supervisé(e), particulièrement au début ?

- La supervision est-elle assurée à tous les niveaux comme le prévoit le programme ?

- La supervision comprend-elle la résolution des problèmes et l'amélioration continue des qualifications ?

10. Abandon de poste par le personnel :

Le taux est calculé séparément pour l'ASV homme et l'ASV femme.

10.1 Taux d'abandon de poste par l'ASV une fois formé, après 1, 3, 6, 12 mois, 2 ans.

10.2 Abandon annuel par rapport au taux de recrutement : courbes suivies par le nombre réel d'ASV.

10.3 Raisons principales de ces taux élevés d'abandons de poste.

Résumé :

- Quel est le taux d'abandons de poste dans l'ESV, surtout chez les hommes ?

- Quelles sont les raisons des pertes d'effectifs qui sont plus élevées que le taux de recrutement ?

11. Frais à charge du gouvernement :

Postes budgétaires et temps consacré par les fonctionnaires.

11.1 Informations sur les coûts de base pour le calcul des postes budgétaires.

Grilles des salaires annuels : - médecin-chef ;
- agent animateur/trice ;
- infirmier/e ;
- chauffeur.

- Primes de déplacement : pour tout le personnel sanitaire et l'ASV en cours de formation.

- Essence : - prix/litre ;

- litres utilisés/100 km, selon la catégorie du véhicule.

- Achat de véhicules : par catégorie.

- Entretien du véhicule : coût par jm selon la catégorie.

- Première fourniture de médicaments : h/f.

- Fournitures de bureau.

- Matériel de formation, manuel.

11.2 Temps à consacrer aux activités.

- Animation initiale des villageois.

- Formation : - du personnel de CM
- " " du dispensaire
- de l'ASV h/f

- Supervision : - au niveau du CM
- " " " dispensaire
- " " " village

- Recyclage : - de l'ASV

- du personnel au niveau du CM et du dispensaire.

11.3 Budgets :

Ensemble des données basées sur 11.1 et 11.2 pour une unité fonctionnelle complète (voir 1.1) et pour un seul ASV : h + f.

11.4 Récapitulatif des coûts annuels pour une première période de 5 ans.

11.5 Moyenne des charges "récurrentes" annuelles, réparties sur une période initiale de 5 ans par ASV h + f, tenant compte du taux d'inflation.

Résumé :

- Quels sont les investissements et les charges "récurrentes" d'une ESV ?

- Combien de temps le Ministère de la Santé et les fonctionnaires, à tous les niveaux, consacrent-ils à un programme d'ESV ?

- Quelles seront les charges "récurrentes" et les effectifs qui seront à la charge du gouvernement du pays hôte dès que l'assistance étrangère aura pris fin ?

12. Frais à charge des villageois :

12.1 Rémunérations de l'ASV :

h/f, en espèces, cadeaux en nature, contribution aux moyens de transport, aide : individuelle ou communautaire.

12.2 Coût des traitements h/f :

Traitement net, différents prix de chaque médicament selon son genre et montant du traitement ou des soins.

12.3 Rémunérations de services par rapport aux coûts de réapprovisionnement :

- prix de chaque type de traitement/médicament facturé aux villageois ;

- pharmapro, pharmacie populaire, projet de prix, liste de médicaments ;

- comparaison des éléments ci-dessus.

12.4 Comparaison entre les coûts des traitements prescrits par l'ASV et les prix du guérisseur local, et les frais de traitement de SP (si ces informations sont disponibles).

12.5 Investissement initial :

cases, tentes, trousses, puits, latrines, formation initiale.

12.6 Estimations des frais entraînés par l'évacuation des malades vers des centres fixes :

transport, paiement au centre de réception des malades.

12.7 Estimation annuelle des frais, dépenses pour une famille moyenne de 5 personnes :

- pour le traitement de l'ASV ;
- pour d'autres "guérisseurs" (guérisseurs locaux, commerçants, marchands ambulants faisant des piqûres) ;
- pour les soins de santé aux centres fixes.

Résumé :

- Quelle est la contribution des villageois au programme de l'ESV ?
- Est-elle suffisante pour couvrir toutes les dépenses faites au niveau du village, particulièrement en ce qui concerne les fournitures de médicaments ?

13. Coûts destinés à renforcer l'infrastructure :

Capital supplémentaire et charges "récurrentes" nécessaires à l'expansion des programmes d'ESV.

13.1 Construction de centres de santé supplémentaires, bureau d'animation rurale et dispensaires : investissement et charges "récurrentes".

13.2 Extension des réseaux d'approvisionnement en médicaments :

investissement et charges "récurrentes", voir aussi point 4.

13.3 Coûts du personnel supplémentaire à tous les niveaux :

- Ministère de la Santé ;
- Hôpital régional ;
- Animation rurale ;
- CM ;
- Dispensaire.

14. Capacité d'absorption du Ministère de la Santé : (MS)

14.1 Budget annuel de fonctionnement du MS :

- total des salaires du personnel, investissements, fonds de roulement ;
- pourcentage de CNP ;
- budget par tête d'habitant, calculé par le MS ;
- tendances au cours de la dernière décennie : frais impliqués par le personnel en comparaison du budget de fonctionnement.

14.2 Aide pour la santé : donneurs étrangers :

- total, catégorie de personnel, domaine d'investissement ;
- pourcentage du budget du MS ;
- tendances.

14.3 Personnel du MS par catégorie :

- docteurs, infirmiers, autres (toutes catégories) ;
- distribution capitale/ville/villages ;
- diplômés universitaires par an : étrangers et ressortissants nationaux ;
- tendances.

14.4 Capacité de planification centrale du Ministère de la Santé :

- organigramme ;
- catégories de personnel impliqué ;
- unité de planification : locaux, personnel, fournitures de bureau, secrétariat, équipement de bureau (bureau, classeurs, machines à écrire, à calculer, moyens de communication dans le pays) ;
- budget : - salaires
  - fonctionnement
- problèmes.

14.5 Concordance entre les points 11.3-11.5 et 14.1-14.4.

Résumé :

- Le MS peut-il planifier des programmes d'ESV à grande échelle ?

- Le MS peut-il ou pourra-t-il dans un avenir prévisible, assumer les charges et les rémunérations de personnel, de façon à maintenir et à étendre un programme d'ESV à grande échelle ?

15. Capacité d'absorption au niveau de : la préfecture, la sous-préfecture, l'arrondissement.

15.1 Nombre et catégorie des effectifs au service de l'animation rurale, y compris employés et chauffeurs, superficie des bureaux et fournitures de bureau - utilisation de leur temps.

15.2 Nombre et catégorie des effectifs au niveau des HR, CM, dispensaires, y compris les chauffeurs et le personnel auxiliaire : utilisation de leur temps.

15.3 Moyens de transport au niveau du bureau de l'animation rurale, de l'HR, CM, dispensaire, type/état du véhicule, approvisionnement en essence, possibilités d'entretien et de réparation, pièces de rechange, budget d'entretien.

15.4 Niveau de diagnostic et de traitement par le HR/CM/Disp. (Voir aussi point 7) brève description des :

- laboratoire ;
- approvisionnement/utilisation des médicaments ;
- locaux ;
- interventions chirurgicales et compétences dans ce domaine (section césarienne, accouchement, accidents, fractures, plaies) ;
- pansement/injection/petite chirurgie ;
- rapport entre le nombre des patients et le personnel de base ;
- gestion générale.

15.5 Possibilités de formation au niveau du CM ou du dispensaire :

voir aussi point 2.

15.6 Correspondance de 11.1-11.2 avec 15.1-15.3.

Résumé :

- Existe-t-il un service d'animation rurale et si oui, peut-il entreprendre l'animation rurale ?

- Le personnel de santé du CM et du dispensaire dispose-t-il d'assez de temps et de moyens (surtout de transport) pour former, superviser et recycler l'ASV ?

- Les centres de réception des malades (HR, CM, D) ont-ils les moyens de s'occuper correctement des malades transférés (temps, locaux, personnel pour établir le diagnostic et dispenser les soins) ?

- Dans quelle mesure les personnes citées ci-dessus peuvent-elles étendre les programmes d'ESV ?

16. Capacité d'absorption financière et de gestion et réseaux fournissant les médicaments au niveau du village

16.1 Estimation des revenus moyens annuels par famille (voir également point 12.2) : concurrence possible entre les dépenses consacrées à l'ASV et les autres dépenses de première nécessité ; estimation de ce qui peut être et est effectivement consacré aux soins de santé.

16.2 Correspondance entre 12.2 et 16.1.

16.3 Accès aux réseaux de fourniture de médicaments : distance/moyens d'accès au dispensaire le plus proche, stockage quantitatif et qualitatif des médicaments de l'ASV (voir aussi 4).

Résumé :

- Les villageois ont-ils les moyens de payer les frais d'ESV ?

- Les coûts d'ESV nouvellement introduits rivalisent-ils avec les dépenses de première nécessité ?

- Le réseau de fourniture de médicaments est-il accessible aux villageois ?

17. Synthèse des problèmes majeurs

17.1 Une participation active et sincère à tous les niveaux de la part des fonctionnaires dans le domaine de la santé du pays d'accueil constitue une condition fondamentale du succès du programme de santé villageoise. Cette participation peut être difficile à obtenir en raison de l'ensemble des motifs suivants

ou de chacun d'entre eux :

- Cette approche est peu familière ou même contraire à la formation et à l'attitude du personnel de l'établissement médical (particulièrement les docteurs et les infirmières qualifiées).

- Cette participation dépend largement de la motivation personnelle, des sacrifices consentis et des compétences en gestion.

- Le programme d'ESV offre peu ou pas de perspectives de carrière au personnel médical (contrairement aux spécialisations classiques dans la capitale).

- Ce programme confronte des habitués de la vie urbaine (docteurs, infirmiers et administrateurs) avec les réalités de la vie au village, souvent peu familières et inconfortables.

- Il met en présence des groupes d'intérêt financiers puissants tels que les fournisseurs et négociants en produits pharmaceutiques.

- Il montre, au moins au début, peu de résultats visibles et souvent très insatisfaisants pour la conscience médicale (en raison du niveau très primaire des soins).

De nombreux problèmes spécifiques et potentiels existent donc et sont compris dans la liste ci-dessus. Nous en reprendrons les plus courants.

17.2 L'ASV :

- manque de rémunération/carrière/profit/soutien actif ;

- faible motivation ;

- mauvais critères de sélection ;

- abus de son rôle médical/financier ;

- manque de (certains) médicaments/provisions ;

- incompétence : médicale, administrative (comptabilité) ;

- honoraires trop élevés ou trop faibles comparés aux prix réels des médicaments ;

- taux élevé d'abandon de poste, absentéisme.

17.3 Au niveau du village :

- manque d'argent liquide ;
- manque d'appréciation, d'acceptatior de l'ASV : différentes interprétations de son rôle ;
- manque de soutien actif à l'ESV ;
- problèmes d'entretien des cases et des tentes ;
- manque de relations entre le malade et l'ASV, absence de centres susceptibles de recevoir les malades ;
- très grande distance entre les centres médicaux fournissant les médicaments et les centres administratifs ;
- population trop réduite pour supporter les frais de l'ESV.

17.4 Niveau du dispensaire/arrondissement :

- manque de supervision (pas de moyens de transport, pas de prime de déplacement, manque de temps, distances trop grandes, voies d'accès en très mauvais état) ;
- centres de soins médiocres (du point de vue du diagnostic et de la qualité des soins) ;
- supervision, gestion, administration insuffisantes (amélioration continue des qualifications de l'ASV) ;
- grande rotation du personnel ;
- manque d'intérêt envers le programme.

17.5 Niveau du cercle/CM/animation rurale :

- animation initiale insuffisante (manque de temps, de moyens de transport du personnel, de qualifications, d'intérêt) ;
- formation initiale médiocre, concernant notamment les procédés administratifs/logistiques, manque de manuels et de compréhension ;
- manque d'intérêt de la part des administrateurs politiques ou du personnel médical au niveau du médecin-chef, des infirmiers, et manque de soutien actif au programme ;
- taux élevé de rotation du personnel ;

- niveau médiocre du CM (médical, gestion) en ce qui concerne le système permettant de transférer les malades ;

- manque de supervision (distance, transport, prime de déplacement, temps, amélioration continue des connaissances).

17.6 Niveau de la région/HR + animation rurale :

- manque de supervision au niveau du cercle (transport, prime de déplacement, distance, temps, intérêt, taux élevé de rotation du personnel) ;

- mauvais critères pour diriger les malades vers les centres de soins, médiocrité des traitements ou des interventions d'urgence, manque de médicaments et possibilités de diagnostic ;

- manque d'intérêt général et de soutien actif (de la part des milieux administratifs, politiques et médicaux).

17.7 Niveau central/MS :

- trop faible priorité accordée aux programmes d'ESV par rapport aux problèmes existants ;

- manque d'intérêt général, de soutien actif ;

- diminution du budget du MSP, particulièrement en ce qui concerne les charges "récurrentes" ;

- communications médiocres au niveau du cercle, même quand elles existent : manque de moyens de communication, de transport, de prime de déplacement ;

- opposition de la part des milieux médicaux et des groupes d'intérêts financiers (produits pharmaceutiques) ;

- insuffisance des connaissances techniques et particulièrement dans le domaine de la gestion ;

- manque d'autorité, taux élevé de rotation du personnel ;

- communications médiocres avec les ministères connexes (agriculture, plan, finances, etc.).

17.8 Niveau pharmaceutique national :

Monopoles gouvernementaux (Sénégal, Haute-Volta, Mali : pharmapro ; Mauritanie : pharmarim ; Niger : ONPPC ; Tchad : PNA), opposés aux pharmacies populaires (semi-) privées :

- dettes accumulées ;
- origines et prix des produits pharmaceutiques ;
- monopoles et brevets ;
- contraintes de taux de change hors de la zone franc ;
- noms de marque par opposition aux noms génériques ;
- manque de médicaments de base à bon marché (particulièrement matériel de pansement) pour l'ASV ;
- manque de moyens de stockage corrects ;
- pannes dans les services de distribution (manque d'essence, de véhicules, etc.).

17.9 Niveau politique national :

- instabilité politique ;
- faible engagement favorable à une distribution plus équitable (fonctionnaires opposés à la population rurale) ;
- trop faible priorité accordée aux soins et aux budgets médicaux.

CHAPITRE 2 : ZONE GEOGRAPHIQUE DE L'ESV

Le choix des villages doit tenir compte des impératifs suivants :

- besoin d'animation initiale du village ;
- supervision permanente de l'ESV ;
- système permettant de diriger les malades vers des centres fixes ;
- réapprovisionnement en médicaments et en équipement par ces centre fixes.

Les critères de sélection des villages dépendent des variables suivantes :

- une infrastructure sanitaire existante ou récemment planifiée : le type et la qualité des soins ;
- grille du personnel et temps disponible ;
- distances et communications entre les services de santé, les centres d'approvisionnement et les villages choisis ;
- état saisonnier des routes et mode de transport ;
- rayon d'action : estimation du nombre de gens desservis par les différentes unités de service.

Tous les pays du Sahel francophone ont une structure politico-administrative et des services de santé correspondants remarquablement unifiés, en dépit de leurs appellations différentes.

Niveau administratif : personnel	Services médicaux clés : personnel
1. Préfecture (Tchad) ou département (Niger, Mauritanie, Haute-Volta) ou région (Mali, Sénégal) : préfet ou gouverneur.	Hôpital régional/départemental : Médecin-chef de préfecture ou directeur départemental de santé, etc.
2. Sous-préfecture (Tchad, Haute-Volta) ou arrondissement (Niger) ou cercle (Mali, Mauritanie) ou département (Sénégal) : préfet ou sous-préfet ou commandant de cercle.	Centre médical ou centre de santé, ou infirmerie : médecin-chef/infirmier d'état.

3. Arrondissement (Tchad, Mauritanie, Mali, Haute-Volta, Sénégal) ou canton (Niger) : sous-préfet ou chef d'arrondissement/canton.	Dispensaire ou poste de santé, (dans certains cas : maternité) : infirmier(e), sage-femme ou matrone.
4. Dans certains cas : Canton (Tchad) ou communauté rurale (Sénégal) : chef de canton ou président du conseil rural.	Dans certains cas : poste de santé : infirmier(e).
5. Village (sédentaire) ou campement (nomade) chef de village/campement.	Dans certains cas : équipe de Santé Villageoise : secouriste, matrone ou accoucheuse locale.

Chaque pays est donc divisé en :

1. 5 à 10 (généralement 7) préfectures ou assimilées, chacune ayant un hôpital régional (quelques-unes des provinces les plus pauvres et à population disséminée n'ont qu'un centre médical), avec plusieurs médecins, infirmiers et sages-femmes.

Chaque préfecture est divisée en :

2. 5 à 8 (généralement 6) sous-préfectures ou assimilées : chacune a un centre médical et peut avoir un médecin (le plus souvent un infirmier d'Etat et peut donc être appelé infirmerie) et de 1 à 3 autres infirmiers, y compris une sage-femme.

Chaque sous-préfecture est divisée en :

3. 4 à 7 (généralement 6) arrondissements ou assimilés : chacun compte plusieurs dispensaires (entre 2 et 8, généralement 6), à la tête desquels se trouve un infirmier breveté du 1er cycle et une ou le plus souvent plusieurs maternités et/ou des PMI, dirigées par une sage-femme ou une matrone (cas le plus fréquent).

Dans certains pays, les arrondissements sont divisés en :

4. 3 ou 4 cantons ou assimilés, chacun ayant un dispensaire ou poste de santé, dirigé par un infirmier breveté. Chaque arrondissement ou canton est divisé en plusieurs villages. Les chiffres sont variables de région à région, mais chaque arrondissement (niveau 3) a un rayon d'action de 30 à 70 villages.

Outre ces centre fixes, il existe des unités mobiles : chaque pays est divisé en secteurs, qui souvent ne concordent pas avec les limites du niveau 1, mais sont à peu près de la même taille que les préfectures. Chaque unité mobile opère à partir d'une base, qui est le plus souvent située dans la capitale provinciale.

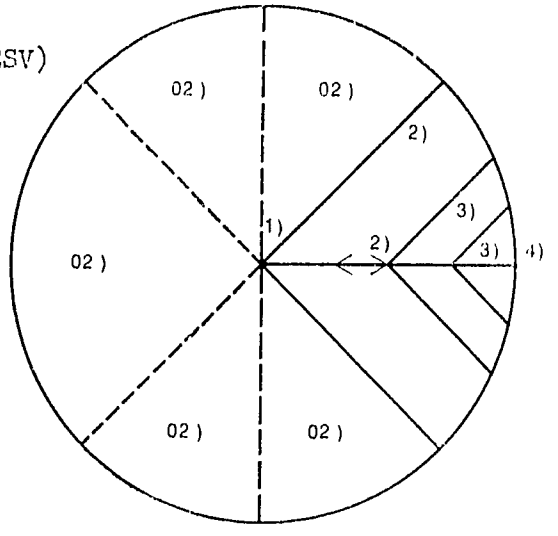
Leur administration est en quelque sorte (en tenant compte des variantes propres à chaque pays) indépendante de la structure des services de santé publique.

Chaque secteur est divisé en plusieurs sous-secteurs qui sont généralement chargés des vaccinations (surtout contre la tuberculose, la variole dans les pays encore sous surveillance, la rougeole, la fièvre jaune, et tout récemment le tétanos et parfois la diphtérie, la coqueluche et la polio), ainsi que du diagnostic et du traitement de la tuberculose et de la lèpre, et parfois de la supervision et du réapprovisionnement en médicaments des dispensaires ruraux.

L'Unité fonctionnelle d'un système d'ESV intégré

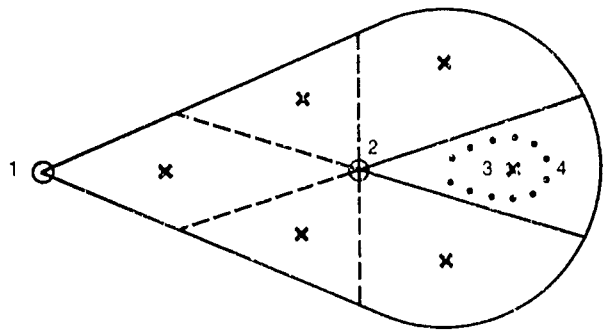
Figure 1. Niveau préfecture/département/région

1. Hôpital
2. Centre Médical (CM)
3. Dispensaire (D)
4. Equipe de santé villageoise (ESV)



Bien qu'il soit souhaitable d'établir des relations avec l'hôpital régional pour y diriger les malades, les moyens de communications défectueux et les capacités d'absorption réduites de la plupart des hôpitaux posent actuellement de sérieux problèmes. C'est pourquoi il est plus réaliste de partir du niveau 2 (sous-préfecture, en prenant le CM comme base).

Figure 2. Niveau sous-préfecture/arrondissement/cercle/département



La plus petite unité fonctionnelle d'ESV ne devrait pas être le niveau 3 : dispensaires/postes de santé, entourés par l'ESV, mais plutôt le niveau 2 : centre médical (CM), entouré par les dispensaires, eux-mêmes entourés par les ESV. Et ceci, en raison de la médiocrité des soins reçus au dispensaire. Il se peut que le CM dispense également des soins médiocres, mais son personnel est plus nombreux, et il a potentiellement plus de chances d'améliorer ses compétences que celui du dispensaire. Il est possible que plus tard, quand les dispensaires du niveau 3 seront élevés au rang de CM et que les CM seront eux-mêmes devenus des hôpitaux provinciaux, le niveau 3 devienne alors la plus petite unité fonctionnelle d'ESV.

C'est là une décision importante et lourde de conséquences pour la capacité d'absorption quantitative de chaque niveau (c'est-à-dire le nombre d'ESV à former, à superviser, et à recycler, le nombre de personnes à diriger vers des centres fixes) ; et qui aura également des répercussions sur la capacité d'absorption qualitative : c'est-à-dire du temps à consacrer à la formation, à la supervision et au recyclage, et ce, pour atteindre quel niveau de soins ? Quel niveau de soins doit être offert aux personnes dirigées vers des centres de traitement ?

Chacune des variables citées ci-dessus entre en ligne de compte, c'est pourquoi la proposition faite plus bas subira de grandes modifications au niveau local. Elle peut cependant servir de ligne directrice :

A. Nombre d'ESV par unité de fonctionnement

- 1 centre médical desservant 3 à 8 disponsaires (6 de préférence) ;
- 1 dispensaire desservant 5 à 10 ESV (6 de préférence).

Donc, 1 CM peut desservir entre 15 et 80 ESV, mais l'idéal serait 6 D et 36 ESV, si l'on accepte l'encadrement cité plus haut.

B. Distances

La distance séparant :
- 1 CM d'un D peut varier entre 10 et 50 km (l'idéal serait 35 km) ;
- 1 D et 1 ESV peut varier entre 5 et 30 km (l'idéal serait 13) ;
- 1 CM et l'ESV peut varier entre 10 et 80 km (l'idéal serait 50).

C. Le rayon d'action peut se définir de 2 façons :

- selon le rayon de la distance à partir de la base (CM, D, ESV) ;
- selon le temps passé en trajet, qui dépend principalement du mode de transport, mais aussi de l'état des routes.

Pour simplifier, nous dirons que :

- tous les patients vont à pied jusqu'aux services médicaux ;
- le personnel du CM fait des tournées en landrover ;
- le personnel du D a une mobylette ou un cheval ;
- l'ASV reste au village et utilise les transports publics (voiture, cheval, mobylette, vélo), uniquement pour le réapprovisionnement en médicaments.

a) Population desservie quotidiennement :

- CM : rayon de 10 km (5 heures de marche à pied, aller-retour entre :

minimum	maximum	optimum
3.000	30.000	25.000 habitants et plus

(Cependant, le chiffre optimum de 25.000 habitants est trop élevé pour le Sahel et il est plus plausible de l'évaluer à 10.000 personnes).

- D : rayon de 5 km (2 h ½ de marche à pied aller-retour) entre :

minimum	maximum	optimum
500	5.000	2.500

Ce chiffre optimum est rare au Sahel.

- ESV : La superficie du village (peut aller jusqu'à 10 km des quartiers les plus reculés !) entre :

minimum	maximum	optimum
200	1.000	500

b) Définition du rayon d'action pour la sensibilisation initiale, la formation, la supervision et le réapprovisionnement en médicaments de l'ASV :

- CM : dans un rayon de 15 km (minimum) et de 80 km (maximum), l'idéal serait de 50 km. Nombre d'habitants :

	minimum	maximum	optimum
1 CM	3.000	30.000	25.000
+ 6 D	3.000	30.000	15.000
+ 36 ESV	7.200	36.000	18.000
Total	13.200	96.000	58.000

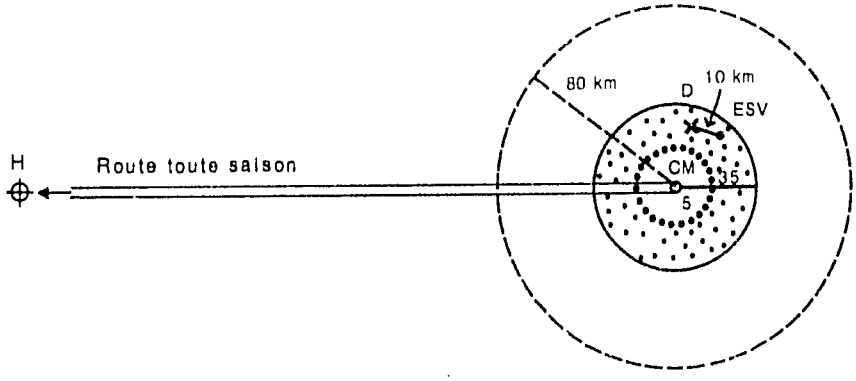
- D : dans un rayon de 5 km (minimum) à 30 km (maximum), l'idéal serait de 15 km. Nombre d'habitants :

	minimum	maximum	optimum
1 D	500	5.000	2.500
+ 6 ESV	1.200	6.000	3.000
Total	1.700	11.000	5.500

En ce qui concerne le réapprovisionnement en médicaments de l'ASV : l'idéal serait que la distance séparant l'ASV du centre de réapprovisionnement le plus proche ne dépasse pas 50 km, ce qui est aussi la distance idéale entre le CM et l'ESV. Il faudrait donc 1 à 2 centres de réapprovisionnement supplémentaires par rayon de 85 km maximum.

Bien que conscients du danger que représente l'élaboration d'un modèle théorique (la plupart des variables au Sahel sont dues à une faible densité de population, et aux grandes variations des distances, des problèmes de communications saisonniers dus au manque de routes praticables en toute saison), nous allons cependant résumer le "modèle" en un graphique général :

Figure 3 : Modèle de système d'ESV intégré au niveau de la SP/arrondissement/cercle/département



Légende : 1) Hôpital régional, siège de la préfecture ;
0 Centre de santé (1) ; X dispensaire (6) ;
. • ESV (36) ;
distance optimum desservant environ 50.000 habitants
" maximum " " 100.000 "
" minimum " " 15.000 "

Nous recommandons pour l'unité de fonctionnement d'une ESV intégrée, et dans la mesure du possible : 1 CM, 6 D, 36 ESV dans un rayon moyen d'environ 50.000 habitants, et 1 centre d'approvisionnement en médicaments.

Une route praticable en toute saison devrait exister jusqu'à l'hôpital régional le plus proche, sur une distance de 150 km, là où se trouve habituellement le siège de la préfecture.

La question reste posée de savoir si l'ESV doit également travailler à l'intérieur du rayon d'action du CM et du D.

Nous recommandons qu'il travaille à l'intérieur de la zone desservie par le CM, mais pas dans celle du dispensaire. Mais ici encore, tout dépend du nombre d'habitants compris dans cette zone.

CHAPITRE 3 : TEMPS A CONSACRER PAR LES FONCTIONNAIRES A LA SENSIBILISATION INITIALE, A LA FORMATION, A LA SUPERVISION ET AU RECYCLAGE AU NIVEAU DU CENTRE MEDICAL DE LA SOUS-PREFECTURE

Facteurs déterminants variables :

- types des activités de l'ESV ;
- niveaux des soins médicaux offerts par l'ESV ;
- choix des activités pour chaque catégorie de personnel des services de santé publics ;
- durée et fréquence de la sensibilisation, de la supervision, de la formation et du recyclage ;
- durée du trajet + distances à parcourir ;
- nombre de jours ouvrables par an ;
- taux de rotation du personnel.

En nous basant sur le modèle ébauché ci-dessous, on obtient : 1 CM, 6 D, 36 ESV dans un rayon de 50 km, et en comptant 250 jours ouvrables par an. Nous proposons ci-dessous l'emploi du temps et l'utilisation de la main-d'oeuvre nécessaire à un programme d'ESV à l'intérieur de l'unité fondamentale.

Légende : MC : médecin-chef
A : agent animateur
I : infirmier(e)
SF : sage-femme
C : chauffeur

Tâches	Fréquence/durée	Nbre de pers. par catégorie	Personnes jours/an	% du temps total, utilisation de la main-d'oeuvre
1) sensibilisation des villageois	5 voyages d'1 jour pour chacun des 36 vil.	3 (- A, - I ou SF, - C)	540	72 % pour chacun
2) formation : a) de l'ESV	14 jours par cours pour 4 ESV à la fois (8 pers.) pour 36 ESV et 2 jours de trajet aller-retour	1 MC ou I 2 SF 1 C	252 18	50 % pour chacun 7 % pour C

Si le personnel du CM et du D n'est pas encore entraîné pour pouvoir à son tour donner à l'ESV une formation et une supervision, il faudra prévoir un peu plus de temps.

	b) du pers. du CM	21 jours de cours pour la formation 1 fois	Formateurs: 2 (- MC 2 (- SF 1 - C Stagiaires: 2 (- MC ou I 2 (- SF	 42 2 42	 17 % pour chacun 1 % pour chacun 17 % pour chacun
	c) du pers. du D	14 jours de cours pour le pers. du D 1 fois, joint au cours de formation du pers. du CM, pour 6 D	Stagiaires: 1 - I	84	6 % pour chacun
3)	Supervision a) au niveau du CM	-1 voyage/1 jour par mois à chaque D pour 6 D -2 voyages/1 jour par an à chaque ESV pour 36 ESV	- I ou SF 2 (- C 2 (- I	72	29 % pour chacun
	b) au niveau du D	1 voyage/1 jour par mois à chaque ESV pour 6 ESV/D	1 - I	72	29 % pour chacun
4)	Recyclage de l'ESV tous les 3 ans	Comme pour le point 2, formation de 14 jours par cours pour 4 ESV à la fois (6 pers.) pour 36 ESV et 2 j de trajet aller-retour	- MC ou I 2 - SF 1 - C	252	50 % pour chacun 7 % pour chacun

Ceci suppose que chaque catégorie de personnel sanitaire (ESV inclue) une fois formé, reste à son poste plusieurs années. Faute de quoi, chaque nouvelle personne doit être formée, si possible par celui qui quitte son poste, ce qui signifie qu'il faut prévoir au moins 2 semaines de chevauchement.

Notre modèle théorique de programme fonctionnel d'ESV implique la participation des fonctionnaires afin d'assurer toutes les tâches citées ci-dessus la première année.

1) 1 équipe pour la sensibilisation initiale au niveau du village employée pratiquement à plein temps (72 %), et se composant de :

   - 1 animateur(trice) ;
   - 1 infirmier ou sage-femme (ou les 2, interchangeables) ;
   - 1 chauffeur.

   Cette équipe pourrait sensibiliser jusqu'à 50 villages par an, mais le chiffre de 40 villages semble être plus réaliste, puisqu'il faut consacrer du temps à la planification, à la rédaction de rapports, et à des visites de routine dans les villages les plus "difficiles".

   Souvent, il existe une infrastructure de service d'animation rurale pour accomplir ces tâches, ainsi que d'autres activités telles que l'alphabétisation, l'agriculture. Là ou elle n'existe pas, il faut la créer, pour ne pas laisser à la charge du seul personnel du CM toutes ces tâches (bien que sa participation à temps partiel soit fortement recommandée).

2) 1 équipe de formation et de supervision au niveau du CM employée plus qu'à temps plein (108 %), se composant de :

   - 1 infirmier ;
   - 1 sage-femme (ou matrone) ;
   - 1 chauffeur (à 65 % de son temps).

   Si cette équipe de formation et de supervision n'est pas formée, au départ, elle prendra encore 17 % du temps annuel la première année. Cela signifie que la première année, 2 sessions de formation d'ESV doivent être reportées à l'année suivante.

3) Un infirmier au niveau du dispensaire peut également diriger un maximum de 6 ESV, ce qui prend 1/5 de son temps, c'est-à-dire que le dispensaire est fermé 1 ½ jour par semaine. Il faut recruter un second infirmier pour tout nombre supérieur à 6 ESV par dispensaire. Il peut diriger à peu près 20 ESV à plein temps.

4) "Le formateur des formateurs", l'équipe qui a auparavant instruit l'équipe permanente de formation et de supervision, doit idéalement se trouver au niveau de l'hôpital régional/préfecture et doit coiffer plusieurs sous-préfectures. Comme la sous-préfecture requiert 19 % de son temps, elle peut théoriquement couvrir toute une préfecture constituée d'habitude de 6-7 sous-préfectures (ou assimilées) la composition des effectifs serait la suivante :

- 1 médecin-chef ;
- 1 sage-femme (employée à plein temps) ;
- 1 chauffeur.

On peut se poser la question de savoir si ces effectifs doivent également assumer la supervision de tout le personnel du département, ce qui exigerait une seconde équipe.

Pour résumer, voici l'infrastructure essentielle en matière de personnel pour tout programme d'ESV :

1. une équipe d'animation rurale au niveau de la sous-préfecture ;

2. une équipe de formation et de supervision au niveau de la préfecture ;

3. une équipe pour la formation initiale des formateurs au niveau de la préfecture ;

4. un infirmier pour la supervision au niveau du dispensaire.

Problèmes éventuels et conclusion

- L'équipe d'animation rurale existe habituellement dans beaucoup de pays du Sahel (sauf au Tchad), mais pas dans toutes les régions. Elle est très souvent inopérante à cause du manque d'argent. Aussi elle ne compte pas toujours des experts médicaux parmi ses membres. Dans ce cas, lors d'un ou de deux voyages, le personnel médical se joindra à l'équipe pour lui expliquer correctement la partie médicale du programme. Idéalement, l'ESV doit faire partie d'un programme villageois de développement intégré, comprenant l'alphabétisation et l'agriculture.

- Habituellement, il n'existe pas d'équipe de formation et de supervision en tant que telle. Souvent, le personnel des CM en assume les fonctions.

  Dans ce cas, un CM comptant 3 membres de la profession médicale et un chauffeur ne peut diriger que 18 ESV en un an, et cela prend 50 % de leur temps si l'on veut inclure la préparation et l'évaluation des cours.

- S'il n'existe ni animation rurale (faisant partie activement des programmes d'ESV) ni équipe de formation et de supervision, l'infirmier du CM et la sage-femme doivent assumer toutes les tâches, et peuvent gérer au maximum 10 ESV en un an, en allouant seulement 50 % de leur temps à leurs attributions originales au CM.

Cela prouve combien l'ESV est limitée, puisqu'elle dépend du facteur temps du personnel médical.

Cela signifie que la proportion des fonctionnaires (chauffeur inclus) par rapport aux ASV est de 1 pour 3 (un fonctionnaire pour 3 ASV) !

Questions en suspens

- Comment se succèdent les programmes ?

Toutes les ESV ne peuvent évidemment pas être choisies, formées et supervisées dès la première année. Notre chiffre de 36 ESV est modeste (mais il est réaliste et plausible), et il est assez souple pour permettre la succession des programmes. Toute expérience à grande échelle du style : "100 villages par an" devra cependant envisager de graves problèmes posés par l'horaire du personnel.

- Pendant combien de temps faut-il poursuivre la supervision mensuelle ou trimestrielle ? Quelle doit être la fréquence du recyclage d'une ESV ?

Tout dépend du niveau de soins que l'on vise : si le rôle de l'ESV consiste à distribuer quelques comprimés et à faire des accouchements routiniers, une supervision trimestrielle assurée par le personnel du dispensaire peut suffire. Mais si l'on vise l'amélioration constante des connaissances en prodiguant des encouragements répétés, alors le programme de supervision, tel que celui qui a été exposé ci-dessus, correspond au strict minimum. La supervision la plus importante se fait au cours des 3 premiers mois, tout spécialement le premier mois. C'est le défaut de supervision au début de la mise en route qui est la cause principale des abandons de poste, plutôt que la supervision insuffisante des activités de routine.

Au lieu d'une supervision mensuelle, nous suggérons : pour la 1ère année :

- 1er mois : 2 fois (chaque quinzaine) ;
- 2ème - 6ème mois : chaque mois ;
- 7ème - 12ème mois : tous les 2 mois ;
- Total au cours de la 1ère année : 10 fois ;
- Pour les 2ème et 3ème années : tous les 3 mois ;
- Total au cours de chaque année suivante : 4 fois ;
- Recyclage : tous les 4 ans (après 3 ans).

Cependant, en raison des nombreuses difficultés rencontrées par l'ESV, spécialement dans le domaine de la logistique et de la politique (appréciation, confiance des villageois), ce qui précède ne peut, au mieux, être qu'une simple suggestion.

Une supervision sérieuse demeure l'un des problèmes du programme d'ESV et demande de la part des responsables dans le domaine de la santé, beaucoup de temps, d'argent et d'engagement personnel, de même que des sacrifices très rarement récompensés sur le plan professionnel ou financier. Idéalement, la supervision devrait toujours être une amélioration constante des qualités techniques et un encouragement permanent de l'ESV, sans se réduire à une simple visite statistique au cours de laquelle les trousses et les registres sont contrôlés en cinq minutes.

- Que se passe-t-il lorsque le programme d'ESV atteint la limite du temps dont dispose le personnel ?

Comme il a été souligné ci-dessus, le temps requis par un programme d'ESV est énorme et le nombre d'ESV pouvant être dirigées par un personnel sanitaire existant, déjà extrêmement limité (dans certains cas seulement 10 ESV). Toute expansion au-delà de ce chiffre exigera des fonctionnaires supplémentaires et plus tard des centres médicaux et des dispensaires supplémentaires, c'est-à-dire des frais considérables pour obtenir :

- un second infirmier par dispensaire ;
- une équipe séparée de formation/supervision pour chaque CM, suivie par ;
- une seconde équipe d'animation rurale ;
- des dispensaires et CM supplémentaires avec tous les services auxiliaires nécessaires (frais de transport et d'entretien).

A défaut, les seules autres possibilités sont :

- une dégradation de la qualité des soins ;
- ou simplement une limitation de la population pouvant être desservie par l'ESV.

CHAPITRE 4 : POSTES BUDGETAIRES ACCORDES PAR LE GOUVERNEMENT/MSP AUX PROGRAMMES D'ESV, AU NIVEAU DE LA PREFECTURE ET DE LA SOUS-PREFECTURE (A L'EXCLUSION DES CONTRIBUTIONS DES VILLAGEOIS, DU CAPITAL, ET DES CHARGES RECURRENTES DES CS OU DES RESEAUX DE FOURNITURE DE MEDICAMENTS)

Le poste budgétaire "charges récurrentes" pose les questions les plus difficiles mais aussi les plus importantes. La plupart des problèmes sont dus à la rigidité administrative qui ne permet pas de constituer des fonds d'amortissement sur la base des fonds non dépensés (par exemple, en établissant une caisse prévoyant l'achat d'un nouveau véhicule tous les 5 ans pour remplacer les véhicules usagés), ou qui alloue une somme forfaitaire ne tenant pas compte des activités à accomplir (par exemple, une somme fixe est allouée à l'essence du CS, mais son calcul ne tient pas compte des km à parcourir en vue de superviser les activités ou bien d'évacuer des malades, etc.).

Avant d'établir un budget détaillé, il faut considérer diverses variables, dont les suivantes :

- le niveau de soins : critère de formation, de supervision, et d'activités de l'ESV ;

- le choix des activités par catégorie de personnel ;

- l'utilisation du temps du personnel :

    - durée de sa formation ;
    - durée et fréquence de son recyclage ;
    - temps consacré à l'animation et à la supervision ;

- les distances à parcourir ;

- les salaires, les primes de déplacement par catégorie de personnel ;

- le choix des véhicules (leur consommation d'essence, leur durée d'usage, le service d'entretien ou de réparation) ;

- le choix de la première fourniture de médicaments et de matériel ;

- le prix du carburant ;

- l'origine, le prix, la DAP (date d'arrivée probable) du matériel (véhicules, équipement, médicaments, matériel de formation, fournitures de bureau) ;

- les contributions des villageois aux dépenses d'ESV.

Nous donnons ci-après l'exemple d'un pays représentatif du Sahel, le Niger, pour lequel nous établirons un budget détaillé. En établissant un budget national, on tiendra compte des données propres à chaque pays, et on modifiera les chiffres ou les rubriques ci-après en conséquence.

Il faut arrêter d'abord les points les plus importants, qui sont les suivants :

1. Grille des salaires annuels moyens

En Fr CFA (1 dollar US = 200 Fr CFA au 1er janvier 80)

- médecin-chef : 960.000
- agent animateur/trice : 360.000
- infirmier(e) : 360.000
- sage-femme : 360.000
- chauffeur : 240.000

2. Prime de déplacement :

- médecin-chef : 1.000
- agent animateur/trice : 500
- infirmier(e) : 500
- sage-femme : 500
- chauffeur : 300
- un seul membre de l'ESV durant la formation : 500 Fr CFA

Nota : Naturellement, il existe de grandes différences entre les pays.

3. Essence :

- 25 litres/100 km pour une landrover, 5 litres/100 km pour une mobylette

- 150 Fr CFA/litre, mélange pour une mobylette 100 Fr CFA/litre

4. Entretien de véhicule :

a) Landrover 4 roues motrices : 100 Fr CFA d'amortissement pour chaque kilomètre parcouru ; ce qui signifie qu'après 50.000 km, le véhicule doit être renouvelé et bien entretenu entre temps.

b) Pour les mobylettes : 10 Fr CFA d'amortissement/km ; après 30.000 km elles doivent être renouvelées.

5. Les trousses de l'ESV :

- pour secouriste : faite sur place : 5.000 Fr CFA
- pour accoucheuse locale : UNICEF : 4.000 Fr CFA

6. Fourniture initiale de médicaments :

pour les secouristes (et accoucheuses locales) : 15.000 Fr CFA

7. Matériel de formation :

pour le Centre Médical : 30.000 Fr CFA

8. Manuels et papeterie :

pour la formation des membres de l'ESV : 1.500 Fr CFA chacun

Avec ces données de base, et en incluant les unités de service et les contraintes de temps soulignées dans les chapitres précédents, nous arrivons aux frais annuels d'un programme d'ESV au niveau de la préfecture et de la sous-préfecture :

Légende : MC - médecin-chef
A - animateur(trice)
I - infirmier(e)
SF - sage-femme
D - chauffeur

I. Animation rurale de 36 villages implique : 5 jours de voyage pour chaque village, en parcourant une distance moyenne de 50 km et des effectifs comprenant 1 animateur, 1 infirmier, 1 chauffeur.

1) Salaires :

- A	(72 % du temps)	260.000
- I	" "	260.000
- D	" "	173.000
		693.000

2) Prime de déplacement : 180 jours

- A	90.000
- I	90.000
- D	54.000
	234.000

3) Essence : 180 voyages de 100 km = 18.000 km
25 l pour 100 km = 4.500 litres — 675.000

4) Entretien du véhicule : pour 18.000 km — 800.000

5) Autres dépenses (fournitures de bureau, etc) — 5.000

Total — 3.407.000

Commentaires : Ainsi, les frais de sensibilisation par village atteindraient approximativement 96.640 Fr CFA, ce qui est plus élevé que la somme de 62.000 Fr CFA évaluée au Niger : cette différence provient essentiellement d'une sous-estimation des frais causés par l'entretien des véhicules (estimé à 40 Fr CFA/km au Niger en 1973).

II. Formation a) de 36 Equipes de Santé Villageoise durant 9 sessions de formation (4 ESV à la fois) durant 14 jours, plus 2 jours de voyage aller-retour :

1) Salaires :

- MC	(50 % du temps)	460.000
- SF	(" " ")	180.000
- D	(7 % " ")	16.800
		676.800

2) Prime de déplacement :

D : 18 jours — 5.400

3) Essence : 9 voyages de 200 km = 1.800 km = 450 litres — 67.000

4) Entretien du véhicule pour 1.800 km — 180.000

5) Prime de voyage des membres de l'ESV : pour 72 personnes (36 secouristes, 36 sages-femmes) pour 14 jours = 1.800 P/jour — 504.000

6) Trousses de l'ESV :

- 36 trousses constituées localement pour secouristes — 180.000
- 36 trousses UNICEF, pour accouchouses locales — 144.000

324.000

7) Fourniture initiale de médicaments : pour 36 ESV — 540.000

8) Matériel de formation (graphiques simples) fourni une seule fois, et uniquement au CM — 50.000

9) Manuels + fournitures de bureau, pour la formation de 72 personnes (36 secouristes, 36 sages-femmes) — 108.000

Total — 2.455.700

Commentaires : La session de formation initiale par ESV atteindrait ainsi approximativement : 68.213 Fr CFA ; ce qui est quelque peu inférieur à l'évaluation faite au Niger, qui s'élève à 78.000 Fr CFA, car le nombre annuel d'ESV nouvellement formé dans ce pays était inférieur (10 ESV/an).

Mais les coûts seront considérablement plus élevés si la formation initiale de l'équipe du CM et du dispensaire doit être incluse :

Formation b) du personnel pour 1 CM (1 CM et 1 SF) pendant 3 semaines, et du personnel nécessaire à 6 dispensaires (1 I), pendant 2 semaines :

1) Salaires : a) formateurs :

- MC	(17 % du temps)	163.200
- SF	(" ")	61.200
- D	(1 % ")	2.400
		226.800

b) stagiaires au CM :

- MC	(17 % du temps)	163.200
- SF	(" ")	61.200
		224.400

c) stagiaire au D :

pour 6 I et pendant 14 jours (6 % du temps chacun)	129.600
Total	580.800

2) Primes de déplacement :

a) formateurs :

- MC 21 jours	21.000
- SF 21 jours	10.500
- D 21 jours	600
	32.100

b) dispensaire I :

pour 6 I : 14 jours	42.000
Total	74.100

3) Essence : 1 voyage de 400 km (dépenses d'un I de dispensaire incluses) : 100 l	15.000
4) Entretien du véhicule pour 400 km Landrover et 6 mobylettes par dispensaire	40.000
5) Matériel de formation (planches simplifiées) fourni une seule fois	49.200
6) Manuels de formation + fourniture de bureau : pour 10 personnes	15.000
Total	774.100

Commentaires : Bien que cette formation soit d'importance capitale, c'est le taux de rotation du personnel qui déterminera si les frais de formation doivent faire partie des investissements ou des charges récurrentes. Les dépenses s'élèveront à 21.500 Fr CFA, ce qui fait un nouveau total de 89.775 Fr CFA par ESV.

III. Supervision : de a) 6 dispensaires, 1 jour de voyage/mois à chaque dispensaire effectué par le personnel du CM

1) Salaires :	
- I ou SF (29 % de son temps)	104.400
- D (" " " ")	69.600
	174.000
2) Prime de déplacement : 72 jours/an	
- I ou SF	36.000
- D	21.000
	57.000
3) Essence : 12 voyages de 70 km = 840 km = 210 l	31.500
4) Entretien du véhicule : pour 840 km	84.600
5) Fournitures de bureau	3.000
Total	350.100

Supervision : de b) 36 ESV, par le personnel du CM, voyages de 2 jours/an à chaque ESV :

1) Salaires :	
- I (29 % de son temps)	104.400
- SF " " " "	104.400
- D " " " "	69.600
	278.400
2) Prime de déplacement : 72 jours/an	
- I	36.000
- SF	36.000
- D	21.600
	93.600
3) Essence : 72 voyages de 100 km = 7.200 km = 1.200 l	270.000
4) Entretien du véhicule pour 7.200 km	180.000
5) Fournitures de bureau	10.000
Total	832.000

Supervision : de c) 36 ESV par le personnel du dispensaire, 1 jour de voyage/mois par ESV :

1) Salaires :	
- 6 I (29 % de leur temps)	626.400
2) Prime de déplacement : 72 jours pour chacun des 6 I	216.000
3) Essence : 72 voyages ou 30 km pour chacun des 6 I = 12.960 km = 648 l de mélange	64.800
4) Entretien de véhicule : pour 12.960 km	129.600
5) Fournitures de bureau	10.000
Total	1.046.800

Total général pour a, b, c	2.229.500
pour b seul	1.878.800

Commentaires : On peut se demander si les frais de supervision du dispensaire doivent faire partie des frais de supervision de l'ESV, car la première n'a pas de relation directe avec le programme : dans la négative, les frais annuels de supervision de l'ESV sont de 52.188 Fr CFA ; dans l'affirmative, de 61.930. Ces 2 chiffres sont beaucoup plus élevés que celui de 32.000 Fr CFA, évalué au Niger. Mais nos calculs pour le Niger avaient certainement sous-évalué les frais d'essence et d'entretien des véhicules.

IV. Recyclage (tous les 3 ans) : pour 36 ESV.
Voir aussi ci-dessus : formation de a) 36 ESV :

Les seuls frais à déduire sont les trousses de l'ESV et la fourniture initiale de médicaments. Même les manuels de formation doivent être différents (améliorés) pour obtenir les meilleures connaissances et de meilleurs soins médicaux :

Récapitulatif des frais :	pour 36 ESV		pour 1 ESV	
	Inclus	Exclu	Inclus	Exclu
1) Sensibilisation/ Animation rurale	3.407.000	2.714.000	94.640	75.389
2) Formation	2.455.700	1.778.900	68.214	49.414
avec formation initiale du personnel du CM + du dispensaire inclus :	3.229.800	1.872.200	89.776	54.783
3) Supervision	2.229.500	1.150.700	61.930	31.963
sans la supervision du dispensaire :	1.878.800	1.704.800	52.188	47.355
4) Recyclage tous les 3 ans	1.591.100	914.300	44.197	25.397

La question se pose souvent de savoir si les estimations de coûts doivent inclure les salaires du personnel sanitaire. Nous répondons par l'affirmative, car ce personnel consacre la plus grande partie de son temps aux activités d'ESV.

Et s'il faut également prévoir l'achat des véhicules :

5) Achat de véhicules : l'achat d'un nouveau véhicule tous les 3 ans (50.000 km) est censé être couvert par le fonds d'entretien, qui est inclus dans les coûts ci-dessus. Le coût d'achat initial du véhicule est de :

1 break Landrover 109	3.075.000
6 mobylettes	900.000
	3.975.000

Frais annuels par ESV, sur une période de 5 ans : frais et charges récurrentes Fr CFA, du personnel médical :

Année	A c t i v i t é s	Inclus	Exclus
1	Animation Formation, fourniture initiale, de médicaments/trousse Supervision Achat de véhicule (landrover + mobylettes)	330.092	308.666
2	Supervision	61.092	31.963
3	Supervision	61.930	31.963
4	Supervision, recyclage (renouvellement du véhicule, prélevé sur le fonds d'entretien)	106.127	74.811
5	Supervision	61.930	31.963
	Total	672.009	479.366

Moyenne des frais annuels d'1 seule ESV, s'étalant sur une période de 5 ans :

Salaires du personnel médical inclus :

$\frac{672.009}{5}$ = 134.402 Fr CFA = 672 US$

Taux de change : janvier 1980 : 1 US$ = 200 Fr CFA

Salaires du personnel médical exclus :

$\frac{479.366}{5}$ = 95.873 Fr CFA = 479 US$

Ces chiffres sont plus élevés que les coûts au Niger (78.000 Fr CFA = 390 US$) par ESV, puisque l'achat du véhicule les frais plus élevés de son entretien et de l'essence, et le coût de l'éducation des formateurs sont inclus dans notre estimation. Ainsi le coût moyen annuel par ESV est approximativement de 700 US$.

Si l'on prend une moyenne de 700 personnes par village desservi par une ESV, les frais annuels moyens par tête d'habitant sont approximativement de 1 US$. Ceci peut être pris comme une unité de mesure pour calculer la capacité d'absorption du pays hôte/Ministère de la Santé.

Il faut encore souligner que ces estimations exclu**ent** tous les autres frais d'infrastructure, tels que :

- dépenses de capitaux et charges récurrentes concernant le CM et le Dispensaire ;

- réseaux de fourniture de médicaments ;

- dépenses à la charge des villageois : - coûts des médicaments
  - rémunération de l'ESV
  - dépenses affectées par exemple à la création d'une CASE de santé ;

Ainsi, l'estimation des frais d'une seule ESV ne doit pas être multipliée par x nombre de villages, d'autant plus que tout dépend de l'infrastructure existante, et l'infrastructure coûte toujours plus cher que les frais réels entraînés par toute activité médicale.

Cependant, ce chiffre est bien moins exact que les 700 US$, surtout s'il dépend entièrement de la population du village ; les coûts du revenu par tête d'habitant pour 350 villageois seraient déjà 2 US$, pour 1.000 villageois ils seraient de 0,70 US$, et ainsi de suite.

Il est difficile d'établir une distinction entre les investissements et les charges récurrentes d'autant plus que le recrutement des ESV, la sensibilisation rurale, la formation et le recyclage forment un processus continu qui se fera dans tout le pays pendant des années.

Mais si nous considérons la sensibilisation initiale, la formation, la fourniture initiale des médicaments, la trousse, l'achat du véhicule en tant qu'investissements, et la supervision, le recyclage comme charges récurrentes, les estimations des frais pour une seule ESV pendant une période de 5 ans seront établies comme suit :

- Investissements : 318.000 Fr CFA = 1590 US$ ou 47 %
- Charges récurrentes sur 5 ans : 354.000 Fr CFA = 1770 US$ ou 53 %
- Coûts totaux sur 5 ans : 672.000 Fr CFA = 3360 US$ ou 100 %

Les charges récurrentes annuelles atteindront approximativement :
- 84.000 Fr CFA = 420 US$ ou 10 % du total pour 5 ans, ou 53 % des coûts totaux annuels moyens.

Ainsi, même si tous les investissements sont payés par des donateurs étrangers jusqu'à ce que tous les villages bénéficient des services d'ESV, il reste un coût annuel minimal de 106 Fr CFA = 0,53 US$ par habitant, pour les charges récurrentes.

Le taux d'inflation élevé affectant les frais de transport (véhicules, carburant), qui pèsent lourdement sur ce type de programme, accroîtra très certainement les charges récurrentes minimales, qui atteindront environ 200 Fr CFA ou 1 US$ dans 10 ans.

En outre, l'accent devrait être mis sur le fait que ces estimations excluent tous les autres frais d'infrastructure, tels que :

- les bureaux de Développement rural ;
- CM et dispensaire ;
- les réseaux de fourniture de médicaments ;
- les dépenses à la charge des villageois :

  - coûts des médicaments/coûts des services,

  - rémunérations de l'ESV,

  - dépenses pour les cases médicales ou les activités servant à développer la communauté,

  - frais de transport pour fournir les médicaments et évacuer les malades vers les centres de soins.

Ceci comprend aussi la formation de l'ASV (homme) pour l'étape 1 et celui de l'infirmière (étape 1) (voir aussi chapitre 5) et non l'étape 2, type 2, qui sont de loin beaucoup plus coûteux (à peu près 30 %).

Malgré les nombreuses variables, ces chiffres ont été confirmés par des estimations de coûts réels (Niger 1978, Mali 1980), qui, une fois ajustées aux budgets, sont habituellement plus élevées. Les estimations de frais, de loin inférieures aux nôtres, sont souvent mentionnées de façon incomplète dans les postes budgétaires, ou bien elles diffèrent sur le plan des activités (par exemple, la supervision est moins fréquente, les primes de déplacement ne sont pas versées, etc.).

CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DES ACTIVITES DE L'ASV

Ce livre décrit l'agent de l'équipe de santé villageoise, et non l'agent de développement communautaire. Beaucoup pourraient objecter que l'activité principale de l'ASV devrait consister en des tâches de développement communautaire, telles que : organiser des coopératives, creuser des puits, des latrines, construire des fours plus rationnels, introduire la traction animale, améliorer les cultures vivrières, les potagers, les moulins mécaniques, réparer le matériel, prendre part à l'alphabétisation, etc. En d'autres termes, il devrait développer des activités génératrices de revenus, avant d'introduire les soins de santé, non générateurs de revenus.

Bien qu'à long terme, le rôle de l'ASV dépasse indubitablement la simple distribution des médicaments, l'expérience a montré que dès qu'il commence à en distribuer, il va continuer à le faire - et à ne faire que cela - à de rares exceptions près.

Quelle que puisse être l'approche suivie par l'ASV, il, ou elle, doit au moins traiter quelques-uns des problèmes relatifs à la santé, et ce, à un niveau de soins qui soit acceptable du point de vue des normes de la médecine moderne.

Les variables sont si nombreuses qu'elles correspondent pratiquement à toutes les rubriques de ce manuel, et particulièrement les chapitres intitulés : critères de sélection, fournitures et équipement. C'est pourquoi nous ne mentionnerons ici que les variables principales, c'est-à-dire :

- le degré d'alphabétisation de l'ASV
- les médicaments et équipements contenus dans les trousses
- la durée et la qualité de la formation
- le tableau des maladies relevées dans la communauté
- les besoins ressentis par les villageois
- la politique de rémunération de services
- les tâches administratives : enregistrement et rapport.

Description générale des activités

A) L'ASV Homme

1. Soins curatifs :

   - diagnostic (D) limité et traitement (T) standardisé
   - transfert des malades vers les centres fixes, ou attente jusqu'à la prochaine visite du superviseur
   - annonce des épidémies

2. Soins préventifs :

   - organisation de la communauté sur le plan de la santé
   - éducation sanitaire (ES) individuelle

3. Tâches administratives :

- enregistrement et rapport
- collecte des contributions des malades (prix des médicaments)
- aide aux activités d'immunisation
- supervision des registres des tuberculeux et des lépreux

4. Services logistiques :

- contrôle des stocks
- fourniture de médicaments, y compris ceux de l'ASV femme

B) L'ASV Femme

1. Soins curatifs :

- accouchements
- examen des nouveaux-nés
- examens pré- et postnatals de la mère
- orientation des cas compliqués en cours de grossesse et d'accouchement vers des centres de soins
- évacuation des nouveaux-nés gravement malades : uniquement s'ils se trouvent à proximité d'un hôpital disposant d'un matériel sophistiqué

2. Soins préventifs :

- éducation sanitaire maternelle et infantile, comportant des conseils pour l'espacement des naissances

3. Tâches administratives :

- enregistrement
- si elle est alphabétisée : déclarations des décès et naissances
- rémunérations (traditionnelles)

Remarque : Souvent les tâches administratives et logistiques sont laissées à la charge de comité du village, ce qui peut engendrer la confusion, la méfiance et aussi provoquer la rupture des stocks. Ceci devrait justifier une formation spéciale des membres du comité, ce qui entraînerait des frais supplémentaires.

Liste détaillée des activités

A) L'ASV Homme

1. Soins curatifs :

La liste des soins curatifs de l'ASV homme (étapes 1 et 2) dépend surtout des médicaments et des instruments prévus pour sa trousse. Elle ne comporte pas les traitements ne nécessitant pas de médicaments comme les bains chauds, les compresses froides, la formation sanitaire, etc., qui peuvent compléter les traitements pharmaceutiques, ou être appliqués indépendamment.

1.1. D et T pour l'étape 1/ : 2 semaines de formation, semi-alphabétisé, contenu de la trousse de l'étape 1

Etat du malade	Médicaments
a) paludisme non cérébral	Chloroquine
b) maladie virale (probable) comme la grippe avec/sans fièvre, douleurs simples	Aspirine
c) maladies des yeux, conjonctivite, corps étrangers superficiels, blessures superficielles	Pommade ophtalmique Tampons d'ouate Gouttes de nitrate d'argent
d) maladies de la peau : blessures sans complications, coupures, plaies, cas bénins d'impétigo, pyodermie, éruptions, brûlures au 1er degré, infections des muqueuses muguet, stomatite	Eau et savon ou peroxyde d'hydrogène ou violet de gentiane ou permanganate de potassium ou teinture d'iode gaze, coton
e) maladies autoguérissantes et plaintes générales: fatigues, toux nervosité, insomnie, diarrhée, constipation, perte d'appétit chez les enfants, énurésie, dentition	comprimés de charbon actif ou comprimés de fer ou vitamines ou aspirine ou plantes traditionnelles - E

Remarque :

- anémies à déficience en fer : traitement possible en théorie, mais pas en pratique à cause de sa longueur (2-3 mois), de son coût élevé et de son usage restreint dans le Sahel francophone	comprimés de fer

- réhydratation orale curative : composition d'"oralite" en sachets pour les enfants gravement déshydratés, ne doit pas faire partie de l'étape 1 pour les raisons suivantes :

  . danger de surhydratation/hypernatrémie, entraînant la mort : grande difficulté à calculer la bonne quantité par rapport au poids du corps chez les très jeunes enfants (surtout sans pèse-bébé)

- déshydratation "toxique" (méningite, pneumonie, otite, septicémie) nécessitant un traitement différent;
- des vomissements continus nécessitent une alimentation par tube nasogastrique;
- les paquets d'oralite sont surtout utilisés dans les cas de simple diarrhée chez les adultes, qui n'en ont pas besoin en fait;
- suppose une formation spéciale et un certain degré d'alphabétisation;
- implique un réseau de réapprovisionnement;
- les échecs nuisent à la réputation de l'ASV;
- l'éducation sanitaire et la "méthode du sel et du sucre" sont parfois plus efficaces au niveau des villageois ; mais tout ceci est certainement sujet à discussion.

1.2 Transfert des malades

- vers le dispensaire le plus proche, ou bien on leur demande d'attendre la prochaine visite du superviseur : ceci concerne les malades gravement atteints, dont l'état dépasse la compétence de l'ASV en matière de D et de T;
- vers le centre sanitaire ou l'hôpital le plus proche : tous les malades présentant des symptômes très alarmants (y compris les enfants gravement déshydratés).

1.3 Annonce d'une épidémie : méningite, rougeole, etc.

Remarque : le bon fonctionnement du système de transfert des malades constitue une condition indispensable pour l'ASV, dont les capacités de D et T sont extrêmement limitées.

Ceci suppose évidemment que :

- les centres de soins sont accessibles aux malades
- les malades sont dirigés à temps vers ces centres
- les centres de soins offrent des services compétents de D et de T.

Suite du 1.1 : D et T pour l'étape 2 : 2 à 3 mois de formation supplémentaire, contenu de la trousse de l'étape 2, agents sachant lire et compter. Tous les points ci-dessus (a-e) et en plus :

Etat du malade	Médicaments
f) Fièvre typhoïde Infections des voies respiratoires avec température (bronchite aiguë/chronique, laryngotrachéite, pneumonie) Impétigo grave, pyodermie, acné Phlegmon grave (particulièrement abcès au sein) Toute infection (septicémie) grave*	Chloramphénicol* ou Tétracycline* ou Ampicilline ou Pénicilline V
g) Choléra* Trachome Dysentrie bacillaire Brûlures du 2ème et 3ème degrés	Tétracycline* ou Réhydratation** orale
h) Amygdalites - angine aiguë et fièvre - infections des voies respiratoires et fièvre (voir ci-dessus)	Pénicilline V
i) Infections des voies urinaires (sauf la gonorrhée) - pneumonie (hémophile) des enfants - otite chez les jeunes enfants - méningite - autres infections des voies respiratoires (bronchite chronique, asthme bronchotique grave)	Ampicilline

Légende : *, ** : médicament de premier choix.

j) Ascariose Oxyures	Piperazine Mebendazole, ES
k) Brûlures du 2ème et 3ème degrés Impétigo grave Ulcères infectés	Pommade antibiotique + antibiotiques (voir plus haut)
l) Déshydratation grave (presque exclusivement des enfants en-dessous de 5 ans)	Réhydratation orale
m) Vérification et observation objective des maladies fébriles	Thermomètre

Remarque : Indépendamment du niveau de D et de T, dès qu'un médicament ou pansement est distribué, l'ASV doit appliquer les conditions d'emploi propres à chaque médicament et à chaque âge (traitement standardisé) :

Exemple :

Symptôme (D)	Traitement
Maux de tête	Adulte : aspirines : 3 comprimés à la fois Enfant : (entre 6 et 12 ans) : 1½ comprimé
Paludisme	Adulte : Nivaquine (100 mg) : 6 comprimés immédiatement et 3 comprimés 6 h. plus tard. Total : 9 comprimés Enfant : Nivaquine (100 mg) : 3 comprimés immédiatement et [illegible] 6 h. plus tard Nourrisson : 1 comprimé et [illegible] 6 h. plus tard

La plupart de ces dosages peuvent être exprimés par des symboles pour l'ASV analphabète du stage 1. Ceci est pratiquement impossible pour l'étape 2 qui implique une scolarisation de l'ASV.

A moins d'établir un traitement type, de l'enseigner et de l'appliquer minutieusement, il ne faut pas s'attendre à produire des effets réels sur les individus et, fait très important, le réapprovisionnement en médicaments sera rendu extrêmement difficile (voir ci-dessous 4.a).

Suite de 1.2. : Transfert des malades pour l'étape 2 : si l'état du malade ne correspond pas aux maladies que l'ASV est habilité à traiter, ou si aucune amélioration n'est constatée après 24-48 heures de traitement (pratiquement le même qu'à l'étape 1, mais plus efficace).

2. Soins préventifs

2.1. L'organisation de la communauté sur le plan sanitaire pour l'étape 1.

* - provision d'eau potable
* - service de voirie et propreté générale du village
* - évacuation des excréments humains (latrines individuelles, les latrines communales ne sont pas recommandées car elles sont rarement entretenues)
* - contrôle limité des vecteurs de maladie : endroits où prolifèrent les moustiques et les mouches (surtout les larves), suppression des escargots dans les zones à schistosomiase
- hygiène générale du corps, particulièrement lavage des mains après défécation
* - achat et utilisation de moustiquaires
- prévention des accidents et élimination des zones dangereuses pour les enfants.

Légende : * suppose du matériel, des outils et des démonstrations pratiques pour être appliqué efficacement : un simple "conseil" est rarement suivi.

2.2. ES individuelle pour l'étape 1 :

- allaitement maternel et alimentation des enfants après sevrage
- prévention de la déshydratation des enfants
- règles d'hygiène à respecter dans la manipulation des aliments (couvrir les ustensiles contenant de la nourriture, les laver, etc.)
- encouragement à venir à la clinique (si elle fonctionne) pour faire examiner régulièrement les enfants de moins de 5 ans
- conseils pour espacer les naissances, etc.
- prévention de goitres endémiques (1 goutte d'iode dans 1 verre d'eau par jour).

Remarque : Des tâches telles que l'introduction de la traction animale, la production d'engrais, la construction de fours plus rationnels, la fabrication de gaz de fumier, la production d'énergie solaire, les ateliers, les ateliers de réparations, les petites coopératives, l'alphabétisation etc. relèvent plutôt de l'agent de développement communautaire.

L'espacement des naissances est un problème épineux au niveau du village car les chances de survie des enfants y sont réduites, les produits de consommation y sont pratiquement inexistants, et le degré de motivation et d'instruction y est très faible, voire nul.

Une multiplication des tâches préventives ne doit pas compenser les soins curatifs trop limités dispensés par l'ASV, sinon les gens n'accepteront plus ses services.

La prévention du paludisme au niveau du village sahélien est sujette à controverse malgré son absolue nécessité théorique. Le principal argument en sa défaveur est que :

- une prise régulière de chloroquine chaque semaine par chaque habitant pendant toute la durée de sa vie est pratiquement impossible d'un point de vue logistique ;
- si la chloroquine n'est pas prise soigneusement chaque semaine, pendant toute la vie (il est insuffisant de n'en prendre que pendant la saison des pluies dans les zones où le paludisme est endémique), la résistance naturelle est perdue, ce qui augmente les effets (mortels) du paludisme sur le cerveau.
  Le problème est encore plus grave chez les nouveaux-nés (ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitant) car les bébés peuvent ne jamais acquérir de résistance naturelle.

La seule tâche importante de l'éducation sanitaire est la prévention de la mort par déshydratation chez les jeunes enfants, grâce à l'absorption régulière de liquide, et en démontrant la façon de s'y prendre à l'aide d'un verre et d'une cuiller, d'une cuillerée de sucre et de 3 pincées de sel par litre d'eau propre.

Tant qu'il ne s'agit que d'une simple mesure préventive, le respect des proportions exactes est sans importance, du moins avant que les enfants ne soient gravement déshydratés. Mais à ce stade là, les mères ne font pas appel à l'ASV, à moins qu'elles n'aient été conseillées dans ce sens à plusieurs reprises.

2. (suite) Soins préventifs de l'étape 2

- Ils sont pratiquement similaires à ceux de l'étape 1, mais l'étape 2 implique que la communauté est prête à accepter des changements beaucoup plus nombreux et que les villageois font confiance aux compétences de l'ASV.

- Inspection de la nourriture et de la viande sur le marché et les jours d'abattage : nécessité de promulguer une législation (ou de renforcer la loi) et de recevoir une formation spéciale.

3. Tâches administratives

Pratiquement les mêmes que pour les étapes 1 et 2, mais pour cette dernière, les tâches sont beaucoup plus complexes, les diagnostics plus nombreux, etc.

3.1. Enregistrement et rapport

a) Quotidiennement (les jours de consultation), livre d'enregistrement quotidien, préparé pendant la formation, écrit à la main ; forme suggérée :

Date : 26 juin 1980

Diagnostic	Age (approximatif)	Sexe	Sorte de médicament	Quantité traitement	Frais CFA	Consultant	Consultation
Fièvre	40	M	Nivaquine	6	60	X	
Très malade	3	F	Evacuation vers le CM		-		X
Fatigué etc.	15	F	Vitamine	3	1	X	
Total : 8 malades						5	3

Date : 30 juin 1980

Blessure	33	M	Pansement bandage, Coton, iode		150	X	
Conjonctivite	26	F	Pommade				X
						7	14

b) Rapports mensuels : dans le même livre, mais en le commençant par la dernière page, écrit à la main, préparé pendant la formation ; forme suggérée :

Mois : juin 80

Nombre de malades :		total	Genre/nombre de médicaments utilisé						Frais totaux
Consultant	Consultation		Chl.	Asp.	Pommade ophtal.	Charbon	Bandage	Coton	
47	82	129	300	400	½	270	1	½	7.000 FCFA

Si l'enregistrement journalier par symboles est extrêmement difficile pour un analphabète, la rédaction de rapports mensuels sera pratiquement impossible pour quelqu'un qui ne sait ni lire ni compter : il faut percevoir des honoraires différents, ce qui complique les choses et il est pour cela absolument indispensable de savoir compter.

Remarque : Pour l'étape 2, condition essentielle : savoir lire et compter.

2.2. Gestion des rémunérations

Il faut décourager les rétributions nettes si les prix des médicaments sont très différents, comme c'est le cas dans les pays du Sahel : si les prix payés par le malade sont trop peu élevés, disons 5 FCFA, on ne pourra pas renouveler tous les médicaments dont les prix sont largement supérieurs à 5 FCFA (chloroquine, aspirine, matériel pour pansement, etc.), même si la première fourniture est gratuite. De plus, cela n'encourage pas l'ASV à donner le traitement anti-paludisme complet, même un traitement pour un seul jour ; car il découvre vite que les 5 FCFA ne paient en fait qu'un (1!) comprimé de chloroquine ou d'aspirine ! Ou, pire encore, il ne donnera qu'un traitement placebo bon marché tel que du charbon actif, des vitamines, de la teinture d'iode, et rien d'autre.

Si par contre, les prix nets sont trop élevés (disons 50 FCFA), les gens vont se plaindre s'ils ne reçoivent que 3 comprimés de charbon actif alors que leur voisin reçoit un traitement antipaludisme complet pour le même prix. Ils peuvent aussi comparer les prix avec ceux de la pharmacie populaire la plus proche et se rendre compte alors que certains articles y sont moins chers.

C'est pourquoi l'ASV doit faire payer au moins les mêmes prix que les prix réels de réapprovisionnement. Il devra pour ce faire utiliser le système d'enregistrement relativement compliqué qui est exposé ci-dessus.

Le total mensuel par médicament X les prix unitaires donne le revenu mensuel total :

Exemple : mois de juin 80

Chloroquine	300 comprimés	à 8 FCFA	2.400
Aspirine	400 "	" "	3.200
Pommade ophtal.	½ tube	300 "	150
Charbon actif	278 comprimés	à 3 "	834
Bandage	1 rouleau	à 200 "	200
Coton	½ paquet	à 350 "	175
			6.959 FCFA
		soit :	7.000

Remarque : Il faut que l'ASV conserve toujours une somme excédentaire par rapport à la fourniture initiale de médicaments, pour lui permettre un réapprovisionnement supérieur à ce qu'il a réellement utilisé et gagné !

Ceci peut être facilement vérifié par l'équipe de supervision ou le comité du village, à condition que les rapports quotidiens soient faits correctement.

Il n'y a cependant pas de moyen efficace permettant d'empêcher l'ASV d'être malhonnête s'il le désire : il lui suffit d'inscrire sur son rapport quotidien un plus grand nombre de malades que ceux qu'il a réellement vus, et il a épargné ainsi des médicaments qu'il peut vendre ailleurs !

Les deux seules possibilités d'établir des prix nets, et qui rendraient inutile une grande partie du système d'enregistrement, sont :

- des subventions accordées par l'Etat pour compenser toutes les différences de prix ;
- la gratuité des médicaments.

Mais dans ce cas, l'idée même de l'autonomie de l'ASV au niveau du village n'existe pas et la capacité d'absorption du MSP en sera diminuée d'autant.

3.3. Aide pour les vaccinations

Un ASV analphabète ne peut qu'encourager les villageois à se faire vacciner ; et les jours de vaccinations, il peut aider en alignant les gens, ou en accomplissant des travaux manuels, etc.

En revanche, un ASV alphabétisé peut aider bien davantage en :

- vérifiant les carnets de vaccination et en sélectionnant les personnes à vacciner ;

- organisant les journées de vaccination ;

- contribuant à l'enregistrement et au rapport ;

- et de plus, en supervisant le registre des tuberculeux et lépreux.

4. Services logistiques

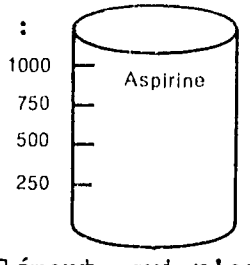
Essentiellement les mêmes pour les étapes 1 et 2, à cette différence près que l'étape 2 est plus compliquée, car elle comporte un plus grand nombre de médicaments différents.

4.1. Contrôle des stocks : éléments principaux

a) Mise à jour des quantités de médicaments utilisés : voir ci-dessus 3.1.b. : rapports mensuels.

b) Vérification mensuelle des médicaments restants : soit en comptant les comprimés, soit en utilisant des récipients standards (le mieux étant du verre ou du plastique transparent), et gradués.

Exemple :



Ce dernier est plus utile pour des analphabètes mais évidemment moins précis, d'autant plus que la taille des comprimés change constamment, en raison de leurs provenances différentes.

Autre élément, qui n'est pas absolument indispensable (sauf au contrôle du superviseur), mais qui facilite la tâche :

c) Tenue à jour des quantités des rentrées de médicaments (réapprovisionnement), en gardant soit les reçus de la pharmacie, soit l'approbation écrite de ses superviseurs (du dispensaire ou du CM), qui doivent habituellement donner leur accord avant tout achat de réapprovisionnement.

Enfin, l'élément le plus important :

d) les dates de renouvellement de l'approvisionnement : elles se fixent principalement en fonction de 4.1. et de 4.1.b. Il se peut cependant que des problèmes se posent à cet égard, car la consommation mensuelle de médicaments peut varier énormément et ses fluctuations sont imprévisibles, du moins au début. Le meilleur moyen de les calculer, qui est loin d'être idéal, est de prendre le chiffre mensuel le plus élevé, de le comparer avec les stocks restants et d'estimer la durée des stocks.

Exemple :

Consommation mensuelle la plus forte de comprimés de chloroquine : 350
Stock restant : 150
Durée du stock : moins de 2 semaines. Cette durée peut évidemment atteindre un mois, mais la méthode de calcul précédente permet une marge de sécurité.

La condition préalable est évidemment un réapprovisionnement rapide au dispensaire ou CII le plus proche : s'ils sont en rupture de stocks, un autre élément vient s'ajouter à l'estimation du délai de réapprovisionnement : le retard de livraison. Si par exemple, le décalage (c'est-à-dire le délai entre le moment de la commande et la réception des produits) est d'un mois, ce laps de temps constituera le facteur déterminant dans les calculs.

Une autre condition tout aussi importante est l'établissement d'un plan de traitement standardisé par médicament, en fonction des groupes d'âge (tel qu'expliqué au 1.1.). Tout changement rendra le système de contrôle des stocks extrêmement compliqué, voire même impossible.

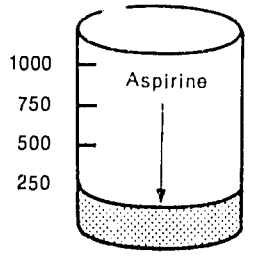
Par exemple, si le traitement standard du paludisme chez un adulte consiste à prendre 1500 mg (15 comprimés) pendant 3 jours, au lieu du traitement d'un jour par 900 mg de chloroquine (9 comprimés de nivaquine), le débit mensuel sera complètement différent.

Ceci est également valable pour le changement de dosage des comprimés : 1500 mg de chloroquine peut signifier soit 15 comprimés de nivaquine à 100 mg (comme c'est l'usage dans les pays du Sahel francophone), soit 6 comprimés de Resochine/Aralen, comprimés de chloroquine à 250 mg (comme c'est l'usage dans les pays anglophones).

On ne peut introduire un système simplifié de contrôle des stocks qu'après avoir soigneusement étudié ce qui précède (individuellement pour chaque ASV), et ce surtout pour l'étape 1.

e) Une marque spéciale "réapprovisionnement maintenant" sur les récipients décrits plus haut (4.1.b).

Exemple :



Ligne rouge/flèche indiquant le niveau de "réapprovisionnement maintenant".

f) On conseille à l'ASV de l'étape 2 d'employer une carte de contrôle des stocks, qui est la méthode la plus sûre, la plus élégante, quoique déjà sophistiquée, si la méthode décrite ci-dessus est estimée trop peu sûre. Cette méthode consiste à préparer une carte séparée pour chaque médicament, par an, que l'on remplit chaque semaine et chaque mois. Elle est écrite à la main (pendant la formation) : format : 15 x 20 cm, papier blanc cartonné, 13-16 par an.

Format suggéré (reproduction à l'échelle exacte).

Date/ hebd.	Entrée	Sortie	Stock	Date/ hebd.	Entrée	Sortie	Stock	Rotation mensuelle Mois	Entrée	Sortie	Stock
1.3		50						Jan.			
8.3		30						Fév.	1000		
15.3		120						Mars		300	700
22.3		90						Avr.			
								Mai			
								Juin			

(à la suite figure au verso (pour le reste de l'année).

Le même format de carte de contrôle des stocks peut être utilisé par les centres fixes, ainsi que par les magasins centraux, etc. Cependant, cette méthode est plus sophistiquée et elle nécessite donc une formation plus poussée et un contrôle mensuel des stocks.

4.2. Réapprovisionnement en médicaments

Dès que ses calculs indiquent qu'il est temps de procéder au réapprovisionnement (et ceci pour chaque médicament séparément), l'ASV prend le livre des rapports mensuels (3.1.b) ou les cartes de contrôle des stocks (4.1.b), et les récipients standardisés vides qui se trouvent dans sa trousse, et se rend au centre fixe le plus proche (D ou CM, responsable du réapprovisionnement). Là, il fait signer le livre par son superviseur et achète les médicaments avec les honoraires versés par les malades plus l'argent restant de la fourniture initiale de médicaments.

Remarque : Le prix du transport peut être réglé soit par les villageois, ou bien il est prélevé sur les honoraires de l'ASV.

Ceci ne peut se faire que si :

- l'ASV dispose d'un moyen de transport ;
- les rapports et les estimations de l'ASV sont exacts ;
- l'ASV peut renouveler ses réserves de médicaments au centre de réapprovisionnement (voir le chapitre 9 sur les systèmes de fourniture de médicaments).

Résumé des activités de l'ASV homme

A l'étape 1, l'ASV ne peut faire un diagnostic ou prescrire un traitement que de façon très limitée. Il dépend donc entièrement d'un bon système permettant de diriger les malades vers un centre médical.

A l'étape 2, l'ASV a des connaissances en matière de D et de T beaucoup plus grandes, mais il faut qu'il soit alphabétisé. Il doit recevoir au moins une formation d'une durée minimale de 3 mois, avec une bonne supervision, ce qui implique une augmentation des frais. Mais il dépend largement, lui aussi, d'un système efficace d'orientation des malades.

Les tâches les plus difficiles sont probablement :

- d'établir une distinction entre les maladies bénignes (qui se guérissent d'elles-mêmes), et graves (mortelles), surtout chez les enfants ;
- d'assurer les soins préventifs sans matériel ;
- d'accomplir les tâches administratives et logistiques : précisément, ce sont ces dernières qui sont le plus souvent négligées par les planificateurs et les formateurs.

B) L'ASV femme

Les activités de l'ASV femme (accoucheuse traditionnelle) sont totalement différentes de celles de l'ASV homme ; elles ne sont pas déterminées par des approvisionnements continus de médicaments, mais elles impliquent des qualités et des connaissances pratiques. (Voir le chapitre 7 sur l'équipement de l'ASV).

C'est pourquoi les tâches administratives et logistiques ont pour elle une importance mineure, contrairement à l'ASV homme. Cependant, pour les cas présentant des complications, il est beaucoup plus important pour elle que pour l'ASV homme de disposer d'un système rapide et efficace permettant d'évacuer les malades vers les centres de soins avant, pendant et après l'accouchement, car c'est de ce système que dépend la vie de la mère.

I. L'ASV femme formée et équipée d'une trousse de sage-femme de type 1 analphabète, elle a participé à 20 accouchements, et elle a reçu une formation supplémentaire de 2 semaines.

1. Soins curatifs

1.1. Seulement pour les accouchements normaux. On étudiera tout particulièrement la façon de couper, nouer, nettoyer et examiner le cordon. Examen du placenta.

1.2. Examen du nouveau-né : respiration, couleur, mouvements, anomalies congénitales, application de nitrate d'argent en cas de conjonctivite (blennorragie).

1.3. Examen pré- et postnatal de la mère :
- prénatal (limité uniquement à la période de travail) : palpation simple (engagement de la tête : 4ème manoeuvre de Léopold), observations de la régularité des contractions, d'une mauvaise présentation éventuelle, de la rupture des membranes.

- postnatal (limité aux quelques heures qui suivent l'accouchement) : détection de saignement post-partum (déchirures du vagin, etc.), palpation de l'utérus rétracté, etc.

1.4. Evacuation des accouchements présentant des complications et des anomalies décelées en fin de grossesse vers des centres médicaux :

- saignement grave avant ou après la grossesse
- présentation du bébé par le siège ou par le dos
- oedème grave des chevilles/pieds
- tout travail prolongé au-delà de 24 h après le début des contractions régulières
- rétention placentaire
- tout autre état (d'apparence) grave de la mère.

1.5. Evacuation des nouveaux-nés gravement malades : uniquement s'il y a un département pédiatrique disposant d'un matériel sophistiqué à proximité ; sinon, ils ne doivent pas être transférés.

2. Soins préventifs

2.1. Education sanitaire limitée : éducation individuelle concernant l'allaitement et l'alimentation de sevrage des enfants, conseils touchant l'hygiène générale et la vaccination.

Remarque : Toute éducation sanitaire doit comporter les mêmes informations que celles qui ont été données à l'ASV homme.

3. Tâches administratives

3.1. Enregistrement et rapport : le cas échéant, on notera dans un cahier :

- le nombre d'accouchements par mois
- les morts périnatales (morts-nés et enfants nés vivants, mais qui meurent dans les 7 jours qui suivent).

3.2. Enregistrement des naissances et des décès : aucun, si l'AT est analphabète.

3.3. Gestion des rémunérations traditionnelles : comme de coutume, et sans enregistrement.

II. L'AT formée et équipée d'une trousse de sage-femme de type 2 : elle est alphabétisée et a participé à 50 accouchements en ayant une expérience des accouchements à complications. Elle a reçu une formation supplémentaire de 3 mois.

1. Soins curatifs

1.1. Accouchement : mêmes soins que précédemment, mais ayant des effets plus efficaces puisqu'ils sont dispensés par une personne plus qualifiée.

1.2. Examen du nouveau-né comme ci-dessus, plus :

- test d'Apgar complet
- pesée
- différenciation entre caput succedanum et kephalhematoma
- distinction chez le nouveau-né entre ictère physiologique et ictère pathologique
- recherche des malformations congénitales (bec de lièvre, pieds-bots, paralysie d'Erbs, luxation de la hanche, convulsions, obstruction de l'anus ou de l'orifice de l'uretère, rétention des testicules, hydrocèle, etc.)
- symptômes de prématurité ou de maturité
- réflexes de base : succion et préhension.

1.3. Examen pré et postnatal : si possible dès la 36ème semaine, à intervalles réguliers (toutes les semaines) ; même chose que ci-dessus plus :

Examen prénatal : cas simple, premiers mouvements du bébé.
- Calcul de la DSA (date supposée d'accouchement)
- Palpation ; les 4èmes mouvements de Léopold et leur signification
- Auscultation du coeur du foetus
- Mesures externes : tour de taille au niveau de l'ombilic (100 cm à la DSA)
- Distance fundus-symphyse (34 cm à la DSA)
- Distance entre les 2 tubérosités ischiales (doit être égale à un poing)
- Informations plus précises quant aux mauvaises présentations.

Examen postnatal : si possible jusqu'à 4 semaines après l'accouchement.
- D et T d'un utérus mou
- D de l'endométrite et envoi de la patiente à l'ASV homme de type 2
- sein (mastite, abcès), D et envoi à l'ASV de type 2.

1.4. Outre l'orientation des accouchements à complications décelées en fin de grossesse comme ci-dessus :

1.4.1. Envoi à l'hôpital pour accouchement. cas de :
- mauvaise présentation après la 36ème semaine de grossesse
- mesures pelviennes anormales
- toute maladie grave de la femme enceinte
- anémie grave
- prolapsus uteri, fistule vésicovaginale.

1.4.2. Evacuation d'urgence vers un hôpital de :
- toute hémorragie prépartum (placenta previa)
- travail prématuré (avant la 36ème semaine de grossesse)
- toute présentation anormale en cours de travail (siège, dos, front ou visage)
- éclampsie : suivant la formation
- hémorragie post-partum primaire et secondaire
- rupture de la poche des eaux depuis plus de 24 h sans début de contractions.

1.5. Evacuation des nouveaux-nés gravement malades : voir ci-dessus.

2. Soins préventifs

Voir plus haut
- conseils pour l'espacement des naissances.

3. Tâches administratives

3.1. Registre des accouchements, écrit à la main pendant la formation.

Format suggéré :

Date d'accouchement	Nom du père et de la mère	Lieu (quartier)	Sexe du bébé	Etat du bébé	Evacuation mère-bébé
- Total d'accouchements mensuels					
- Total mensuel de bébés encore en vie 7 jours après l'accouchement					

3.2. Cahier/registre des naissances et des décès.

Format suggéré :

Première page : registre des naissances

Date (jour, mois)	Nom du père, mère	Lieu (village, quartier)	Sexe

Dernière page : registre des décès

Date (jour, mois)	Nom du père, mère	Lieu (village, quartier)	Age	Sexe

Remarque : Les registres des naissances et décès relèvent du domaine de l'administration publique, ce qui signifie qu'il faudra, avant de les introduire, faire des arrangements avec les autorités à tous niveaux. Un enregistrement bien fait et des registres tenus à jour sont des éléments indispensables, tant au niveau de l'arrondissement qu'aux niveaux supérieurs.
Aussi, dès que ceci sera approuvé, tout chef de famille devra faire ses déclarations au chef du quartier/village, et enfin à celui qui tient le registre des naissances et des décès.

3.3. Rémunérations (traditionnelles)

Comme ci-dessus si l'ASV accepte les cadeaux traditionnels, qui lui étaient faits avant la période de formation. Si elle désire une rémunération en espèces, à cause de ses qualifications plus spécialisées et de l'augmentation de son travail, il faudra fixer une somme agréée par la communauté avant de la sélectionner pour le stage de formation ; dans le cas contraire, on constatera un taux élevé d'abandons de poste ou des prestations insuffisantes (comme avant la période de formation).

Résumé des activités de l'ASV femme

L'AT du type 1 n'aura la plupart du temps pas d'activités différentes de celles d'avant la formation. Les seules améliorations seront une meilleure hygiène du cordon, une certaine éducation sanitaire faite par le MSP, et l'orientation des accouchements à complications vers les centres médicaux. L'AT du type 2 devrait par contre pouvoir réduire considérablement le taux de mortalité maternelle et, dans une certaine mesure, celui de mortalité périnatale grâce à une détection précoce des complications, à une meilleure pratique de l'accouchement, à des soins pré et postnatals améliorés, et surtout à une connaissance approfondie des cas à envoyer d'urgence vers des centres médicaux.

Pour réussir, elle devra étendre la période des soins pré et postnatals de plusieurs heures à plusieurs semaines ; une telle tâche demande beaucoup de temps et n'est pas vue d'un très bon oeil par les mères du village !

Cependant, toutes les ASV ont besoin d'un système d'évacuation rapide et efficace, vers des hôpitaux disposant d'un service de chirurgie obstétrique adéquate (césarienne, forceps, etc.). Sinon, il ne faut pas s'attendre à une réduction considérable du taux de mortalité maternelle !

CHAPITRE 6 : CRITERES DE SELECTION DE L'ASV

Plus que tout autre élément, la personnalité d'un ASV contribue au succès ou à l'échec d'un programme d'ESV. Bien que sa vraie personnalité et sa motivation n'émergent ouvertement qu'après un certain temps, surtout quand tout ne marche pas toujours idéalement, il faut prendre en considération certains points du programme avant de décider de l'investissement considérable que représente la formation de l'ASV.

Variantes principales des critères de sélection de l'ASV

- Description détaillée des activités en ce qui concerne la comptabilité, le système d'enregistrement et de rapport, le contrôle de l'approvisionnement en médicaments et des stocks.
- Formation appropriée.
- Infrastructure de l'approvisionnement.
- Qualité et fréquence de la supervision.
- Qualité de l'animation rurale/diagnostic de la communauté et prise en considération des espoirs des villageois.
- Politique des rémunérations de services : prix nets pour les traitements, services gratuits, subventions, impôt ou assurance médicale, prix des médicaments individuels, etc.
- Services de l'ASV rémunérés ou bénévoles.
- Possibilité de promotion et de faire carrière.
- Structure et influence politico-administratives.
- Systèmes d'orientation des malades vers des centres de soins, qualité et accessibilité.
- Législations et règlements du gouvernement national ou provincial et de l'établissement médical.
- Intégration aux autres activités de développement communautaire.
- Les catégories de maladies (épidémiologie).
- Revenus disponibles des villageois et niveau général d'éducation de ces derniers.
- Population visée et groupes prioritaires.
- Coopération ou concurrence, avec les guérisseurs locaux et les personnes itinérantes faisant les piqûres.

Tous ces points sont étroitement liés les uns aux autres et doivent faire l'objet d'un accord national ou provincial avant même de lancer n'importe quel programme d'ESV à grande échelle ; car un engagement ferme du gouvernement à tous les niveaux est une condition indispensable au succès de l'ESV.

Les critères "classiques" de sélection, qui sont encore largement employés avec plus ou moins de succès, sont les suivants :

Le secouriste :

- est choisi par les villageois (ou par leur comité),
- est un adulte d'âge mûr,
- est honnête,
- c'est un homme de confiance respecté par la communauté,
- il réside dans la communauté et voyage peu,
- il dispose d'assez de temps et d'enthousiasme pour se vouer à ses activités, y compris à la formation proposée,
- il est capable d'apprendre et s'intéresse aux activités médicales.

Autres critères couramment mentionnés :

- il est agréable et a un caractère stable,
- il est marié et a des enfants,
- il est bénévole,
- il est fermier/instituteur/guérisseur traditionnel,
- il est illettré, ou a un faible niveau d'alphabétisation,
- il est d'âge moyen,
- il est indépendant,
- il est originaire du village.

L'accoucheuse traditionnelle :

- est choisie par les villageois (ou par leur comité),
- c'est une femme de confiance respectée par la communauté,
- elle est expérimentée,
- elle réside dans la communauté et voyage peu,

- elle dispose d'assez de temps et d'enthousiasme pour se consacrer à ses activités y compris la période initiale de formation,

- elle est capable d'apprendre et s'intéresse aux activités de la PMI, surtout en ce qui concerne les accouchements.

Autres critères généralement mentionnés :

- elle est d'âge mûr,

- indépendante,

- originaire du village.

Quels que soient les critères choisis, il/elle doit être compétent(e), non seulement du point de vue des villageois, mais aussi d'un point de vue objectif.

On a prouvé récemment qu'un niveau minimum d'alphabétisation augmente considérablement les compétences de l'ASV (du secouriste surtout), dans le domaine des rapports et des registres, de la comptabilité, de l'orientation vers un centre de consultation, du contrôle des médicaments et de l'acquisition de nouvelles techniques. Ce point s'applique aussi à l'accoucheuse traditionnelle, à un degré moindre il est vrai, car ses tâches sont moins complexes dans la pratique.

Cependant, si l'on exige un niveau d'instruction trop élevé, par exemple une bonne "connaissance de l'anglais ou du français", les candidats sont plus difficiles à trouver et plus enclins à abandonner leur poste pour des emplois mieux rémunérés.

Un niveau de rémunération correcte, versée sous quelque forme que ce soit, constitue un autre point très important qui sera traité plus loin.

Idéalement, nous proposerons donc les critères de sélection suivants :

Le secouriste :

- sera choisi par les villageois (ou leur comité) mais avec l'aide de l'équipe d'animation rurale. Il leur rendra des visites fréquentes (au moins 4) et leur donnera des explications détaillées de ses activités, de ses limites et de ses espoirs. L'appui des villageois est indispensable.

- Ce sera un adulte en qui tous - ou du moins la majorité des villageois (et non seulement "les chefs du village" quoique ce soit important) - ont placé leur confiance, en espérant qu'il pourra les servir au mieux.

- Il possédera un niveau minimum d'alphabétisation dans la langue utilisée localement et ce, au niveau du CM. Il doit être en mesure de comprendre de simples méthodes de classement de documents, de comptabilité, et d'écrire et de lire - une simple compréhension des symboles n'est pas suffisante.

- Il devra habiter à une demi-heure de marche du village (pas nécessairement dans le village même).

- Il sera disposé à accepter la rémunération convenue, ou même disposé à faire des prestations à titre bénévole, sans possibilité d'avancement ou de carrière.

- Il sera capable d'encourager l'organisation et la participation de la communauté après avoir fait montre d'une certaine expérience administrative et d'une certaine influence sur ses compagnons, dans le but de favoriser les initiatives locales.

- Il sera un "homme à tout faire", capable de résoudre également des problèmes non médicaux.

- Il devra rester dans la communauté pendant quelque temps , il sera de préférence marié, avec des enfants, et possédant sa propre ferme ou des activités commerciales.

- Il disposera d'assez de temps pour cette activité supplémentaire, y compris pour la période du stage.

- Il aura une personnalité "positive", avide et capable d'apprendre, et s'intéressant aux activités médicales.

L'essentiel est que le choix d'un ASV ne soit pas laissé entièrement aux villageois, mais qu'il se fasse en collaboration avec l'équipe d'animation rurale, de sorte que les villageois comprennent quel type de personnalité devrait être recrutée, et pourquoi. C'est là une description "idéale" d'un ASV car de telles personnes sont difficiles à trouver.

Pour l'accoucheuse traditionnelle :

- Elle sera également choisie par la communauté, mais avec l'aide d'une sage-femme professionnelle faisant partie de l'équipe d'animation rurale.

- Sa personnalité inspirera confiance aux autres femmes en âge d'accoucher, et surtout aux femmes d'âge mûr très influentes (tout comme les hommes dans les sociétés fortement musulmanes), surtout en ce qui concerne les accouchements et la PMI.

- Elle ne sera alphabétisée que si elle doit être chargée des déclarations concernant l'état civil (naissances, décès). Bien qu'elle soit moins importante que pour le candidat ASV homme, cette instruction élémentaire facilitera l'amélioration de ses connaissances.

- Elle sera propre et ordonnée.

- Elle sera disposée à accepter les rémunérations (traditionnelles), même après son stage.

- Elle habitera à une demi-heure de marche du village (et pas nécessairement dans le village même).

- Elle a, ou a eu, des enfants, ou du moins elle devra les aimer.

- Elle devra être prête à habiter dans la communauté pendant quelques années.

- Elle disposera d'un temps suffisant surtout pendant la période initiale de formation.

- Elle possèdera une certaine expérience des techniques d'accouchement ou mieux, elle aura déjà pratiqué le métier de sage-femme.

- Sa personnalité sera "positive", elle sera avide et capable d'apprendre, intéressée par les soins concernant les accouchements et la PMI de base, résolue et indépendante.

Si on ne peut trouver une femme expérimentée, il faudra prévoir un stage supplémentaire comportant au moins 20 accouchements.

Remarque : Il est indispensable que les villageois garantissent un moyen de transport pour fournir les médicaments, et surtout pour évacuer les urgences.

CHAPITRE 7 : MEDICAMENTS ET MATERIEL D'EQUIPEMENT DE L'ESV

Dans les villages, il ne faut pas encourager l'utilisation des cases de santé comme base des activités de l'ESV, et ce pour les raisons suivantes :

- elles ne sont pas indispensables aux activités d'ESV ,
- leurs coûts de construction et d'entretien sont relativement élevés ,
- la sensibilisation initiale demande beaucoup de temps (surtout en ce qui concerne l'organisation de la communauté et le paiement) ,
- elles font naître de faux espoirs d'un "hôpital villageois" ,
- elles incitent l'ASV à y attendre les patients plutôt que d'aller à eux.

Ceci est également valable pour l'accoucheuse traditionnelle (AT), qui est censée faire des visites à domicile plutôt que de créer une "maternité" au village. Il leur faut une trousse, des médicaments et quelques instruments. Le contenu de cette trousse est d'une importance capitale, car c'est de lui que dépendent directement les activités de l'ASV.

Avant d'établir la liste du contenu des trousses, les facteurs suivants sont à prendre en considération :

- la formation, la motivation, le niveau d'instruction, l'intelligence et les compétences de gestion de l'ASV ;
- la liste des tâches, les différentes activités ;
- les prix des médicaments et des prestations de services ;
- les programmes de traitement ;
- la présentation des médicaments (mg/comprimé) ;
- le niveau de supervision ;
- la fréquence et la continuité du réapprovisionnement ;
- l'épidémiologie du village (surtout en ce qui concerne le paludisme, les infections oculaires et les blessures);
- la population desservie ,
- le degré d'efficacité du système d'orientation des malades vers des centres ,
- les besoins des villageois.

L'épidémiologie est de moindre importance car, la chloroquine mise à part, tous les médicaments présentent un intérêt vital pour tous les villages. Le plus difficile est de déterminer les quantités de médicaments, qui sont fonction des éléments cités ci-dessus (marqués d'un point d'exclamation). Nous proposons ci-après une liste qualitative et quantitative des éléments composant la trousse de l'ASV pour un village de 500 habitants, dans lequel le paludisme est à l'état endémique et pour lequel on prévoit un approvisionnement de 3 mois. Cette liste dépend de la formation et du rendement de l'ESV.

Le niveau de l'étape 1 est atteint après une période de formation de 2 semaines, pendant laquelle l'ASV a appris à faire un diagnostic simple, à prescrire un traitement et à tenir la comptabilité.

L'étape 2 est consécutive à une certaine période passée sur le terrain (de 6 mois à 1 an), au cours de laquelle l'ASV a pu pratiquer effectivement les activités de l'étape 1 et est censé être à même de passer à l'étape 2. On peut évidemment inclure les 2 étapes en une seule, à condition de bénéficier d'une formation et d'une supervision intensives.

Les prix mentionnés sont :

- les prix UNIPAC, 1980 (frais de transport non compris)
- les prix locaux : Mali, Pharmacie populaire, 1980.

Etape 1 : pour l'ASV homme

NOM GENERIQUE, PRESENTATION, QUANTITE PAR UNITE	QUANTITE POUR LES 3 PREMIERS MOIS	PRIX TOTAL : US$ UNICEF	LOCAL
*1) Chloroquine, 100mg comp./1000	1000 comp.	7,67	37,50
2) Aspirine, 300 (ou 500) mg comprimés/1000	1000 comp.	1,04	37,50
3) Pommade ophtalmique, 1 %, 5 g tube	10 g	0,20	1,50
ou gouttes de nitrate d'argent, 2 %, 5 cml	60 ml	0,46	2,50
4) Teinture d'iode, 2 %, 100 ml	100 ml	3,48	0,84
ou gentiane violette, 25 g poudre	25 g	1,13	?
ou permanganate de potassium	50 comp.		0,84
ou peroxyde d'hydrogène			
5) "Placebo" comprimés : charbon activé, comp./1000	2000 comp.	-	14,00
ou sulfate de fer 300mg comp./1000	" "	2,54	133,75!
ou vitamine comprimés	" "	2,80 (vit.C)	0,5 (vit.B12)
ou local/plante médicinale		-	?
6) Bande non stérile, 1m largeur	6 mètres	0,72	11,25!
ou étoffe en coton non stérile, 1,15 m largeur	" "	5,00	12,00
7) Ouate (absorbant) non stérile	500 g	1,07	3,30
8) Paire de ciseaux	1	2,75	5,00
9) Carnet	1	.21	2,00
10) Stylos à bille (inclus dans la trousse)	2	.12	2,00
11) Bouteilles en plastique avec capsules, 60 ml	6	.54	2,00
12) Toile cirée, solide, 1 x 1m	1	.36	2,90
13) Sacs en plastique, solides avec lien élastique	5	1,00	1,25
14) Tasses en plastique avec couvercle, 250 ml	2	1,60	1,00
15) Savon	1	.10	.25
16) Boîte à savon	1	.24	1,25
17) Brosse raide, nylon	1	.36	3,00
18) Serviette, toile	1	-	5,00
19) Caisse en bois : 1 x 0,5 x 0,5m avec verrou			35,00
		Approx. TOTAL :	170,00

Etape 2 :

20) Tétracycline 250mg comp./1000	500 comp.	6,80	458,13
21) Piperazine 500mg comp./1000	1000 comp.	4,10	?
ou Mebendazole 500mg comp./1000	500 comp.		293,75
22) Penicilline V, 250mg comp./1000	500 comp.	9,25	125,00
et/ou Ampicilline, 500mg comp./1000	500 comp.	20,45	64,75
23) Antiseptique/antibiotique pommade dermique, 3%, 20g tube	1	.25	1,48
24) Sparadrap (2" x 5 yds)	1	.83	1,15
et/ou			
25) Thermomètres (oral, centigrade)	2	.64	7,26
	TOTAL approx.:	.42	950
	GRAND TOTAL :	102	1100 !

Légende : * La nécessité du produit dépend de l'importance du paludisme et de l'ascariasis au niveau local.

Bien que les prix UNICEF ci-dessus excluent les frais de transport, cela montre la grande différence de coûts entre l'UNICEF et les prix locaux, qui s'élève aux environs de $1000 US pour les 1ère et 2ème étapes, et par fourniture initiale. L'aspirine est 15 fois plus chère, la tétracycline plus de 50 fois, etc. Les pays sans industries locales de coton paieront des prix exhorbitants pour le matériel de pansement. L'alcool, en tant que produit de nettoyage, n'est pas recommandé parce qu'il est trop cher, et peut contenir le germe de tétanos. Il n'a donc aucun avantage sur le savon et l'eau.

Toutefois, cela démontre que tant que des médicaments bon marché ne seront pas disponibles dans les pays en voie de développement, les pauvres des zones rurales ne pourront pas recevoir des soins de santé primaires.

Accoucheuses traditionnelles - ASV femme

On apportera un soin tout particulier à préparer la trousse des sages-femmes qui auront une tâche bien précise, puisqu'elles devront :

- assurer les accouchements normaux,

- pouvoir traiter au moins quelques complications prénatales, périnatales et postnatales de la mère ou du nouveau-né. Ce dernier cas pose un problème car, en effet, quelles sortes de complications une vieille femme analphabète (ou non) peut-elle traiter, à l'échelle de son village, à l'issue de deux semaines de formation ? Les trousses UNICEF à usage des sages-femmes reflètent bien ce problème : aucune d'elles en effet ne répond vraiment aux besoins réels.

Comme l'AT ne doit faire - et ne fait - que des accouchements à domicile (par opposition à ceux qui se passent à la "maternité" villageoise), c'est la future mère qui devra fournir la plus grande partie des objets indispensables pour un accouchement "propre".

Ces objets sont en effet au moins aussi importants que ceux contenus dans la trousse de la sage-femme.

Ils seront décrits séparément.

L'accoucheuse traditionnelle devra prévenir la mère ou le parent présent, en lui demandant de préparer la "salle d'accouchement" avant le début du travail.

Préparatifs et objets à fournir par la maisonnée

Il est absolument indispensable :

1) de nettoyer parfaitement la pièce et les meubles s'il y en a ,

2) d'avoir 2 seaux d'eau, du savon et une serviette ;

3) d'avoir plusieurs linges en coton : des draps propres et au moins 10 serviettes propres ;

4) une jarre et un verre ;

5) de fournir une chaise ou une natte pour l'AT, et un endroit propre pour y mettre le nouveau-né.

La femme accouchera là où elle a l'habitude de dormir et dans la position d'accouchement traditionnelle : c'est-à-dire dans son lit propre, si elle en a un normalement, sinon sur une natte couverte d'un drap propre posée sur un sol propre.

Si la tradition veut que l'accouchement se déroule en position allongée sur le dos, c'est bien, mais la position accroupie (plus commune) est bonne elle aussi ; des études récentes ont d'ailleurs prouvé que celle-ci est physiologiquement meilleure.

Il faut ici relater pour l'anecdote, l'histoire de l'Impératrice d'Autriche-Hongrie, Marie-Thérèse, qui a accouché de seize enfants bien portants sur une chaise d'accouchement spécialement aménagée. Celle-ci est toujours exposée dans un musée de Vienne.

Il est indispensable que l'AT soit aidée par un tiers (le plus souvent, une proche parente de l'accouchée). Dans le cas contraire, la pièce sera calme et vide.

L'inventaire du contenu de la trousse de la sage-femme est plus compliqué, car le choix de chaque article dépend directement de ses connaissances et de ses compétences.

Au lieu des différents stades proposés pour l'ASV homme, nous suivons ici l'exemple de l'UNICEF, mais en le modifiant considérablement.

Trousse de sage-femme - étape 1 : à l'usage d'une femme analphabète ayant suivi 2 semaines de formation et ayant déjà assisté à un minimum de 20 accouchements à domicile.

Articles de première nécessité

1) 1 paire de ciseaux (chirurgicaux) droits de 140 mm de long ou (uniquement s'il est impossible de se les procurer), 10 (ou plus) lames de rasoir stériles encore dans leur emballage d'origine.

2) 4 m de ficelles solides (si possible des bandes de coton renforcé), et de plus, les articles mentionnés ci-dessus (voir la rubrique : préparatifs à la maison).

Ceci signifie que les activités de la sage-femme se limiteront à :

- diriger l'accouchement ;

- nouer le cordon ombilical ;

- couper le cordon.

Pas de nettoyage du cordon, pas d'agrafage du cordon, ni de nettoyage des yeux.

C'est en effet la propreté parfaite des mains, des linges et des ciseaux qui permettra d'éviter toute infection périnatale pour la mère et qui réduira de plus de 90 % les risques de complications. Et on peut même obtenir ce résultat en se passant de trousse.

La trousse UNICEF pose un problème d'utilisation immédiate : en effet, elle ne contient pas de ficelle pour nouer le cordon, alors qu'il est très difficile de s'en procurer, spécialement hors des capitales (provinciales).

Articles facultatifs

3) 1 toile cirée (plastique solide) de 1,50m x 2m 1

4) 1 savon 1

5) 1 boîte à savon 1

6) 1 brosse à main, poils en nylon 1

7) Des forceps, un hémostat droit, type Rochesterpeon de 160 mm en inox 1 ++

8) 1 bande stérile de 1m de large ou de l'étoffe de coton pour bandage / bande (5m de long) 3 mètres

9) 1 paire de ciseaux 1 +

10) 2 flacons avec compte-gouttes ou bouchon, 1 verre vide, 1 verre plein de gouttes de nitrate d'argent à 2 % — 2 +

11) Du coton absorbant non stérile : 500 g

12) Un sac en plastique de 110 x 25 cm et des liens élastiques pour ranger le coton et les bandes — 500 g +

13) 2 bouteilles d'1 l à goulot étroit avec bouchon à visser : 1 vide et 1 pleine de chlorure de Benzalconium dilué ou, à défaut, de la teinture d'iode à 2 % pour nettoyer le cordon — 2 +

14) 1 bassine de forme haricot de 825 ml en inox — 1

15) 1 cuvette et 1 éponge (de même taille) — 2

16) 2 bouteilles plastique de 100 ml, à ouverture étroite et fermeture hermétique : 1 vide et 1 pleine d'alcool pour flamber les ciseaux devant couper le cordon — 2 +

17) Des boîtes d'allumettes — 1 +

18) 1 boîte en alu avec couvercle pour la trousse de la sage-femme.

Légende :

\+ sources locales / non incluses dans la trousse UNIPAC
++ UNIPAC n° 072500 : 2,41 $

Pour tout autre article voir catalogue UNIPAC 80 : code N° 9900601, prix 18,12 $.
Prix total des articles 1 - 18 : approximativement 60 US $ (prix locaux : Mali, 80).

Trousse de sage-femme - étape 2

A l'usage d'une femme (semi) alphabétisée ayant :

- assisté à un minimum de 50 accouchements à domicile ;
- reçu une formation lui permettant de traiter au moins une dizaine de complications possibles ;
- reçu une formation pratique durant au moins 3 mois, pour perfectionner son savoir-faire.

On recommandera, en plus des 18 articles de la trousse de la sage-femme de type 1, ainsi que des préparatifs à faire et des articles à fournir à domicile :

19) 1 balance de bébé à ressorts, modèle poche 7 kg / 15 livres — 1

20) 1 stéthoscope foetal en bois Pinard, monaural — 1 ++

21) 10 Ergométrine maleate en comprimés de 0,2 mg — 10

22) 1 stylo à bille (dans la trousse) 2 +

23) 1 bloc-notes pour enregistrer les naissances et les décès 1 +

Légende :

\+ d'origine locale : non inclus dans la trousse UNIPAC
++ UNIPAC n° 0686500 : 1.14 US $

Pour tout autre article voir catalogue UNIPAC 80 :
code N° 9902001, prix 39.92 US $
Prix total pour les articles de 1 - 23 : approximativement 80 US $.

Prix sommaire des trousses et de leurs contenus pour l'ASV

ASV homme (secouriste)

Etape 1 : entre 85 $ (médicaments UNICEF) et 170 $ (achat local de médicaments, Mali)

Etape 2 : entre 140 $ (UNICEF) et 1100 $ (local)

Pour l'ASV femme (accoucheuse locale)

Trousse de sage-femme étape 1 : approx. 60 US $ (articles UNICEF et achat source locale, Mali)

Trousse de sage-femme étape 2 : approx. 80 US $ (articles UNICEF et achat source locale, Mali).

Ainsi le prix des trousses garnies pour une équipe d'ESV peut varier entre 150 $ et 1200 $, selon les articles et leur source d'achat. Toutes différences de prix doivent être ajustées pour le budget de fonctionnement, qui prévoit seulement 100 $ pour l'achat des trousses et la fourniture initiale de médicaments à une ESV.

CHAPITRE 3 : DETERMINATION DE LA CAPACITE D'ABSORPTION DU PROGRAMME ESV PAR LE PAYS D'ACCUEIL

Avant toute mise en oeuvre à grande échelle d'un programme d'ESV, il conviendra d'arrêter les grands principes de base suivants :

1. Définition des coûts globaux d'ESV, à imputer au gouvernement/MSP : coût des effectifs et des centres fixes à la sous-préfecture (ou toute autre institution), ainsi qu'à l'échelle nationale.

2. Analyse générale du gouvernement/MSP : finances, main-d'oeuvre, réseau de centres fixes.

3. Coûts à la charge des villageois.

4. Revenus des villageois dont peut disposer l'ESV.

On pourra alors calculer la capacité d'absorption en comparant 1 à 2 et 3 à 4.

Remarques :

- Les études de charges "récurrentes" n'ont qu'un intérêt limité, car elles ne répondent qu'aux points 1 et 3.

- Au niveau de l'infrastructure, certaines conditions sont indispensables à la reussite et au maintien du programme, telles que : un travail de qualité dans les centres vers lesquels les malades sont dirigés et dans les différents réseaux de distribution de médicaments ; une haute qualification des dirigeants et gestionnaires à tous les échelons ; la prévision de dispositifs spécifiques pour les communications et les transports, les réparations et l'entretien (notamment des véhicules) ; et la motivation.

Ces conditions, sur lesquelles nous ne reviendrons pas, n'en sont pas moins d'une importance capitale.

1. Charges d'ESV, effectifs et centres fixes nécessaires

1.1. Charges d'ESV directes : au niveau de la sous-préfecture (SP) et de l'ensemble national (N).

La formule de calcul pour chaque pays sera :

	. Les charges directes de mise en route = nombre total de villages couverts par l'ESV x les coûts moyens de mise en route de l'ESV
Plus	. Les charges "récurrentes" annuelles = nombre total de villages desservis par l'ESV x par les charges "récurrentes" moyennes de l'ESV.

Le chapitre 4 expose la méthode suivie pour calculer le coût de la mise en route du programme : investissement et charges récurrentes annuelles.

Les données seront variables pour chaque pays, sous-préfecture ou unité fonctionnelle (voir page 41) qui auront donc chacun des charges propres.

Les calculs ci-dessous effectués pour chaque pays séparément, sont donnés à titre d'exemple et impliquent que :

- chaque village a une ESV ;
- les charges moyennes d'ESV sont exprimées en dollars constants, et sont indépendants des variations du taux de croissance ou de migration de population (le montant de la couverture totale de l'ESV est calculé à court terme, ce qui est évidemment très éloigné de la réalité);
- seuls, l'étape 1 et le type 1 d'ESV sont pris en considération ;
- les charges moyennes d'ESV sont analysées au chapitre 4 (pages 49-50) avec leurs données de base et leurs variables (pages 41-42).

Tableau 1

Pays	Nombre d'ESV		Coûts ($ US : 1 $ US = 200 F CFA)			
			Démarrage 3		Charges récurrentes Annuelles 4	
	SP1	N2	SP	N	SP	N
Tchad	288	15.000	398.880	20.775.000	108.000	5.625.000
Mali	245	10.300	339.325	14.265.500	91.875	3.826.500
Niger	237	9.000	328.245	12.465.000	88.875	3.375.000
Sénégal	448	13.000	620.480	18.005.000	168.000	4.875.000
Haute-Volta	159	7.000[5]	220.215	9.695.000	59.625	2.625.000
Mauritanie	32	570	44.320	789.450	12.000	213.750
Gambie	22	1.000	30.470	1.385.000	8.250	375.000
Cap-Vert	Inconnu					

Légende :

1. Nombre moyen des villages par SP, obtenu en divisant le nombre total de villages du pays par le nombre de SP de chaque pays, selon les données officielles.

2. Nombre total de villages, d'après les données officielles.

3. Charges moyennes entraînées par la mise en route d'une seule ESV : 1.365 US $ (voir chapitre 4, pages 49, 50) comprenant la sensibilisation initiale, la formation, la fourniture initiale d'équipement et de médicaments, et les véhicules. Les salaires du personnel ne sont pas compris ici.

4. Les charges récurrentes annuelles moyennes d'ESV : 375 US $ comprenant la supervision (déjà la 1ère année) et le recyclage tous les 4 ans. Les salaires du personnel ne sont pas inclus.

5. Uniquement le nombre de villages dont la population est supérieure à 700 habitants.

Remarques : Les principales variables sont les évaluations de charges d'une seule ESV et le nombre d'ESV : les charges varieront considérablement de pays à pays : en Mauritanie, les charges seront beaucoup plus élevées qu'en Haute-Volta par exemple, à cause de la dispersion de la population. Tous les villages du Tchad ne pourront pas avoir d'ESV mais seulement ceux dont la population excède 700 habitants, en raison de la rentabilité. Il se peut qu'un pays choisisse le programme d'ESV étape 2/type 2 plus sophistiqué, dont les charges sont plus élevées.

Nous continuons à croire que nos estimations de charges unitaires d'ESV sont des estimations minimales, en dépit des nombreuses variables et que, pour cette raison, elles peuvent servir de modèles à toutes les nations.

1.2. Effectifs nécessaires et charges afférentes :

Au niveau de la SP et de l'ensemble de la nation (N) : personnel supplémentaire affecté essentiellement aux activités d'ESV.

La formule de calcul pour chaque pays sera :

. Investissement (coûts de formation) = nombre total de personnel pour chaque catégorie x par la moyenne des coûts de formation de ce personnel.

Plus . Les charges récurrentes annuelles (salaires) = nombre total des effectifs par catégorie x par le salaire moyen annuel de la catégorie.

Les nombreuses variables concernant l'estimation des effectifs nécessaires sont exposées au chapitre 3 (pages 35-39) mais sont également fondées sur la définition de l'unité fonctionnelle (UF) (donnée au chapitre 2, page 30). La combinaison des deux aboutit à la définition suivante :

Chaque Unité Fonctionnelle comprenant 1 CM et 8 dispensaires pour un maximum de 80 ESV (le chiffre optimal serait de 56 ESV) nécessite 17 employés à plein temps (voir ci-dessous le tableau 2).

Si l'on accepte ces données, et si l'on divise le nombre d'ESV par 30, on obtient le nombre d'UF par sous-préfecture. Mais pour obtenir le nombre pour le pays tout entier, il faut ajouter un autre élément : la formation des équipes de formateurs et de superviseurs (EFS) qui siègent à la préfecture. Chacune de ces équipes peut diriger 9 UF comprenant chacune 5 employés à plein temps (voir ci-dessous le tableau 3).

Si l'on accepte ces données, et si l'on divise le nombre total d'UF par 9, on obtient le nombre des EFS par pays :

Tableau 2 : EFFECTIFS NECESSAIRES ET COUTS POUR UNE SEULE UF

Nombre et Catégorie des Effectifs	Coûts ($US : 1$US = 200 FCFA)	
	Investissement 1 (Coûts de Formation)	Charges Récurrentes 2 Annuelles (Salaires)
1 Médecin Chef (MC)	15.000	4.800
1 Sage-Femme (SF)	11.250	1.800
10 Infirmières (I)	3.750 x10= 37.500	1.800 x10= 18.000
1 Agent Communautaire (AC)	3.750	1.800
1 Pharmacien (Ph)	7.500	1.800
1 Secrétaire (S)	2.000	1.500
2 Chauffeurs (D)	-	1.200 x 2 = 2.400
Total : 17	77.000	32.100

Tableau 3 : PERSONNEL NECESSAIRE ET COUTS DE LA FORMATION D'UNE SEULE EFS

Nombre et Catégorie des Effectifs	Coûts ($US : 1$US = 200 FCFA)	
	Investissement 1 (Coûts de Formation)	Charges Récurrentes 2 Annuelles (Salaires)
1 Médecin Chef (MC)	15.000	4.800
1 Sage-Femme (SF)	11.250	1.800
1 Infirmier (I)	3.750	1.800
1 Secrétaire (S)	2.000	1.500
1 Chauffeur (D)	-	1.200
Total : 5	32,000	11,100

Légende : 1. Les prix unitaires sont basés sur les coûts de formation réels au Niger en 80 ; pour le médecin-chef, on a pris les 3 ans de formation d'un infirmier d'Etat : 1.000.000 FCFA par an ; pour la sage-femme,

3 ans de formation à 750.000 FCFA par an ; pour les infirmiers et les agents animateurs, 7 ans de formation à 750.000 FCFA par an ; pour les pharmaciens, 2 ans de formation à 750.000 FCFA par an.

2. Grille des salaires annuels par catégorie de personnel sanitaire : Niger 78 (voir également chapitre 4, page 41).

En considérant le nombre d'UF spécifique à chaque pays, déduit du nombre de villages, nous aurions : (voir tableau 4 page suivante).

Légende : 1. Le nombre d'UF = $\frac{\text{le nombre total de villages}}{60}$

2. Le nombre d'EFS = $\frac{\text{le nombre total d'UF}}{9}$

3. Effectifs par catégorie = le nombre d'UF x personnel par catégorie (voir tableau 2) plus le nombre d'EFS x personnel par catégorie (voir tableau 3).

4. Investissement : Total des coûts de formation par UF: 77.000 dollars (voir tableau 2) x le nombre d'UF plus charges globales de formation par EFS : 32.000 dollars (voir tableau 3) x nombre d'EFS.

5. Charges récurrentes annuelles : Total des charges salariales par UF : 32.100 dollars (voir tableau 2) x le nombre d'UF plus le total des charges salariales par EFS : 11.100 dollars (voir tableau 3) x le nombre d'EFS.

Remarques :

- Le nombre des fonctionnaires doit être ajouté au personnel sanitaire existant.

- Aussi exhorbitants que ces chiffres puissent paraître, ils sont certainement sous-évalués puisqu'ils ne tiennent compte ni des vacances, ni des congés de maladie, ni des abandons de poste, ni du recyclage etc. En outre, ils envisagent 60 ESV par UF, au lieu des 36 recommandées précédemment (voir chapitres 2, 3).

- La Haute-Volta a calculé, dans son plan SSP décennal, une augmentation du nombre des fonctionnaires de 5.393 jusqu'en 1990 ; le Niger, une augmentation du personnel de niveau moyen, s'élevant à 1.900 d'ici à 1985, et ceci pour parvenir à une expansion qui ne passera que de 20 à 45 % !

La proportion des fonctionnaires ESV est donc légèrement inférieure à 5:1, alors que dans notre analyse plus détaillée figurant au chapitre 3, elle avait été calculée à 4:1.

Tableau 4 : TOTAL DES EFFECTIFS NECESSAIRES PAR PAYS ET ESTIMATIONS DE COUTS EN DOLLARS CONSTANTS, INDEPENDAMMENT DES VARIATIONS DE L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE OU DES MIGRATIONS

Pays	Nombre de Villages	Nombre de personnel 3										Coûts ($US: 1US$=200FCFA)	
		UF1	EFS2	MC	SF	I	AC	PH	S	CH	Total	Investissement 4 (Formation)	Charges Récurrentes Annuelles 5 (Salaires)
Tchad	15.000	187	21	208	208	1891	187	187	208	395	3284	15.071.000	6.235.800
Mali	10.300	129	14	143	143	1304	129	129	143	272	2263	10.381.000	4.296.300
Niger	9.000	112	12	124	124	1132	112	112	124	236	1964	9.006.000	3.728.400
Sénégal	13.000	162	12	180	180	1632	116	162	180	342	2792	13.050.000	5.364.000
Haute-Volta	7.000	88	10	98	98	890	88	88	98	186	1546	7.096.000	2.935.800
Mauritanie	570	7	1	8	8	71	7	7	8	15	124	550.100	235.800
Gambie	1.000	13	2	15	15	132	13	13	15	29	246	1.065.000	439.500

1.3. Charges indirectes (Charges d'infrastructure consacrées obligatoirement, mais non exclusivement aux activités d'ESV).

Les évaluations exactes de charges indirectes sont extrêmement difficiles à établir, parce qu'elles supposent trop de variables et d'inconnues.

C'est pourquoi nous nous bornerons uniquement à des évaluations concernant les centres fixes, fournissant ainsi l'infrastructure nécessaire aux soins des malades qu'ils reçoivent à la formation et à la supervision.

Nous excluons ici les charges entraînées par les hôpitaux nationaux ou régionaux.

La formule de calcul par pays sera :

	. Investissement : nombre total de centres fixes par catégorie x les charges moyennes de construction et d'équipement des nouveaux bâtiments et/ou les réparations ou aménagements à apporter aux anciens bâtiments existants par catégorie.
Plus	. Les charges récurrentes annuelles : nombre total de centres fixes par catégorie x les charges récurrentes moyennes par catégorie.

En nous basant sur l'affirmation des chapitres 2 (page 30) et 3 (page 86), nous pouvons déclarer que chaque UF comprendra 1 centre sanitaire, 3 dispensaires et 1 pharmacie pour 80 ESV, desservant 52.000 habitants répartis sur 80 villages. Son rayon d'action global concerne 50.000 habitants.

Mais au lieu de prendre les 80 ESV comme point de repère pour évaluer le nombre d'UF par pays, nous utilisons le chiffre de 50.000 habitants comme base de calcul des UF dans tout le pays.

En effet, leur fonction principale qui est de soutenir l'ESV, implique l'établissement de diagnostics et les prescriptions de traitements aux malades, tout en fournissant le personnel nécessaire pour la formation et la supervision.

C'est pourquoi cette évaluation dépend moins du nombre d'ESV, mais davantage des effectifs des ESV.

Pour chaque pays, on ajoutera 1 Bureau de Développement rural pour chaque sous-préfecture ou bien on répartira un BDR sur 5 UF. On choisira le chiffre le plus bas des deux.

Tableau 5 : CHARGES FINANCIERES ANNUELLES ET COUTS PAR UNITE FONCTIONNELLE

Nombre et catégorie	Coûts ($US : 1$US = 200 FCFA)	
	Investissements 1	Charges Récurrentes Annuelles 2
1 Centre Médical	400.000	30.000
8 Dispensaires	8 x 100.000 = 800.000	8 x 7.000 = 56.000
1 Pharmacie	50.000	4.000
Total	1.250.000	90.000
De plus, pour chaque sous préfecture :		
1 Bureau de Développement Rural	100.000	15.000

Légende : 1. Comprenant le matériel d'équipement médical (achat UNICEF surtout), la construction en béton, la toiture en tôle, les meubles, l'eau (groupe électrogène uniquement pour les CM), et l'habitat du personnel.

2. Comprenant les salaires (environ 65 %), les médicaments (achat UNICEF uniquement), l'entretien, les réparations, le réaménagement des bâtiments, l'équipement, les meubles, les véhicules, les fournitures de bureau, etc.

Remarque :

- Les frais d'investissement sont sous-estimés si on les compare aux seuls coûts de construction réels au Niger en 1980 (100.000 dollars pour 1 dispensaire rural), en Gambie en 1980 (200.000 dollars pour un BDR) et au Mali en 1977 (350.000 dollars pour construire un CM de 80 lits).

- Le calcul des charges récurrentes est basé sur les estimations du Niger, de la Haute-Volta, du Tchad et du Mali. Mais au lieu de dégager les montants des dépenses effectives des différents rapports basés sur les services mal utilisés, nous avons essayé d'élaborer un programme qui corresponde à un degré d'efficacité minimal.

Nos évaluations sont donc plus élevées que celles qui sont effectivement rapportées.

Cependant, si l'origine des médicaments est autre que l'UNICEF (ce qui est très souvent le cas), les charges récurrentes du CM seront approximativement de 50.000 dollars et d'environ 10.000 dollars pour 1 dispensaire. (Evaluations de coûts PNUD, Mali 77.)

Tableau 6 : NOMBRE DE CENTRES FIXES NECESSAIRES (PAR PAYS) ET ESTIMATION DES COUTS EN DOLLARS CONSTANTS, INDEPENDAMMENT DES VARIATIONS DE L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE OU DU TAUX DE MIGRATION DE LA POPULATION (Hôpitaux non compris)

Pays	Total Population -000	Nombre de		Nombre de Centres Fixes				Coûts ($US: 1$US = 200 FCFA)	
		UF1	SP2	CM	D	BDR2	PH	Investissements 4 $-000	Charges récurrentes $-000
Tchad	4.300	86	52	86	688	29	86	110.500	8.175
Mali	6.300	126	42	126	1008	42	128	161.700	11.775
Niger	5.000	100	30	100	800	33	100	128.300	9.495
Sénégal	5.300	106	29	106	842	29	106	135.400	9.975
Haute-Volta	6.300	126	44	126	1008	42	126	161.700	11.775
Mauritanie	1.300	26	18	26	208	9	26	33.500	2.475
Gambie	600	12	49	12	96	4	12	15.500	1.140

Légende : 1. Nombre d'UF = $\frac{\text{Population totale}}{50.000}$

2. Nombre de SP (d'après les données officielles) et de BDR (Bureau pour le Développement Rural) calculé en conséquence (voir page précédente).

3. Nombre de centres fixes par catégorie : nombre d'UF x centres fixes par catégorie (voir tableau 5) + nombre total de BDR.

4. Investissement : nombre d'UF x 1.250.000 dollars + nombre BDR x 100.000 dollars (voir tableau 5)(chiffres arrondis).

5. Charges récurrentes annuelles : nombre d'UF x 90.000 dollars + nombre de BDR x 15.000 dollars (voir tableau 5)(chiffres arrondis).

Remarques :

Ceci est donné uniquement à titre d'exemple, particulièrement en ce qui concerne la dépense de capital, dans la mesure où les prévisions sont réalisées comme si les centres fixes n'existaient pas ; ainsi, en effectuant les calculs spécifiques pour chaque pays, le nombre de centres fixes existants doit être déduit. Les charges récurrentes annuelles s'appliquent cependant au nombre global de centres fixes existants ou planifiés.

1.4. Récapitulatif des méthodes de calcul des ressources nécessaires aux programmes d'ESV et leur application au chiffre à chaque pays

a) Les charges directes d'ESV sont prévues en établissant un budget point par point (comme au chapitre 4), en tenant compte de toutes les variables propres à chaque pays.

Si le programme ESV est uniformisé, les charges moyennes devront être multipliées par le nombre d'ESV.

Nous pensons (si toutes les activités sont réalisées comme le souligne le chapitre 4) que les chiffres de 1.385 dollars pour les coûts nécessaires à la mise en oeuvre du programme d'ESV, et de 375 dollars pour les frais récurrents annuels, sont des données réalistes, et peuvent, en l'absence de toute autre évaluation de frais, être utilisées à des fins de planification et d'évaluation. Les quelques estimations de coûts au Sahel ont également montré qu'elles étaient minimales.

La formule de calcul sera :

	. Coûts de mise en oeuvre :	1.385 $ x le nombre de nouvelles ESV
Plus	. Frais récurrents annuels :	375 $ x le nombre d'ESV existantes

b) Les coûts relatifs au personnel sont plus difficiles à prévoir puisque le problème de l'UF et des différents niveaux de formation et de supervision dépend des effectifs prévus, qui dépendent eux-mêmes de la répartition des activités dans le temps, comme le souligne le chapitre 3.

Aussi, la "mise en forme" du programme (page 39) rend les estimations de personnel extrêmement difficiles : 10 fonctionnaires seront pleinement occupés à sensibiliser 36 villages, et à former et à superviser 36 ESV au cours de la première année.

Mais que se passera-t-il l'année suivante si 1°) 36 nouvelles ESV s'établissent et qu'alors, 72 ESV soient à superviser, ou 2°) si aucune ESV n'a reçu de formation récente et qu'en conséquence 36 ESV seulement doivent être supervisées ?

Comme on ne peut recruter des effectifs qu'après une période de formation de 2 à 3 ans, il faudrait prévoir les effectifs nécessaires pour toute une préfecture et même pour tout le pays. C'est pourquoi la formule suivante pourrait être utile :

Au début : $\frac{\text{Nombre total d'ESV}}{30}$ = Nombre d'UF

$\frac{\text{Nombre d'UF}}{5}$ = Nombre des EFS

Et après : Nombre d'UF x les charges de formation des 17 fonctionnaires (répertoriés page 86)

plus le nombre d'UF x les salaires annuels de ces 17 fonctionnaires (pages 41 et 86)

plus le nombre d'EFS x les charges de formation de 5 fonctionnaires (page 86)

plus le nombre d'EFS x les salaires annuels de 5 fonctionnaires (pages 41 et 86)

Ceci donne une estimation des charges totales (investissement et charges récurrentes). Nous pensons que l'estimation des charges de formation et des salaires correspond aux pays du Sahel (à l'exception du Mali, où les frais réels sont moins élevés).

c) Les prévisions des charges indirectes (infrastructure) sont encore plus complexes : le nombre requis de centres fixes par UF doit être proportionnel aux effectifs nécessaires et aux distances : par exemple, une 2ème personne dans chaque dispensaire, employée à plein temps pour les activités d'ESV, peut gérer jusqu'à 20 ESV.

C'est pourquoi il faudra diviser par deux le nombre de dispensaires au lieu de prévoir une seule personne à la tête de 10 ESV. Mais alors, l'équipe de CM ne pourra pas diriger 160 ESV au lieu de 80. Aussi, il sera très difficile de superviser régulièrement une ESV se trouvant à 25 km d'un dispensaire, ou à plus de 50 km d'un CM.

Dès lors, chaque UF, chaque sous-préfecture et chaque préfecture auront leurs propres calculs, basés surtout sur les horaires (chapitre 3), les distances et la densité de population (chapitre 2).

Notre méthode est, à titre d'illustration, la suivante :

1° $\frac{\text{Population totale}}{50.000}$ = Nombre d'UF

Nombre de SP ou $\frac{\text{nombre d'UF}}{3}$ (on choisira le chiffre le plus bas des deux)

= nombre de BDR, qui sont surtout responsables de la sensibilisation initiale (animation rurale)

Plus nombre d'UF x (1 CM, 8 D, 1 Pharmacie) x les frais de construction, d'équipement etc. (page 83) = l'investissement

Plus nombre d'UF x (1 CM, 8 D, 1 Pharmacie) x les frais d'entretien (y compris les salaires et l'amortissement = les charges récurrentes annuelles

Plus le nombre de BDR x l'investissement

Plus le nombre de BDR x les charges récurrentes.

Cette formule donne une estimation approximative des ressources nécessaires.

Remarque :

De nombreux éléments de l'infrastructure n'ont pas été pris en considération, alors que certains présentent une importance capitale, tels que les écoles de formation des infirmières et des docteurs, les garages, les ateliers de réparations etc.

Enfin, il faut ajouter le taux de l'inflation, puisque toutes nos prévisions sont exprimées en dollars constants, c'est-à-dire que si la réalisation est prévue à court terme, le taux d'inflation des frais de construction et de transport varie entre 10 et 30 % par an, ce qui signifie qu'en l'an 2000, l'investissement et les charges récurrentes pourraient avoir augmenté de 200 à 600 %.

C'est pourquoi nos estimations de coûts sont certainement trop faibles.

1.5. Récapitulatif des estimations de coûts, spécifiques à chaque pays, pour un programme d'ESV en combinant les tableaux 1 (page 84), 4 (page 88) et 6 (page 91), en chiffres arrondis : 1 dollar US = 200 FCFA.

Une fois de plus, ces données, comparées aux plans SSP quinquennaux ou décennaux du Sahel, peuvent paraître sous-évaluées, mais elles semblent pourtant réalistes : le Niger envisage une augmentation de 6 x (de 11.200.000 $ par an à 66.000.000) sur la période de 1979-83, avec un investissement supplémentaire de 100.000.000 de dollars - et ceci uniquement pour augmenter de 20 à 45 % la population qui sera desservie ! Les prévisions de la Haute-Volta sont semblables : une augmentation du budget annuel de 5,5 x le budget actuel qui est de 9 millions et qui sera donc porté à 50 millions de dollars. Tous deux arrivent à un chiffre de 10 dollars per capita pour les budgets de santé publique !

Tableau 7

Pays	Investissement (in 000 $)			Charges Récurrentes Annuelles (In 000 $)			Charges Récurrentes Annuelles par tête d'habitants Coûts ($)
	Direct (tableau 1)	Personnel (tableau 4)	Infrastr.1 (tableau 6)	Directes (tableau 1)	Personnel (tableau 4)	Infrastr. (tableau 6)	
Tchad	21.000	15.000	82.500	5.600	6.200	8.200	4,70
Mali	14.000	10.500	105.200	3.300	4.300	11.800	3,20
Niger	12.500	9.000	97.200	3.400	3.700	9.500	3,30
Sénégal	18.000	13.000	79.000	5.000	5.400	10.000	3,24
Haute-Volt	9.500	7.000	115.400	2.600	3.000	11.800	2,8
Mauritanie	800	600	25.100	200	350	2.500	2,31
Gambie	1.500	1.000	5.300	400	450	1.100	3,35

Légende : 1. Les frais d'investissement pour les CM et les D (voir tableau 5, page 90) x le nombre de CM et de D existant (voir page 97), déduits des frais d'investissement globaux (voir tableau 6, page 91) = les frais d'investissement d'infrastructure restant, en chiffres arrondis.

Remarque :

Si le MSP a l'intention de distribuer gratuitement les médicaments aux villageois, au prix actuel des médicaments au Mali, il faudra ajouter entre 2 dollars (pour les médicaments de l'étape 1 du programme ESV) et 10 dollars (pour les médicaments des étapes 1 et 2 du programme ESV) au budget annuel per capita du MSP !

2. Analyses des effectifs et des fonds du gouvernement/MSP : connées les plus récentes

Taux de change 1980 : 1$ = 200 FCFA ou 400 FM ou 47 Ouguiya ou 1,7 Dalasi

2.1, Tableau 8 : ESTIMATIONS BUDGETAIRES ANNUELLES DU MSP

Pays/an		Total 000 $	Per Capita $	% du budget national	% des effectifs vs frais d'entretien	Nombre de villages	Total de la Population en milliers	Nombre de Préfectures	Nombre de Sous-Préfectures
1. Tchad	79	5.587	1,25	7,1	70/30	15.000	4.300	14	52
2. Mali	78	9.520	1,52	6,19	55/45	10.300	6.300	7	42
3. Niger	78	11.000	2,20	7,3	49/51	9.000	5.000	7	38
4. Sénégal	76	21.890	4,15	6,5	75/25	13.000	5.300	8	29
5. Haute-Volta	78	9.028	1,41	7,3	88/12	7.000*	6.300	10	44
6. Mauritanie	76	5.270	3,42	2,7	53/47	570	1.300	13	13
7. Gambie	78	3.009	5,30	7,2	70/30	1.000	600	6(Division)	49(District)
8. Cap Vert	76	925	3,08	4	?	?	300	?	?

Sources : 1. Tchad : Annuaire statistique 77 ; le budget de la Santé pour 1978.
2. Mali : Profil du pays 1978.
3. Niger : Plan quinquennal 1979-1983.
4. Sénégal : Profil du Sénégal, 1976.
5. Haute-Volta : Document de programmation sanitaire Nationale 1980-1990.
6. Mauritanie : Profil de la Rép. Islamique de M., 1976, Contribution à l'élaboration d'un plan.
7. Gambie : Un aperçu du secteur Santé de la Gambie, 79 Plan des soins de santé primaire en Gambie, 1980-1985.
8. Cap Vert : Aperçu de la situation aux Iles du Cap Vert découlant de la poursuite de la sécheresse, 1976.

Légende : * Comprend seulement le nombre de villages dont la population dépasse 700 habitants ; si si tous les villages sont inclus, les chiffres se rapprochent de 10.000.
? Inconnu de l'auteur.

Remarque : Le budget santé per capita des Etats-Unis en 1979 était d'environ 1.000 $.

2.2. Tableau 9 : INFRASTRUCTURE EXISTANTE DANS LES PAYS DU SAHEL : CENTRES FIXES ET PERSONNEL

Pays	Centres fixes du MSP				Personnel national : Estimation pour 1975/1977/1978								
	H	CM	D	Autres[1]	Médecins	Sages-Femmes	Infir. d'Etat	Infir.(es) 1er degré	Pharmaciens	Agents sanitaires[2]	ESV	Autres	Total
1. Tchad	4	40	120	96	56	26	679	240	5	41		100	1135
2. Mali	10	42	387	370	180	268	575	1415	18	82		325	2863
3. Niger	7	38	159	67	29	98	337	745	7	-	1500	151	1375
4. Sénégal [3]	9	34	428	122	307	329	2563		37	?		2448	5684
5. Haute-Volta	4	76	159	169	41	185	338	882	11	-		188	1625
6. Mauritanie	11	14	28	15	23	20	222	317	6	-		1513	2101
7. Gambie	2	10	62	131	28	174		140	2	55 (inspecteurs de santé)			
8. Cap Vert													

Légende : 1. Comprenant : les maternités, les centres sociaux, centres de soins dentaires, les cliniques privées et autres institutions spécialisées (à l'exclusion des équipes mobiles).
2. Comprenant : les dentistes, les techniciens de laboratoire, les sages-femmes opérant en zone rurale (mais pas les accoucheuses traditionnelles non salariées), etc.
3. Chiffres pour 1975.
4. Seuls chiffres disponibles bien que d'autres pays aient ce type de programmes.

Remarque : On ne peut pas comparer le nombre total des membres du personnel sanitaire des différents pays, car dans certains (comme la Mauritanie) tout le personnel salarié du MSP (femmes de ménage, cuisiniers, gardiens) est inclus, alors que dans la plupart des autres pays, on ne compte que les professionnels (docteurs, infirmiers, etc.).

2.3. Points importants de l'analyse du budget du MSP

- Chiffres corrects et fiables : les données officielles varient beaucoup, particulièrement en ce qui concerne les chiffres per capita. En Mauritanie, ils varient de 2,42 à 8,22 $, en Haute Volta, de 0,75 à 2,98 $, au Sénégal entre 2,98 et 4,13 $, etc. Il faudrait comparer les différents documents entre eux et choisir les plus fiables. Il faut aborder avec prudence les chiffres per capita (voir page 49).

- Une analyse détaillée de l'aide étrangère : bien que le Niger n'ait reçu qu'une aide supplémentaire de 25 % pour le budget de son MSP, les donateurs étrangers ont payé 66 % des frais d'ESV. La plus grande partie de l'aide étrangère va à l'assistance technique et aux investissements en capital, ce qui entraîne souvent de lourdes charges récurrentes qui sont le plus souvent non assumées par les donateurs.

- Tendances budgétaires et inflation (en 70, le Tchad avait le même budget MSP qu'en 67, mais le Niger a connu une augmentation annuelle de 20 % pendant 5 ans, tandis que le budget du MSP au Mali connaît une baisse de son pourcentage par rapport au budget national = en 1975 : 11 %, 1978 : 7,5 %, 1979 : 5,6 %).

- Une analyse comparative des tendances du PNB, la dette extérieure et des dépenses nationales (le Niger a triplé son PNB au cours des 10 dernières années, mais la plupart des pays du Sahel ont tendance à connaître un taux de croissance nul et une augmentation de la balance des déficits).

- Une analyse détaillée de la manière dont l'argent du MSP est dépensé :

  Chute en pourcentage des montants alloués aux postes suivants :
  - salaires
  - formation/bourses
  - frais d'entretien
  - investissements annuels
  - dépenses pour médicaments
  - soins préventifs et curatifs
  - charges administratives

  et des tendances de cette baisse (par exemple tous les pays du Sahel sont marqués par la hausse régulière des fonds affectés aux salaires, et par la baisse continue des frais d'entretien ; l'investissement annuel au Tchad et au Mali en 1980 est pratiquement nul).

  L'analyse du budget prévu pour les médicaments est encore plus difficile à cause des liens étroits qui existent entre les secteurs public et privé.

L'inflation est souvent supérieure à l'augmentation du budget médicament. (Sa croissance annuelle au Mali est estimée à 5 %, alors que l'inflation des prix relativement stables de l'UNICEF est de 15 % par an).

- Une analyse détaillée de la répartition et des limitations du budget du MSP en zones rurale et urbaine = un des facteurs principaux de la promotion des programmes d'ESV est la répartition inégale des fonds : en 78 le Tchad a dépensé au moins 35 % de son budget total pour son seul hôpital national. Bien que le rapport entre les frais globaux d'entretien et de personnel pour l'ensemble du territoire malien soit de 55/45, en dehors de la capitale, il est réduit à une moyenne de 93/7 ! Cela signifie que les montants affectés aux dépenses de fonctionnement restent dans la capitale tandis que le personnel envoyé sur le terrain ne dispose d'aucun soutien financier.

- La répartition et le déboursement réels des fonds : c'est-à-dire que les fonds réellement consacrés à l'entretien des véhicules peuvent être bien inférieurs au montant prévu à cet effet dans le budget.

- L'alignement sur le revenu par 1 analyse dégressive (en 1977 le Mali avait, malgré le chiffre très bas de 1,80 $, le budget de santé per capita le plus élevé d'Afrique, si on l'alignait sur le revenu).

- L'analyse et les tendances du personnel :
  - urbain/rural
  - les catégories
  - les stagiaires et les prévisions de personnel issu chaque année des écoles.

  (Les écoles médicales du Sénégal, du Mali et du Niger pourraient fournir le personnel manquant, et parfois même réduire les frais en remplaçant le personnel étranger qui revient très cher. A long terme, cependant, les centres fixes ne pourront plus absorber l'ensemble des effectifs formés chaque année).

- La couverture de la population desservie : le chiffre souvent avancé de 20 % de la population bénéficiant des soins de santé peut ne pas toujours être exact. Au Mali, environ 55 % de la population pourraient bénéficier des services du MSP : 30 % dans le secteur urbain ou de la sous-préfecture, (hôpitaux et CM), et 25 % dans le secteur d'un arrondissement, desservis (au moins théoriquement) par les dispensaires, les maternités, les coopératives privées, qui vendent aussi des médicaments, et la pharmacie populaire (voir chapitre 9).

- Le gaspillage éventuel : c'est généralement dans le secteur des médicaments qu'on constate le plus grand gaspillage ; en pédiatrie on pourrait remplacer 95 %

des flacons pour perfusion, terriblement chers et souvent inefficaces, par un liquide de réhydratation orale qui lui, est bon marché et efficace ; des ordonnances trop chargées, la préférence donnée aux produits de marque par rapport aux produits ayant un nom générique, les sources extérieures qu'entraînent les dépenses élevées à cause des demandes de médicaments qui restent sans suite, le manque d'importations en grosse quantité, etc. (voir également le chapitre 9).

- Finalement, la répartition qualitative des services du MSP mérite qu'on s'y intéresse particulièrement à cause du système d'évacuation des malades, le type de diagnostic, le degré d'intervention curative et urgente des CH, D et maternités ; l'équipement, les médicaments, les vaccins, le transport, la main-d'oeuvre qualifiée, l'eau, l'électricité, la construction, les possibilités de stockage, etc. Ce facteur, qui est peut-être le plus important, est aussi le plus souvent négligé.

2.4. Les limites de la capacité d'absorption

Malgré les précautions mentionnées ci-dessus, nous pouvons affirmer, après avoir comparé les tableaux 7 (page 95) et 8 (page 96) que pour un programme d'ESV national, à court terme :

- aucun des MSP du Sahel ne peut assumer tous les frais ;

- quelques MSP ne peuvent même pas assumer toutes les charges annuelles récurrentes qui devraient peut-être toutes être modifiées considérablement dans la répartition budgétaire ;

- aucun MSP du Sahel ne peut supporter le point 2 du programme d'ESV qui implique une distribution gratuite des médicaments pour tous (voir aussi pages 110, 111, 112).

Il y a cependant une étape initiale permettant aux services existants d'absorber un certain nombre d'ESV sans supplément de personnel ou de charges d'infrastructure. Dans ces limites, il faudra payer uniquement les charges directes d'ESV.

Les calculs qui suivent se basent sur les affirmations des chapitres 1 et 5. Ces calculs supposent que le personnel est prêt à consacrer son temps libre à des tâches supplémentaires, telles que la sensibilisation, la formation de l'ESV et la supervision. Ils supposent également que ce personnel en ait la possibilité (transports, aptitudes, motivations). Il faut cependant vérifier toutes ces affirmations sur une base individuelle, avant de déclencher un nouveau programme d'ESV. Le temps libre (dont on parle souvent) du personnel des centres fixes ne veut pas dire que les problèmes de santé sont inexistants, mais plutôt que la communauté manque de confiance à cause des pénuries régulières de médicaments, du manque de motivation ou du travail médiocre du personnel, des distances trop grandes, etc. En améliorant la qualité des services d'un seul CS, on permettrait peut-être même à un plus grand nombre de personnes de recevoir de meilleurs services sanitaires qu'en multipliant les ESV.

Un seul CM et 4 à 6 dispensaires peuvent diriger entre 10 (en comprenant la sensibilisation initiale) et 36 ESV (en comprenant la sensibilisation initiale), et ce déjà la 1ère année, tout en assurant la supervision et le recyclage des 36 ESV les années suivantes sans addition de personnel ni de supplément d'infrastructure, à condition que les charges directes d'ESV (de mise en route et d'entretien) soient assumées. Mais à cause des charges fixes (surtout celle de transport), les charges d'ESV simples ne se rapprocheront de nos estimations (1.385.375$) que si l'on atteint le chiffre de 36 ESV par UF : sinon, les charges unitaires d'ESV seront beaucoup plus lourdes !

Ainsi, la capacité d'absorption initiale de chaque pays sera surtout déterminée par :

- le nombre de CM, de dispensaires, et le temps libre de son personnel ;
- les équipes de sensibilisation initiales ;
- les fonds disponibles pouvant être affectés aux charges directes entraînées par les ESV.

Tableau 10 : ESTIMATION DU NOMBRE ET DES COUTS DES ESV RATTACHEES AUX CENTRES FIXES EXISTANTS, ET POURCENTAGE PAR RAPPORT A UNE COUVERTURE TOTALE

Pays	CM existants	Nombre des ESV / % du total d'ESV		Coûts en 000 - US $			
				Coûts de démarrage		Charges récurrentes annuelles	
		Sans EAR	Avec EAR	Sans EAR	Avec EAR	Sans EAR	Avec EAR
Tchad	40	400/3	1440/10	554	1.995	150	540
Mali	42	420/4	1512/15	582	2.095	158	567
Niger	38	380/4	1368/15	526	1.895	143	513
Sénégal	34	340/3	1224/9	471	1.695	128	459
Haute-Volta	76	760/11	2736/39	1.053	3.790	285	1.026
Mauritanie	14	140/24	504/88	194	700	53	189
Gambie	10	100/10	360/36	138	500	38	135

Une fois de plus, ces chiffres ne sont donnés qu'à titre d'exemple (la Mauritanie par exemple, à cause des distances considérables, ne pourra pas assumer les frais cités ci-dessus pour 88 % de ses villages sans disposer d'effectifs supplémentaires).

Lorsqu'elles restent dans les limites de la capacité d'absorption des services existants, les charges directes d'ESV représentent une proportion relativement faible du budget du MSP. Les charges directes pour 100 ESV sont, la première année, d'environ 180.000 dollars (démarrage et supervision).

Pourcentage par rapport aux budgets totaux du MSP : Tchad : 3,9 % ; Mali : 1,9 % ; Niger : 1,6 % ; Sénégal : 0,8 % ; Haute-Volta : 2 % ; Mauritanie : 3,4 % ; Gambie : 6 % des budgets du MSP donnés au tableau 8.

Mais au-delà de cette limite, des ressources supplémentaires considérables seront nécessaires immédiatement.

2.5. Sources éventuelles de fonds supplémentaires

L'ESV ne forme pas un système autonome, au contraire, il engendre pour le gouvernement un besoin de ressources supplémentaires.

Comment et où peut-on se procurer de telles ressources ?

Il y a trois possibilités :

- l'augmentation du budget du MSP ;
- une meilleure répartition du budget de santé existant (transfert de fonds, élimination du gaspillage), et sa décentralisation (allocations budgétaires à l'échelle provinciale) ;
- des politiques visant à imposer le consommateur (prestations de services, plans d'assurance-maladie, taxe sur les médicaments) ;
- financement extérieur (investissement de capitaux, charges récurrentes).

Comparée à la capacité d'absorption des services sanitaires existants, l'augmentation nécessaire du budget du MSP est relativement peu élevée : si les 100 ESV sont réparties correctement entre 2 et 3 CM et leurs D (voir plus haut), la hausse du pourcentage du budget national total serait d'environ 0,2 % /180.000 dollars US divisés par le budget national total (BN)/, calculé d'après le tableau 8.

En résumé, les frais d'ESV seront facilement absorbés grâce à une hausse annuelle de 1 % du BN et un pourcentage fixe du budget du MSP le cas échéant. Passé cette limite, il faudra procéder à de fortes augmentations, qui ne peuvent être tolérées par la plupart des pays du Sahel.

Tableau 11 : Estimations des fonds alloués par le budget MSP au programme national d'ESV. Pourcentage de ces fonds par rapport au budget national total, exprimé en dollars constants et indépendamment des variations de l'évolution démographique ou du taux de migration de la population. Comparaison entre les coûts (tableau 7 page 95) et les budgets (tableau 8 page 96).

POURCENTAGE DU BUDGET NATIONAL TOTAL CONSACRE AU BUDGET DU MSP

Pays	Frais totaux d'investissement	Charges Récurrentes Annuelles Totales	Budget actuel du MSP
Tchad	156 % du BN	26 % du BN	7,1 % du BN
Mali	85 % " "	13 % " "	6,19 % " "
Niger	84 % " "	12 % " "	7,8 % " "
Sénégal	33 % " "	6 % " "	6,5 % " "
Haute-Volta	106 % " "	14 % " "	7,3 % " "
Mauritanie	14 % " "	2 % " "	2,7 % " "
Gambie	19 % " "	4 % " "	4 % " "

Bien que l'expansion du programme d'ESV s'étale sur plusieurs années, lorsque, disons en l'an 2000, tous les villages seront desservis par une ESV, les charges récurrentes annuelles à elles seules représenteront pour certains pays environ 20 % (et plus à cause de l'inflation) de leur budget national actuel, ou bien exigeront une hausse de 20 % du BN en termes réels (net d'inflation). Ceci variera aussi en fonction des modifications du produit national brut (PNB) du pays.

C'est pourquoi nous conclurons en disant qu'il faut rester dans les limites de la capacité d'absorption des services sanitaires existants, pour les pays ayant un taux de croissance annuel du PNB inférieur à 1 %.

L'action la plus fréquente et (parfois) la plus nuisible est le transfert de fonds des services existants (avant de faire une analyse approfondie des améliorations possibles), puisque cela ne fait qu'accentuer un "syndrome de pénurie" déjà grave. D'autre part, on peut toujours améliorer l'utilisation des services et éliminer le gaspillage : la réhydratation orale au lieu des perfusions, la fabrication locale des pansements, une participation de la communauté à la construction et aux réparations, l'achat en gros de médicaments moins chers et leur réemballage local, de meilleures conditions de stockage et de meilleurs réseaux de distribution, des listes de médicaments essentiels au nom générique, des manuels prescrivant des ordonnances simples, des médicaments courants et bon marché au lieu de piqûres onéreuses (et souvent nuisibles), l'équipement standardisé des unités de service, l'entretien et la réparation des véhicules et du matériel, etc.

Ces dernières possibilités semblent une condition essentielle au maintien de l'ESV, malgré sa complexité et la longueur de sa période de mise en route.

Les allocations budgétaires et le transfert des autorités à la préfecture et peut-être à la sous-préfecture, se révèlent être les méthodes les plus efficaces pour résoudre les problèmes de redistribution, de régularisation des salaires du personnel, et de quelques réparations indispensables (surtout des véhicules) à condition de rester dans la ligne générale de la politique actuelle de décentralisation et de participation du village ; dans le cas contraire, on pourrait créer, à un degré inférieur, un nouvel étranglement administratif (tel que le rapport département/sous-préfecture au Sénégal).

Les politiques tendant à imposer des frais au consommateur sont impopulaires, mais indispensables pour 4 raisons principales :

- l'équité : pourquoi le fonctionnaire salarié de la ville devrait-il recevoir ses médicaments gratuitement si le villageois qui n'a pas d'argent liquide doit les payer ? Si les villageois reçoivent des soins gratuits au dispensaire proche, pourquoi devrait-il payer ceux de l'ESV ?

- vol et revente de médicaments : tant qu'il y aura des médicaments gratuits dans les centres publics (H, CM, D), et des médicaments très chers à la pharmacie populaire ou sur le marché libre, les médicaments gratuits seront volés et revendus ; un système de contrôle des stocks des plus vigilants ne peut pas éviter cela ;

- l'augmentation du budget médicament du MSP : quelle que soit l'augmentation des frais administratifs, il faut en tenir compte pour assurer un stockage et un contrôle de distribution corrects ;

- une réduction possible du gaspillage et de l'abus de médicaments et des ordonnances trop chargées : ceci est réalisable uniquement si celui qui établit l'ordonnance (docteur, infirmière, pharmacien ou ESV) est conscient des prix et des ordonnances parfois superflues.

On assurera une telle prise de conscience par une meilleure formation et par la révision annuelle des index de prix et des manuels de prescription.

Les plans d'assurance maladie peuvent être efficaces pour les employés de sociétés commerciales, mais le plus souvent ils ne sont pas à l'échelle nationale : le pourcentage de salariés par rapport à la population totale est trop faible ; ceux-ci pourraient refuser de contribuer pour la population rurale qui, elle, est indifférente. Il peut être délicat aussi de créer une taxe sur les médicaments, particulièrement, les médicaments de première nécessité : tout d'abord, quels sont-ils ?

Les médicaments de l'Etape 1 de l'ESV (page 77) ne sont pas vraiment de première nécessité, à l'exception de la chloroquine, pour la réduction du taux de la morbidité et surtout de la mortalité : faut-il mettre les comprimés de charbon activé et d'aspirine sur la liste des médicaments de première nécessité et en exclure les anesthésiques locaux, ou les seringues et les aiguilles ?

Mais il sera encore bien plus difficile de réinsérer le montant des taxes récoltées dans le budget du MSP, plutôt que de l'utiliser pour subventionner les entreprises endettées.

Enfin, l'aide étrangère pose également un problème : en effet, il est impopulaire de réaliser un investissement important dans une infrastructure non-existante ou déficiente avant de financer un "projet" qui ne donne pas de résultats immédiats, spectaculaires et quantifiables (x par le nombre de villages ou la population concernée).

La plupart du temps les charges récurrentes, assez considérables d'une ESV ne sont pas assurées et c'est toujours l'idée d'un système autonome qui prévaut ici. A l'avenir, il faudra considérer la question des charges récurrentes comme constituant une nouvelle dépense annuelle (comme les frais des réparations fréquentes des machines défectueuses, par exemple). Donc, il faudra comparer ces programmes aux autres projets de santé et les considérer comme une source de dépenses budgétaires considérables à long terme, impliquant le recours à l'aide étrangère.

Le point 1 traitait des budgets du gouvernement/MSP, le point suivant tentera d'analyser les frais généralement à la charge des villageois.

3. Frais à la charge des villageois

Les frais du programme comprennent généralement : le financement des services tels que :

- les frais de transports et de la fourniture de médicaments, et de l'orientation des malades vers les centres de soins ;

- la rémunération de l'ESV (au moins pour l'accoucheuse traditionnelle) ;

- la construction et l'entretien d'une case de santé (dont ce manuel ne donne pas le prix, parce que celle-ci n'est pas recommandée) ,

Autres programmes à la charge des villageois :

- frais de formation initiale ;

- outils, frais de construction des différents projets de développement communautaire : puits, latrines, abattoirs, etc.

Pour simplifier, nous nous limiterons à un seul point : le financement des services, qui comprend la rémunération de l'ASV et les frais de transports et de redistribution des médicaments par simple addition de 10 % du prix facturé au consommateur.

Le prix du traitement	Le nombre de traitements consommés
- financement net en comparaison des coûts réels du consommateur	- diagnostic et ordonnances habituelles de l'ESV
- origine des médicaments	- indication de l'âge et de la maladie
- politique des prix et législation nationale	- nombre de malades contactés
- exclusion ou non des rémunérations de l'ASV et des frais de transport et de redistribution	- population du village
	- projets de traitement uniformisés
- type de médicaments (Etape 1 du secouriste type 1 ou 2 de l'AT)	- prix du traitement
	- type de maladie et modification saisonnière
- projets de traitement uniformisés (nombre de traitements complets)	- acceptation physique et psychologique des médicaments de l'ESV
	- régularité de la fourniture de médicaments
	- comptabilité correcte.

Les rapports d'estimation réelle effectués au Mali, au Sénégal et au Niger citent des frais annuels per capita variant entre 0,25 $ et 1 $, pour l'Etape 1, type 1 du programme de l'ESV. Mais comme leurs calculs sont uniquement obtenus en divisant les dépenses mensuelles moyennes par le nombre des habitants ou des malades concernés, sans tenir compte des variables citées ci-dessus, ils ont une valeur théorique. On peut alors se poser la question de savoir ce que peut bien acheter un villageois avec disons 1 ou 10 $ par an, s'il doit payer le prix réel des médicaments à la consommation.

Tableau 12 : COUTS DES TRAITEMENTS ET MESURE DANS LAQUELLE ILS SONT ACCESSIBLES (voir également le chapitre 7)

1 $ US = 200 FCFA

Médicament	Montant du traitement pour un seul adulte	Coûts du traitement par adulte ($ US)		Nombre de traitements pour adultes			
				Pour 1$ US		Pour 10$ US	
a) ASV Etape 1 :		Mali 1	UNICEF 2	Mali	UNICEF	Mali	UNICEF
Chloroquine (100mg)	900mg (9 comp.) ou 1500mg(15 comp.)	0,37 0,62	0,15 0,25	3 ~1	6 4	27 16	66 59
Aspirine (500mg)	1500mg (3 comp.) ou 4500mg (9 comp.)	0,12 0,4	0,012 0,037	8 ~2	83 27	83 25	833 270
Pommade ophtalmologique (1%)	1g (application simple) ou 5g (pour 3 jours)	0,17 0,83	0,09 0,45	6 ~1	11 2	59 12	111 22
Teinture d'iode/coton (ou perioxyde d'hydrogène/coton	10ml/5g:application simple ou 100ml/20g : 2 jours	0,12(X) 1,6 (X)	0,81(0,07) 7,92 (0,1)	8 (X) - (X)	~1(20) -(10)	83 6	12(200) 1(100)
Pansement : teinture d'iode/ bandage de coton (ou peroxyde d'hydrogène/bandage de coton)	Un seul pansement (voir au-dessus plus 1 bandage) ou pansement pour 3 jours	0,50 3,10	0,07 (0,3) 8,05 (0,9)	2 - (X)	~1 (3) - (1)	20 3	12 (33) 1 (11)
Charbon activé, comp. ou Sulphate de fer (300mg)	3 comp. 3 comp. ou 180 comp. (pour 2 mois)	0,046 0,44 26,4	X 0,015 1,02	22 ~2 -	X 66 1	217 23 -	X 666 10

b) ASV Etape 2 :		Mali	UNICEF	Mali	UNICEF	Mali	UNICEF
Chloramphenicol (250 mg)	56 comp. (2g/jour pour 7 jours)	5,6	1,8	-	-	~ 2	5,5
ou Tetracycline (250 mg)	ou 56 comp. "	24,5	1,52	-	-	-	6,5
Piperazine (500 mg)	8 comp.	X	0,065	X	15	X	153
ou Mebendazole (500 mg)	8 comp.	3,15	X	-	-	~ 3	X
Penicilline V (250 mg)	56 comp. (2g/jour pour 7 jours)	14	2,07	-	-	-	~ 5
ou Ampicilline (500 mg)	28 comp. "	3,6	2,29	-	-	3	~ 4
Pansement avec onguent antibiotique	pour 1 jour	0,9	0,33	1	3	11	30
	pour 3 jours	2,7	0,99	-	1	~ 4	10
Réhydratation orale pour enfants	1 sachet	X	0,15	X	6	X	66
Prophylaxie anti-paludienne pour adulte/an :							
Chloroquine 100 mg	260 comp.	9,75	4,50	-	-	1	2
ou Pyrimethamine 25 mg	52 comp.	X	0,33	X	3	X	30

Légende : 1. Prix réels à la consommation en 1980 au Mali, à la Pharmacie Populaire (voir également le chapitre 7) : les coûts des médicaments sont en général de 50 % plus élevés que les prix à la consommation dans le pays d'origine : par exemple, si 1 comprimé de chloroquine à 100 mg est vendu 0,20 FF (= 10 FCFA) en France, on le vend 30 FM (= 15 FCFA) dans toutes les pharmacies du Mali. Les 50 % de différence payent le transport par voie maritime, les frais de manutention, de douanes, les taxes, et les frais de stockage et de distribution.

2. Le catalogue de prix UNIPAC 1980 plus 100 % : par exemple, si 1.000 comprimés de chloroquine à 100 mg valent 7,67 $ dans le catalogue, nous avons calculé le prix du traitement sur la base de 15,34 $. La répartition du pourcentage est due en partie aux recommandations officielles de l'UNICEF (UNICEF, Dakar, 1980) et en partie à nos augmentations arbitraires : prix officiels UNIPAC plus :

Données Officielles		10 % pour les faux frais divers UNICEF
	+	5 % pour frais administratifs UNICEF
	+	10 % d'inflation (même sur le dernier catalogue de prix)
	+	15 % transport en bateau de l'entrepôt de Copenhague (y compris l'assurance)
Total partiel	:	prix UNIPAC + 40 % de transport par voie maritime
		(ou prix UNIPAC + 60 % de transport par avion)
Augmentation arbitraire	+	10 % pour rémunération de l'ASV et frais de transport
	+	50 % pour les frais nationaux : douanes, taxes, frais de stockage et de distribution, de réemballage et d'étiquettage.
Total	:	prix UNIPAC - 100 % (transport par voie maritime)

Légende : X : non disponible à la source indiquée.

Bien que donné à titre d'exemple, (mais s'avérant réaliste au Mali en 1980), ce type de calcul est indispensable pour que la médecine moderne puisse évaluer le pouvoir d'achat des villageois, en restant dans la ligne de la politique des prix menée actuellement.

Si on considère les prix maliens, on s'aperçoit qu'avec un seul dollar on ne peut payer que le traitement de l'Etape 1 de l'ASV pour un adulte, et cela-même sur une base très restreinte : un traitement complet de 3 jours contre le paludisme (plifalciparum) plus 9 comprimés d'aspirine ou 2 pansements, ou une application pour 3 jours d'une pommade ophtalmique. Le reste n'est qu'un traitement "placebo".

5 dollars donnent droit à une dose complète d'ampicilline pour un adulte et à un pansement simple + une pommade antibiotique ou une dose préventive de chloroquine pour un an pour un adulte, et un pansement + pommade antibiotique, ou 13 traitements d'un jour pour le paludisme, etc.

10 dollars donnent droit à un choix plus large : par exemple, 2 doses de chloramphénicol ou une dose préventive d'un an contre le paludisme, ou encore 3 doses complètes d'ampicilline, ou des pansements + pommade antibiotique pour 12 jours ou 4 traitements pour ascaris.

En comparaison, les prix UNICEF, même doublés, permettent d'acheter toute une série de médicaments pour 2 dollars : c'est-à-dire un éventail de médicaments suffisamment large pour assurer le choix parmi tous les médicaments de l'Etape 1 de l'ESV (à condition de remplacer la teinture d'iode par du péroxyde d'hydrogène), un traitement complet à la tétracycline ou à la pénicilline orale, une dose préventive pour 6 ans de pyrimethamine contre le paludisme, ou 12 doses de réhydratation orale pour les enfants gravement déshydratés, ou 26 traitements pour ascariose.

Remarque : Bien que la prophylaxie du paludisme ne soit pas recommandée pour une utilisation générale dans le programme d'ESV, à l'Etape 1 (voir chapitre 5), le traitement préventif du paludisme le meilleur du point de vue médical (sauf chez la femme enceinte et d'autres cas risquant un manque d'acide folique) et du point de vue pécuniaire, est de toute évidence la pyrimethamine, et non la chloroquine.

Conclusion :

Pour les médicaments des Etapes 1 et 2 du programme d'ESV, la dépense effective minimale (moyenne annuelle par adulte), est de 10 $ = 2.000 FCFA, pour des pays où les prix des médicaments sont semblables à ceux du Mali en 1980 (et, pratiquement tous les pays du Sahel tombent dans cette catégorie, sauf la Gambie), ou de 2 $ = 400 FCFA pour les prix UNIPAC 1980 doublés.

La rémunération de l'AT/type 1 (voir chapitre 5) ne pose généralement pas de problème, car l'accouchement se passe en une fois tous les 2 ou 3 ans et les paiements sont soit traditionnels (poulets, récolte, etc.), soit en argent liquide (entre 50 et 200 FCFA). Pour l'AT/type 2, des problèmes de liquidités semblables à ceux cités ci-dessus peuvent se présenter, surtout si elle doit consacrer beaucoup de temps à des soins pré et post-nataux, et à de nombreuses visites successives.

4. Part disponible du revenu des villageois pouvant être consacrée aux soins dispensés par l'ESV

Nous ne connaissons malheureusement pas les revenus disponibles des ruraux du Sahel, qu'ils soient sédentaires ou nomades. Les seules estimations officielles existantes portent sur les revenus des fermiers (par exemple, la production annuelle de leurs récoltes moins les frais de production, plus les estimations de quelques revenus ne provenant pas de la ferme). Selon certaines estimations, ces revenus égalent 60 % du revenu rural total (voir Besoins Vitaux en Gambie, 1980, Rapport de la Banque Mondiale N° 2656 GM).

Ces estimations de revenu rural annuel per capita varient entre 60 $ (au Mali en 1979) et 140 $ (en Gambie en 1976). Quels que soient les montants des revenus disponibles (d'ailleurs il se peut que ces montants soient nuls chez la plupart des Sahéliens du nord), nous pouvons affirmer qu'ils sont inférieurs à 10 $, sauf pour les zones particulières fournissant des produits destinés à l'exportation et rapportant ainsi des devises. Nous ignorons également quelle partie en est consacrée aux autres besoins essentiels, tels que les allumettes, le pétrole, le savon, les réparations d'outils, l'habillement, le sucre, le thé, etc.

Connaissant les prix courants maliens de la médecine moderne au Mali et notre estimation d'un montant minimum de 10 $ (2.000 FCFA) pour un choix minimum de médicaments par an (voir ci-dessus, point 3), on comprendra aisément que la grande majorité des villageois ne pourra pas dépenser une telle somme pour les soins médicaux.

Les seules solutions possibles seront donc d'augmenter le revenu liquide (ce que nous ne discuterons pas ici), ou de rendre accessibles aux villageois des médicaments nettement meilleur marché. Le budget actuel du MSP (voir page 96) ne permet pas la distribution gratuite des médicaments (c'est-à-dire remboursés à 100 %). C'est pourquoi la solution logique à ces questions semble être de trouver des sources de médicaments moins chères et plus efficaces ainsi qu'une meilleure distribution et utilisation des produits.

CHAPITRE 9 : SYSTEMES DE FOURNITURE DE MEDICAMENTS DE L'ASV

Curieusement, l'approche sur les systèmes d'approvisionnement en médicaments des PVD, bien que d'une importance évidente, est encore embryonnaire et incomplète.

Cette négligence peut s'expliquer par l'immense complexité de ces systèmes et par l'importance des intérêts en jeu. Les solutions sont bien souvent au-delà des sphères d'influence des PVD et relèvent du commerce international.

Comme une analyse exhaustive de ce problème complexe n'est pas l'objet de ce document, nous en relèverons uniquement quelques aspects importants concernant le programme d'ESV au Sahel.

Le chapitre 5 (page 51) a décrit le système de distribution des médicaments au niveau du village, jusqu'au stade du réapprovisionnement, soit au centre fixe de santé publique le plus proche (CM ou D), soit sur le marché privé.

Ce chapitre traitera du système de distribution des médicaments, à partir du centre de réapprovisionnement de l'ESV jusqu'aux frontières du pays d'accueil. Nous ne parlerons donc pas ici des sources internationales de fourniture de médicaments.

1. Les systèmes de fourniture existants

a) Description générale : le Sahel possède 2 systèmes d'approvisionnement :

- Le secteur national (appartenant à l'Etat), qui approvisionne le secteur de santé publique (H, CM, D, pharmacie d'Etat), appelé Pharmacie (Nationale) d'approvisionnement (PNA ou Pharmapro) au Tchad, au Mali, au Sénégal, en Mauritanie, en Gambie et en Haute-Volta, ou Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) au Niger.

- Le secteur (semi) privé approvisionne le secteur privé (appartenant à des personnes privées ou à des entreprises d'Etat), appelé la Pharmacie Populaire (PP) dans tous les pays du Sahel Francophone.

Ces approvisionnements comprennent les produits pharmaceutiques (médicaments, sirops, suppositoires, piqûres, perfusions : pansements, seringues, aiguilles, etc.), les réactifs pour laboratoires (sauf le matériel d'équipement), les vaccins et les sérums (y compris les sérums antivenimeux) des films pour la radioscopie, et enfin, et surtout, les aliments pour enfants (lait en poudre, boîtes d'aliments pour bébés, céréales enrichies, etc.).

Ce sont ces derniers produits qui, très souvent, absorbent la plus grande part des capitaux.

Les relations entre ces deux systèmes posent un très grand nombre de problèmes. Dans certains pays comme le Tchad et le Niger, la PNA/ONPPC a le monopole, c'est-à-dire que tous les médicaments (importés ou produits localement) passent par ses services.

Le secteur privé (PP, pharmacies appartenant à un propriétaire privé) est en fait semi-privé et ne peut commander directement à une source extérieure qu'avec l'accord préalable de la PNA ou de l'ONPPC.

Aussi, le gouvernement, par l'intermédiaire de la PNA, impose un prix fixe sur certains médicaments de première nécessité, particulièrement ceux servant à l'ESV et qui sont souvent subventionnés par l'Etat. Mais à part cela, la PP est libre de fixer ses prix (uniformisés cependant à l'échelle nationale), de passer commande à des sources extérieures, de stocker, de distribuer (en général par son propre réseau) et d'embaucher du personnel.

D'autres pays, comme le Mali et le Sénégal, ont un système parallèle, permettant au secteur privé de commander directement à des sources extérieures et de financer, de distribuer et de revendre par l'intermédiaire de leur propre réseau. Il n'est pas responsable devant le MSP, mais devant d'autres ministères (par exemple, le ministère de la tutelle du Mali). Le seul contrôle exercé par l'Etat se fait par les douanes (en général celles-ci taxent beaucoup plus le secteur privé que la PNA), ou consiste en impôts sur les revenus très élevés (environ 90 % des bénéfices de la PP doivent être versés à l'Etat Malien), et en une liste de prix modifiée tous les ans (généralement par une indexation, voir page 109).

b) Tableau des flux du monopole PNA, d'après l'exemple de l'ONPPC du Niger

A. Implications du monopole :

- Obligation de passer par la filière nationalisée pour toutes commandes intérieures ou extérieures.
- Paiement anticipé des commandes par tous les clients (y compris pour le MSP).
- Possibilité de refus des commandes (surtout pour défaut de paiement).
- Le MSP doit passer toutes les commandes par le monopole, bien qu'il n'en dépende pas.

- Fixation annuelle de prix (liste de prix à l'échelon national).

- Contrôle des brevets/licences des pharmacies.

- Entreprise d'Etat comportant son propre budget, ses revenus, ses taxes, ses frais de douane, etc., mais pouvant réaliser des bénéfices.

- Stockage et distribution de tous les médicaments (excepté ceux des pharmacies privées et de quelques donneurs étrangers).

- Gestion et distribution des médicaments à toutes le PP du pays.

- Possibilité de publier une liste standard de médicaments au nom générique, et des manuels d'ordonnances standardisées (bien que ceci ne se fasse pas encore au Sahel).

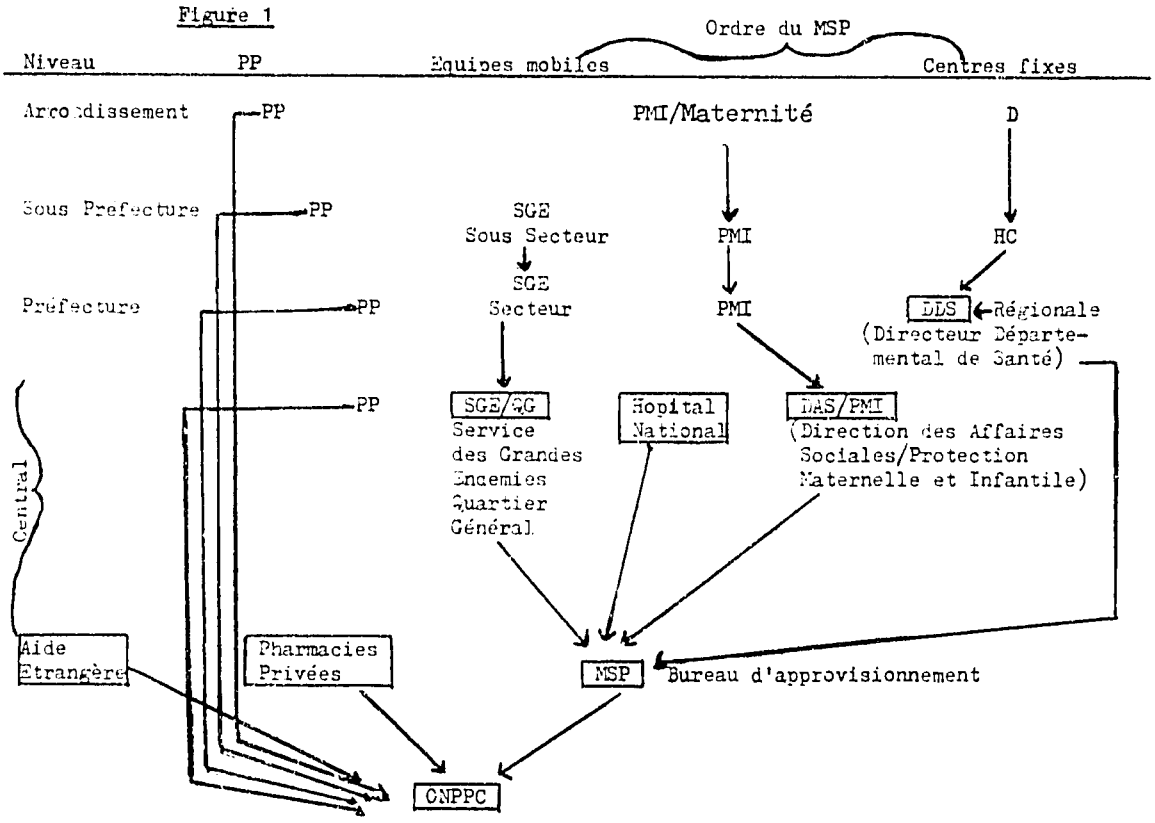
- Possibilité de produire quelques médicaments fabriqués localement, généralement à partir de matières premières importées).

- Possibilité de réemballage des importations en gros.

- Contrôle de la qualité de tous les médicaments : importés, donnés, ou fabriqués localement.

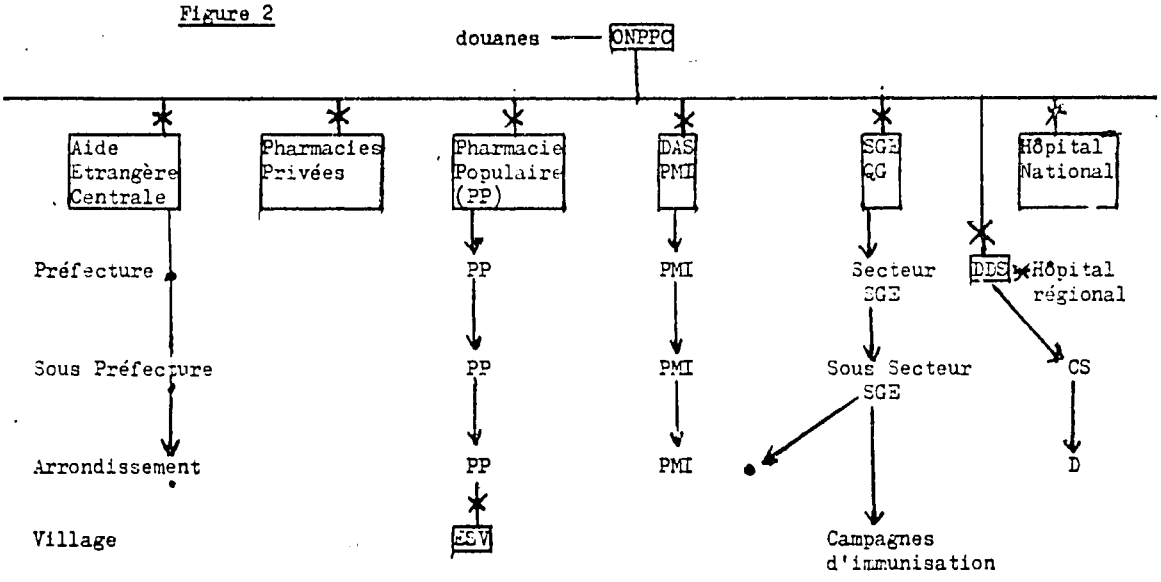
B. Flux des commandes : tous les 6 mois ou exceptionnellement en cas de rupture de stocks

Figure 1



C. Distribution : en général, tous les 6 mois, au secteur public de la santé et sur demande, pour le secteur privé (y compris la PP)

Figure 2



Légende : ↓ - Le niveau supérieur fournit le transport du réapprovisionnement, c'est-à-dire de l'ONPPC à la PP

✳ - Le niveau inférieur fournit le transport de son propre réapprovisionnement : c'est-à-dire l'ASV lorsqu'il s'approvisionne à la PP, la DDS à l'ONPPC.

Remarque : L'ESV se réapprovisionne elle-même à la PP la plus proche et non aux centres fixes du MSP (CM, D). Grâce à un système de commande rapide et fréquent (souvent par télex) s'adressant directement à l'ONPPC, et, fait également important, grâce à son propre système de distribution (indépendant du MSP) (des camions de l'ONPPC approvisionnent régulièrement toutes leurs PP, et, en cas de pénurie imprévue, la PP vient directement à l'ONPPC), le réseau de la PP permet à l'ESV de se réapprovisionner elle-même à tout moment, au même titre que tout autre client de la PP (paiement comptant). Le seul contrôle exercé par le MSP sur l'approvisionnement en médicaments de l'ESV, se fait par le médecin-chef du CM, ou exceptionnellement, par l'infirmière du D (si les distances qui séparent le village du CM sont trop grandes). Avant d'acheter à la PP, l'ESV doit obtenir simultanément l'accord pour sa commande de médicaments et pour son registre mensuel (voir pages 58, 59, 61, 63). Ceci permet la supervision l'enregistrement, le classement et le contrôle qualitatif et quantitatif de l'ESV sans entraver sa bonne marche (perte de temps, paperasserie). Donc l'ESV ne consacre pas plus d'une demi-journée à se réapprovisionner (au lieu de plusieurs semaines, comme c'est le cas quand le MSP dirige tout à partir de la Capitale).

Les médicaments utilisés par l'ESV ont un prix fixe (souvent subventionné), révisé tous les ans par l'ONPPC, valable sur tout le territoire national. Ainsi, le système est centralisé quant à la planification, les listes standards, la commande et le contrôle, mais il est également décentralisé quant à la livraison et à la distribution. En fait, il ressemble à la Commission des Monopoles du Royaume-Uni, qui a servi de modèle à de nombreux pays ayant des services de contrôle social exercé par l'Etat.

Le système parallèle est différent en ceci que les Pharmacies privées et l'aide étrangère ne dépendent pas du monopole de la PNA (point B).

c) Avantages et inconvénients des 2 systèmes :

Le monopole PNA offre, du moins théoriquement, l'énorme avantage de standardisation et d'unification, ce qui pourrait effectivement réduire les doubles emplois, le gaspillage et donc les frais. L'introduction des noms génériques sur une liste restreinte de médicaments standards, mentionnant environ 250 médicaments choisis parmi les plus importants, devrait faciliter les commandes sur le marché mondial et donc permettre une importation plus massive de médicaments pour les mêmes coûts. La politique d'uniformisation des prix, une procédure de commande efficace, une réduction de l'influence des détaillants sur les habitudes de consommation, des mesures fermes concernant les brevets et les licences, etc., sont d'autres avantages non négligeables

offerts par ce système. Tous ces facteurs permettent au monopole PNA d'offrir à un plus grand nombre de personnes des médicaments à des prix plus abordables, provenant de sources moins onéreuses ou subventionnés par l'Etat ou, dans certains cas, entièrement remboursés. En fait, seul un système de monopole permet de réaliser au mieux la plupart de nos recommandations portant sur l'amélioration des systèmes d'approvisionnement, et sur l'utilisation de médicaments. Pratiquement tout dépend du bon fonctionnement ou de l'efficience de ce système monopoliste, puisqu'il contrôle le flux vers les 2 secteurs. C'est son inconvénient majeur. S'il fonctionne mal, il n'y aura tout simplement plus assez de médicaments nécessaires, même dans le secteur privé.

Quelques exemples de mauvais fonctionnement et leurs causes :

- Endettement lourd et manque de liquidités pour effectuer les paiements au comptant : cette spirale domine le plus souvent parce que le MSP, client important, est incapable d'honorer ses paiements (particulièrement en temps de crise) mais, à cause de la puissance de l'Etat et de la responsabilité de celui-ci envers les citoyens, il oblige la PNA à distribuer les médicaments en échange de promesses de paiements. Ce procédé d'accumulation de dettes se maintiendra jusqu'à ce que les fournisseurs extérieurs arrêtent leurs livraisons (refus de nouveaux prêts). Le pays devra alors demander des crédits à des gouvernements amis ou, dans la plupart des cas, solliciter des prêts (ce qui élève souvent le prix des médicaments).

- Le manque de système adéquat de stockage et de distribution : un système centralisé qui stocke pratiquement tous les médicaments avant leur distribution doit, évidemment, disposer d'une vaste aire de stockage (au moins 1000 m2), de rayonnages, et, facteur le plus important, d'un système de contrôle efficace des stocks pour assurer la distribution. Il devra posséder plusieurs (au moins 5) camions poids lourds et plusieurs pickups légers, ainsi que des containers métalliques. Il devra, également, assurer un approvisionnement suffisant de carburant ainsi qu'un entretien correct des véhicules. Des succursales ne seront indispensables que si le H, CM ou D n'ont pas d'aire de stockage correcte ou surtout s'ils n'ont pas de liste de distribution annuelle ou semestrielle par centre. Sinon, ces succursales auront besoin de budgets considérables (frais d'investissement et charges récurrentes) et pourraient devenir une nouvelle entrave bureaucratique aux livraisons périphériques.

- Le manque de compétence en matière de gestion : la complexité considérable des tâches, l'existence d'un marché concurrentiel, la nécessité de passer les commandes au bon moment, le contrôle des stocks, l'approvisionnement, la recherche de facilités de financement, le contrôle de la qualité, les problèmes de dédouanement, les contacts et les relations aux niveaux national

et international, l'impression et la distribution des listes de médicaments, le changement continuel des stratégies, des prix et des demandes, les ruptures de stock imprévues, le problème des délais de paiement, etc., impliquent une direction très compétente à la tête de la PNA.

- Absence d'une stratégie nationale dans le domaine des médicaments : même la PNA la mieux organisée serait incapable d'assurer une distribution régulière et correcte sans une certaine discipline de la part des utilisateurs (ceux qui prescrivent les médicaments, ceux qui les vendent et ceux qui les consomment). Il faudra donc des listes de médicaments au nom générique, des systèmes d'ordonnances, des fiches de contrôle de stocks (entrées, sorties, solde), des listes quantitatives et qualitatives de commande toutes standardisées pouvant varier en fonction de la demande, ainsi que des réseaux de distribution décentralisés. Si les contrôles ne suffisent pas à empêcher les fuites de stocks, si on n'instaure pas les rémunérations des services, des consultations, etc., dans le secteur de la santé publique, la situation actuelle ne changera pas, même si on augmente considérablement les budgets ou la quantité de médicaments. Dans ce cas, le monopole pourrait même aggraver le "syndrome de pénurie", surtout dans les zones rurales.

Le système parallèle a l'avantage d'assurer un approvisionnement correct au moins pour la population disposant d'argent liquide, desservie par les PP et les pharmacies privées. Leur but étant uniquement commercial, elles visent à élargir leur rayon d'action à l'arrondissement et même plus loin, car elles sont relativement libres de toute influence ou restrictions politiques ou administratives. Les gouvernements tirent des bénéfices des PP par le truchement de taxes élevées. Dans certains pays, la PP peut même être la seule entreprise d'Etat à réaliser des bénéfices, et subventionner fortement d'autres sociétés d'Etat. L'intégrité des stocks est assurée par un système de contrôle plus rigoureux. Leur propre réseau de communication et de transport peut assurer une livraison rapide, même en cas de pénuries imprévues. En cas de pénurie grave de médicaments, dans le secteur public, le MSP/PNA peut utiliser la PP comme source d'approvisionnement, à condition de disposer des fonds nécessaires.

L'inconvénient majeur réside dans le risque de voir la population dédaigner le secteur public et la PNA, si celle-ci connaît des problèmes tels que de sévères restrictions financières, une gestion incompétente et des fonds limités pour agrandir son réseau de stockage, ses services de distribution et de succursales ; un contrôle de stocks insuffisant ; une dispersion incontrôlée des médicaments gratuits au niveau des

succursales due à des ordonnances excessives ; l'absence de système de contrôle, la possibilité de vol ou de vente par les filières du marché noir ou des "services privés" ; la préférence donnée aux centres fixes situés plus près du magasin central (selon le principe : premier arrivé, premier servi). Une des réformes nécessaires mentionnées plus loin peut effectivement être réalisée et doit s'appliquer également à la PNA et à la PP. Sinon, on obtient la situation bien connue de l'approvisionnement du secteur public qui va de mal en pis, tandis que le secteur privé prospère.

Les services offerts par la santé publique sont alors de moins en moins respectés (même s'ils sont de qualité égale ou supérieure à ceux du secteur privé), et sous-utilisés. Son personnel se désintéresse et est enclin à mettre sur pied un système parallèle : le secteur public est gangréné par le "secteur privé".

Le secteur privé échappe ainsi de plus en plus à tout contrôle et les médicaments, qu'ils soient utiles, inutiles ou même dangereux, sont souvent vendus sans ordonnance. C'est cette tactique "sous le comptoir", mise en pratique par des pharmaciens n'ayant pas reçu de formation appropriée et appliquée à une clientèle illettrée, qui est responsable de la résistance à certains médicaments importants (chloroquine et antibiotiques) et de la diffusion des maladies par des aiguilles contaminées (le tétanos, l'hépatite).

Des détaillants influents ou des représentants médicaux peuvent modifier les ordonnances en faisant de la publicité pour certaines marques. C'est cette publicité qui conditionne la demande des patients - et donne l'illusion d'une panacée moderne. Les ordonnances abusives deviennent le symbole même des soins de qualité et de l'accessibilité à la guérison. En fait, la demande d'injections s'est répandue jusqu'aux villages les plus retirés. Ces piqures sont souvent faites par un personnel itinérant se servant d'aiguilles ou de seringues non stériles, et injectant des produits au hasard. Un emballage différent, au lieu du nom de la marque, pour les analphabètes, des sirops et des comprimés en petites quantités placés en évidence dans la salle de séjour, symbolisent le modernisme jusque dans les cases les plus reculées.

Ceci éveille à son tour la défiance, même chez les professionnels dûment formés, à l'égard des comprimés provenant des importations en gros, donnés aux centres de santé publique. On considère ceux-ci comme étant "de moindre qualité, gratuits, donc réservés aux pauvres".

Les programmes d'ESV souffrent particulièrement des retombées du marché privé incontrôlé, et perdent souvent tout crédit a priori parce qu'ils n'offrent que "quelques comprimés non emballés" au lieu des injections souhaitées ou d'un emballage séduisant.

Cette situation entraîne des coûts élevés pour les consommateurs de médicaments (voir pages 77, 78, 107, 108), l'épuisement des précieuses devises étrangères (tous les pays du Sahel sauf le Sénégal et le Niger importent 100 % de leurs médicaments), et une répartition de plus en plus inégale des services de santé entre ceux qui peuvent se les offrir et les autres.

2. Recommandations et conclusions

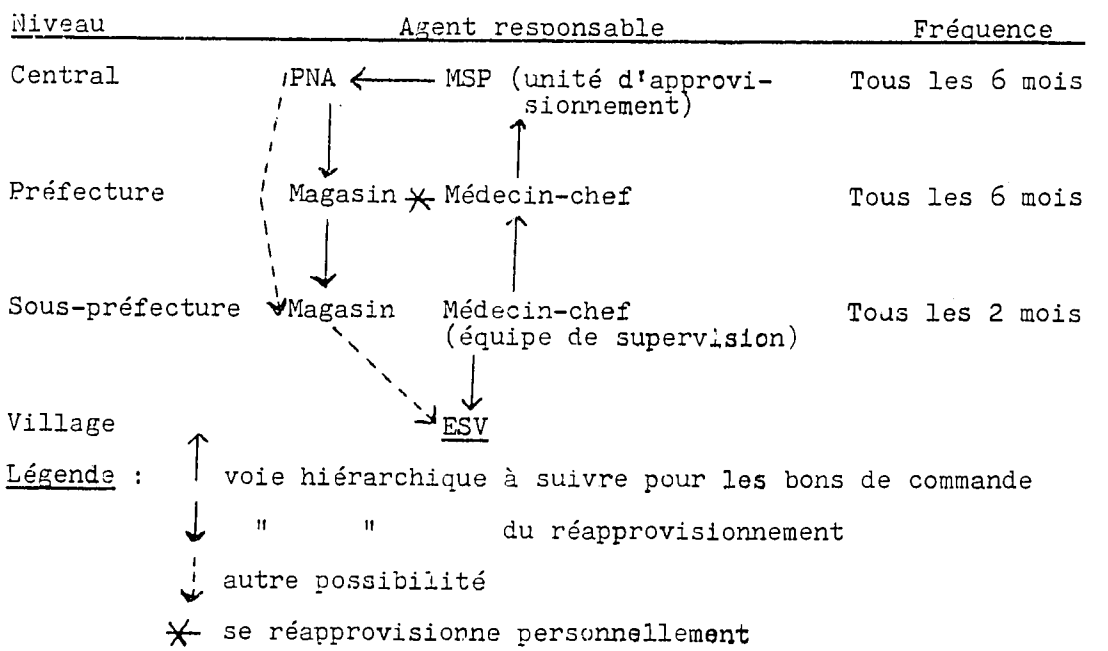
Il est impératif de renforcer ou de créer une infrastructure permettant de fournir les médicaments avant d'appliquer les programmes d'ESV à grande échelle, car l'ESV engendre une plus grande demande de médicaments : directement en offrant ses propres médicaments, et indirectement en rendant accessible une chaîne de services allant du village à l'hôpital. L'approvisionnement en médicaments de l'ESV doit être géré dans le cadre de la politique nationale d'approvisionnement et non indépendamment de celle-ci. En général, il est vain d'espérer que des exemples isolés d'approvisionnement efficace d'une ESV (la plupart du temps grâce à des sources extérieures de médicaments moins chers et à des moyens de transport propres), puissent "convaincre" le gouvernement/MSP de modifier leur politique en matière de médicaments. L'apport de médicaments s'arrête dès la fin du projet et le gouvernement ne peut ou ne veut pas répondre aux besoins nouvellement créés.

2.1. Les systèmes de fourniture de médicaments de l'ESV

Deux possibilités principales :

- réapprovisionnement régulier automatique (tous les 3 mois) assuré par les équipes de supervision : approvisionnement passif :

Figure 3 :



Bien que le système d'approvisionnement passif soit plus pratique pendant la durée du projet et soit certainement plus rapidement et plus facilement mis en place, il offre des inconvénients flagrants : si l'équipe de supervision n'arrive pas au bon moment avec la quantité adéquate de médicaments appropriés, c'est l'échec. Il place également le problème du réapprovisionnement à un niveau plus élevé que celui de l'ASV, mais ne le résout pas. Ce système est également inopérant si l'équipe de supervision n'effectue pas de livraisons régulières aux magasins provinciaux.

Mais, l'argument le plus important en sa défaveur est sa totale dépendance par rapport au système de santé publique et à ses engorgements, surtout au niveau central.

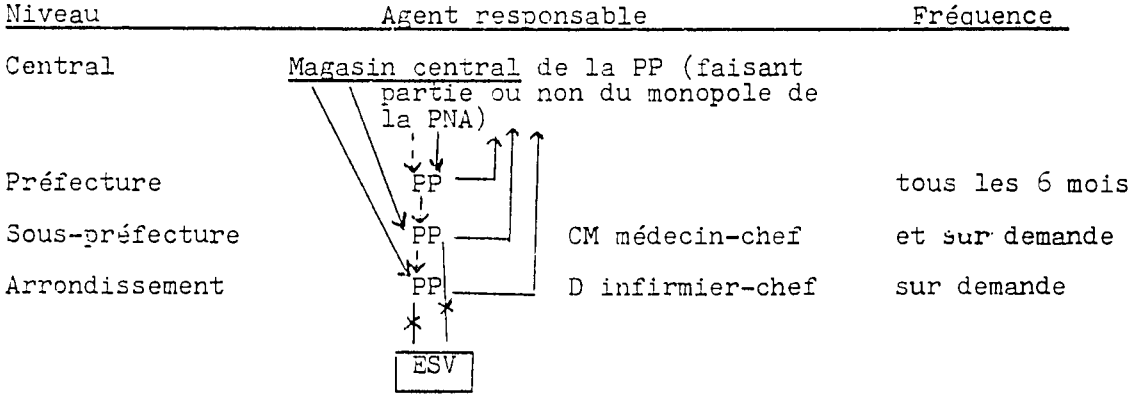
Si le reste du système de santé publique a des médicaments qui ne conviennent pas, l'ESV en pâtira aussi. Si les médicaments fournis par les services de santé publique sont gratuits, tandis que ceux de l'ESV ne le sont pas, et si l'une manque de médicaments alors que l'autre en a, il sera difficile de contrôler les trafics.

De plus, les frais des magasins de stockage devront être à la charge du MSP.

Mais ce système offre aussi des avantages : en effet, il faudra moins de pharmacies et de magasins : si on peut garantir un approvisionnement passif par l'équipe de supervision à partir de la sous-préfecture, il ne faudra qu'un seul magasin/pharmacie par UF. Pour un pays comme le Mali, on prévoit "seulement" 126 magasins/pharmacies (dont les frais de construction sont estimés à 1.300.000 US $, et les charges récurrentes annuelles, à 500.000, chiffres minimums, voir chapitre 8, pp. 84, 85).

L'autre possibilité consiste en un réapprovisionnement irrégulier, dès que les stocks sont épuisés ou près de l'être, effectué par l'ASV lui-même : c'est l'approvisionnement actif.

Figure 4 :



Légende : ↑ voie hiérarchique à suivre pour les bons de commande

↓ " " du réapprovisionnement

* se réapprovisionne personnellement

↶ l'ASV doit obtenir une approbation officielle du bon de commande

PP : peut être une pharmacie populaire ou une coopérative avec pharmacie.

Les avantages sont évidents : l'ASV a un accès direct au réapprovisionnement, à tout moment, et avec une intervention minimum de la bureaucratie du MSP ; après l'obtention de la signature du médecin-chef du CM ou de l'infirmier-chef du D pour marquer l'approbation de la liste de commande de l'ESV, il se réapprovisionne à la pharmacie la plus proche en payant comptant, comme n'importe quel client.

Remarque : il est important pour l'ASV que la pharmacie la plus proche possède les médicaments dont il a besoin. Il importe peu qu'elle soit une succursale de la PP, une coopérative avec pharmacie, ou tout autre entreprise (semi-privée), ou même un magasin du MSP.

Cependant, en ce qui concerne les politiques de prix, il est préférable que la pharmacie soit une PP dépendant du monopole de la PNA, car les prix à la consommation ont tendance à y être plus bas. Ceci peut s'expliquer par les subventions allouées par le gouvernement, des sources extérieures exceptionnelles (UNICEF, etc.), peut-être une fabrication locale, une marge de bénéfice réduite, des taxes peu élevées, une exonération des droits de douane, etc.

La différence majeure entre un magasin de la SP (tableau 2), et une pharmacie coopérative de la PP (tableau 3), est que le plus souvent, la PP est plus apte à assurer un réapprovisionnement régulier parce qu'elle est autonome.

Seul inconvénient : il faut des bâtiments plus nombreux pour faciliter l'accès de l'ASV. C'est la densité de population et les distances qui détermineront s'il faut une pharmacie par arrondissement. Le cas échéant, un pays comme le Mali comportant 20 à 40 villages pour une population totale de 22.500 personnes, doit donc compter 281 pharmacies. En fixant des prix unitaires (voir chapitre 8, p. [illegible]), ceci reviendrait à 14 millions de dollars US pour les frais de construction, et à 1.124.000 $ US pour les charges récurrentes annuelles (en dollars constants).

Il est évident que le budget actuel du MSP (p. 90) ne peut assumer ces frais, mais ils pourraient être couverts en agrandissant graduellement l'entreprise (semi-privée) comme la PP ou les coopératives.

Mais une fois établi, ce réseau fournirait une infrastructure d'approvisionnement en médicaments permanent, qui fonctionne ailleurs aussi, contrairement à la nature "expérimentale" des dépôts des magasins.

Conclusion : le système d'approvisionnement actif semble offrir des avantages beaucoup plus nombreux que le système passif. Cependant, le choix entre ces deux systèmes semble dépendre surtout du réseau d'approvisionnement déjà en place et de la qualité de son fonctionnement. Il faut éviter une multiplication des réseaux de distribution comme les magasins de la SP et de la PP, ou des coopératives de la sous-préfecture, pour l'approvisionnement de l'ESV.

2.2. Politique de fourniture de médicaments au niveau national

Ceci est beaucoup plus complexe que l'établissement concret d'un réseau de distribution, car ceci implique souvent des modifications de la législation, des connaissances professionnelles spécialisées et une acceptation/adhésion unanime de toutes les parties concernées. Connaissant la complexité de la politique nationale en matière de médicaments, nous reprendrons uniquement les points les plus importants en relation avec un programme d'ESV.

A. Analyste financier/pharmacien

Tâches à accomplir : secteur public, para-étatique et privé en cas de besoin.

- prix d'achat et de vente des médicaments essentiels (ME)
- analyse détaillée des prix de vente des médicaments essentiels : index, taxes, douane, etc.
- comparaison des prix de vente avec les prix de l'UNICEF (UNIPAC)
- rupture de stocks : gravité du problème et raisons principales
- raisons principales des différences de prix entre les divers secteurs et par rapport à l'UNICEF
- comparaison des prix entre les différents produits de marque (des différentes sources), mais du même produit générique : échantillonnage d'une trentaine de ME
- volume des achats et des ventes des ME
- proportion (quantité et coûts) des ME par rapport aux autres articles vendus/distribués
- analyse commerciale de l'appel d'offre sur le marché international : catalogues de prix, délai de livraisons, solvabilité, modalités de paiement
- analyse commerciale de l'UNICEF comme source d'achat possible

- réseau de distribution existant : situation, nombre de consultations, volume des ventes, distribution
- charges fixes : les salaires, le stockage et la distribution
- profit, rentabilité du système existant et son impact sur l'économie nationale
- profit/rentabilité des médicaments bon marché : projet d'accroissement du volume des ventes
- partie du budget du MSP consacrée aux médicaments par rapport au budget total du MSP
- répartition ville/campagne
- personnel (pharmaciens, gestionnaires, auxiliaires) du secteur public, privé et para-étatique
- endettement de la PNA et son influence sur l'appel d'offre
- mode d'approvisionnement : commande, stockage, distribution
- facteurs d'éloignement et leur incidence sur les prix et l'approvisionnement
- système de contrôle des stocks à tous niveaux
- gestion centrale de la PNA et de la PP
- montant du fond de roulement
- autogestion des hôpitaux
- production locale : avantages et inconvénients par rapport à l'importation
- contrôle de la qualité
- importation en vrac et emballage local
- coûts d'installation et charges récurrentes de l'extension du réseau de distribution
- paiement des médicaments pour le secteur public : fixation des prix des ME, marge bénéficiaire, comparaison avec les prix de la PP
- coûts de l'administration chargée de gérer le paiement des médicaments au secteur public : installation et charges récurrentes
- dépenses de médicaments par famille : différents milieux socio-économiques, urbains, ruraux, comparaison avec leur pouvoir d'achat, échantillonnage
- rayon d'action/estimation de la population approvisionnée en médicaments

Résumé : recommandations pour résoudre les trois problèmes prioritaires suivants :

a) à quel prix, en provenance de quelle source et par quelle administration les ME peuvent-ils être vendus au secteur public à tous les niveaux, sans conflit avec la PP ?

b) comment éviter la rupture des stocks dans tous les services du secteur public ?

c) augmentation de la population utilisant les ME.

B. Conseiller en santé publique

Tâches à accomplir :

- liste des ME par type, nom générique, nom de marque, présentation, destination (tous les niveaux du secteur public)
- liste standard des médicaments par type et par qualité pour les différents niveaux du secteur public
- manuels d'ordonnances standardisées pour les 30 à 50 maladies les plus fréquentes : pour médecins, pour infirmiers
- analyse/échantillonnage des ordonnances dans les secteurs public et para-étatique : type, quantité et prix des ordonnances, habitudes de consommation
- techniques publicitaires et influence sur le corps médical et sur la population
- révision de la formation des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, relative aux traitements
- problèmes principaux et solutions pour introduire une liste des ME à tous les niveaux.

Résumé : recommandations pour la solution des trois problèmes suivants :

a) comment introduire une liste de ME à tous les niveaux ?

b) liste des médicaments par type et par quantité pour chaque niveau du secteur public

c) comment améliorer l'utilisation (par ordonnance) des ME ?

C. Conseiller légal

Tâches à accomplir :

- revoir les textes de loi relatifs aux produits pharmaceutiques, particulièrement aux systèmes de brevets et de licences, de stockage, d'approvisionnement et de distribution, ainsi qu'à l'accord des brevets à ceux qui établissent les diagnostics et aux distributeurs modernes et traditionnels
- étudier la politique gouvernementale en matière de rémunération des services (diagnostic et provision de médicaments)
- étudier la législation relative à la nature et à la distribution des médicaments contrôlés
- étudier la politique gouvernementale en matière de commande, d'importation, d'imposition et de fixation des prix des médicaments
- analyser les techniques publicitaires des firmes pharmaceutiques et des détaillants
- étudier les possibilités légales d'élaborer une liste de médicaments essentiels de nom générique et de faire utiliser les noms génériques dans les ordonnances, commandes et marketing
- étudier les possibilités légales d'utiliser l'UNICEF et d'autres organisations internationales comme fournisseurs des services de santé publique
- rechercher des possibilités légales permettant d'établir une coordination entre les Etats sahéliens en matière de licences et de distribution de médicaments.

Résumé : réponse aux trois questions principales en matière de législation :

- introduction de l'achat, de la vente et de l'utilisation des ME de nom générique
- honoraires dans le secteur de la santé publique
- liberté d'achat sur le marché mondial.

Conclusions :

Pratiquement tous les points énumérés ci-dessus sont importants. Ils impliquent tous qu'une connaissance approfondie du système existant, ainsi que des efforts considérables, une main-d'oeuvre qualifiée, et des moyens financiers sont nécessaires pour résoudre les problèmes. La solution est possible, le Sri Lanka, l'Ethiopie et la Guyane britannique l'ont prouvé.

CHAPITRE 10 : PLANIFICATION, EXECUTION ET EVALUATION : GRANDES LIGNES

Supposons un pays sans programme d'ESV et qui désire en établir un. Quelles étapes doit-il franchir ? Quelles erreurs doit-il éviter ?

1. L'unité de planification (UP) de l'ESV se compose d'au moins deux hauts fonctionnaires disposant de grands bureaux, d'un secrétariat, de fournitures de bureau, de possibilités d'impression, de moyens de communication et de transports, ainsi que d'un budget propre pour organiser fréquemment des séminaires, publier des communiqués de presse et faire des visites sur le terrain.

Ces fonctionnaires se consacreront exclusivement au programme d'ESV sous tous ses aspects. Ils auront une longue expérience du terrain, des compétences de gestion et un grand dévouement ; ils seront en relation avec les hauts fonctionnaires de tous les ministères concernés.

L'unité se chargera de la planification générale, de la supervision et de l'estimation de l'ensemble des programmes d'ESV. Elle établira un mécanisme de feedback entre le MSP et le terrain, notamment dès le stade de la planification. L'UP est une condition nécessaire à tout établissement d'un programme d'ESV à l'échelle nationale.

A éviter : - un manque de coordination ou de contrôle des programmes d'ESV de la part des différents donneurs,
- une affectation de fonctionnaires du MSP à un programme d'ESV particulier.

Période : il faut compter 6 mois à 2 ans avant que le programme ne soit opérationnel.

2. Unité de fonctionnement et situation géographique : chapitres 2 et 8

Il faut :

- déterminer le nombre d'ESV rattachées aux centres fixes : nous conseillons 10 ESV (la 1ère année s'il n'y a pas d'équipe d'animation rurale en fonction) ou 36 ESV (la 1ère année, s'il y a une équipe d'animation rurale) ou encore 80 ESV (au maximum) par centre sanitaire, ou réparties autour de 4 à 8 dispensaires (suivant la grille du personnel) ;

- préciser le rayon d'action ou le nombre d'habitants desservis par l'ESV, établir un réseau de communications ; stipuler quels sont les villages qui ne bénéficieront pas du programme de l'ESV ;

- établir des cartes et choisir une situation pour chaque centre sanitaire, dispensaire et ESV. De même, chaque arrondissement, sous-préfecture ou préfecture sera divisé en UF ;

- évaluer la population totale concernée ;

- éviter de rattacher un trop grand nombre d'ESV à chaque centre sanitaire ou dispensaire ; veiller à prévoir un nombre d'ESV conforme à la réalité, à ne pas utiliser le village ou l'arrondissement comme base de l'UF (principe ascendant) au lieu de la sous-préfecture (que nous conseillons) en liaison directe avec la préfecture et l'unité de planification du Ministère de la Santé Publique (principe descendant, ou décentralisation).

3. Activités : voir chapitre 5 (page 51).

- choisir des activités détaillées et distinctes pour chaque infirmier ou accoucheuse traditionnelle. (Il ne faut généralement pas d'examen épidémiologique, sauf pour évaluer l'impact sur la santé : avant et après la mise en oeuvre d'une ESV) ;

- définir le rôle du comité du village, s'il existe ;

- préciser soigneusement les rémunérations de services (page 59) ;

- décider une politique des salaires (pages 69, 107) différente selon qu'elle s'applique à l'infirmier ou à l'AT ;

- établir des fiches indiquant les traitements types (page 59) ;

- choisir des activités détaillées pour l'équipe d'animation rurale, l'équipe de formation et de supervision, et pour l'infirmière surveillant le dispensaire ; c'est-à-dire prévoir une administration et des services logistiques pour la formation et la supervision ;

- stipuler la fréquence et la durée des activités de chaque catégorie de personnel.

Eviter de :

- négliger les tâches administratives ou logistiques de l'ESV et du personnel de formation/supervision ;

- surcharger l'ESV avec des travaux de développement communautaire (pages 51, etc.) ;

- négliger les centres vers lesquels les malades peuvent être dirigés ;

- fixer les salaires nets trop élevés ou trop faibles.

4. Critères de sélection de l'ESV et échelle des salaires et des carrières - Chapitre 6 (pages 70 et suivantes)

L'infirmier de l'ESV devra lire, écrire et compter (parfois en arabe ou en dialecte local). Les critères de sélection correspondront aux activités choisies. Choisir de préférence des hommes mariés ou adultes, qui ont plus de chances de rester.

Conseils concernant les rémunérations pour l'infirmier, augmenter chaque médicament de 10 % qui iront soit à la caisse commune du comité du village (celui-ci donnera alors à l'infirmier un salaire fixe), ou qui seront conservés par l'ASV lui-même. L'accoucheuse traditionnelle conservera quant à elle la rémunération traditionnelle, ou alors on fixera un prix net par accouchement, payable en liquide, pour l'AT de type 2 (page 66).

Ceci a pour avantage de réduire le taux de défection, dû au manque de finances, et également de simplifier les opérations.

Les inconvénients de ce système seront :

- l'insuffisance des bénéfices qui ne pourront pas couvrir les dépenses ni assurer un salaire raisonnable ;

- le désir de l'infirmier de devenir un fonctionnaire sur un poste budgétarisé, ou de se voir offrir une occasion de faire carrière ;

- l'augmentation des frais à charge des villageois, déjà surchargés de taxes ;

- le danger de développer une "mentalité d'épicier", c'est-à-dire de pousser à la vente des médicaments pour agrandir au maximum la marge de bénéfices, en dépit des critères de qualité des soins ;

- les plaintes des villageois de ne pas tirer de bénéfice direct de la caisse commune ;

- les occasions de faire carrière sont fréquemment découragées par le gouvernement, et ne sont pas économiquement rentables dans les circonstances actuelles.

Eviter :

- de choisir des hommes analphabètes incapables de compter et qui substituent des symboles à l'écriture (particulièrement dans les tâches administratives ou logistiques) ;

- de choisir des personnes risquant d'abandonner leur poste, comme des étudiants, des étrangers, des travailleurs saisonniers, des opportunistes ;

- de s'abstenir de rémunérer les membres de l'ESV, ou de substituer à leur rémunération une vague aide de la part des villageois eux-mêmes ;

- de faire des promesses de promotion ou de carrière, qui ne peuvent être tenues.

5. Effectifs nécessaires (chapitres 3 et 8)

Il faut :

- établir un emploi du temps pour toutes les catégories de fonctionnaires à tous les niveaux de l'UF ;

- décider qui fera l'animation initiale : l'EAR ou l'équipe du CM ;

- déterminer la fréquence et la durée des activités, particulièrement en ce qui concerne la formation et la supervision (pages [illegible]) ;

- établir le mode d'encadrement du CM et du D, car il influencera le nombre de centres fixes nécessaires (page 91) ;

- évaluer le nombre de fonctionnaires par rapport aux membres de l'ESV : nous conseillons 1 pour 4 ou 5 ;

- évaluer les effectifs nécessaires au niveau national : pour toutes les activités de l'ESV, pour chaque préfecture, en comprenant les équipes de formation/supervision (EFS, page 91) ;

- prévoir les différentes étapes du programme (nombre de nouvelles ESV par an), et établir les prévisions de main-d'oeuvre qui seront largement influencées par la capacité d'absorption du pays ;

- calculer les institutions de formation nécessaires, telles que les écoles pour médecins et infirmiers.

Ces deux derniers points ne seront pas traités dans ce manuel.

Eviter de :

- négliger le temps consacré par l'EAR ou le CM à la sensibilisation initiale, qui représente plus de 50 % du temps consacré par le personnel du CM aux activités de l'ESV ;

- négliger l'EFS de la préfecture avant toute nouvelle implantation d'ESV ;

- négliger les prévisions concernant la main-d'oeuvre supplémentaire qui sera nécessaire en raison du nombre trop peu élevé de fonctionnaires par rapport aux membres de l'ESV ;

- négliger les possibilités d'inscriptions supplémentaires dans les écoles de médecins et infirmiers.

Remarque : les emplois du temps et les besoins de personnel constituent les points cruciaux de la planification.

6. Médicaments et matériel nécessaire à l'ESV (chapitre 7) :

- le choix des médicaments et du matériel se fera en fonction des activités choisies ;

- il faut décider s'il faut séparer ou combiner les médicaments des étapes 1, type 1 et étape 2, type 2,

- et déterminer l'origine des médicaments et la durée de leurs transports (importation directe par exemple de l'UNICEF, ou par l'intermédiaire de la PHA ou de la PP).

Eviter :

- d'utiliser les cases ou les postes de santé (page 75) ;

- de commander des médicaments peu connus (comprimés de chloroquine à 250 mg), ou introuvables (comprimés de pénicilline V), ou très chers (comprimés de fer), ou chers et peu utiles (ganidan) dans le Sahel francophone ;

- une rupture d'approvisionnement des trousses ;

- de commander des articles susceptibles de mettre des années à arriver (trousse de sage-femme UNICEF) ;

- de négliger les articles indispensables (ficelles) ;

- de commander un équipement qui ne soit pas vraiment utile, ou dont l'utilisation est compliquée (surtout pour les articles de la trousse de sage-femme UNICEF) (par exemple, des irrigateurs).

Remarque : la logistique des médicaments et du matériel doit être étroitement liée au temps consacré aux séances de formation, souvent limitées à 2-4 mois par an au cours de la saison sèche, entre les saisons de pluies, des plantations et les moissons. Les trousses complètes doivent être prêtes pour les séances de formation.

7. Les médicaments de l'ESV au sein du système national d'approvisionnement : chapitre 9

Il faut :

- choisir entre le monopole et le système parallèle ;

- décider s'il faut étendre le réseau de la PP ou s'il faut construire des succursales ;

- déterminer une politique de fixation des prix ;

- simplifier les procédures de commandes ;

- établir des réseaux de distribution ;

- distribuer au D et au CH (annexes 2, 3) des listes de fournitures standard ;

- prévoir des changements dans la législation (page 127).

Eviter de mettre sur pied des réseaux de distribution uniquement pour la durée du projet, totalement séparés des réseaux nationaux, et sans garantie de continuation.

8. Projet de programme de formation

Ce dernier point ne sera pas traité dans ce manuel, malgré son importance et les nombreux problèmes qu'il peut soulever. Nous nous sommes en effet concentrés sur l'aspect logistique ou de gestion de l'ESV. Il existe, par ailleurs, une vaste documentation sur la formation.

1) Les manuels pour la formation des éducateurs, traitant de la formation de l'ESV en anglais et en français peuvent être obtenus au Strengthening Health Delivery Services (SHDS), Dr. Saul Helfenbein, Abidjan 1979.

2) Plan de cours : hygiéniste et infirmière, Français, Equipe néerlandaise d'assistance médicale, Niamey, 1978.

3) Projet Santé Rurale, formation des hygiénistes-secouristes et des accoucheuses, Français, IIID, Bamako, 1979.

On peut trouver plusieurs centaines de livres de formation dans la bibliographie donnée ci-après, mais la plupart sont en anglais : soins de Santé Rurale à faible coût et formation du personnel sanitaire, volumes 1 à 4 Centre de Recherche sur le Développement International, Ottawa, 1975.

Trois catégories de personnel nécessitent une formation : les équipes de formation de la préfecture, qui forment le personnel du CM et du D au niveau de la sous-préfecture et de l'arrondissement, qui, à leur tour, forment et supervisent l'ESV. L'idéal serait d'avoir une équipe nationale de formateurs, qui formeraient toutes les équipes de la préfecture.

Les trois facteurs suivants présentent une importance capitale :

a) la formation doit traiter de toutes les activités attribuées à l'ESV, dans les moindres détails ;

b) la formation portant sur la logistique, l'administration et la gestion, et même sur l'entretien des véhicules, est très importante pour tous les groupes mais surtout pour ceux travaillant au niveau de l'arrondissement et de la sous-préfecture ;

c) il faut enseigner à l'ESV la façon d'utiliser correctement le contenu des trousses. L'utilisation de chaque comprimé, de chaque tampon d'ouate, de chaque registre, de chaque emballage de médicaments doit être bien comprise.

- Il faut éviter d'établir des programmes peu réalistes ou peu pratiques (par exemple des tâches de développement communautaire trop nombreuses, des cours de physiologie élémentaire).

- Il ne faut pas négliger les tâches logistiques ou administratives (rapports, contrôle des stocks, réapprovisionnement).

9. Système permettant de diriger les malades vers des centres de soins

Une fois de plus ce point n'a pas été suffisamment traité dans ce manuel parce qu'il se place à un niveau de fonctionnement très différent de celui de l'ESV.

Cependant, comme les connaissances et les moyens de l'ESV sont extrêmement limités (seulement 13 à 27 des 147 médicaments de première nécessité sont accordés à l'ESV, voir annexe) et comme les centres fixes du Sahel sont inefficaces et ont tendance à se dégrader, nous recommandons fortement un renforcement du réseau des centres fixes de soins avant, ou en même temps que l'application des programmes d'ESV. Mais, il se peut qu'une telle tâche outrepasse les fonctions attribuées à l'ESV.

- Les Annexes 1, 2 et 3 donnent un aperçu des besoins en meubles, du matériel, de l'équipement, des médicaments et des locaux nécessaires aux dispensaires. Les besoins supplémentaires sont dus à des défauts dans la construction (toiture, salles d'attente, aire de stockage), et à un approvisionnement d'eau déficient (puits, pompe, plomberie).

- C'est, cependant, au niveau de la sous-préfecture du centre de santé, que l'on rencontre le plus de problèmes (construction, eau, électricité, ameublement, équipement, médicaments, vaccins, nombre de consultations, qualifications du personnel, cuisine, toilettes, literie, logement du personnel, stockage, rayonnage, propreté, transports, gestion du personnel, etc.). La qualité de leurs soins est le plus souvent semblable à celle d'un dispensaire rural. Déjà incapables de répondre aux besoins existants, ils ne sont pas préparés aux tâches supplémentaires impliquées par l'ESV (telles que la formation, la supervision, le diagnostic et le traitement des patients qui leur sont adressés, le stockage des médicaments ou du matériel de l'ESV, et les réparations).

- On ne peut les ignorer, car ils jouent un rôle primordial au sein de l'UF.

- Il faut donc décider s'il faut retarder toute nouvelle mise en oeuvre d'ESV jusqu'à ce que les centres fixes y soient préparés, ou s'il faut accepter la situation telle qu'elle est, c'est-à-dire sans système d'évacuation des malades vers les centres ou avec un tel système, mais largement inadapté.

Les Annexes 1, 2 et 3 donnent des conseils quant aux besoins des CM, mais ne traitent pas la plus grande partie des points. Il faut établir des priorités.

Il faut éviter de :

- négliger d'augmenter le nombre des centres fixes ;

- négliger les systèmes permettant d'évacuer les malades vers ces centres.

Délais :

- pour chaque centre : des mois ou des années

- pour un programme national : des années ou des dizaines d'années.

Remarque :

il faudra tester chacun des points 2 à 9 de ce plan théorique en les comparant aux réalités de chaque niveau, par exemple les besoins ressentis par les villageois ; la façon dont ils sont perçus au niveau de l'arrondissement, de la sous-préfecture, de la préfecture et du MSP ; il faudrait établir des contacts, grâce à de fréquentes visites sur le terrain, avec les fonctionnaires du secteur de la santé et les villageois, afin de discuter des plans au fur et à mesure de leur progression.

10. Prévisions concernant les coûts des unités de service : voir chapitres 4, 7 et 8, et annexes 1 et 2

Ce paragraphe résume toutes les conclusions tirées des étapes 2 à 9, abordées ici sous l'angle budgétaire, en partant des plus petites unités, projetées ensuite au niveau national.

Il faut :

- établir les coûts de base propres à chaque pays (pages 40 et suivantes) ;

- établir des budgets point par point pour l'ESV directement (pages 40 - 48) ;

- projeter les coûts directs d'infrastructure et de personnel au niveau de la préfecture et au niveau national (pages 85 et suivantes) ;

- établir les coûts des ESV (page 101) ;

- déterminer les coûts à supporter par les villageois (pages 98 - 106).

Il faut éviter de :

- faire des estimations de coûts avant de prendre toutes les autres décisions ou de tirer des conclusions des points 2 à 9 ;

- faire des estimations déjà "réduites", en raison du manque de ressources nationales, à un niveau inférieur au niveau minimum d'efficacité (ou inférieur à leur niveau acceptable du point de vue international) ;

- faire des sous-estimations à cause de frais masqués ou parce que l'on néglige les services essentiels ;

- faire des estimations pour des unités de service limitées et isolées au niveau du village et de l'arrondissement, sans les projeter dans le cadre de la couverture totale, au niveau de la sous-préfecture, de la préfecture ou de l'Etat ;

- négliger l'infrastructure nécessaire ;

- négliger les taux d'inflation annuels.

Résumé des points 2 à 10 : les résultats fourniront les réponses aux questions suivantes : comment, combien, où, qui agit et pour quoi faire, quelles ressources faut-il, d'où viennent-elles, combien cela coûte-t-il, et qui doit payer quoi ?

11. Capacité d'absorption : chapitre 8, pages 83 et suivantes

Les montants nécessaires figurant dans les paragraphes 2 à 10 (particulièrement les paragraphes 5 et 10) sont comparés aux fonds disponibles de l'Etat et du village (pages 96, 101, 107, 108). Il est important de faire des estimations de la capacité d'absorption de la sous-préfecture et de l'arrondissement (ils sont en effet la base de l'UF et le centre de tous les services dont dépend l'ESV). On y parviendra en comparant les besoins de l'UF (pages 34 85 94) avec la situation réelle de chaque sous-préfecture ou arrondissement choisi. Toute discordance, surtout en ce qui concerne la main-d'oeuvre, les centres fixes et le transport, sera étudiée dans le document de planification final. On fera une évaluation qualitative en comparant les annexes 1 et 2, la construction de bâtiments et l'approvisionnement en eau avec l'état des dispensaires existants. Il faut tenir compte des conclusions qui se dégagent au sujet du CM (voir point 9).

Remarque : une différence fondamentale avec notre projet de programmation réside dans la tentative d'établir une estimation des besoins réels sans tenir compte des ressources disponibles, et en se basant sur un modèle d'ESV bien structuré. La capacité d'absorption peut alors entraîner une limitation du nombre d'ESV au lieu d'une amélioration qualitative de ces services qui sont ordinairement d'une qualité inacceptable.

12. Document final de planification : il s'agit en fait du résultat des points 2 à 11, détaillés au chapitre 1 (pages 10 - 17). Les tableaux résumant les coûts devraient indiquer les sources de financement possibles au sein du pays (MSP : voir page 102, Ministères du Développement rural, des travaux publics et la participation du village) et de la part des donateurs étrangers (connus et potentiels). Ils devraient, également, mentionner un programme d'exécution réaliste et souple et citer en annexe des listes de médicaments et de matériel, donner une description des travaux et un programme de formation. Il faut compter un délai minimum de 1 à 2 ans pour combiner les points 2 à 11, pour discuter et parvenir à un accord avec les fonctionnaires concernés sur les points principaux du projet, et ce, à partir du moment où l'unité de planification du MSP fonctionnera normalement. C'est pourquoi, il est indispensable d'inclure des taux d'inflation pour au moins 3 à 5 ans.

13. Commandes de marchandises importées : les commandes seront expédiées dès que les procédures, les sources de financement et les firmes d'approvisionnement seront connues, car le délai séparant la date de commande et celle de la livraison est, au mieux, de 6 mois (si on dispose d'argent liquide et si le transport se fait par avion) et au pire, de 3 ans ! Comme il semble que l'UNICEF soit la source la meilleure et la moins chère, il est important d'expliquer ses procédures de commande et de financement.

Procédures de commande et de financement de l'UNICEF :

Il y a en principe 2 procédures :

A) l'UNICEF est à la fois le donneur/payeur et le fournisseur

B) le payeur est un tiers, et l'UNICEF fait office de fournisseur.

Pour la procédure A), il faut prévoir un délai de livraison pouvant aller jusqu'à 3 ans (en moyenne 2 ans) pour les pays enclavés ; pour la procédure B), le temps varie entre 3 et 12 mois (12 mois pour transport par bateau).

Procédure commune pour A et B :

- il faut se procurer le dernier catalogue UNIPAC auprès du bureau central de l'UNICEF à New York ou de son bureau local, régional (Dakar, Abidjan) : la distribution de ce catalogue est sérieusement contrôlée ;

- il faut rédiger la commande suivant les instructions figurant dans l'UNIPAC (voir l'annexe 2). Chaque centre fixe fera des commandes séparées, ainsi que chaque sous-préfecture ayant un programme d'ESV, en répartissant celles-ci dans des catégories différentes (annexe 2) et en précisant le lieu de destination de chaque catégorie : ainsi les produits seront emballés séparément, d'après le centre fixe ou la sous-prefecture et ils seront étiquetés au magasin de Copenhague. Ceci facilite l'arrivée directe à destination des zones rurales ! On évitera de commander des produits non répertoriés par le catalogue UNIPAC ;

- on ajoutera 40 % de la somme totale pour payer le transport par voie terrestre ou maritime et environ 85 % pour le transport par avion. Nous recommandons d'utiliser ce dernier (page 109) ;

- la commande se fera en 6 exemplaires ;

- il faut demander l'approbation des commandes au MSP et au bureau local de l'UNICEF (s'il n'y en a pas, au bureau régional) ; et ce, avant le 1er septembre.

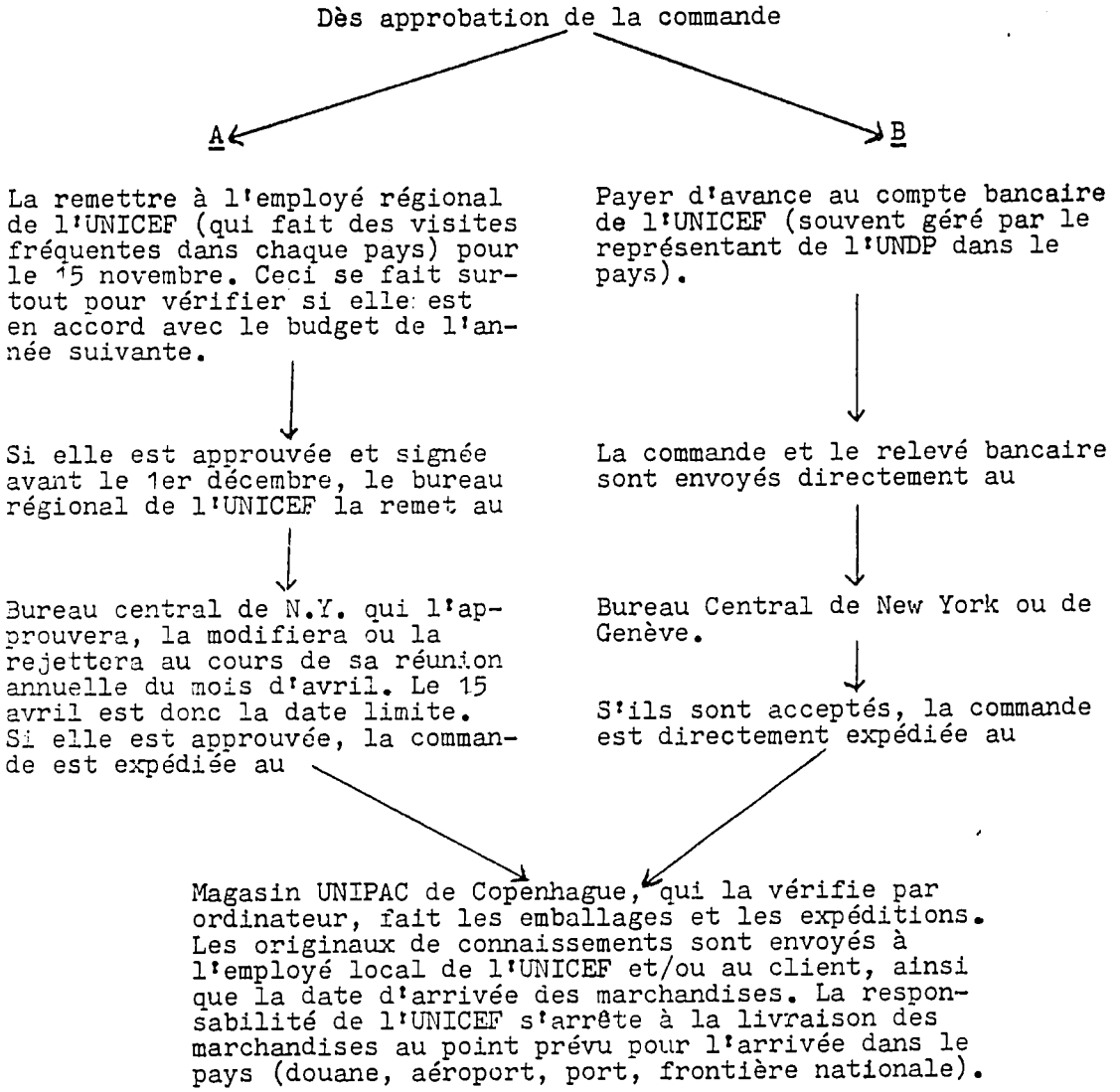
Pour la procédure A), les planificateurs avisés tiennent des listes de commandes prêtes à l'approbation pour le 1er juillet et suivent de près les démarches du Ministère et de l'UNICEF.

Remarque : les différences dans les délais de livraison sont dues aux dates limites fixées pour la procédure A, alors que la procédure B permet de faire des commandes directes au bureau central à tout moment.

Remarque : on peut demander à un employé expérimenté de l'UNICEF de faire les livraisons gratuitement au départ des bureaux régionaux de l'UNICEF.

14. Implantation dans la zone pilote : elle ne se fera qu'après la réalisation des points 2 à 13, et après communication des dates d'arrivée des importations des produits nécessaires. Comme nous recommandons de suivre une stratégie allant du "haut vers le bas" plutôt que du "bas vers le haut", on commencera au niveau de l'unité de planification du MSP et de la sous-préfecture. A cet effet, il faut :

- établir des relations réciproques entre le MSP et la zone pilote : déplacement sur le terrain, notes imprimées, liaison téléphonique, séminaires, contacts avec les fonctionnaires locaux à tous les niveaux, en partant de la sous-préfecture ;


Dès approbation de la commande
A
B
La remettre à l'employé régional de l'UNICEF (qui fait des visites fréquentes dans chaque pays) pour le 15 novembre. Ceci se fait surtout pour vérifier si elle est en accord avec le budget de l'année suivante.
Si elle est approuvée et signée avant le 1er décembre, le bureau régional de l'UNICEF la remet au
Bureau central de N.Y. qui l'approuvera, la modifiera ou la rejettera au cours de sa réunion annuelle du mois d'avril. Le 15 avril est donc la date limite. Si elle est approuvée, la commande est expédiée au
Payer d'avance au compte bancaire de l'UNICEF (souvent géré par le représentant de l'UNDP dans le pays).
La commande et le relevé bancaire sont envoyés directement au
Bureau Central de New York ou de Genève.
S'ils sont acceptés, la commande est directement expédiée au
Magasin UNIPAC de Copenhague, qui la vérifie par ordinateur, fait les emballages et les expéditions. Les originaux de connaissements sont envoyés à l'employé local de l'UNICEF et/ou au client, ainsi que la date d'arrivée des marchandises. La responsabilité de l'UNICEF s'arrête à la livraison des marchandises au point prévu pour l'arrivée dans le pays (douane, aéroport, port, frontière nationale).

- renforcer l'infrastructure existante (équipe de formation/supervision à la préfecture ou à la sous-préfecture indifféremment) comprenant les infirmier(e)s du dispensaire/arrondissement ;

- commencer l'animation initiale des villages, mais uniquement si on peut former une ESV la même année ;

- commencer la formation des membres de l'ESV ;

- commencer la supervision des membres de l'ESV ;

- établir des relations réciproques permanentes entre l'unité de planification du MSP et les villages.

15. Evaluation régulière : chapitre 1, (sauf si des évaluations épidémiologiques sont particulièrement visées dans un projet pilote avant - après examen), il faudra :

- faire uniquement une évaluation descriptive : établir, d'après le chapitre 1, un questionnaire, utiliser les points 2-10 de la planification (ou nos chapitres 2 à 9), comme points de comparaison. Faire des évaluations 6 mois à 1 an plus tard, quand l'ASV a terminé ses séances de formation.

16. Corrections : on modifiera le plan initial si les évaluations en démontrent la nécessité.

17. Entretien et expansion progressive au niveau national :

Calendrier global :

a) Phase de préparation : point 1 : 6 mois - 2 ans
points 2 à 13 : 1 à 2 ans

b) Délai de livraison du matériel importé : point 14 :
6 mois à 3 ans

c) Exécution pour l'étude faite au niveau de la sous-préfecture/arrondissement : 1 à 3 ans pour la création d'infrastructure du CM ou du D
2 à 5 ans pour le programme ESV

Si l'on recherche une expansion au niveau national, il faut prévoir plusieurs dizaines d'années pour établir l'infrastructure et le programme d'ESV.

Ceci signifie qu'il faut prévoir un délai de 2 à 7 ans entre la planification et l'exécution pour la région pilote, et de 3 à 10 ans pour une expansion nationale.

CHAPITRE 11 : CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés, dans ce manuel, d'aborder les problèmes principaux et de proposer un éventail de solutions basées sur un programme d'ESV modèle, aussi proche que possible de la réalité prévalant dans la région francophone du Sahel. Cette tâche est ardue, nous l'avons vu.

En raison des conditions de travail difficiles, une certaine souplesse doit nous permettre de modifier ou même d'abandonner certains objectifs et d'apporter d'autres solutions, plutôt que de s'obstiner à tenter l'impossible. En effet, on pourrait remplacer avec succès l'ASV qui distribue quelques médicaments de base, par un réseau privé de distribution commercial, étendu aux zones rurales.

Dans ce cas, les dépenses récurrentes à charge du gouvernement en seraient certainement considérablement réduites, et les risques d'une mauvaise utilisation des médicaments n'en seraient pas plus grands. Un agent commercial serait par exemple, beaucoup plus que l'ASV, porté à vendre le traitement complet pour le paludisme, surtout si les prix nets sont trop bas et que l'ASV est mal rétribué.

Nous pensons que c'est l'analyse détaillée des coûts et des budgets, et l'évaluation de la capacité d'absorption à tous niveaux qui donnent tout son intérêt à ce manuel. C'est cet aspect économique qui a primé dans nos recherches. Il va de soi qu'en essayant d'étudier, de façon approfondie, des problèmes non encore résolus, comme nous l'avons fait parfois, on court le risque de se perdre dans les détails et de multiplier les erreurs en les projetant au niveau national.

C'est la raison pour laquelle ce rapport est proposé, à titre d'exemple, en vue d'améliorer la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes d'ESV.

ANNEXE 1

LISTE DES MEUBLES ET DE L'EQUIPEMENT NECESSAIRES AU DISPENSAIRE RURAL

Article : Meuble/équipement d'un bureau :	Nombre	Origine	Prix total $US
1) Salle d'attente : - banc en bois (2mx4m x 45cm)	2	locale	50
- quelques posters sur l'éducation sanitaire	"	"	15
Total (approx.)			65 $US
2) 1ère salle : enregistrement/diagnostic/fourniture des médicaments de routine stockage/réhydratation orale			
bureau avec 3 tiroirs, en bois, large (1,50x0,70x0,75m)	1	locale	200
- classeur en bois (50 x 50 cm)	2	"	5
calendrier	1	"	?
- boîte à papier brouillon, surtout pour emballer des médicaments, mais aussi pour envoyer les malades vers des centres fixes de soins	1	"	5
- chaise en fer	2	"	30
banc en bois (150 x 30 x 45 cm)	1	"	25
boîte à médicaments en bois avec 6 compartiments pour médicaments de routine tels que : comprimés d'aspirine, chloroquine, charbon actif, vitamines, fer, avec une étiquette donnant la quantité	1	"	15
- grande poubelle plastique avec couvercle	1	"	13
- registre journalier, rapports mensuels etc., crayons à bille, crayons, taille-crayons, gomme, règle	1	"	10
- armoire fermant à clé avec étagère, en métal	1	"	200
- matériel de nettoyage : 2 balais, 2 seaux, 5 chiffons, boîte de détergent	1	"	25
table (150 x 50 x 100 cm)	1	"	100
- boîte de réhydratation en bois (50 x 15 cm)	1	"	10
- support rigide avec pince (pour simple traitement manuel)	2	"	5
toile plastifiée, grande, solide	2	"	10
- seau avec couvercle, plastique	1	"	12
Total (approx.)			675 $US

	Nombre	Origine	Prix total $US
3) 2ème salle : pansement/injection/petite chirurgie/dentisterie/stockage			
- table, en bois, pour examen (2mx1mx60cm)	1	locale	100
- armoire fermant à clé, avec étagère en métal	1	"	200
- étagère en métal à 5 niveaux (ou en bois)	2	"	350(50)
- table roulante ou petite table (1mx80cmx90cm) à 2 niveaux	2	"	100
- chaise en métal	3	"	45
- bassine avec 2 bols métalliques et porte-serviettes/savon	1	"	40
- réchaud à charbon (plateau en fer avec trépied) et pinces à charbon	1	"	40
- seau en plastique avec couvercle	2	"	25
- poubelle	1	"	10
- boîte à charbon, en bois avec couvercle	1	"	15
- boîte pour les cartes de contrôle du dispensaire, en bois	1	"	10
- jerrican, en plastique clair, avec des robinets	2	"	25
- toile plastifiée, grande et solide	3	"	15
- boîte à savon et 2 brosses à main	2	"	5
Total			980 $US
Total général des meubles			1.655 $US

Article : équipement médical :

1) 1ère salle			
- Stéthoscope, biauriculaire, type Ford, complet	1	0686000	1,54
- torche avec piles	1	locale	5
- otoscope : marque Heine Miniset (pas UNICEF)	1	Angleterre/USA	30
- plateau genre cafétéria	1	locale	2
- thermomètre centigrade oral avec étui	12	0481500	3,60
- bol, 500 cc en plastique ou métal	5	locale	5
- bâtonnet en bois (ou allumette) pour bâtonnet à tampon	200	"	"
- abaisse-langue en bois dans une boîte ou bol (une boîte étant marquée : utilisée et l'autre étant marquée : propre)	500	0621000	2,39
- bassine 500 cc en plastique ou métal	3	locale	6
- balance pour adulte, type salle de bain	1	0139900	7,94
- pèse-bébé (10 kg)	1	0145500	30,84
- un service de réhydratation orale : 2 tasses et 5 cuillers, seringues plastiques 5 lm, 10 bouteilles d'1l, 3 boîtes en fer blanc, 2 entonnoirs	1	locale	16
- Seringue à oreilles, métallique, grande, type kramer avec extrémité libre	1	0783000	14,35
- bol "haricot" inox	1	0210000	1,49
- verre (200 ml)	5	locale	4,00

	Nombre	Origine	Prix total $ US
- cuvette crachoir (stérilisable) de 30 ml	50	0324970	1
- sphygmomanomètre, pour table avec bande*	1	0684000	29,41
charte oculaire, pour analphabète avec des barres* en couleur rouge/vert	1	0610000	0,66
- bol pour thermomètre avec bouchon plastique	2	0334200	0,60
- hémoglobinomètre, genre Sahli*	1	0950000	28,88
- pipette Sahli 0,02ml pour hémoglobinomètre* avec fermeture, tube en caoutchouc*	2	0950500	0,94
- lancette à saigner, jetable	1000	0531990	8,75
support-tube à essai en bois*	1	0968520	1,76
tube à essai en verre 150 x 25 mm *	12	0980020	1,82
brosse pour tube à essai*	2	0923600	0,34
acide hydrochlorique, 2 % avec bouteilles*	500 ml	?	
Total (approx.)			205 $US

2) 2ème salle :

marmite à pression, capacité 7 l avec soupape (sans anneau plastique) non électrique	1	2039505	25,87
tambour stérilisable s'adaptant à la marmite à pression	2	0109000	51,10
- pendule, avec remontoir	1	0983405	14,44
- tablier, vinyl clair	2	0305000	2,64
- bassine de forme "haricot" en inox	3	0210000	4,47
- récipient à pansements, inox, étiqueté, 2,13 litres	5	0255000	25,85
- récipient à couvercle en inox, étiqueté	3	0276500	15,15
- pince à dissection, extrémités à dents fines	2	0736650	2,08
- pince (cheatle) en inox	2	0735400	11,56
- porte aiguille, en inox	2	0743600	6,42
- paire de ciseaux, pour chirurgie	2	0771000	2,44
- paire de ciseaux pour couper les bandages	2	0770000	5,44
- plateau, genre cafétéria en plastique ou en métal	3	locale	6
bol de 500 ml en plastique ou métal	2	"	1
pince à gaze, à coton, ou à éponge	1	0735000	4.50
pierre d'affûtage à huile Arkansas/carborundum	1	4089800	4,54
rasoir avec 20 lames	2	locale	5
- torche avec piles	1	"	3
- collection d'aiguilles à suture, courbes, petites de 1,2 cm, à arêtes, avec un chas	24	0759302	1,50
- boite avec fermeture pour toile en coton (locale), ouate (locale), rouleau de gaze (local) : non stériles mais propres		locale	4
- couteau pour petite chirurgie, inox	3	0745000	3,93
- lame stérilisable adaptée aux manches en inox	25	0746200	1,0
- boite de 300 ml avec couvercle, étiquetée	5	0256000	7,8
- bouteille de diverses grandeurs en verre, étiquetée, avec bouchon	10	locale	10,00

	Nombre	Origine	Prix total $ US
- seringue en verre à luer stérilisable, de 5 cc, s'adaptant aux aiguilles	15	0784000	5,10
- aiguille hypodermique, 3/4 stérilisable adaptée aux seringues		0751000	1,48
- plateau à instruments, grand, avec couvercle, pour instruments dentaires	1	0276500	5,05
- tasse	3	locale	,6
- jeu de 5 pinces pour extraction des dents d'enfants	1	1257600	21,86
- jeu de 5 pinces pour extraction de dents d'adultes	1	1253000	28
		1257000	
		1257500	
		1250000	
		1252000	
		1254000	
- attelle pour main ou pied, en plastique ou en bois (non gonflable)	2	0555765	21,58
- brancard, pour le transport des malades	1	0180000	30,16
- lampe à pétrole à 2 becs, sans pression, modèle sol *	1	2005000	19,30
	Total approximatif		370 $US
	Matériel : total général		614 $US
	Meubles et matériel d'équipement : total général		2232 $US

Légende * non recommandé, mais à discuter

1256000 : N° du code indiquant l'UNICEF comme origine : catalogue UNIPAC des prix 80, frais de transport exclus.

L'investissement pour le matériel, l'équipement et les meubles d'un dispensaire rural est approximativement de 2.300 $US, à condition que :

- l'UNICEF fournisse la plus grande partie du matériel ;

- les prix locaux ne soient pas beaucoup plus élevés.

Il faut ajouter à ce prix sur catalogue, le fret aérien (50 % du total), le stockage central et la distribution (30 %), ce qui porte le total à 4.000 $US, somme qui est plus réaliste.
Mais si le matériel d'équipement provient d'une source autre que l'UNICEF, il faut prévoir un total de 5.000 $US ou plus.

Nos calculs sont basés sur :

1) les locaux : 2 salles utilisées à des fins médicales (approx. 12 m^2 : 4x3m).
1 salle d'attente (approx. : 20 m2).

2) le personnel : 1 infirmier du premier cycle
1 gardien/manoeuvre

3) les activités : - enregistrement / tenue des fiches / rapports
- éducation sanitaire de groupe / individuel limité
- diagnostic limité
- traitement se limitant à: des pansements
des piqûres
de la petite chirurgie
la réhydratation orale des enfants
la dentisterie simple (extraction)
- l'évacuation des malades vers des centres médicaux
- la pharmacie
- la stérilisation des instruments
(la supervision de l'ASV n'a pas été calculée)

4) Taux de change : 1 $ US = 200 CFA

LISTE DES MEDICAMENTS ANNUELLEMENT NECESSAIRES A UN DISPENSAIRE OU POSTE DE SANTE RURAL

ANNEXE 2 :

Source (N° code et prix) : UNIPAC, 1980
Quantité : Catégorie II - 5000 consultations/an
Catégorie I - 2500-3000 consultations/an.

MEDICAMENTS : NOM GENERIQUE ET PRESENTATION	N° CODE	PRIX UNITAIRE US$	QUANTITE		COUT TOTAL US $	
			Catégorie I	Catégorie II	Catégorie I	Catégorie II
Aspirine, 300 mg/1000 comp.	1506002	1,84	30	15	55,20	27,60
Penicilline G. Inj 1 Mil VI av. diluant	1557980	0,09	200	100	18,00	9,00
Penicilline G + procaïne, (PAM), 10ml	1559000	0,36	100	50	36.00	18,00
Tetracycline Hydro-chlorique, 25mg/1000 comp.	1569000	13,59	1	½	13.59	6,72
Penicilline V, orale, 250mg/100 comp.	1559050	1,85	40	20	74	37
Sulphadimidine, 500mg/1000 comp.	1568025	12,07	1	½	12,07	6,03
Piperazine adipate, 500mg/1000 comp. [1]	1560000	4,10	2	1	8,20	4,10
Chloroquine, 100mg/1000 comp. [2]	1532002	7,67	15	7	115,05	57,64
Sulphate de fer/acide folique 0,3g/1000 Comp.	1550010	1,27	15	7	19,05	8,89
Vit. A + D, 4000/400 V.I./1000 caps.	1586000	1,55	3	1	4,65	1,55
Polyvitamine/sulphate de fer et Folate/1000 comp.	1555810	2,98	5	3	14,90	8,94
Paraffine molle blanche, 500g	1059200	1,88	4	2	7.52	3,76
Chlorure de Benzalkonium ; conc. 50 %, 5 litres	1515000	14,10	1	½	14,10	7,05
Poudre pour réhydratation orale/pour 1 litre	1561105	0,07	100	50	7	3,50
Tetracycline pommade ophto ; 1%, 5g	1510000	0,10	100	50	10,00	5,00
Sulphonamide en poudre, 500 g	1568000	7,53	2	1	15,06	7,53
Gaze hydrophile non stérile, 1m x 100m*	0521900	12,36	50m (½)	25m(1/4)	6.18	3,09
Bande de gaze non stérile, 50mm x 9m*	0512101	0,18	50	25	9,00	4,50
Coton hydrophile non stérile, 450g/rouleau*	0519600	1,07	12	6	12,84	6,42
Ruban adhésif, oxyde de zinc, 25 x 900m rouleau	0501000	0,15	20	10	3,00	1,50
Aiguille hypodermique, luer/12,09x51mm, 20Gx2"	0749500	0,40	2	1	0,80	0,40
" " " /12,07x38mm, 22Gx1,5"	0750000	0,38	2	1	1,76	0,38

MEDICAMENTS : NOM GENERIQUE ET PRESENTATION	N° CODE	PRIX UNITAIRE US$	QUANTITE		COUT TOTAL US $	
			Catégorie I	Catégorie II	Catégorie I	Catégorie II
Seringue hypodermique, luer verre, 2ml	0783500	0,29	10	5	2,90	1,45
Seringue " " " , 5ml	0784000	0,34	10	5	3,40	1,70
Compresse stérile, 76 x 76mm/12*	0522000	0,03	100	50	3,00	1,50
Suture, coton blanc, non stérile, OOUSP/91m	0561000	1,48	2	1	2,96	1,48
Aiguille suture, ½ circ/12	0759302	0,75	10	5	7,50	3,75
Suture, soie noire, stérile, OO USP, 760mm	0565001	0,25	20	10	5,00	2,50
Savon de toilette, 113g*	0552000	0,10	20	20	2,00	2,00
Huile de clou de girofle, à usage dentaire, 20ml	1350000	2,02	10	5	20,20	10,10
				Total :	543,28	272,21

Taux d'inflation annuel : 79/80 : 15 %

Légende : * Aussi comme achat local (prix variable)

1. Sa nécessité est fonction de l'incidence d'ascariose
2. " " " " du paludisme

Le coût total des fournitures annuelles de médicaments à un dispensaire de IIème catégorie est environ : 543 US $ = 110.000 FCFA

et de Ière catégorie environ : 272 US $ = 55.000 FCFA

Origine : UNICEF, frais de transport non inclus 1 US $ = 200 FCFA

ANNEXE 3

LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, NOMS GENERIQUES, NOMS DE MARQUE

Légende : H : hôpitaux
CM : centres médicaux dirigés par un médecin
I : infirmerie : centres médicaux dirigés par un infirmier d'Etat
D : dispensaire
ESV : équipe de santé villageoise

* : noms de marque communément utilisés dans le Sanel francophone : Vidal 1979
(X) : en fonction de la destination du matériel et des compétences du personnel
(N° Code) : à réviser car d'usage limité, et surtout utilisé dans les hôpitaux
° : rarement utilisé dans les pays francophones
MC : médicament contrôlé (stupéfiant)
(M/U) : médicament pour urgence, avec hospitalisation

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
1.	Médicaments analgésiques, antipyrétiques non stéroïdaux, anti-inflammatoires, anti-goutte								
1.1.1.	Acide acétylsalicylique	Aspirine	comprimés	300 ou 500mg	X	X	X	X	X
1.1.2.	" "	"	"	75mg	X	X	X	X	
1.2.	Paracetamol° ou	Doliprane	"	500mg	X	X	X	X	
	Ibuprofene	Brufen	"	500mg	X	X	X	X	
1.3.	Allupurinol	Zyloric	"	100mg	X	X	(X)		
1.4.	Indomethacin	Indocid	capsules	25mg	X	X	(X)		
2.	Analgésiques, antispasmodiques								
2.1.1.	Butyl hyoscinebromate	Buscopan	comprimés	10mg	X	X	X	(X)	
2.1.2.	" "	"	ampoules	20mg 1ml	X	X	(X)		
3. CD	Analgésiques, Stupéfiants								
3.1. (M/U)	Pethidine	Dolosal	ampoules	50mg, 1ml	X	X			
3.2. (M/U)	Morphine et Atropine	-	"	10mg/06mg, 1ml					
3.3.	Dihydrocodeine tartrate°	DF 118	comprimés	30mg	X	X	X	(X)	
4.	Antiallergiques, anti-histaminiques, anti-migraine, anti-émétiques								
4.1.1.	Promethazine ou Chlorophéniramine	Phenergan Systral	comprimés "	24mg 4mg	X X	X X	X X	(X) (X)	
4.1.2.)	Promethazine	Phenergan	ampoules	50mg, 2ml	X	X	X	(X)	
4.2.	Ergotamine + Caféine	Gynergen Caféiné	comprimés	1mg/100mg	X	X	X	(X)	

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
5.	Anesthésiques locaux								
5.1.1.	Lidocaine	Xylocaine ou Lignocaine	vial	1%, 50ml	X	X	X	(X)	
5.1.2.	Lidocaine (aussi antiarrhythmique)	"	"	2%, 50ml	X	X	X		
5.2.	Chlorethyl	-	embrum/ pulvérisé		X	X	X	X	
6.	Sédatifs, antiépileptiques, hypnotiques								
6.1.1.	Phénobarbital	Gardenal	comprimés	100mg	X	X	(X)		
6.1.2.	"	"	"	10mg	X	X	X	X	
6.2.1.	Diazepam	Valium	"	10mg	X	X	X		
6.2.2.	"	"	ampoules	10mg	X	X	X	(X)	
(6.3.)	Chlorpromazine	Largactil	comprimés	50mg	X	X	X	(X)	
(6.4.)	Phenytoine	Dihydan	"	100mg	X	X	(X)		
7.	Antitussives								
7.1.1.	Codeine	Codethyline	comprimés	5mg	X	X	X	(X)	
7.1.2.	" linctus		sirop	5mg/5ml	X	X	X	(X)	
8.	Médicaments Antiasthmatiques et antichocs								
8.1.	Aminophylline	Inophylline	ampoules	250mg, 10ml	X	X	(X)		
8.2.	Salbutamol[O]	Ventoline	comprimés	2mg	X	X	X	(X)	
8.3. (M/U)	Adrenaline	-	ampoules	1/1000-Aml	X	(X)			
8.4. (M/U)	Epinephrine	-	"	1mg, 1ml	X	(X)	(X)		
9.	Antacides								
9.1.	Hydroxide d'Aluminium/Magnesium[O]	-	comprimés	500mg	X	X	X	X	
10.	Antidiarrhéique								
10.1.	Charbon activé	Charbon	comprimés		X	X	X	X	X
10.2.	Liquide réhydration orale[O] - Glucose - Bicarbonate de sodium - Chlorure de sodium (sel) - Chlorure de potassium	Oralite	poudre		X	X	X	X	(X)
11.	Antibiotiques/Antibactériens								
11.1.1.	Ampicilline ou Amoxycilline	Totapen Penbritine Penicilline etc. ou Amoxil	comprimés ou capsules	250 ou 500mg	XX	X	X	X	(X)
11.1.2.	"	"	sirop	125mg-100ml	X	X	X	(X)	
(11.1.3)	"	"	ampoules	1g,-6ml	X	X	(X)		

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° Code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	P	CM	I	D	ESV
11.2.1.	Benzylpenicilline	Penicilline G-Diament	fiole	1 mega UI	X	X	X	(X)	
11.2.2.1.	Phenoxymethylpenicilline	Oracilline, Ospen etc.	comprimés	250mg	X	X	X	X	(X)
11.2.2.2.	"	"	sirop	125mg, 100mg	X	X	X	(X)	
11.2.3.	Procaine penicilline^{O}+Benzylpenicilline	Bi(peni)cilline	fiole	3mega+1megaUI	X	X	X	X	
11.2.4.	benzathine Benzylpenicilline	Extencilline	ampoules	2,4mega UI	X	X	X	(X)	
11.3.1.	Chloramphenicol	Tifomycine etc.	comprimés	250mg	X	X	X	X	(X)
(11.3.2.)	" succinate	"	ampoules	1g-3ml	X	X	X		
11.4.1.	Erythromycine	Abboticine, Propiocine	comprimés	250mg	X	X	X	X	
11.4.2.	"	"	sirop	125-100ml	X	X	X	(X)	
11.5.1.	Cloxacilline	Cloxypen, Orbenin	capsules	500mg	X	X	X	(X)	
(11.5.2.)	"	"	fiole	19-6ml	X	X	(X)		
(11.6.)	Gentamycine	Gentalline	"	80,000UI-2ml	X	X	(X)		
11.7.1.	Tetracycline	Hexacycline Bisolvomycine Amphocycline	comprimés	250mg	X	X	X	X	(X)
11.8	Sulphonamides								
11.8.1.	Sulphadimidine^{O}		comprimés	500mg	X	X	X	X	(X)
11.8.2.1.	Cotrimoxazole	Bactrim, Eusoprim, Septrin	"	80/400mg	X	X	X	(X)	
11.8.2.2.	"	"	"	40/200mg	X	X	X	(X)	
11.9	Contre la tuberculose								
11.9.1.1.	Isoniazide + Thiacetazone^{O}	Diatebene	"	300+100mg	X	X	X	X	
11.9.1.2.	" "	"	"	100+50mg	X	X	X	X	
11.9.2.	Isoniazide	Rimifon	"	100mg	X	X	X	X	
11.9.3.1.	Streptomycine	Panstrilline,	fiole	1g					
11.9.3.2.	"	Unicilline	"	5g	X	X	X	X	
		"	"		X	X	(X)		
(11.9.4.)	Ethambutol	Myambutol	comprimés	400mg	X	(X)			
(11.9.5.)	Rifampicine	Rimacton	capsules	300mg	X	(X)			
11.10	Contre la lèpre								
11.10.1.1.	Diphenylsulphone	Dapsone	comprimés	25mg	X	X	X	X	
11.10.1.2.	"	"	"	100mg	X	X	X	X	
(11.10.2.)	Clofazimine^{O}	Lamprene	"	100mg	X	X	X	X	

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° Code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
12.	Antiprotozoique								
12.1.	Antipaludienne								
12.1.1.	Chloroquine	Nivaquine (Resochine)[O]	comprimés	100(250[O])mg	X	X	X	X	X
12.1.2.	Pyrimethamine[O]	Daraprim	"	25mg	X	X	X	X	(X)
12.1.3.	Primaquine[O]	-	"	7.5mg	X	X	X	(X)	
12.1.4.1.	Quinine	Quinimax	ampoules	400mg	X	X	X	(X)	
12.1.4.2. (M/U)	"	"	"	100mg	X	X	X	(X)	
12.2.	Ambiase/Giardiase								
12.2.1.	Diloxanide Furoate[O]	Furamide	comprimés	500mg	X	X	(X)		
12.2.2.	Metronidazole	Flagyl	"	250mg	X	X	(X)	(X)	
12.2.3.	Mepacrine[O]	Atebrine	"	100mg	X	X	(X)		
13.	Anthelmintique								
13.1.	Vers Ronds								
13.1.1.	Piperazine[O]	-	comprimés	500mg	X	X	X	X	(X)
13.1.2.	Thiabendazole ou Mebendazole	Mintezol	"	500mg	X	X	(X)	(X)	(X)
13.2.	Vers plats								
13.2.1.	Niclosamide ou Dichlorophen[O]	Tredemine (Yomesan) ou Antiphen	comprimés	500mg	X	X	X	X	
13.3.	Ankylostome								
(13.3.1.)	Bephenium ou Tetrachlorethylene[O]	Alcopar	granules ou		X	X	X	X	
			capsules ou comprimés	2.5g	X	X	X	(X)	
13.4.	Vers de Guinée - Antibilharsique								
13.4.1.	Metrifonate[O] ou Oxamniquine[O]	-	comprimés		X	X	X	X	
13.4.2.	Biltricide ou Niridazole	Praziquantel ou Ambilhar	"	500mg	X	X	X	(X)	
13.5.	Antifilarial								
13.5.1.	Diethylcarbamazine	Notezine	comprimés	50mg	X	X	(X)		

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EX[illegible]

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
14.	Antianemique								
14.1.	Sel ferreux[O] (Phosphate/Gluconate de Fer)	Ferograd-Ferrostrane	comprimés	300mg	X	X	X	X	X
14.2.	Acide folique[O] (seul ou mélangé à du sel ferreux)	-	comprimés	5mg	X	X	X	(X)	
14.3.	Dextrane de fer	Imferon	ampoules	100mg	X	X	(X)		
15.	Antihypertenseur								
15.1.	Hydrochlorothiazide (aussi Diurétique) ou Chlorthalidone	Esidrex, Moduretic, Hydromet ou Hygroton	comprimés	250mg ou 100mg	X X	X X	(X) (X)	(X) (X)	
15.2.	Guanethidine ou Reserpine	Ismeline ou Serpasil	"	10mg	X	X	(X)		
15.3.	Propanolol (aussi Antianginal, Antithyroïde) ou Oxprénolol (aussi Antiarrhytmique)	Inderal, Avlo cardyl ou Trasicor	"	40mg ou 80mg	X	X	(X)		
15.4. (M/U)	Diazoxide ou Pentolinium	Hyperstat ou Ansolysen	ampoules	300mg-2ml 50mg-10ml	X	(X)			
(16)	Antianginal								
16.1.	Glyceryl trinitrate	Nitroglycerine	comprimés	0.5mg	X	X	(X)	(X)	
(17)	Glycosides Cardiaques								
17.1.	Digoxine	-	comprimés	0.25mg	X	(X)	(X)		
17.2.1.	Lanatoside C	Cedilanide	gouttes	1mg/1ml/30ml	X	(X)	(X)		
(17.2.2.)	"	"	ampoules	0.4mg-2ml	X	(X)			
18	Diurétiques								
18.1.1.	Furosemide	Lasi(li)x	comprimés	40mg	X	X	X		
18.1.2.	"	"	ampoules	10mg	X	X	(X)		
19.	Pansements								
19.1.1.	Gaze hydrophile, non stérile, à couper en bandes et tampons	-	ballot	5/10cmX1m, 40 X 40cm	X	X	X	X	X
19.1.2.	Gaze hydrophile stérile : rouleaux et tampons	-	rouleau/tampon	5/10cmX1m 40 X 40cm	X	X	(X)	(X)	
19.2.1.	Coton hydrophile non stérile (local)	-	sac	-	X	X	X	X	X
19.2.2.	Coton hydrophile stérile	-	rouleau		X	X	(X)		
19.3.	Coton, toile non stérile pour divers usages (bandage, rouleau, toile triangulaire)		ballot		X	X	X	X	X
19.4.	Plâtre, produit local, (bandages non stériles et plâtre)	-	sac	10cm/1m	X	X	X	(X)	
19.5.	Paraffine ou vaseline ou huile pour tulle gras local (rouleau non stérile et paraffine chauffée)	Tulle gras	boîte	40cmx40cm	X	X	X	X	

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
19.6.1.	Ruban adhésif, oxyde de zinc	-	rouleau	2cmx5m	X	X			
19.6.2.	" " "		"	5cmx5m	X	X	X	X	(X)
19.7.1.	Sparadrap	Sparadrap	barre	2.5cm large	X	X	X	X	(X)
19.7.2.	"	"	"	5cm large	X	X	X	X	
19.8.	Bandage élastique	-	rouleau	10/15cm large	X	X	X	X	
(19.9)(M/U)	Esquile et tourniquet : pour doigt, bras, jambe	-	-	-	X	X	X	X	
19.10	Bandes pour attacher le cordon combilical	Ligature ombilicale	bande/barre	15cm long	X	X	X	X	X
20.	Hormones								
20.1.	Corticosteroïdes								
20.1.1.	Prednisolone	Hydro cortancyl	comprimés	5mg	X	X	(X)		
20.1.2.1. (M/U)	Hydrocortisone	-	fiole	100mg, 5ml	X	X	(X)	(X)	
20.1.2.2. (M/U)	"	-	"	19,5 ml	X	X	(X)	(X)	
(20.1.3.)	Dexamethasone	Decadron	comprimés	0.5mg	X	(X)	(X)		
20.2.	Contraceptifs Oraux/Hormones femelles								
20.2.1.	Noresthisterone + Ethinylestradiol	Anovlar, Planor, Minipilule, etc.	comprimés	0.5(-1mg) 0.01(-0.03)mg	X	X	X	X	
(20.2.2.)	Norethisterone	Milligynon, Norluten	"	0.5-1mg	X	X	(X)		
(20.2.3.)	(Ethinyl)estradiol	Adepal etc.	"	0.01-0.03mg	X	X	(X)		
20.3	Obstétrique								
20.3.1.1.	Ergometrine	-	ampoules	2mg, 1ml	X	X	X	(X)	
20.3.1.2.	"	-	comprimés	0.5mg	X	X	X	(X)	(X)
(20.3.2.)	Oxytocine	Syntocinon	comprimés	2 IV, 2ml	X	X	(X)		
(20.3.3.) (M/U)	Ergometrine + Oxcytocine	Syntometrine	comprimés	0.5mg+5 UI,ml	X	X	X	(X)	
20.4	Hormones Thyroïdales et Antagonistes								
20.4.1.	Iodine en solution aqueuse : iodide de potassium	Solution Lugol	gouttes	Iodine 5 % Kiodine 10 %	X	X	X	X	(X)
20.4.2.	Thyroxine de sodium	-	comprimés	0.1mg	X	(X)			
(20.4.3.)	Propylthiouracil ou Carbimazole	-	comprimés	50mg	X	X	(X)		

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
21.	Immunologiques : Doivent être gardées dans un frigidaire								
21.1.	Sérum et Immunoglobulines (IG) Dans le mesure du possible, il faut utiliser les IG au lieu des antitoxines, malgré les différences de prix								
21.1.1.	Antitoxines du Tétanos et IG du Tétanos	Institut Merieux, Pasteur	ampoules	1500 UI 5000 UI 250 UI, 2ml	X X X	X	X		
21.1.2.	Sérum antirabique et IG de la rage	Pasteur	"	1000 UI, 5ml 300 UI, 2ml 1500 UI, 10ml	X X	(X) X	X		
21.1.3.	Immunoglobuline Anti D	Centre Nationale de transfusion sanguine	"		X	X	X		
21.1.4.	Antitoxines diphtériques	Pasteur	"		X	(X)			
(21.1.5.)	Sérum antivénimeux : soit le polyvalent ou le sérum spécifique pour l'Afrique, mais pas celui pour l'Europe	Pasteur	"		X	(X)			
21.2	Vaccins pour les Centres fixes et les Equipes Mobiles								
21.2.1.1.	BCG avec diluant (eau pour injection)	UNICEF	ampoules	100 doses	uniquement pour les Equipes Mobiles				
21.2.1.2.	"	"	"	20 doses, 5ml	X	X	X	(X)	(X)
21.2.2.	DT Coq	"	vial	20 doses, 10ml	X	X	X	(X)	(X)
21.2.3.	Polio, Sabin	"	"	100 doses, 10ml	X	X	X	(X)	
21.2.4.1.	Rougeole avec diluant (eau pour injection)	UNICEF	fiole	50 doses, 5ml	X	X	X	(X)	
21.2.4.2.	" "	"	"	10 doses, 5ml	X	X	X	(X)	
21.2.5.	Toxoïde Tétanos	"	"	20 doses, 10ml	X	X	X	(X)	
21.2.6.	DT	"	"	20 doses, 10ml	pour seulement les Equipes Mobiles				
21.2.7.	DT Coq + Polio	Institut PASTEUR		une seule dose 0,5ml	X	(X)			
21.2.8.	Vaccin Antirabique (Cellule diploïde humaine, préférable au Vaccin Embryo Canard)			une seule dose 1ml	X	(X)			
21.2.9.	Vaccin Antiméningococcique A + C	Institut MERIEUX	"	50 doses, 25ml	seulement pour les Equipes Mobiles				
21.2.10.1.	Vaccin contre la fièvre jaune, souche Dakar pour adultes	Pasteur Dakar	"		seulement pour les Equipes Mobiles				
21.2.10.2.	Vaccin contre la fièvre jaune, 17D souche Edmonton pour enfants	USA	"		seulement pour les Equipes Mobiles				
21.2.11.1.	Vaccin anticholérique	PASTEUR	ampoules	1 à 2 doses, 0,5ml	"	-	"	-	
21.2.12.	Vaccin combiné contre la Typhoïde et la Parathyphoïde	TAB PASTEUR	"	1 seule dose, 0,5ml	"	-	"	-	

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
22.	Laxatifs								
22.1.	Senna	Pursennide	dragées	12mg	X	X	X	X	
23.	Préparations ophtalmologiques								
23.1.	P. Terramycine	Terramycine etc.	tube	1%, 5g	X	X	X	X	X
23.2.	P. Chloramphénicol		"	1%, 5g	X	X	X	X	
23.3.	Nitrate d'Argent	Argyrol	gouttes	2.5%, 0,5ml	X	X	X	X	X
23.4.	Sulphacetamide	Sulpha Bleu	"	10%, 10ml	X	X	X	X	
23.5.	Hydrocortisone	-	"	1%, 10ml	X	(X)	(X)		
(23.6.)	Proxymetacaine	Keracaine	"	0,5%, 10ml	X	(X)			
(23.7.)	Homatropine		"	2%	X	(X)			
(23.8.)	Pilocarpine	Vitacarpine	"	1%/2%, 15ml	X	(X)			
24.	Eau Parentérale/Electrolyte, Solutions corrigeantes PH								
24.1.	Eau pour Injection	-	ampoules	2ml 10ml 20ml	X	X	X	X	
24.2.	Chlorure de Sodium + Glucose	Solution Ringer	bouteille perfusion	0,9%+5%,500ml	X	X	X	(X)	
(25)(M/U)	Dilueur de Plasma : avec instrument pour perfusion et aiguille								
25.1.	Dextran 40 ou 70 ou mieux Dextran + Nacl ou Sorbitol	Macrodex Rheomacrodex	" "	500ml	X X	X X	(X) X	(X)	
26.	Préparations Dermiques								
26.1.	Désinfectants pour usage externe								
26.1.1.	Savon simple	-	barre		X	X	X	X	X
26.1.2.	Permanganate de Potassium[0] ou	-	poudre/1:8000		X	X	X	X	X
	Teinture d'iode		solution diluée						
	Gentian violet[0] et alcool 90°		solution 2.5%						
26.1.3.	Peroxyde d'hydrogène		solution	50%	X	X	X	X	X
26.1.4.	Benzoate de Benzyl concentrée	-	"	40%	X	X	X	X	
26.1.5.	Gresyl cristallisé	Gresylcl	cristaux		X	X	X	X	
26.2.	Pommade/poudre antibactérienne								
26.2.1.	Néomycine et bacitracine ou Tétracycline ou Cétrimide		pommade " "	0,5+50000 UI ou 3% ou 5%	X	X	X	X	(X)
26.2.2.	Paraffine blanche, tendre[0]		"		X	X	X	X	
26.2.3.	Sulphonamide		poudre		X	X	X	X	

A) SOINS PRIMAIRES/SOINS EXTERNES

N° code	Nom générique	Nom de marque	Présentation	Dosage	H	CM	I	D	ESV
26.3.	Pommade antiprurítique, kératolytique								
26.3.1.	Benzoique et/ou acide salicylique◊ (aussi antifongique)		pommade		X	X	X	X	
26.3.2.	Oxyde de zinc ou lotion de calamine◊		"		X	X	X	X	
	lotion de calamine◊		lotion						
26.3.3.	Goudron de charbon		pommade	1%, 2.5%	X	XX	(X)	(X)	
26.4.	Pommade à la Cortisone		pommade		X	XX	(X)	(X)	
26.4.1.	Hydrocortisone		pommade	1%,2.5%	X	X	X	(X)	
26.5.	Antifongiques								
26.5.1.	Tolnaftate ou Miconazole	Sporiline ou Daktarine	"	1% ou 2%	X	X	X	(X)	
26.5.2.	Griseofulvin	Fulcine	comprimés	500mg	X	X	(X)		
26.6.	Antigaleux, Antipédiculeux								
26.6.1.	Benzoate de Benzyl	Ascabinol	liquide	25%	X	X	X	X	
26.6.2.	Malathion◊			0,5%	X	X	X	X	
27.	Seringues et Aiguilles								
27.1.1.	Seringue hypodermique stérélisable			2ml					
27.1.2.				5ml					
27.1.3.				10ml	X	X	X	X	
27.1.4.				20ml	X	X	(X)		
(27.2.)	Seringue tuberculine, graduée, stérilisable			1ml	X	X	X		
(27.3.)	Seringue insuline, graduée, stérilisable			1ml	X				
(27.4.)	Seringue jetable plastique			2ml	X	X	X	X	
(27.5.)	Aiguille hypodermique			2ml	X	X	X	X	
(27.6.)	Aiguille jetable								
28.	Vitamines et Minéraux								
28.1.	Carotène + Ergocalciférol	Vit. A+D	capsules	4000+400	X	X	X	X	(X)
28.2.	Acide Ascorbique	Vit. C	comprimés	500mg	X	X	X	X	(X)
28.3.	Calciférol	Vit. D	ampoules	600,000,2ml	X	(X)			
(28.4.)	Nicotinamide	Vit. B6	comprimés	500mg	X	X	X	X	(X)

B. SOINS SECONDAIRES (HOSPITALISATION) : en nom générique seulement et sans spécification détaillée

Légende : HN : pour l'Hôpital National seulement

1) ANESTHESIQUES

1:1 Ether anesthétique
1:2 Halothane
1:3 Oxygène
1:4 Oxyde nitrique
1:5 Thiopental sodium
1:6 Ketamine
(1:7) Bupivacaine
1:8 Amethocaine gouttes ophthalmiques

2) ANTI-ALCOOLIQUES

2:1 Antabuse

3) ANTIBIOTIQUES

3:1 Kanamycine
3:2 Cephalosporine
3:3 Lincomycine
3:4 Clindamycine
3:5 Colistine
3:6 Penicilline G, 10 Mega UI
3:7 Nitrofurantoin

4) ANTICOAGULANTS

4:1 Heparine
4:2 Phytomenadione
4:3 Sulfate de Protamine
4:4 Warfarine

5) ANTIDOTES

5:1 Naloxone ou Nalorphine (contre Morphine)
5:2 Neostigmine (contre Tubocurarine, mais aussi pour Myasthenia gravis)
5:3 Atropine (contre Neostigmine et Propanolol)
5:4 Pralidoxine (contre l'empoisonnement par les Phosphates)
(5:5) Deferrioxiamine (contre l'empoisonnement par le fer)
HN(5:6) Dimercaprol (contre l'empoisonnement par arsenic, cuivre ou mercure)

6) ANTIFONGIQUES

6:1 Nystatine
HN 6:2 Amphotericine
6:3 Clotrimazole

7) ANTIPARKINSONISME

HN 7:1 Levodopa
7:2 Benzhexol ou Benztropine ou Orphenadrine

8) ANTIPROTOZOIQUE

8:1 Stibogluconate de Sodium
8:2 Pentamidine
8:3 Melarsoprol
HN 8:4 Suramine

9) CARDIOVASCULAIRE

9:1 Digoxine injectable
9:2 Aminophylline injectable
9:3 Procainamide
9:4 Quinidine
9:5 Phenytoine injectable
HN 9:6 Isoprenaline

10) AGENTS DIAGNOSTIQUES

10:1 Test de détermination du groupe sanguin Anti A, B, O, D, Albumine
10:2 Tuberculine, (Mantoux ou DPP)
10:3 Agents radiographiques : adipiodone meglumine
sulfate de barium
iopanoic acide
meglumine amidotrizoate
amidotrizoate de sodium
HN 10:4 Metapyrone
HN 10:5 Edrophonium

11) DIURETIQUES

11:1 Spironolactone
11:2 Triamterene
11:3 Mannit

12) ELECTROLYPTIQUES

12:1 Glucose, 1,5% (pour dialyse intraperitoneale), 5%, 50%
12:2 Dextrose
12:3 Chlorure de Potassium
12:4 Bicarbonate de soude
12:5 Lactate de sodium

13) AGENTS FIBRINOLYTIQUES/ANTIFIBRINOLYTIQUES

13:1 Streptokinase
13:2 Acide Aminocaproique ou tranexamique

14) HORMONES

14:1 Liothyromine
HN 14:2 131_I, 125_I
14:3:1 Insuline soluble
14:3:2 Suspension de zinc, semilente
" " , lente

(Suite)

14:3:3 ou Protamine d'insuline de zinc
14:4 Glucagon
14:5 Hydroxyprogesterone injectable
14:6 Testosterone
HN 14:7 Choriongenadotrophine humaine
HN 15) IMMUNOSUPPRESSANTS
15:1 Busulfan
15:2 Chlorambucil
15:3 Azatjioprine
15:4 Cyclophosphamide
15:5 Methotrexate
15:6 Mercaptopurine
15:7 Vincristine
16) RELAXANTS MUSCULAIRES
16:1 Tubocurarine
16:2 Suxamethonium
17) PLASMA/CHOC
17:1 Albumine humaine
17:2 Dopamine
18) NEUROLEPTIQUES
18:1 Amitriptyline
18:2 Chlorpromazine injectable
18:3 Fluphenazine
18:4 Haloperidol
18:5 Carbonate de Lithium
18:6 Imipramine
19) STIMULANTS RESPIRATOIRES
19:1 Nikethamide
20) VITAMINES ET SELS MINERAUX
20:1 Cyanocobolamine
20:2 Vitamines B composées
20:3 Calcium
20:4 Calcitonin
20:5 Phosphate

Note : Les articles sont cités une fois seulement, même s'ils sont applicables à des catégories différentes de médicaments.

Bibliographie : The Selection of Essential Drugs, WHO 1972
British National Formulary 1978-1980
Dictionnaire Vidal 1979
Physician's Desk Reference 1980.

Nombre total de différents médicaments (chaque médicament est compté une seule fois sans tenir compte des présentations).

A) Soins primaires : 147 (y compris 12 vaccins et 5 serums)

B) Soins secondaires : 86

Total 233

Nombre total des différents médicaments de soins primaires pour chaque destination

H	142	
CM	116	(ou 141, avec 26 médicaments discutables)
I	92	(ou 146, avec 54 " ")
D	55	(ou 93, avec 38 " ")
ESV	13	(ou 27, avec 14 " ")

Nombre total des différents articles de soins primaires (tenant compte des différentes présentations) pour chaque destination

H	171	(y compris 12 vaccins et 5 serums)
CM	152	(ou 171, avec 19 articles discutables)
I	114	(ou 145, avec 31 " ")
D	69	(ou 115, avec 46 " ")
ESV	13	(ou 27 , avec 14 " ")

La liste des soins de santé primaires est une version révisée de la liste des médicaments essentiels pour la République du Tchad, qui avait été établie en 1978 par le Bureau de planification du M.S.P. en collaboration avec l'OMS (Brazzaville), la CNUCED (Guyane Britannique, Sri Lanka, Egypte) et d'autres organisations internationales.

Les quatre grandes différences avec la liste des médicaments essentiels de l'OMS 77 sont :

a) l'introduction de matériel de pansement, seringues, aiguilles etc. dûe à leur importance quantitative et qualitative.

b) la destination de chaque médicament : H, CM, I, D, ESV ; Equipes mobiles

c) la distinction établie entre les médicaments pour les soins primaires (externes) et les médicaments de soins secondaires (hospitalisation) selon la nouvelle définition des soins de Santé Primaires (Alma Ata 78)

d) La codification, les noms de marque communément utilisés dans le Sahel Francophone, et la présentation détaillée.

Il est à noter qu'il n'existe pas de modèle parfait permettant de dresser une liste nationale de médicaments essentiels : les opinions diffèrent largement sur la notion des médicaments qui sont essentiels, et il est par ailleurs difficile de distinguer quels sont les médicaments réservés exclusivement aux soins primaires (externes) et ceux réservés exclusivement aux soins secondaires (hospitalisation). Par exemple le sang et l'oxygène peuvent être des produits essentiels pour la survie de l'individu, tandis que certains médicaments de routine (charbon, vitamines, comprimés de fer) peuvent être vitaux pour la bonne marche d'une clinique recevant des malades non hospitalisés, même si ceci doit être considéré comme un traitement "placebo". De ce fait chaque pays doit établir sa propre liste nationale en incluant l'opinion des médecins-chefs des différentes spécialités, pharmaciens, infirmiers et cadres du M.S. Dans ce cas, notre liste pourrait servir de ligne directrice. Tous les autres médicaments non essentiels (qui sont composés parfois de médicaments essentiels "oubliés") doivent être donnés comme réserve et fournis au mieux par le secteur privé. En aucun cas un pays ne doit se contenter d'une simple liste de médicaments essentiels.

REMERCIEMENTS

Dans la mesure où ce manuel se fonde essentiellement sur l'expérience acquise sur le terrain, les contacts personnels et les évaluations des programmes d'ESV qui portent sur une période de 8 années au Zaïre, en République Arabe du Yémen, en Afghanistan, au Tchad et au Sahel en général, beaucoup de personnes et d'organismes ont contribué directement ou indirectement à cet ouvrage.

Je remercie tout spécialement le Sahel Development Planning Regional Office de l'USAID de Bamako dont le personnel s'est consacré sans réserve à cet ouvrage, et en particulier, M. Boubakar Daou et Mamadou Bane qui ont été chargés de la première version française.

REFERENCES

A) Par Pays

Gambia :

1. A Review of the Health Sector in Gambia, April 1979
2. Gambia profile WHO, December 1977
3. The Gambia Primary Health Care Action Plan WHO & MOH 1980/81 - 1985/86.

Haute-Volta

4. Document de programmation Sanitaire Nationale, WHO & MOH 1980-1999.
5. Profil Sanitaire du Pays WHO, 1978.

Mali

6. Evaluation Reports - Mali Rural Health Project (PSR)
   a) A. Corrèze
   b) M. Cissé, Ph D
   c) M. White, MD
   d) J.N. Wedder
   e) Willy de Geynolt, Ph D May 1980.
7. Expérience Malienne en Nature de Soins de Santé Primaire, Mars 1980.
8. Mali Rural Health Project - After 18 months in the fiels, P.G. KELLY, MD, and S. Sissoko, MD, April 1980.
9. Portant Conditions d'Exploitation des dépôts agréés en République du Mali, Pharmacie populaire 1976.
10. Prix unitaires des Produits sans vignette, Pharmacie populaire du Mali - March 1980.
11. Profil du Pays, WHO, October 1978.
12. Rapport de missions dans la région de Sikasso du 10 au 19 novembre 1979, MOH.
13. Projet de santé rurale. A History and Analysis of nineteen months of Operation. Derick W. Brenkerhoff - January 1980.
14. Rural Health Center in Mali - Summary outline of Feasibility Study : Juan de Dios Pozo-Olans, Howard R. Howes, November 1977.

Mauritanie :

15. A country Profile, USAID, July 1978.

16. Contribution à l'élaboration d'un Plan National de santé Moustapha Sidatt, MD Dec. 1979.

17. Profil de la République Islamique de Mautitanie WHO, 1976.

Niger :

18. Evaluation du programme des équipes de santé villageoises de la République du Niger, Knebel, MD, Kerst et Alii, Sept. 1978.

19. Politique et stratégies, Ministère du Plan, 1979-1985.

20. Rapport sur les systèmes de PMI des opérations pharmaceutiques et de statistiques sanitaires de la République du Niger, Mc Guahey, Kerst, Katymia, Knebel, Sept. 1978.

Sénégal :

21. Evaluation du projet santé de base des départements de Nioro, Kaolach et Sine-Saloum

a) Note de synthèse de Nioro Avril-Mai 1980

b) Note de synthèse et commentaires de résultats de Nioro Kaolack, Avril-Mai 1980

c) Méthode de l'évaluation au Sine-Saloum juin 1980.

22. List of Medications for Sine-Saloum USAID, May 1979.

23. Profil du pays WHO 1976.

Tchad

24. Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad, MOH 1977.

25. L'Aide médicale extérieure au Tchad, MOH, Avril 1978.

26. Le budget de la santé publique, une analyse détaillée, Tchad August 1978.

27. Profil sanitaire de la République du Tchad WHO, December 1977.

B) Régional

28. A startegy for Health as a component of the Sahel Development Program, Stephen C. Joseph, MD - Stanley A. Scheyer MD May 1977.

29. Problems in Organizing Village Health Services in Africa, Marc Vincent, MD, July 1979.

30. The Uprooted of the Western Sahel : A history of the Quest for cash in the Sene-Gambia, L. Colvin, Ph D, Ba Barry, Faye et Allii, 1979.

31. Un rapport sur les coûts Recurrents des projets pour les soins de santé primaire aux pays du CILSS, A. Mead, Ph D, 1979.

C) Général

32. Annuaire statistique, UNICEF 1978.

33. British National Formulary, 1978-1980.

34. Data on Unresolved Issues in Primary Health Care in Developing Countries, John Hopkins University, March 1978.

35. Dictionnaire Vidal 1979.

36. General Statistics on Sahelian Nations, USAID 1977.

37. Is Primary Health Care the Ware of the Future ? Stephen C. Joseph - Sharon S. Russell, April 1979.

38. Physicians Desk Reference, 1980.

39. Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care : The Supply and Utilization of Drugs in the Third World, Oscar Gish - Loretta Lee Feller, 1979.

40. Primary Child Care. A Manual for Health Workers, M. King ; A. King Martodipoero, 1978.

41. The Selection of Essential Drugs, WHO 1977.

42. UNIPAC Price List, 1979/1980.

43. Where There is no Doctor : A village Health Care Handbook, David Werner, March 1978.

44. World's Children Date Sheet of the Population Reference Bureau, Inc. 1979.

45. World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Inc, 1978.