MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE

65263

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DN/MP/WS

RECEIVED APR 1 5 1986
PA-ABE-626

ETUDE SUR LE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES AUX NIVEAUX PERIPHERIQUES

PAR:

Mamadou Namory Traoré

DIRECTEUR NATIONAL DE LA PLANIFICATION ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE

Avril 1986

SOMMAIRE

****

I.	SYNTHESE	P. 1
II.	INTRODUCTION	P. 9
III.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	P. 15
IV.	METHODOLOGIE	P. 15 bis
V.	RESULTATS	P. 20
VI.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	P. 33

***

AVANT PROPOS

Cette étude a été réalisée avec la collaboration des personnes suivantes :

Docteur Adama KONE, qui a dirigé l'enquête à KITA.
Médecin.

Docteur Bagouréïssy TALL, qui a coordonné cette enquête à Koro.
Médecin.

Mlle. Rita BA, qui a participé à l'élaboration du questionnaire.
Sociologue.

Mr. Mahamadou DIARRA, qui a été la cheville ouvrière de la réalisation matérielle de l'enquête à Koro et qui a dirigé l'équipe chargée du déplacement.

Les travaux de secrétariat ont été assurés par Mlle. Goundo KEITA et la Dactylographie a été l'oeuvre de Bintou OUATTARA et Kadiatou KANTE.

Qu'ils en soient tous remerciés.

LE CHERCHEUR PRINCIPAL.

I.- SYNTHESE :

Dans ce rapport se trouve présentés les résultats d'une étude ayant pour but de trouver des solutions à l'épineux problème de la survie du système de soins de santé primaires tel qu'il est défini et mis en oeuvre par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en rapport avec les bailleurs de fonds étrangers et les populations concernées. En d'autre terme il s'agit de trouver des solutions quant à la prise en charge de certains coûts récurrents des soins de santé primaires une fois que les dépenses de mise en place ont été effectuées.

L"étude a donc consisté à :

1°) identifier les prestations de services de soins de santé primaires à dispenser au niveau du village et du secteur de base.

2°) déterminer les stratégies les meilleures de mise en oeuvre de ces activités.

3°) déterminer les coûts opérationnels (ou coûts rénouvelables) de ces activités.

4°) élaborer les solutions de financement de ces coûts à travers un dialogue avec les communautés villages et les leaders locaux. Ce dialogue a revetu d'abord la forme d'une enquête auprès des leaders locaux, chefs de famille et chefs de ménages enquête portant sur :

- les disponibilités de revenus
- la structure des dépenses
- les dépenses de santé et leur mode de financement
- la perception du rôle des services de santé
- les souhaits en matière de santé
- l'attitude et les souhaits en matière de paiement des services
- la perception du rôle du gouvernement.

Muni de ces informations, l'équipe de recherche a élaboré des solutions qu'elle a à nouveau soumis à l'appréciation des communautés villageoises et des leaders locaux. Ces solutions ont été acceptées et sont actuellement en exécution. Les délais ne sont pas suffisamment longs pour pouvoir en apprécier l'impact.

Les résultats obtenus à chacune de ces étapes sont les suivants :

1 - Services retenus comme prioritaires par ordre :

1°) la fourniture de médicaments essentiels

2°) la protection maternelle et infantile

3°) le traitement des malades et lésions courantes

4°) l'Education Sanitaire

5°) la vaccination contre les six (6) maladies transmissibles de P.E.V.

6°) l'approvisionnement en eau potable et les mesures sanitaires de base.

2 - Stratégies retenues pour la fourniture de ces services :

1°) mettre en place un premier stock de médicaments dont la valeur s'élève environ à 25.000 F.CFA au Village
250.000 F.CFA au Secteur de base.

2°) former :

- les Accoucheuses Traditionnelles (A.T.) pour le village
- Une Matrône Rurale pour le Secteur de base.

Assurer la supervision des Accoucheuses Traditionnelles par la Matrône une fois/mois.

Recycler une fois par An les Accoucheuses Traditionnelle

3°) Former des Hygiénistes-Sécouristes (H.S.) pour le village

- Un Aide-soignant pour le Secteur de base
- Assurer la supervision des Hygiénistes-Sécouristes par l'aide-soignant .
- Recycler une fois tous les trois (3) ans les Aides-Soignants.

4°) Faire tenir une fois/3 mois par l'Infirmier-Chef de Poste une séance d'Education Sanitaire (Village).

5°) - Installer au centre de santé d'arrondissement un refrigérateur contenant du vaccin
- Equiper l'aide soignant d'une mobylette et d'une glacière
- Faire la vaccination à la demande des villageois selon un calendrier convenu.

6°) - Aménager les points d'eau existants
- créer de nouveaux points d'eau et assurer l'entretien du matériel d'exhaure.

3-. L'enquête réalisée dans les cercles de Koro et de Kita à raison respectivement des 30 villages situés dans 3 arrondissements dans le premier et de 30 villages situés dans deux arrondissements dans le second, a permis d'interroger 1.800 ménages, 60 chefs de villages et autres responsables, locaux.

Les réponses obtenues permettent d'établir les résultats suivants :

a- Au niveau villageois, les structures sanitaires ne sont pas matérialisées

b- Les agents de santé villageois ne reçoivent aucune rénumération. Toutefois les accoucheuses traditionnelles sont souvent retribuées en nature.

c- Les agents de santé des secteurs de base sont renumérés par des budgets de collectivité .

d- Les frais de réapprovisionnement sont supportés généralement par les recettes de la pharmacie villageoise.

e- Les activités économiques sont gérées collectivement par la famille même si elle est composée de plusieurs ménages. Les femmes disposent souvent des jardins potagers. Toujours est-il que les décisions concernant les dépenses sont centralisées aux mains du chef de famille.

f- Lesdépenses de santé viennent en seconde position après les dépenses d'alimentation. Parmi les dépenses de santé, les médicaments viennent en 1ère position.

Les dépenses sont généralement effectuées par le chef de famille.

g- Les prestations de services de soins de santé primaires sont connues et appréciées

h- Hormis les frais d'hebergement du personnel et d'évacuation, les personnes interrogées estiment que le Gouvernement devait tout prendre en charge à Koro.

Toutefois les attitudes sont plus modérées à Kita où l'on estime à une large majorité que le Gouvernement ne doit pas payer :

- les médicaments
- les vaccins
- le transport du personnel de supervision.

i- les personnes interrogées font plus confiance au conseil de village pour prendre en charge les problèmes de santé.

4- A la lumière des données ainsi recueillies l'équipe de recherche a proposé les solutions suivantes :

1°) Frais de réapprovisionnement de la pharmacie villageoise	- paiement d'un surplus de 5 % sur le prix de cession des médicaments ou d'un tarif forfaitaire pour les soins
2°) Rénumération des agents de santé village-	- en nature et à la discrétion des bénéficiaires.
3°) Frais de subsistance pendant le recyclage des agents de santé villageois .	- à la charge du conseil de village
4°) Rénumération des agents de santé de secteur de base	- salaire fixe payé sur un budget alimenté par les recettes provénant du paiement des actes et/ou d'une cotisation.
5°) Frais de subsistance lors du recyclage des agents du secteur de base	- à la charge du conseil d'arrondissement
6°) Hebergement infirmier chef de poste médical lors de la supervision.	- à la charge du conseil d'arrondissement.

- <u>Vaccins</u> :

- Hébergement Vaccinateur	Ces dépenses font l'objet d'un Budget-programme dont le financement est assuré par :
- Transport Vaccinateur	. les personnes à vacciner . les Villages bénéficiaires . les ressources du Conseil d'Arrondissement.
- Entretien point d'eau	. à la charge du Conseil de Village.

5- Ces solutions ont été discutées et approuvées par les leaders locaux.

Il n'était pas possible de tester celles qui impliquaient des services de type nouveaux par rapport au système de prestation sanitaire existant au niveau village et secteur de base, tels que la vaccination, l'éducation sanitaire. Mais d'ores et déjà le conseil de développement du cercle de Koro a pris l'engagement de financer le budget programme 1986 présenté par le Médecin-chef du centre de santé avec comme souci principale de maintenir les acquis du projet santé rurale (P.S.R.). Ceci impliquait les activités suivantes :

- recycler 45 hygiénistes secouristes et 30 accoucheuses traditionnelles de l'arrondissement central
- superviser tous les villages touchés par le P.S.R. par deux infirmiers chefs de poste
- réapprovisionner les pharmacies villageoises.

Les dépenses identifiées à cet effet sont les suivantes :

- frais de nourriture des Agents de santé villageois (A.S.V)
- carburant pour les superviseurs
- nourriture pour les superviseurs.

Il est entendu que les frais de subsistance des agents de santé de villages sont à la charge des villageois.

Les frais de subsistance des superviseurs ainsi que le carburant sont à la charge du conseil de développement du cercle de Koro.

6- Au terme de cette étude les recommandations suivantes devront être tirées.

1°) Les frais relatifs au fonctionnement du système de prestations de soins curatifs sont susceptibles d'être financés par les populations sous diverses formes :

- prise en charge par les organisations villageoises pour les dépenses de subsistances des agents de santé villageois
- paiement par le conseil de village des frais d'entretien des points d'eau.

2°) Les dépenses relatives à la mise en oeuvre des activités de prévention et de gestion générale (supervision) doivent être prise en charge par des organisations au niveau de l'arrondissement ou du cercle (conseil d'arrondissement ou de cercle). Ces activités doivent faire l'objet de budgets programmes annuels à négocier avec ces instances de décision (comme cela a été le cas à Koro).

II.- INTRODUCTION .

- Aperçu Général :

L'effort tendant à assurer des prestations de soins de santé primaires aux populations non desservies des zones rurales se heurte à un obstacle fondamental qui est celui du financement.

Toute s les expériences entreprises dans ce domaine au Mali sont tributaires du financement extérieur et les systèmes de prestation sanitaires mis en place ne survinrent pasgénéralement au retrait des bailleurs de fonds.

La population concernée est celle qui vit en milieu rural (soit 80% de la population totale) et qui est donc confrontée aux multiples problèmes sanitaires que sont :

- une mortalité infantile allant de 120 à 200% due à des causes évitables, telles que la rougeole, le paludisme, les diarrhées, le tétanos, la tuberculose, la malnutrition pour ne citer que ceux là
- une mortalité maternelle élevée en raison de l'absence de services efficaces de soins maternels
- une forte incidence des maladies infectueuses et parasitaires due à la présence de vecteurs au manque d'hygiène individuelle et collective et à l'insalubrité de l'envirionnement.

2.- Système de Santé :

L'infrastructure sanitaire du Mali ne dessert actuellement qu'un faible pourcentage de la population malienne.

La pyramide sanitaire telle qu'elle est conçue devra comporter :

1- Au niveau central : L'ensemble des Hôpitaux nationaux, des services spécialisés ainsi que l'administration centrale.

2- Au niveau régional: Les hôpitaux régionaux ainsi que l'administration sanitaire régionale.

3- Au niveau du cercle : Les centres de santé de cercle qui comportent des services :

- de médecine
- de chirurgie
- de maternité PMI

- de laboratoire pharmacie

ainsi qu'une capacité d'hospitalisation.

Les centres de santé de cercle doivent disposer d'au moins deux médecins.

Au niveau de l'arrondissement :

Les centres de santé d'arrondissement comprennent :

- un dispensaire
- une maternité.

Les centres de santé d'arrondissement doivent être dirigés par des infirmiers d'état.

Ils constituent le dernier échelon à la charge du Gouvernement.

5.- Niveau secteur de base (oo de développement).

Ce niveau est constitué par un régroupement de 5 à 10 villages crée pour des besoins d'encadrement rural. Il y existe généralement une école. Les infrastructures sont à réaliser par les populations à travers les organisations telles que les fédérations de groupements ruraux, les associations de Parents d'élèves.

Il comporte généralement d'une maternité rurales voire un dispensaire et dispose d'un aide soignant et d'une matrône.

- Au niveau du village : Il n'y a généralement pas d'infrastructure à ce niveau.

Chaque village devra avoir :

- un ou des hygiénistes secouristes
- une ou des accoucheuses traditionnelles.

L'ensemble de l'infrastructure sanitaire qui est à la charge de l'Etat (du point de vue du personnel et des dépenses fonctionnement) souffre de sous équipement, de manque d'entretien, de pénurie de personnel qualifié et d'insuffisance de moyens de fonctionnement.

La répartition du Budget entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire témoigne éloquemment de la situation de dénuement dans laquelle se trouvent les Services de Santé Régionaux et locaux.

REPARTITION DES RESSOURCES BUDGETAIRES

DE L'ANNEE 1984 (EN MILLIERS DE F. CFA).

Services	Personnel	Matériel	Total	Pourcentage
Administration Centrale.	420.277	75.746	496.023	11,90
Hôpitaux Nationaux	353.998	21.204	375.202	9,00
Services Spécialisés	89.122	27.766	116.888	2,80
Formation	219.449	23.933	243.382	5,84
Recherche	204.445	29.159	233.604	5,62
T O T A L (1)	1.287.291	177.808	1.465.099	35,16
Directions Régionales ; CSC et C.Sociaux	921.724	29.528	951.252	22,83
Hôpitaux Régionaux et Secondaires.	244.800	29.113	273.913	6,57
Autres Services	61.355	3.466	64.821	1,56
T O T A L (2)	1.227.879	62.107	1.289.986	30,96
Autres dépenses * (3)	27.624	1.383.490	1.411.114	33,88
TOTAL Budget (1) + (2) + (3).	2.542.794	1.623.405	4.166.199	100,00

* Les autres dépenses concernent les médicaments et matériels techniques et les charges communes.

Un Centre de Santé de Cercle dispose d'un crédit de fonctionnement annuel de 300.000 F.CFA.

Un Centre de Santé d'Arrondissement n'en dispose pas.

REPARTITION DES CREDITS MEDICAMENTS DE 1984

(300 MILLIONS DE FRANCS CFA)

S E R V I C E S	MONTANT	%
Administration Centrale	3.000.000	1,00
Hôpitaux Nationaux	45.000.000	15,00
Services Spécialisés	60.150.000	20,05
Formation	1.950.000	0,65
T O T A L	110.100.000	36,70
Hôpitaux Régionaux et Secondaires	35.400.000	11,80
Centres de Santé de Cercles et Communes	150.000.000	50,00
Divers et Imprévus.	45.000.000	1,50
T O T A L	190.850.000	63,30
T O T A L G E N E R A L ..... =	300.000.000	100,00

On peut estimer que la moitié de la dotation d'un Centre de Santé de Cercle va dans les Arrondissements, ce qui donne des crédits médicaments moyen de :

3.000.000 F.CFA (Centre de Santé de Cercle)

250.000 F.CFA (Arrondissement).

La base de la pyramide décrite ci-dessus est quasi-inexistante à travers le pays à l'exception de certaines Régions où des Projets ont e pour objectif de mettre en place le niveau périphérique du système de Santé (SIKASSO, KOULIKORO, P.S.R., KORO etc...). C'est la raison pour laquelle la majeure partie de la population Malienne qui réside à ces niveaux n'a pas facilement axés aux soins.

Le développement du système de Santé se heurte sans nul doute à l'obstacle financier que représente le montant des ressources nécessaires pour financer, d'une part l'expansion consistant à mettre en place des infrastructures sanitaires, à former des Agents de Santé Communautair à doter les Equipes de Santé mises en place du 1er stock de médicaments, et d'autre part le maintien des systèmes ainsi mis en place dont les principales exigences sont le recyclage périodique des Agents formés, le réapprovisionnement continue des stocks de médicaments, le soutien constant des niveaux supérieurs et la supervision périodique.

Le Gouvernement ne dispose pas et ne disposera, sans doute jamais assez de ressources budgétaires pour faire face aux besoins du développement du système de Santé à la périphérie. Les budgets de fonctionnement des Services Centraux, Régionaux et Locaux ne leur permettent pas d'envisager de faire face aux dépenses liées au soutien à apporter au niveau S.S.P. du système de Santé. Toutefois les récents investissements réalisés par les populations dans le domaine de la Santé augurent de l'existence de solutions locales au problème du financement du système de Soins de Santé Primaires.

Ces investissements ont pu être réalisés grâce à la mobilisation des ressources effectuées par les Organisations Politiques et Démocratiques. Ces Organisations prélèvent en effet des cotisations régulières sur lesquelles des quotas sont affectés à différents niveaux . Ce sont essentiellement :

l'Union Démocratique du Peuple Malien = U.D.P.M.
l'Union Nationale des Femmes du Mali = U.N.F.M.
l'Union Nationale des Jeunes du Mali = U.N.J.M.
l'Union Nationale des Travailleurs du Mali = U.N.T.M.
l'Association des Parents d'Elèves = A.P.E.
la Fédération des Groupements Ruraux = F.G.R.

Les structures de coordination et de décision en matière d'investissement mises en place récemment ne fonctionnent pas encore de manière satisfaisante.

Il s'agit essentiellement des comités de développement, structure technique de conception et d'évaluation des Projets, et des Conseils de gestion instances de décision quant à l'affection des ressources.

Ces structures existent théoriquement du niveau villageois au niveau régional.

III. OBJECTIFS

L'étude a pour but de mettre au point un modè de financement adéquatpour le fonctionnement du système de prestation des Soins de Santé Primaires aux niveaux village et Secteur de base.

Pour ce faire les objectifs suivants devront être réalisés

1°) Evaluer les modes de financement communautaires du système de prestation de Soins de Santé Primaires aux niveaux village et secteur de base.

2°) Identifier la solution la meilleure pour le financement du système.

3°) Soumettre les solutions retenues à l'approbation des populations et des leaders locaux concernés.

Pour atteindre ces objectifs les activités suivantes devaient être menées

- identifier les dépenses nécessaires au fonctionnement de ce système
- évoluer les modes de financement actuels de ces dépenses.
- élaborer des modes de financement pour les dépenses.
- soumettre ces modes de financement à l'appréciation des collectivités et de leurs leaders.

IV. METHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs ainsi définis la méthodologie utilisée a comporté les trois (3) phases suivantes :

1°) l'analyse des problèmes
2°) l'identification des solutions
3°) la discussion et l'adoption de la solution retenue.

L'analyse des problèmes a surtout été effectuée par l'observation directe sur le terrain et la collecte des données par l'enquête.

L'identification des solutions a passé par plusieurs étapes et nécessité chaque fois une concertation entre le chercheur principal et les autres membres del équipe de recherche et certains membres du COCTPS.

L'étude a commencé officiellement le 15 Juin 1984 et s'est terminée le 1[illegible] Mars 1986.

Le calendrier initial n'a pas été respecté à cause des contraintes apparues en cours d'étude dont l'une des principales a été la nécessité de réexpliquer le Projet aux nouveaux collaborateurs.

L'enquête n'a pas démarré à la date prévue à cause de la saison des pluies.

Le traitement des données a duré plus que prévu, les coûts exhorbitants proposés par l'IFRSP ayant finalement orienté vers le traitement manuel des données ce qui prit énormement de temps.

L'étude s'est donc déroulée selon le calendrier suivant

Juin à Septembre	Recherche documentaire.
Octobre à Décembre	Suite recherche documentaire et visite sur le terrain.
Décembre à Février	Préparation des décisions concernant les Services prioritaires et les Stratégies de mises en oeuvre.
Mars à Juin	Préparation enquête.
Juillet à Septembre	Enquête Dépouillement - Analyse des résultats.
Octobre à Décembre	Préparation des décisions concernant les solutions de financement.
Janvier à Février	Présentation des solutions aux Des

Il n'a pas été possible dans le délai imparti à l'étude de procéder à un test satisfaisant de la solution retenue. Ce test aurait nécessité une mobilisation de ressources et une mise en place de moyens qui n'étaient pas prévues dans cette étude.

Pour la mise en oeuvre de cette méthodologie l'équipe de recherche s'est assurée le concours de certains membres du COCEPS (comité d'orientation et de coordination des études et programmes socio-sanitaires) en vue de prendre des décisions, tout d'abord en ce qui concerne l'opportunité de l'étude, puis quant à la prioritisation des prestations de soins de santé primaires à dispenser à la périphérie et des stratégies à adopter pour leur mise en oeuvre et enfin pour ce qui est du choix de solution. La méthode utilisée à cette fin était celle dite du groupe nominal.

Les données recueillies par la recherche documentaire ont été complétées par les résultats d'une enquête portant sur les données suivantes :

- l'état des structures sanitaires
- les activités économiques principales
- les dépenses par nature
- les structures sociales et d'encadrement existantes
- les croyances sanitaires et le dégré de connaissance des services
- les dépenses de santé
- les souhaits en matière de prestation de service
- les attitudes vis à vis du paiement de certains lieus et services sanitaires
- les attitides vis à vis du rôle du Gouvernement.

Pour recueillir ces données deux types de questionnaires ont été administrés .

1°) Un questionnaire village/secteur de base auprès des leaders locaux (chefs administratifs et responsables des organisations democratiques). Ce questionnaire a été rempli pour 60 villages choisis au hasard.

2°) Un questionnaire chef de famille et chef de ménage qui a concerné 1800 ménages choisis de façon aléatoire dans les 60 villages déjà selectionnés.

L'enquête a été réalisée dans deux zones choisis en raison de l'intérêt particulier qu'elles présentent.

1°) Le cercle de Koro et plus précisement les 3 arrondissements qui ont été concernés par le projet santé rurale financé par l'USAID et dont l'objectif fondamental était de prouver qu'avec une dépense de moins de 3 dollars par tête d'habitant l'on pouvait faire fonctionner un système de services de santé rurale. Après la 1ère phase du projet une évaluation en a été faite et a conclu à l'atteinte de l'objectif si l'on décompte des dépenses comptabilisées celles qui ne sont renouvelables ainsi que celles occasionnées par le fonctionnement de l'équipe de Direction du projet basée à Bamako y compris l'assistance technique placée auprès d'elle. Toutefois, le rapport n'a pas conclu quant au moyen de mobiliser les ressources équivalentes au montant déterminé par tête. Le même projet a connu une période de flottement située entre la fin du premier financement et le début du second phase soit 18 mois environ. Pendant cette période le système de supervision et de recyclage n'a pas fonctionné. Une évaluation a été faite de cette période, qui permettra de montrer comment fonctionnent des équipes de santé villageoises en dehors du soutien des niveaux superieurs. Au moment où nous écrivons ce rapport, nous n'avons pas encore les résultats définitifs de cette enquête, mais les données préliminaires laissent pense que

a) il y a eu des abandons au niveau des hygiénistes secouristes

b) les pharmacies villageoises sont vides, car elles n'ont pas été réapprovisionnées et souvent, l'argent de la vente des médicaments n'est plus là.

c) Les équipes de santé villageoises ont eu le temps d'oublier certaines de choses apprises, notamment la posologie des médicaments.

La 2è phase du projet a servi surtout à consolider les acquis de la première en permettant le recyclage de tous les agents de santé villageois déjà formés, ainsi que la supervision trimestrielle de toutes les équipes de village.

L'intérêt de cette étude est donc évident pour cette zone car sa mise en application immédiate peut suivre si les conclusions sont acceptées.

2°) Le cercle de Kita, au siège de l'unité locale de coordination du projet de développement sanitaire, dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba. Dans cette zone, il sera investi d'ici 1988 environ 4 milliards de F CFA (*) au titre du développement sanitaire et 6 milliards de F CFA pour ce qui est de l'approvisionnement en eau potable des populations rurales. Un système de santé va donc être mis en place allant du cercle jusqu'au niveau du village avec l'avantage de la disponibilité de l'eau potable sous forme de forages équipés de pompes. Ce système devra se perpétuer après la fin du projet faute de quoi l'effort aura été inutile. Il devra être reproductible à grande échelle sur l'ensemble du pays, car c'est cela sa vocation.

Au niveau des centres de santé de cercle et d'arrondissement, un mécanisme de recouvrement des coûts a été mis au point et est testé actuellement. L'évaluation n'en a pas été faite, mais ces premiers résultats sont encourageants car en tant que mécanisme financier, il fonctionne ! Ce système consiste à faire adopter et appliquer par les conseils de gestion des centres de santé de cercle et d'arrondissement, des tarifs d'actes médicaux (consultation, chirurgie, laboratoire etc...) et de se servir des fonds ainsi recueillis pour assurer :

- le renouvellement des stocks de médicaments et de produits pharmaceutiques
- le renouvellement des matières consommables (pétrole, carburant pour le groupe, savon etc...)
- les achats complémentaires de fournitures diverses.

Ce système ne dispense pas pour l'instant l'Etat de l'octroi d'un crédit médicament (assez appréciable) et d'un crédit de fonctionnement (tout à fait dérisoire).

L'espoir est donc permis de voir le système de prestation sanitaire de ces deux niveaux fonctionner après le projet.

Toutefois les niveaux périphériques, ne sont pas pour l'instant concernés pour cette étude.

---

* le coût total du projet sorti est de 6 milliards de F CFA et il n'est estimé que le montant qui sera investi dans la zone (le reste l'étant au niveau national) Ce Projet est financé par l'I.D.A.

Munie de ces informations, l'équipe de recherche procède à l'identification des dépenses nécessaires au fonctionnement du système de soins de santé primaires à la périphérie. Ces dépenses ont été identifiées en collaboration avec le personnel de santé de terrain notamment le médecin chef de cercle de Koro.

Puis elle a procédé à l'inventaire et l'évaluation des modes de financement des différentes types de dépenses au regard des critères suivants :

- l'accessibilité pour la population cible
- le recouvrement complet des coûts
- la disponibilité permanente des services
- la confiance qu'inspire le mode de paiement et la gestion des fonds
- la facilité de la gestion du système financier.

Les solutions une fois élaborées, ont été soumises à nouveau aux populations et leaders locaux concernés. A Koro, la réponse est donnée par l'adoption d'un budget programme d'activité par le conseil de développement du cercle comportant des dépenses consacrées au recyclage, à la supervision et au soutien des équipes de santé de villages mises en place.

A Kita une ébauche de réponse est donnée par la création de "caisses communes" villageoises alimentées par par les recettes provenant de la vente des produits d'un champ collectif.

V.- RESULTATS

Ils sont présentés dans la chronologie ci-après

1°) la détermination des prestations sanitaires prioritaires et des stratégies propres à la mise en oeuvre de ces prestations de service.

2°) l'identification des dépenses renouvelables liées au fonctionnement du système de prestation des services.

3°) les résultats des enquêtes effectuées dans les deux zones.

4°) l'élaboration des solutions au problème du mode de financement des dépenses identifiées.

5°) la présentation des résultats des discussions avec les populations et des leaders locaux en ce qui concerne le choix du mode de financement approprié.

5.1 Réuni en groupe restreint, l'équipe de recherche à laquelle se sont joints certains membres du COCEPS a adopté l'ordre de priorité suivant dans les services de S.S.P. :

1°) la fourniture de médicaments essentiels

2°) la protection maternelle et infantile

3°) le traitement des maladies et lésions courantes

4°) l'éducation sanitaire

5°) la vaccination contre les 6 maladies transmissibles.

6°) L'approvisionnement en eau potable.

La méthode des scores a permis d'aboutis à un tel résultat.

L'argumentation avancée est la suivante :

a- Il s'agit d'un ordre de priorité dans la chronologie de mise en oeuvre et non de l'impact ou de l'efficacité. Ainsi il faut commencer d'abord par soulager les peines et protéger les mères et les enfants , puis on peut procéder à l'éducation sanitaire et afin à la vaccination lorsque celle-ci est bien perçue en tant que service utile.

L'approvisionnement en eau potable bien que primordiale échappe au contrôle du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

b- Il est bien plus facile et peu onéreux de mettre en place un système de soins de santé y compris ceux à dispenser à la mère et à l'enfant que de mettre en oeuvre des programmes d'éducation sanitaire et de vaccination même si ces derniers ont plus d'impact à long terme et figurent parmi les priorités de l'action sanitaire.

c- Les programmes d'éducation sanitaire et de vaccination ont d'autant de chance de réussite qu'ils reposent sur un réseau de services de soins de santé déjà opérationnels.

5.2. Après avoir examiné toutes les stratégies possibles et se fondant sur l'expérience du terrain, l'équipe de recherche a adopté celles qui lui paraîssent les plus appropriées pour rendre les services de base aux communautés villageoises.

Ces stratégies sont définies par objectifs :

1°) - mettre en place un premier stock de médicament et assurer son renouvellement (AT).

2°) - former les accoucheuses traditionnelles de village et une matrône * pour le secteur de base :

. assurer la supervision des A.T par la matrône

. recycler une fois par an les A.T

3°) - former des hygiénistes secouristes au village et un aide soignant au secteur de base

. assurer la supervision des H.S. pour l'aide soignant.

. recycler une fois par an les H.S..

4°) faire tenir (une fois/3 mois) par l'infirmier chef de poste d'arrondissement des séances d'éducation sanitaire.

5°) - Installer à l'arrondissement un refrigérateur et assurer l'approvisionnement en vaccin selon un programme établi pour l'ensemble de l'arrondissement

- Equiper l'aide soignant d'une mobylette et d'une glacière
- Faire la vaccination à la demande des villageois selon un planning convenu à l'avance. Il faut noter que ces séances de vaccination sont dites "d'entretien" et ne concernent donc que les nouveaux nés et les femmes enceintes, après la phase de vaccination de masse qui aura atteint en un moment donné tous les sujets cibles.

6°) - Aménager les points d'eau existants
- Créer de nouveaux points d'eau (si nécessaire) équipés de matériel d'exhaure et en assurer l'entretien.

Ces stratégies sont tout à fait conformes à ce qui se fait actuellement hormis les programmes de vaccination et d'éducation sanitaire pour lesquels l'action n'est pas encore développée à ce niveau de la pyramide sanitaire.

5.3. Les dépenses suivantes ont été identifiées en tant que charges indispensables au bon fonctionnement du système sanitaire périphérique :

1°)- Les frais d'approvisionnement de la pharmacie villageoise

2°)- La renumération des agents de santé

3°)- Les frais de subsistance pendant la recyclage des agents de santé

4°)- Les frais d'hebergement du superviseur éducateur sanitaire

5°)- Les coûts des vaccins

6°)- Les frais de transport du vaccinateur

7°)- Les frais d'hebergement des vaccinateurs

8°)- Le coût d'entretien de la chaîne de froid

9°)- Les frais d'entretien du matériel d'exhaure.

Toutes ces dépenses sont des dépenses renouvelables. Au stade actuel, aucun mode de financement n'est défini pour de telles dépenses sauf lorsque les bailleurs de fonds pendant la durée des projets qu'ils financent le prévoient dans leurs contributions. Cette lacune explique dans une large mesure le fait que des systèmes de prestations sanitaires au niveau périphérique patiemment mis en place pendant des années, s'écroulent dès lorsque le financement externe disparait. Or l'on ne peut pas imaginer un seul instant qu'un système de prestation sanitaire soit soutenue ad eternum par des financements externes.

C'est la raison pour laquelle la question des dépenses renouvelables revêt une importence plus grande que celle des dépenses initiales qui peuvent être raisonnables supportées par l'extérieur (Gouvernement ou agencer d'aides).

Peter KNEEBEL, dans son ouvrage intitulé l'équipe de Santé Villageoise fait remarquer que pour qu'un système d'équipe de santé villageoise soit efficace, il faut qu'il existe un système de soutien une assistance et une supervision constante permettant l'amélioration des compétences. Il faut en outre que :

- il existe un réseau de fournitures de médicaments
- les prix des médicaments distribués par l'ASV aux villageois suffisent à couvrir les frais, sans pour autant être supérieurs aux prix de médicaments d'autre provenance.

- l'A.S.V. trouve des motivations suffisantes pour rester à son poste
- un minimum de continuité dans le soutien accordé par les strictures de recours (supervision, recyclage, etc...).

Poursuivant cette analyse l'auteur arrive à cerner des coûts moyens par nature d'activité y compris des coûts d'investissement. Ainsi, il obtient :

Désignation	COUT Investissement	DEPENSES recurrentes
. Animation	96.640 FCFA/Village	
. Formation des E.S.V	68.123 FCFA/ESV*	
. Supervision des E.S.V par le personnel de l'arrondissement : 1j de voyage/mois/ESV.	-	52.188 FCFA/ESV/an
. Recyclage des ESV (tous les 3 ans)		25.397 FCFA**/ESV.

P. KNEEBEL conclue en disant que même si tous les investissements sont payés par des donnateurs étrangers jusqu'à ce que tous les villages bénéficient des services d'E.S.V., il reste un coût annuel minimal de 106 F CFA = 0,53 $ *** par habitant, pour les charges récurrentes.

Selon lui, ces charges récurrentes atteindront environ 200 F CFA ou 1 U$ dans 10 ans (en 1992 donc). Ces estimations excluent tous les frais d'infrastructure tels que :

- le bureau
- les centres de santé
- les réseaux de fourniture de médicaments
- les dépenses à la charge des villageois
  - . coûts des médicaments
  - . renumération de l'E.S.V.
  - . frais d'évacuation des malades
  - . frais de médicaments

* salaire du personnel de santé inclu
** salaire du personnel de santé exclu
*** dollars de 1982.

5.4. Les données recueillies à partir de l'enquête réalisée dans les deux zones précédemment décrites permettent d'avancer les résultats suivants :

Dans les villages

a. les activités économiques sont organisées de façon collective au niveau familial. Les ménages individuels ne disposent que de très peu de d'autonomie de décision en ce qui concerne la répartition des revenus et des dépenses.

En effet plus des 2/3 des familles (75 % à Koro et 68 % à Kita comprennent 2 au plus de 2 ménages.

Plus de 80% des familles disposent de champs collectif. Toutefois, il arrive que des femmes et des jeunes regroupés en association disposent de champs à eux.

Composition des familles
(en % des familles)

	A Koro	A Kita
1 ménage	25 %	32 %
2 ménages	25 %	37 %
3 ménages	28 %	17 %
4 ménages	18 %	14 %
5 ménages	4 %	..
	100 %	100 %

ORGANISATION DE LA PRODUCTION

Agriculture :	à Koro	à Kita
champs collectif (% des familles)	88 %	80 %
champs individuel de ménages (% des ménages)	11 %	9 %
champs des femmes (% des femmes)	18 %	44 %
champs des jeunes (% femmes)	1 %	0,9 %
Elévage :		
Collectif (% des familles)	54 %	61 %
Individuels (% ménages)	6 %	5 %

b- L'autoconsommation entière ou partielle est prédominante dans le système économique villageois

Ainsi, l'autoconsommation est presque entière à Koro (80 % des cas à cause de la situation de secheresse qui y prévoit dépuis une décennie) et elle est partielle à Kita (4 %) en raison de la culture d'arachide (qui est un produit de spéculation.

c- les dépenses les plus importantes par ordre de priorité au niveau villageois sont :

1- la nourriture
2- la santé
3- les impôts.

d- Parmi les dépenses de soins, les médicaments constituent le poste le plus important (80 % des dépenses en moyenne).

e- les modes de financement des dépenses de soins des individus sont de type collectif au niveau de la famille.

En effet les dépenses de soins des individus sont généralement payées par le chef de famille (70 % des cas à Koro et 71 % des cas à Kita) et quelque fois par le chef de ménage (pour son épouse ou ses enfants)

Mode de paiement des dépenses de soins.

	Koro	Kita
chef de famille	70 %	71 %
chef de ménage	7 %	10 %
mère	1 %	2 %
Autre	22 %	17 %

Toutes les personnes intérrogées estiment que cela a posé énormément de problèmes et proposent pour y faire face la constitution

	Koro	Kita
- d'une caisse familiale	16 %	26 %
- d'une caisse villageoise	39 %	24 %
- ne se prononcent pas	45 %	50 %
	100 %	100 %

La moitié des personnes intérrogées préfèrent reserver leurs avis.

f- les prestations fournies par les équipes de santé villageoises sont connues et appréciées par les populations.

Connaissance et appréciation des services
(% des personnes intérrogées)

	Koro	Kita
Vaccination	93 %	59 %
Soins dispensés par les hygiénistes secouristes	72 %	27 %
Soins maternels et infantils	89 %	56 %
Vaccination*	93 %	59 %

Les faibles pourcentages de Kita s'expliquent par le fait que tous les villages qui ont fait l'objet d'enquête n'ont pas d'équipes de santé.

g- les modes de financement actuels des dépenses de santé ne constituent pas des solutions satisfaisantes aux problèmes posés par le fonctionnement du système de prestations sanitaires par les agents de santé communautaire (village et secteur de base).

En effet : - les agents ne perçoivent pas de renumération au sens strict du terme hormis les accoucheuses traditionnelles qui reçoivent des retributions en nature. Cela est à l'origine de nombreux abandons des hygiénistes secouristes

---

* La vaccination est effectuée par les équipes mobiles.

- les frais de réapprovisionnement sont théoriquement supportés par les recettes selon les déclarations.

80 % des cas à Koro

50 % -"- à Kita

Mais en réalité, ces réponses doivent être nuancées par le fait que les prix n'ont subi aucun changement destiné à cette fin. Bien plus, le renouvellement des produits non vendus à l'unité n'est même pas assuré (alcool, pommade, coton , compresse). Le mode usuel est en fait de coupler le réapprovisionnement avec un autre motif (politique, administratif ou autre), ce qui le rend encore plus aléatoire.

- les frais de subsistance des agents sont à la charge des villageois pendant les sessions de formation, mais les frais de déplacement pour renouveler les stocks des médicaments ne le sont pas (confère ce qui est dit plus haut à ce sujet).

h- Dans les souhaits qu'elles ont formulés les populations estiment :

1- que le Gouvernement doit prendre en charge les dépenses suivantes :

	Koro	Kita
Médicaments	(72 %)	-
Salaire du personnel	(68 %)	(82 %)
Vaccins	(60 %)	-

2.- que les usagers doivent prendre en charge :

	Koro	Kita
hébergement	(76 %)	(50 %)
médicaments	-	(68 %)
frais d'évacuation	-	(72 %)
vaccins	-	(80 %)

Il y a une différence fondamentale entre les 2 zones due au fait qu'à Koro, les problèmes sont surtout ceux de la survie pendant la sécheresse. Les populations sont donc maximalistes quant à leur attente vis à vis du Gouvernement.

Les réponses de Kita sont plus proches de la moyenne nationale.

Il y a donc une conscience assez grande des responsabilités individuelles et familiales vis à vis des dépenses de santé.

3.- Que les structures d'administration traditionnelles (conseil de village) prennent en charge les problèmes de santé.

Organisation jugée appropriée pour la prise en charge des problèmes de santé.

	Koro	Kita
Conseil de village	47 %	65 %
cellule du parti	8 %	5 %
organisation des jeunes	28 %	14 %
organisation des femmes	13 %	5 %
Autres	4 %	11 %
	100 %	100 %

- que le paiement d'une cotisation périodique est préférable à celui quotodien des seaux d'eau pour avoir accès à l'eau potable et contribuer ainsi au fonctionnement du système d'approvisionnement en eau potable.

5.5. - le rapport provisoire de l'enquête sur les dépenses de santé réalisée par Jonathan MEYER contient des données intéressantes quant à l'attitude des populations vis à vis des dépenses de santé. En effet les données suivantes ont été retenues :

- le prix payé pour avoir accès aux soins est un facteur important pour les utilisateurs de soins modernes alors qu'il ne joue aucun rôle pour les usagers de soins traditionnels

- les dépenses de santé sont fonction des revenus ; plus le revenu est élevé plus les personnes concernées utilisent les services de soins modernes

- le temps de voyage et le coût de transport n'ont pas une grande influence sur le choix en faveur des soins modernes

- les individus paient en moyenne 1 850 F CFA pour les soins modernes par épisodes 1950 F CFA pour les soins traditionnels

5.5. Les solutions suivantes ont été élaborées par type de dépenses, en ce qui concerne les modes de financement. La méthode utilisée est celle du groupe mondial (ou méthode des scores).

DESIGNATION	SOLUTIONS A	SOLUTIONS B
- frais de réapprovisionnement de la pharmacie villageoise	- paiement d'un surplus sur le prix des médicaments	- prise en charge par une caisse commune

En définitive, c'est la solution A qui est retenue en raison de sa simplicité. Elle peut revetir plusieurs variantes : - soit faire payer les actes jusqu'à concurrence d'un montant additionnel pouvant couvrir les frais, - soit faire payer effectivement les médicaments aux prix de revient complets.

La première variante a l'avantage de faire payer les produits consommables non vendables à l'unité (alcool, coton, mercurochrome etc...).

	A	B	C
- rénumération des agents de santé villageois	- rénumération à l'acte	- salaire payé par une caisse	rénumération compensatoire en nature ou en prestation

La 3è solution semble emporter l'adhésion compte tenu de la difficulté pour les villageois de disposer à tout moment de revenus monétaires.

	A	B
- frais de substance pendant le recyclage des agents de santé villageois	- à la charge des agents	- payé par une caisse commune

La solution B est vivement recommandée.
En particulier il est demandé que les sommes en question scient budgétisées par le conseil de village.

	A	B
- rénumération des agents de secteur de base	- Rénumération à l'acte	- Salaires payés par une caisse.

Un salaire mensuel est préférable à ce niveau. Ce salaire doit être budgétisé par le conseil d'arrondissement et les ressources pourraient prévenir localement du paiement d'un tarif forfaitaire pour l'accès aux soins y compris les médicaments. Dans d'autres situation une cotisation annuelle santé peut être prélevée donnant droit à la gratuité des soins.

	A	B
- frais de subsistance lors du recyclage des agents de santé du secteur de base.	- à la charge des agents	- payé par une caisse commune

Comme pour les salaires, les recyclage (tous les 3 ans) doit être programmé et budgétisé par le Conseil d'Arrondissement.

	A	B
Hébergement Superviseur Education Sanitaire.	payé par le Conseil de village.	payé par le Conseil d'Arrondissement.

La solution A est plus opportune.

- frais liés à la variation d'entretien
  - coût du vaccin
  - hébergement Vaccinateur
  - transport Vaccinateur
  - entretien chaîne de froid.

L'ensemble de ces dépenses doit faire l'objet d'un budget au niveau de l'Arrondissement dont le financement sera assuré par

- le paiement des actes de vaccination par les villageois.
- la prise en charge du Vaccinateur par les villageois demandeurs du point de vue de la subsistance.
- la prise en charge des frais de transport et d'entretien de la chaîne de froid par le Conseil d'Arrondissement

Ainsi, les villages qui manifesteraient un intérêt pour la vaccination

	A	B
Entretien du matériel d'exhaura	paiement d'un seau d'eau.	paiement d'une cotisation périodique.

La solution B semble emporter l'adhésion car elle est moins contraingnante du point de vue de la gestion.

5 6. Les résultats des discussions de ces solutions apparaissent plus concrètement dans le budget-programme 1990 soumis au Conseil de développement du Cercle de KORO (Voir en annexes).

Il y est fait mention des objectifs suivants :

a) Maintenir et consolider les acquis du Projet Santé Rurale (P.S.R.).

b) Améliorer l'infrastructure socio-sanitaire.

c) Assurer l'expansion du programme de Soins de Santé Primaires (S.S.P.) notamment dans les Arrondissements non encore desservis.

d) Améliorer les prestations sanitaires du Centre de Santé de Cercle.

Le premier objectif qui est l'objet même de ce rapport sera atteint grâce à la mise en oeuvre des activités suivantes

recycler 45 Hygiénistes Sécouristes et 30 Accoucheuses Traditionnelles de village de l'Arrondissement Central.

superviser tous les villages touchés par le P.S.R. par deux Infirmiers Chefs de Poste.

réapprovisionner toutes les Pharmacies Villageoises.

Le budget programme précise en outre que les Agents de Santé de Village durant les 10 jours de recyclage seront pris en charge par leur village pour la nourriture et le logement.

Autrement dit, les Responsables de KORO estiment que le fonctionnement du système de Soins de Santé Primaires incombe au Conseil de développement de la localité.

Ils estiment toutefois que la prise en charge des Agents de Santé de Village quant à leur retribution ou à leur hébergement pendant les sessions de formation revient aux villageois eux-mêmes. Ces derniers interrogés estiment que l'Hygiéniste-Sécouriste en tant que membre de la communauté n'a pas droit à un salaire.

Ils pensent toutefois qu'il devra bénéficier de compensation en nature ou sous forme d'apport de travail (lorsque les jeunes du villages décident de lui cultiver son champ).

Dans le Cercle de KITA, les Villageois ont mis en place un champ collectif dont les produits serviront à financer les dépenses relatives à l'entretien de la pompe.

6.- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS :

Cette étude fait ressortir tous les aspects d'un pr dont la solution est la condition siné qua none de l'accès aux soins pour l'immence majorité de la population vivant en milieu rural.

La prise en charge des dépenses de fonctionnement du système de santé au niveau de la périphérie est hors de portée des possibilités budgétaires de l'Etat.

Des ressources sont disponibles et mobilisables au niveau local pour parvenir à assurer le fonctionnement du système de prestations sanitaires à la périphérie.

Les modes de financement actuels des dépenses renouvelables des systèmes de soins de santé primaires à la périphérie ne sont pas satisfaisant et expliquent dans une large mesure qui les édifier mis en place s'écroulent rapidement.

Les systèmes de soins de santé primaires sont connus et appréciés au niveau périphérique par les populations.

Les populations sont prêtes à contribuer à l'amélioration de leur état de santé de diverses manières :

- par le paiement direct pour des prestations personnalisées (soins, vaccination)
- par une contribution périodique pour les activités de promotion et de privation qui intéressent l'ensemble de la collectivité. Ces activités doivent faire l'objet de budgets programmes discutés par les niveaux. Au stade actuel, on peut s'en tenir à des budgets programmes de cercles incluant toutes les activités sanitaires y compris celles concernant le niveau périphérique.

Le financement des dépenses renouvelables des systèmes de soins de santé primaires à la périphérie doit fair l'objet de la préoccupation des responsables politiques et administratifs locaux. Il est tout à fait possible à chaque médecin chef de cercle d'en élaborer le budget et de le présenter aux instances locales de décision. C'est à ce seul prix que les systèmes de soins de santé primaires ont une chance de survie lorsqu'ils sont mis en place.

ANNEXE

.....**.**.....

A N N E X E 1

PROTOCOLE ET BUDGET DE L'ENQUETE SUR LE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES S.S.P.

****

1.- But : L'enquête a pour but de collecter les données (variables) nécessaires à la prise de décision par un groupe d'expert, en ce qui concerne le mode de financement d'un système de soins de santé primaires comprenant au minimum :

1- des agents de santé villageois formés
   - Hygiéniste secouriste
   - Accoucheuse traditionnelle
2- des Pharmacies Villageoises réapprovisionnées régulièrement
3- les consultations pré et post natales par une matrône selon un programme régulier lors de ses tournées de supervision
4- le recyclage annuel des agents de santé villageois par l'équipe médicale d'arrondissement
5- l'éducation sanitaire par l'équipe de santé d'arrondissement lors des tournées de supervision
6- la vaccination par une équipe mobile constituée d'aides soignants ayant comme base d'opération l'arrondissement.

2.- Objectif : L'objectif poursuivi par l'enquête consiste à collecter les données sur :

- les disponibilités de revenus
- le cheminement thérapeutique et ses motivations
- les dépenses de santé et leurs mode de financement
- la perception du rôle des services de santé
- le degré de connaissance des services nouveaux
- les souhaits en matière de santé
- l'attitude vis à vis du paiement
- la perception du rôle du Gouvernement
- les fonds existants et leur utilisation
- les souhaits en matière de paiement.

3.- Unités Statistiques :

Les unités statistiques qui sont concernées par l'enquête soi
- le chef de famille/et de ménage
- le chef de village/secteur/arrondissement.

4.- Echantillonnage :

L'échantillon sera 30 villages et de 30 ménages/villages soit par localité (Koro, Kita)

4 chefs d'arrondissement	-	(2/localité)
60 chefs de village	-	(30/localité)
1.800 chefs de ménage	-	(900/localité)

5.- Déroulement de l'Enquête :

L'enquête se déroulera dans chacune des localités concernées selon le programme ci-après :

1- Arrivée dans le village de l'équipe
2- Sensibilisation de la population
3- Choix des ménages à raison d'un nombre égal par concession jusqu'à concurrence de 30
4- Enquête auprès des chefs de ménages, du chef de village et des agents de santé de village
5- Coucher ou retour à la base
6- Départ le matin pour le prochain village.

/+ N N E X E 2

LISTE DES VILLAGES ENQUETES PAR ZONE.

§

§ _ §

§

LISTE DES VILLAGES ENQUETES

Cercle de KORO

Arrondissements	Villages	Population Habitants.	Nombres de Familles.
CENTRAL 432 Habitants.	- Orokorchin	809	68
	- Yadianga	3.142	179
	- Beni Bana	728	62
	- Pomorododiou	474	76
	- Sana	542	71
	- Gnini	748	66
	- Bono	1.376	119
	- Danana	1.219	98
	- Kiri	1.831	109
	- Pongono	406	23
M A D O U G O U	- Bandé	989	112
	- Tantoumo	547	67
	- Ogoténé	507	50
	- Tanoua Yby	284	28
	- Sogouyagem	834	97
	- Orokoum	361	21
	- Yassiny	662	61
	- Goudiadourou	215	24

Arrondissements	Villages	Population/ Habitants.	Nombres de Familles.
M A D O U G O U (suite)	- Bani Kani	804	75
	- Domnossogou	1.105	141
T O R O L I	- Demeourou	454	48
	- Dongolé	1.170	68
	- Anakaga	674	57
	- Birga Peulh	778	55
	- Birga Dogon	961	60
	- Gandourou	1.046	70
	- Dompélé	457	25
	- Andiamaténa	235	13
	- Bondotena	828	34
	- Koromatintin	320	15

CERCLE DE K I T A

LISTE DES VILLAGES

KITA CENTRAL :

1.	Samé	13	8.	Boro	13
2.	Koré	13	9.	Dialaya	13
3.	Walia	13	10.	Founia	13
4.	Sébékélé	13	11.	Kodogoni	13
5.	Horonko	13	12.	Toumoula	13
6.	Koféba	13	13.	Baléani	13
7.	Dambana	13	14.	Kolina	13
		91			103

ARRONDISSEMENT DE DJIDIAN

1.	Sandiandougou	13	8.	Traoréla	13
2.	Dougourakoroni	13	9.	Mambri	13
3.	Linguéma	13	10.	Barabala	13
4.	Balandougou	13	11.	Djidian	12
5.	Bougoulekoroba	12	12.	K. Djemakana	13
6.	Konitonoma-Namorila	14	13.	Kabé	13
7.	Bassibougou	10	14.	Koflabé N°3	13
		87			91

TOTAL : 29 Villages - 374 Questionnaires Chef de Famille/ Ménage.

/+ N N E X E 3.

RAPPORT SUR LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE RECHERCHE SUR FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.-

---

INTRODUCTION :

Après discussion avec le chercheur principal et compte-tenu de la position de la zone (milieu d'évolution), il a été choisi la zone de Kita pour mener cette enquête.

DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

1.- Identification des enquêteurs : Les enquêteurs ont été identifiés courqnt Mai depuis que la zone d'enquête avait été déterminé : nous avons choisi les Agents de la DNAFLA : Chefs de Z.A.F. (Zone d'Alphabétisation Fonctionnelle et les Agents Techniques de Coopération). Ces deux types d'Agents travaillent étroitement avec les populations au niveau des Arrondissements Secteur de développement et village. Ils sont également chargés de la formation, la commercialisation dans la zone de l'ODIPAC. En plus, ce sont les Agents utilisés dans le cadre de l'animation du Projet de Développement Sanitaire.

2.- A fait également parti des enquêteurs, le Responsable de l'animation, du Projet un Technicien de Développement Communautaire.

Choix de la Zone :

Nous avons choisi l'Arrondissement Central de Kita et l'Arrondissement de Djidian à cause de :

- facilité de déplacement
- connaissance du milieu
- le fait d'avoir travailler avec les enquêteurs choisis.

Choix des Villages :

Les Villages ont été choisis par tirage au sort. Cependant, nous avons exclu d'office les villages inaccessibles en cette saison dû au mauvais état des routes. (Voir Liste des Villages).

Le nombre de village a été limité à 30 soit 15 pour Arrondissement. Mais l'enquête n'a pu être effectuée que dans 29 Villages avant le délai.

Enquêtes :

1.- Préparatif : Nous avons fait de séances d'explication des fiches d'enquête aux Agents chargés de l'enquête. Ceci a porté sur les terminologie, la stratégie et la méthode de l'enquête.

2.- Problèmes relatifs aux fiches :

- Insuffisance du nombre de fiches. Ce qui a entrainé une multiplication.
- Complément de certaines informations et réajustement de certains tableaux.

  Ces problèmes se sont soulevés dans les 1ères semaines de l'enquête.

Enquête :

Les enquêteurs avaient leur propre mobylette ou des mobylettes en location pour la circonstance. Le superviseur se rendait dans les villages et contrôlait le travail effectué dans la journée.

Méthodologie :

Cette période d'enquête était la bonne pour les circonstances d'enquêtes en ce sens que la détermination de la production et des dépenses d'une saison à une autre est facile.

Mais la période n'était pas propice à cause des travaux champêtres surtout au début de l'hivernage donc les enquêteurs étaient obligés de se rendre dans les villages soit très tôt le matin avant le départ des paysans aux champs ou d'attendre la fin des travaux au soir ou encore de faire l'enquête dans les champs. Les paysans étaient avisés souvent à l'avance.

Le plus souvent le ménage et même la famille entière était réuni ensemble pour mener l'enquête.

Il était très difficile de traiter les questionnaires séparément avec les membres de la famille surtout du côté des femmes.

Souvent, il y a eu des omissions pour certains détails de questionnaire et les enquêteurs étaient obligés de retourner dqns les villages pour cette raison.

Quelques remarques sur le déroulement de l'enquête.

Fiche : Questionnaire Chef de Famille/Ménage.

- Le ménage du Chef de famille est considéré comme le ménage N°1. Le plus souvent le reste des ménages de la famille est constitué par des frères ou des filds mariés du Chef de famille (le lien de parenté est noté). La classification par tranche d'âge est approximative à cause de la difficulté de déterminer le vrai âge.

- Dans certains cas, même si la structure par ménage de certaine famille est évidente, la production par contre est confondue (activités collectives). La particularité se situe au niveau des activités des femmes où chaque femme de ménage avait son petit champ ou jardin.

Cependant, nous avons également remarqué que le plus souvent la femme du fils du Chef de famille travaillait pour sa belle-mère et celle-ci s'occupait d'elle au point de vue des dépenses.

- En ce qui concerne les activités des jeunes, le plus souvent, en dehors des activités dans le ménage, les jeunes de leur côté font des activités en commun pour tout le village (Association des Jeunes). Il n'y a pas d'activité spécifique des jeunes/ménage. Le questionnaire rempli à ce titre représente les activités des jeunes pour le village.

- Les éléments de production. Nous avons considéré comme céréales : mil, riz, maïs. Les céréales étaient la production (a) ensuite arachide (b) et autres en (c).

Activités par femme/ménage : les activités sont dimenses pendant la saison des pluies, il y a le petit champ de céréales et le champ des produits rentrant dans des condiments et en plus elles font le ramassage du néré et des noix de karité. Il est difficile de déterminer les quantités produites, commercialisées ou consommées. Etant donné que c'est la femme qui dans la majorité des cas s'occupe des condiments de la famille, ces productions servent non seulement à la commercialisation pour acheter les produits manquants pour cuisine ou pour recevoir d'autres dépenses de la famille.

- Il était souvent difficile de déterminer la quantité produite, mais le plus souvent on pouvait déterminer la quantité consommée quotidiennement et la quantité commercialisée.

- Très souvent la quantité de production est égale à la quantité consommée + le complément commercialisé, cela est approximatif car il exclu les dons et quêtes éventuelles.

- Nous ne pouvons pas être sûr à 100 % de la fiabilité des réponses données surtout pour les chiffres car malgré la connaissance du milieu pour les enquêteurs, nous avons souvent remarqué des resistances surtout pour le bétail.

- Dans le cadre des dépenses en nature, les prix ont été déterminés selon les prix en vigueur dans la localité et selon la saison (le prix officiel s'il s'agit d'une coopérative ou le prix du marché).

- Il faut remarquer dans l'écriture de la quantité, l'enquêteur note par exemple : 3t 700 ce qui signifie 3,7 tonnes ou 3.700 Kg (Farine attention à l'écriture).

- Des tableaux aux verso des pages activités (ménage ont été fait pour préciser la quantité produite par ménage, colonne qui a manqué sur certains tableaux.

- Nous avons remarqué surtout la resistance des femmes à répondre aux questionnaires souvent ce sont les hommes qu'leur viennent en aide. Cela est une attitude du milieu où la femme considère qu'elle ne doit pas livrer les informations aux personnes étrangères.

QUESTIONNAIRE VILLAGE / SECTEUR / ARRONDISSEMENT

Sur les 50 exemplaires, le temps n'a permi le remplissage que pour les Villages retenus pour le Questionnaire/ du Chef de famille/ Ménage.
Il y a eu moins de problèmes sur cette fiche.

/+ N N E X E 4.

QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUETE

°

1. PRODUCTION ET DEPENSES

N° de Fiche	PRODUCTION					DEPENSES						TOTAL
	Mil	Fonio	Dah	Arachide	Petit Pois	Impôts/ Cotisation	Condiments/ jr.	Santé/	Fêtes et cérémonies.	Habits	Ustencils	
1	200	-	-	-	-	11490	200	800	167	167	167	12.991
2	1000Kg	-	-	-	-	15000	100	10000	167	167	167	25.601
3	600Kg	-	-	-	-	23750	500	2000	3333	3333	3333	36.249
4	250Kg	-	-	-	-	9750	1500	4000	8333	8333	8333	40.249
5	1000Kg	-	-	-	-	7660	-	2000	200	-	-	9.860
6	500Kg	-	-	-	-	16000	500	3000	167	167	167	20.001
7	700Kg	-	-	-	-	40000	75	4000	5000	-	-	49.075
8	1000Kg	-	-	-	-	-	500	10000	6666	6666	6666	30.500
9	3000Kg	-	-	-	-	33870	500	2000	300	-	-	36.670
10	300Kg	-	-	-	-	20250	-	1000	400	-	-	21.650
11	750Kg	-	-	-	-	25000	-	5000	6500	-	-	36.500
12	200Kg	-	-	-	-	3830	-	125	250	-	-	4.205
13	600Kg	-	-	-	-	7660	150	1250	1000	-	-	10.000
14	200Kg	-	-	-	-	9575	100	1800	500	-	-	11.975
15	1000Kg	-	-	-	-	34710	1000	3500	5000	5000	5000	54.210
16	-	-	-	-	-	6745	-	-	-	-	-	5.745
17	500Kg	-	-	-	-	17500	100	1500	1333	1333	1333	23.099
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2000Kg	-	-	-	-	-	1000	15000	5.000	5.000	500	31.000
21	50Kg	-	-	-	-	3750	1000	1200	6667	6667	6667	25.951
22	-	-	-	-	-	18850	-	6000	1200	-	-	26.050
23	3000Kg	50Kg	-	25 Kg	-	22980	200	30000	15000	12500	3000	83.680
24	300Kg	-	-	-	-	11490	500	7000	6500	-	-	25.490
25	300Kg	-	-	-	-	7460	75	10000	5000	7000	-	29.535

N° de Fiche	PRODUCTION					DEPENSES						TOTAL
	Mil	Fonio	Dah	Arachide	Petit Pois	Impôts et Cotisation	Condiments	Santé	Fêtes et Cérémonies.	Habits	Ustencils.	
26	3000Kg	-	-	-	-	9575	200	1200	300	-	-	11.275
27	1000Kg	-	-	-	-	10000	200	200	400	400	-	11.200
28	500Kg	10Kg	-	-	-	9575	200	1000	19000	12900	-	42.675
29	300Kg	-	-	-	-	13160	600	1000	333	333	333	15.760
30	400Kg	-	-	-	-	9575	-	1600	1000	-	-	12.175
31	500Kg	-	-	-	-	[illegible]	-	1600	[illegible]	-	-	15.075
32	1200Kg	-	-	-	-	660	200	15000	8000	1900	-	34.760
33	3000Kg	-	-	-	-	4500	150	1600	2000	-	-	8.250
34	2000Kg	-	-	-	-	15905	-	2000	1000	-	-	18.905
35	4540Kg	-	-	-	-	28980	300	8000	1500	-	-	38.780

TOTAL DEPENSES .... : 859. 201

N°	PRODUCTION en Kg						DEPENSES en F. CFA						TOTAL F. CFA
	Mil	Fonio	Dah	Arachide	Pet. Pois	Total Kg.	Impôts	Condiments.	Santé	Fêtes	Habits	Ustensiles.	
36	400	-	-	-	-	400	3330	3000	750	-	-	-	7.580
37	800	100	100	-	-	1000	20000	3000	-	1667	1667	1667	28.001
38	500	-	-	-	-	500	13405	-	500	250	-	-	14.155
39	200	-	-	-	-	200	5745	6000	-	-	-	-	11.745
40	250	-	-	-	-	250	7660	2000	4000	2000	5500	-	21.160
41	250	-	-	-	-	250	8260	-	-	-	-	-	8.260
42	1000	-	-	-	-	1000	9775	6000	1500	1000	-	-	18.275
43	500	-	-	-	-	500	5745	4500	1000	1667	1667	1667	31.246
44	1000	-	-	-	-	1000	50335	1000	25000	15000	50000	-	141.385
45	500	-	-	-	-	500	9575	-	400	1000	-	-	10.975
46	450	-	-	-	-	450	22500	9000	-	3334	3334	3334	41.502
47	50	-	-	-	-	50	4680	750	900	-	-	-	6.330
48	1580	-	-	-	-	1580	-	-	3000	500	-	-	3.500
49	2565	-	-	-	-	2565	15340	-	2150	-	-	-	3.690
50	2350	-	-	-	-	2350	67320	6000	3000	1500	-	-	77.820
51	400	-	-	-	-	400	36000	15000	20000	3334	3334	3334	63.002
52	3200	-	-	-	-	3200	-	15000	400	-	-	-	15.400
53	6300	-	-	-	-	6300	19320	1500	32000	3000	6000	-	61.820
54	1500	-	-	-	-	1500	13405	-	700	1600	-	-	15.605
55	3100	-	200	-	-	3300	32000	4000	20000	15000	10000	-	84.300
56	350	-	-	-	-	350	49125	3000	5000	2500	-	-	59.625
57	1100	-	-	-	-	1100	9795	1050	3000	2334	2334	2334	20.847
58	600	-	-	-	-	600	22980	6000	1000	834	834	834	32.482
59	3000	-	-	-	-	3000	-	4000	-	1500	-	-	5.500
60	5650	80	-	-	100	5830	26565	-	35000	3000	18000	-	82.565
61	2500	-	-	-	-	2500	11490	-	1000	-	-	-	12.490

N°	PRODUCTION en Kg						DEPENSES en F. CFA						TOTAL F.CFA
	Mil	Fonio	Dah	Arachide	Petit Pois	Total Kg	Impôts	Condiments	Santé	Fêtes	Habits	Ustencils	
62	5000	-	-	-	-	5000	103260	5000	100000	66664	66664	66664	408.252
63	4000	500	-	-	200	4700	50375	15000	26500	10000	-	-	111.875
64	1100	-	-	-	-	1100	15000	3000	200	750	-	-	18.950
65	1500	-	-	-	-	1500	13000	2000	1500	-	-	-	18.500
66	1500	-		-	-	1500	32000	-	3000	-	-	-	35.000
67	1000	-	150	-	-	1150	44425	500	11500	2000	3000	-	68.425
68	600	-	-	-	50	650	14500	300	1000	250	-	-	16.050
69	700	-	-	-	-	700	19000	3200	1000	500	500	500	24.700
70	400	-	-	-	-	400	57[illegible]5	3000	1000	247	247	247	10.485

N° de Fiche	PRODUCTION					DEPENSES						TOTAL
	Mil	Fonio	Dah	Arachide	Petit Pois	Impôts/ Cotisation	Condiments	Santé	Fêtes/ Cérémonies	Habits	Ustencils.	
71	250Kg	-	-	-	-	574	1500	500	1000	-	-	
72	2150Kg	-	-	-	-	-	-	5000	500	-	-	
73	800Kg	-	-	-	-	24000	1000	2500	5000	5000	5000	
74	750Kg	-	-	-	-	724	1750	2000	1500	-	-	
75	3000Kg	-	-	-	-	21735	-	-	1000	-	-	
76	500Kg	-	-	-	-	63715	1200	-	166	166	166	
77	750Kg	-	-	-	-	5745	1500	-	-	-	-	
78	700Kg	-	-	-	-	10000	250	600	3000	-	-	
79	800Kg	-	-	-	-	26000	500	5000	2000	2000	2000	
80	500Kg		-	-	-	8060	1050	1600	4000	4000	4000	
81	200Kg	-	-	-	-	16905	-	425	800	-	-	
82	500Kg	-	-	-	-	43000	6000	2500	1000	1000	1000	
83	600Kg	-	-	-	-	19320	1500	4600	-	-	-	
84	350Kg	-	-	-	-	25000	500	20000	15000	9000	-	
85	300Kg	-	-	-	-	31395	-	-	-	-	-	
86	200Kg	-	-	-	-	9575	-	9500	1000	3000	-	
87	400Kg	-	-	-	-	10000	200	1900	400	-	-	
88	100Kg	-	-	-	-	10000	2400	3555	300	300	300	
89	500Kg	-	-	-	-	15320	-	500	500	-	-	
90	600Kg	-	-	-	-	15000	1500	400	-	-	-	
91	400Kg	-	-	-	-	2600	750	500	200	-	-	
92	400Kg	-	-	-	-	9575	3000	1000	667	667	667	
93	4000Kg	-	-	-	-	12075	3000	5000	-	-	-	
94	1500Kg	-	-	-	-	9575	1500	1200	500	-	-	
95	1200Kg	100Kg	200Kg	-	-	15905	2000	5000	8000	-	3000	
96	3750Kg	-	-	-	100Kg	16905	3000	15000	-	-	-	
97	400Kg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
98	2500Kg	-	-	-	-	5745	-	1200	2000	-	-	
99	2000Kg	-	-	-	-	7660	-	1100	-	-	-	
100	300Kg	-	-	-	-	7060	800	1500	250	10000	-	

REVENUS ET DEPENSES DE SANTE

	REVENU MONETAIRE	DEPENSES DE SANTE	DONT MEDICAMENT
1.	5.000 F.CFA	900	900
2.	2.500	15. 000	1.500
3.	5.000	1. 200	1.200
4.	45.000	1.500	1.000
5.	50.000	400	-
6.	50.000	25.000	2.500
7.	100.000	35.000	35.000
8.	20.000	1.000	1.500
9.	50.000	1.000	1.000
10.	6.000	1.250	1.250
11.	20.000	125	125
12.	100.000	1.500	1.000
13.	35.000	5.000	2.800
14.	25.000	-	-
15.	30.000	1.000	800
16.	30.000	1.500	1.000
17.	80.000	2.000	1.800
18.	200.000	1.100	1.100
19.	250.000	1.200	1.200
20.	40.000	-	-
21.	25.000	4.000	4.000
22.	385.000	15.000	8.000
23.	160.000	5.000	-
24.	150.000	1.200	1.000
25.	100.000	10.000	10.000
26.	450.000	5.000	-
27.	40.000	1.000	1.000
28.	70.000	4.000	4.000
29.	40.000	500	400
30.	60.000	400	400
31.	50.000	3.000	3.000
32.	10.000	3.550	3.550
33.	30.000	20.000	10.000
34.	60.000	4.600	4.000
35.	25.000	4.000	4.000
36.	50.000	2.500	2.500

	REVENU MONETAIRE	DEPENSES DE SANTE	DONT MEDICAMENT
37.	60.000 F.CFA	2.000	2.000
38.	50.000	1.600	1.600
39.	80.000	5.000	5.000
40.	50.000	400	400
41.	100.000	10.000	10.000
42.	20.000	2.500	2.500
43.	215.000	5.000	500
44.	20.000	800	800
45.	40.000	750	750
46.	20.000	500	500
47.	40.000	1.000	1.000
48.	70.000	1.000	1.000
49.	62.500	1.000	1.000
50.	115.000	11. 500	11.500
51.	150.000	200	200
52.	437.500	62.500	62.500
53.	500.000	100.000	100.000
54.	583.000	35.000	15.000
55.	60.000	1.000	1.000
56.	110.000	3.000	3.000
57.	35.000	5.000	1.500
58.	310.000	20.000	10.000
59.	500.000	32.000	24.000
60.	200.000	2.000	1.000
61.	300.000	1.500	1.000
62.	120.000	15.000	3.400
63.	30.000	1.000	1.000
64.	40.000	2.000	2.000
65.	50.250	1.000	1.000
66.	100.000	200	200
67.	30.000	10.000	4.700

SOUHAITS EXPRIMES

1. /ATTITUDE VIS A VIS DU PAIEMENT

. qui doit payer quoi.

	MADOUGOU		TOROLI		ARRONDISSEMENT CENTRAL	
	Gouvernement.	Population bénéficiaire	Gouvernement.	Population bénéficiaire	Gouvernement.	Populat° bénéfic.
Médicaments	109	25	137	3	38	6
Salaire personnel	92	15	138	2	39	2
Hébergement personnel	34	124	17	136	48	2
Frais d'évacuation	42	39	122	17	4	38
Vaccin	66	7	134	1	36	2
Transport	58	1	130	8	48	2
Autres	12	8	10	1	2	1

Ceux qui ne se sont pas prononcés ne sont pas comptabilisés.-

2. /)/)ODE DE PAIEMENT DES FRAIS D'ENTRETIEN DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE .-

	MADOUGOU		TOROLI		ARRONDISSEMENT CENTRAL	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Cotisation périodique	125	2	132	2	84	1
Paiement par seau d'eau enlevé	7	--	5	--	9	

/+ N N E X E 5.-

BUDGET - PROGRAMME

ANNEE 1 9 8 6

I.- INTRODUCTION :

Si dans le rapport annuel 1985 du Centre de Santé, le programme de la nouvelle année a été redigé sans grande précision, ce document détermine les activités , les moyens humains et financiers à mettre en oeuvre pour la réalisation correcte de ce programme.

II.- OBJECTIFS

- Maintenir et consolider les acquis du projet Santé Rurale
- Améliorer l'infrastructure socio-sanitaire
- Etendre l'expérience en matière de Soins de Santé Primaire
- Améliorer les prestations sanitaires du Centre de Santé.

III.- FINANCEMENT :

Il sera assuré par les ressources propres du comité de développement avec l'appui de fonds extérieurs notamment les O.N.G., le Conseil de gestion assure la supervision et le Centre de Santé l'exécution.

IV.- ACTIVITES :

4.1. Maintenir et consolider les acquis du P.S.R.

4.1.1. Recyclage : les agents de Santé villageoise du Secteur de Barapireli et ceux des Arrondissements de Toroli, Ma[illegible] ont été recyclés courant 1985. Il est indispensable de prévoir celui des 45 Hygiénistes et 30 Accoucheuses des villages de l' Arrondissement Central. Ce recyclage [illegible] précédé d'une réunion avec tous les Responsables de l'Arrondissement, les Chefs de village et les Responsables Sanitaires. Après cette réunion deux Infirmiers sillonneront tous les villages touchés par le P.S.R.

* Carburant Mobylettes (deux mobylettes)

416 Km X 2 mobylettes = 832 Km X 0,04 X 375 F = 12. 750

* Organisation matérielle du recyclage = 10. 000 F.

* Nourriture pour Infirmiers-superviseurs = 5. 000 F.

N.B. : Les A.S.V. durant les 10 jours du recyclage seront pris en char par leur village pour la nourriture et le logement. Ils viennent et repartent par leur propre moyen.

4.1.2. Supervision des A.S.V. de Madougou, Toroli et Central :

a) Médecin : Deux sorties / An, la première au niveau des Chefs lieux d'Arrondissement et la seconde dans les villages.

- Chef-lieu = Deux jours / Arrondissement

* Carburant 504 Bâchée = (25 X 45 X 32) Km X 2 = 204 :

204 Km X 0,0201 X 350 F = 14. 350 F.

* Lubrifiant = 1 bidon d'huile 40 = 3.600 F.

* Nourriture = 5.000 F.

- Au niveau des 71 villages = Un mois / Arrondissement

* Carburant (416 + 396 + 233) Km X 22 = 2.090 Km

2.090 Km X 0,201 1 X 350 F = 145. 250 F.

* Lubrifiant = 3 bidons d'huile 40 X 3.600 = 10. 800 F.

* Nourriture = 10. 000 F. / Arrondissement = 30. 000 F.

b) Infirmier : Une tournée / An durant un Mois par une équipe de deux personnes.

- Toroli : (233 Km X 2) X 2 mobylettes = 932 Km

932 Km X 0,041 X 375 F = 13. 980 F.

- Central 416 Km X 2 X 2 mobylettes = 1.664

1.664 Km X 0,041 X 375 F = 24. 960 F.

- Madougou 96 Km X 2 X 2 mobylettes = 384 Km

384 Km X 0,041 X 375 F. = 5.760 F.

- Barapireli 300 Km X 2 X 2 mobylettes = 1.200 Km

  1.200 Km X 0,04 X 375 F. = 18. 000 F.

Prévoir 20. 000 F. / Arrondissement pour la nourriture des Agents soit au Total 60. 000 F.

4.1.3. Le réapprovisionnement des Pharmacies Villageoises et l'amélioration de leur méthode de gestion seront sous la responsabilité directe des Conseils de gestion d'Arrondissement. Il faut une moyenne de 25. 000 F. pour chaque Pharmacie.

71 villages X 25.000 F. = 1. 775. 000 F.

4.1.4. Poursuite dez activités d'hygiène et d'assainissement dans l'ensemble des villages nécessitant l'achat d'un stock d'eau de javel et de crezyl.

4.2. Améliorer l'infrastructure socio-sanitaire demeure une priorité mais à cause des investissements qu'il requiert, toutes les grosses réalisations doivent être prévues pour le prochain plan quinquennal. Pour l'année en cours, les Chefs d'arrondissement ont retenu les actions suivantes :

- Madougou : clôture du Dispensaire
- Koporo-Na : Refection de la Maternité et clôture
- Dinangourou : Création d'un Poste Sanitaire à Yoro
- Diougani : Construction d'une Maternité
- Toroli : Aménagement logement Chef de Poste Médical
- Central : Construction d'un Dispensaire et d'un logement à Zon.

4.3. Etendre les Soins de Santé Primaires dans les Arrondissements de Koporo-Na, Dinangourou, Diougani, Diankagou. Ce programme touche 10 villages/Arrondissements et permettra la mise en place de Pharmacie Villageoise et la formation d'Agent de Santé Villageoise

4.3.1. La formation sera précédée d'une sensibilisation. Elle se fera d'abord par une réunion de prise de contact entre Responsables politico-administratif ; Chef de village et Responsables Sanitaires. Puis le Chef de poste médical tournera de village en village pour l'information des populations.

* Carburant 504 bâchée (45 + 118 + 55 + 65) Km X 2 =

566 Km X 0,20 X 350 F = 39. 620 F.

* Carburant mobylette

- Koporo-Na = 150 Km X 2 = 300 Km
- Diougani = 130 Km X 2 = 260 Km
- Dinangourou = 150 Km X 2 = 300 Km
- Diankabou = 150 Km X 2 = 300 Km

(300 + 300 + 260 + 300) Km = 1.160 Km

1.160 Km X 0,04 X 375 = 17. 400 F.

* Lubrifiant = 1 bidon d'huile 40 = 3.600 F.
* Organisation matérielle des formations = 20.000 F/Arrondissement, soit un Total de 80.000 F.CFA.

4.3.2. Mise en place de 40 Pharmacies Villages.

25. 000 F. X 40 Pharmacies = 100. 000 F.

4.3.3. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement par des tournées d'Education Sanitaire.

4.4. Améliorer les prestations du Centre de Santé par :

- le démarrage de la chaise d'entaire dès le retour de l'Infirmier d'Etat suivant un stage de formation de six (6) mois à BAMAKO.

- Réparation et mise en route de l'appareil Radio
- Mise en fonction du Groupe Electrogène et Installation électrique de tous les Bâtiments du Centre de Santé.
- Pour assurer une meilleure gestion, parvenir à centraliser les revenus du Centre de Santé = Maternité, Laboratoire, Chirurgie, Médecine.
- Augmenter le personnel du Bloc Opératoire (manoeuvres).

4.4. Conclusion

La répartition dans le temps des activités sera arrêté par le conseil de gestion du Centre de Santé. L'exécution du programme doit impérativement démarrer avant fin Février 1986.

R E C A P I T U L A T I F

OBJECTIFS	ACTIVITES	MOYENS	TOTAL
I	Recyclage	- Sensibilisation 2 Inf. 2 Mobylettes 832 Km X 0,04 X 375 F.	12. 750 F.
		- Nourriture Superviseur	5. 000 F.
	Superviseur Médecin/Arrdt.	- Organisation matérielle	10. 000 F.
		Bâchée 504	
		Carburant 204 Km X 0,20 X 350 F.	14. 350 F.
		Lubrifiant 1 bidon 40	3. 600 F.
		Nourriture	5. 000 F.
	Village	Carburant : 2.030 X 0,20 X 350 F.	145. 250 F.
		Lubrifiant : 3 bidons X 3.600 F.	10. 800 F.
		Nourriture : 10.000 F. X 3 Arrdts.	30. 000 F.
	Infirmier	Carburant : Distance : 4,180 Km X 0,04 X 375 F.	62. 700 F.
		Nourriture : 20.000 X 3 Arrdts.	60. 000 F.
	Pharmacie Hygiène	25.000 X 71 Villages	1.775. 000 F.
		Achat d'eau de javel.	
II		Réalisation par initiatives de base	
III	1. Formation	Carburant	
		504 Bâchée : 566 Km X 0,20 X 350 F.	39. 620 F.
		Mobylette : 1.160 Km X 0,04 X 375 F.	17. 400 F.
		Lubrifiant : 1 bidon d'huile 40	3. 600 F.
		Organisation matérielle : 20.000 F. X 3 Arrdts	30. 000 F.
	2. Pharmacie	25. 000 F. X 40 Ph.	1. 000. 000 F.
TOTAL			3. 275. 070 F
TOTAL 10 % d'imprévu			3. 602. 577 F.

KORO, le 10 Février 1986
LE MEDECIN-CHEF