

PD-ARR-790

94021

CHAD CHILD SURVIVAL PROJECT

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT



SIXTH QUARTERLY IMPLEMENTATION REPORT
PREPARED AND SUBMITTED BY
THE MITCHELL GROUP, INC.
AND
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL
JUNE 30, 1994

TABLES DE MATIERES

INTRODUCTION

ATTENTES

ACQUISITIONS

PERSPECTIVES

CONCLUSION

TABLE OF CONTENTS

	Page
I. EXECUTIVE SUMMARY	1
II. ADMINISTRATIVE DATA	2
III. FISCAL DATA	2
IV. PERFORMANCE INFORMATION	2
A. Project Purpose	2
B. Program Description	2
4.1. Institutional Strengthening	3
4.1.1. Health Information System	3
4.1.2. Population and Family Wellbeing	3
4.1.3. Training and Curricula Development	4
4.1.4. IEC Strategies and Materials	5
4.1.5. Cost Recovery Interventions	5
4.1.6. Operations Research	8
4.1.7. Decentralization & Project Management	8
4.1.8. Donor/Project Coordination	10
4.2. Service Delivery	10
4.2.1. Risk Assessment and Referral	10
4.2.2. Support/Expansion of Child Spacing	10
4.2.3. Management of Diarrheal Diseases	11
4.2.4. Support to Acute Respiratory Infection	11
4.2.5. Support to Malaria Programs	11
4.3. Administrative Management	11
4.3.1. Additional Transportation Support	11
4.3.2. Visit of CCSP Computer Specialist	11
4.3.3. Local Consultant	11

V.	SUMMARY ACCOMPLISHMENTS	12
	5.1. In-service Training	12
	5.2. Cost Recovery	12
	5.3. Donor/Project Coordination	12
	5.4. Decentralization	13
	5.5. Administrative/Logistical Support	13
VI.	IMPLEMENTATION PROBLEMS & RECOMMENDATIONS	13
	6.1. Closure of USAID/Chad	13
	6.2. Security Situation	13
VII.	IMPLEMENTATION ACTIONS PLANNED OVER NEXT 90 DAYS	13
	7.1. In-service Training	13
	7.2. Cost Recovery	14
	7.3. Donor/Project Coordination	14
	7.4. Decentralization	14
	7.5. Service Delivery	14
	7.6. Administrative/Logistics Management	14
VIII.	QUARTERLY FINANCIAL REPORT	15
IX.	ANNEXES	16

LIST OF ABBREVIATIONS

ARI	Acute Respiratory Infections
AEDES	Association Européenne de Développement et de Sanitation
ASC	Association de Santé Communautaire
BIAT/BIAO	Banque Méridien BIAO du Tchad
BSPE/BESP	Bureau des Statistiques, de Planification et d'Etudes
CCSP	Chad Child Survival Project
CDD	Control of Diarrheal Diseases
CDM	Comité de Direction du Moyen Chari
CDS	Comité de Santé du Moyen-Chari
CET	Collège d'Enseignement Technique
COP	Chief of Party
CR	Cost Recovery
DD	Diarrheal Disease(s)
DG(A)	Directeur Général (Adjoint)
DMO	District Medical Officer
DPSS	Délégation de la Préfecture Socio-Sanitaire
DSIS	Division du Système d'Information Sanitaire
DSS	Délégation Socio-Sanitaire
EMS	Express Mail Service
ENSPSS	Ecole Nationale de Santé Publique
EPI	Expanded Program for Immunization
FCFA	Franc (monetary Unit)
FED	European Development Fund
FP	Family Planning
GDO	General Development Officer
GOC	Government of Chad
GSO	General Services Office(r)
HE	Health Education
HIS	Health Information System
IDA	International Dispensary Association
IEC	Information, Education and Communication
ITS	Institut Tropical Suisse
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health
LOP	Life of Project
MCDI	Medical Care Development International
MCH/FP	Maternal Child Health / Family Planning
MIS	Management Information System
MOH	Ministry of Health
MOPHSA	Ministry of Public Health and Social Affairs
MSF	Médecin Sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
NGO	Non Governmental Organization
ONPT	Office National des Postes et des Télécommunication
OPD	Out Patient Department
OR	Operational Research
ORT	Oral Rehydration Therapy
PACD	Project Assistance Completion Date
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité

PCV	Peace Corps Volunteer
PTC	Prefectural Training Center
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimal d'Activité
PNC	Pre-Natal Care
PPA	Prefectural Pharmacy
PSET	Projet Survie de l'Enfant
PVO	Private Voluntary Organisation
RCO	Regional Contracting Officer
R&R	Rest and Recuperation
RSO	Regional Security Officer
SMI/BEF	Santé Maternelle et Infantile/Bien-Etre Familial
SONASUT	Société Nationale Sucrière du Tchad
SOW	Scope of Work
STEE	Société Tchadienne d'Eau et d'Electricité
TA	Technical Assistance
TDY	Temporary Tour of Duty
TMG	The Mitchell Group, Inc.
TOT	Training of Trainers
UNAD	Union Nationale des Association Diocesaines
UNICEF	United Nations Children Fund
UPS	Uninterruptable Power Supply
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization
ZR	Zone de Responsabilité

I. EXECUTIVE SUMMARY

This report covers the period **April 1, 1994 to June 30, 1994**. During this period, the Project's focus was building on and sustaining the accomplishments made during the last six months, specifically in the following key project areas:

Training: building on the training activities of the previous quarters, 56 participants received training in current techniques and case management of Malaria. Several other health personnel received training in Family Planning, Breast Feeding and Cost Recovery (CR) management both in Sarh and through third-country study tours organized in Morocco and Tunisia under the JHPIEGO training programs.

Cost Recovery (CR): due to the initiation and expansion of CR activities in the various districts, the project focussed on training as a major support intervention for institutionalization and sustainability. Forty-one (41) Prefectural and district level personnel were trained and appointed to key positions, and a CR training manual on essential drug/financial management was developed and introduced to guide the work of the CR health personnel. A CCSP external consultant/health economist, Dr. Chris Schwabe, was fielded to coordinate and provide further guidance for all CR activities initiated.

Decentralization: a significant breakthrough for CCSP decentralization was in the area of logistics, administrative management, planning and budgeting--major shipments of CCSP drugs and medical supplies/equipment were distributed to the various districts. For the first time, Operational Plans and Budgets for 1994 for all districts were prepared and approved by the Comitee de Direction. Additionally, two districts have made further management improvements by preparing quarterly budgets.

Rehabilitation of Health Facilities: the planning and implementation process for the rehabilitation of health facilities has continued with specific emphasis on four targeted dispensaries, two health centers and the SMI/BEF Center. A university trained engineer was recruited as the Project's architect/construction supervisor to direct all construction activities.

Donor Coordination: the Project received further support from other donors, mainly UNICEF (financial support for the PTC), JHPIEGO and Wellstart in training project personnel and promoting Family Planning and Breast Feeding interventions under the Project.

The major highlights of these key activities are presented and discussed fully in the body of this report, which is organized into seven sections. The first three sections include an executive summary, administrative information and financial data. Section four provides performance/progress to date information which focuses specifically on the three key project components: **a) institutional strengthening, b) service delivery, and c) administrative and logistics management**. Section five presents a summary of the overall/major accomplishments made during this period and issues related to sustainability of these accomplishments; section six provides the key implementation problems and issues identified during the quarter, and includes a list of recommendations to address implementation problems and issues; and section seven provides a summary of the major implementation actions planned during the next 90 days.

II. ADMINISTRATIVE DATA

Country	:	Chad
Project Title	:	Chad Child Survival Project
Date of Report	:	June 30, 1994
Contractor	:	The Mitchell Group, Inc.
Sub-Contractor	:	MCD International
Home-Office Backstop Officer	:	Lloyd M. Mitchell
USAID/Chad Project Officer	:	Dr. Anita Mackie
Chief of Party	:	Dr. Vincent M. Joret

III. FISCAL DATA

Date of Authorization	:	8/19/89
Authorized TMG LOP	:	\$4,498,038.00
Date of Initial Obligation	:	2/3/92
PACD	:	4/30/95
Cumulative Obligation	:	\$4,498,038.00
Cumulative Accrued Expenditures	:	\$2,056,636.00

IV. PERFORMANCE INFORMATION

A. Project Purpose

The purpose of the project is to strengthen the administration and delivery of an improved integrated package of Maternal Child Health/Family Planning (MCH/FP) services in selected Prefectures, and to reinforce the capacity of the Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPHSA) to operate and maintain a national health information system. The focus of the contractor's activities is the Prefecture and District levels; national activities are to be accomplished through separate contracts and buy-ins.

B. Program Description

CCSP provides key institutional and service delivery support to the Chadian Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPHSA), to plan and deliver MCH/FP services to the Chadian people in three Prefectures: *Moyen Chari, Logone Oriental, and Salamat*. Specific CCSP interventions (also by means of separate contracts and buy-ins) are directed at the following specific project interventions.

4.1 INSTITUTIONAL STRENGTHENING

4.1.1. Health Information Systems (HIS)

Target: to improve BSPE management and technical ability to maintain the national HIS; to attain 90% of health facilities reporting regularly; and to reach a level of 80% of SMI/BEF professional staff interpreting data from the HIS correctly.

Normal ongoing activities of the Prefectural HIS Unit were continued during this quarter. The nurse in charge of data entry was trained by the CCSP computer consultant in the basic skills of Windows, Excel and Q&A database.

4.1.2. Population and Family Well-Being Policies and Strategies

Target: to facilitate the adoption of a National Population Policy and implementation of child spacing programs in the Moyen Chari, Salamat and Logone Oriental Prefectures; and adoption of a workplan to implement the policy.

Off-shore/external Training and Study Tours: the Prefecture sent several participants to two different JHPIEGO training programs. Dr. Mémadji Mbaïgato attended two weeks of training in Tunis, Tunisia and nine para-medical personnel attended a JHPIEGO course in Rabat, Morocco. A follow-up/evaluation of training received by the participants is scheduled for the end of June 1994. For Dr. Mbaigoto's trip report, please refer to **Annex 1**.

Integration of SMI/BEF Activities at the Dispensary Level: SMI/BEF activities are an integral part of the PMA and should therefore be made available in all rural and urban dispensaries. Even if BEF initiatives cannot be started simultaneously in all dispensaries of the Prefecture, the CCSP and the Prefecture agreed that the eleven nurses trained by JHPIEGO should initiate BEF activities in their respective dispensaries and that, in full collaboration with the DMOs, it was recommended that Dr. Memadji, also trained by JHPIEGO, should become the 'BEF supervisor/coordinator'. In addition to this proposed strategy, the PTC, assisted by the CCSP and the 'Amis de Pertuis' will, from December 1994, train all para-medical personnel of the Prefecture through a similar strategy which has been implemented successfully for the ARI, DD and Malaria programs. BEF supervision will also be used to reinforce the training programs so that the quality of the peripheral BEF services remains assured.

The SMI/BEF center, remodeled this quarter into an integrated 'referral center' (curative and preventive services) under the responsibility of the DMO, will also play a major role in the supervision of the BEF peripheral services by introducing the 'reference/ contre-reference' system.

Contraceptives Supply, Storage and Distribution: to institutionalize the contraceptive logistics, the Project transferred all CCSP contraceptive supplies over to the PPA to be included in the drug management system which the Project introduced. It is worth mentioning here that the reserves, except for Copper Ts, are almost depleted. On June 30, the total stock of contraceptives of the PPA was:

1.	Conceptrol	:	20 packs of 100 months
2.	Lo-Feminal + Iron	:	1 pack of 100 months
3.	Ovrettes	:	10 packs
4.	Copper Ts IUDs	:	70 packs of 25 units

Based on the above, it is therefore of utmost importance for the Prefecture to address its contraceptive supply problem before the end of the Project. Having invested substantial funds in FP training (locally and externally), the TA Team recommends that the Mission assists the Prefecture in solving this issue.

4.1.3. Training to include Curriculum Development at the Ecole Nationale de Santé Publique et de Service Social (ENSPSS)

Target: to upgrade the skills of personnel from the MOPHSA through the development and implementation of SMI/BEF curricula and through the training of trainers for better service delivery in the Moyen Chari. Specific expected accomplishments will include: two pre-service SMI/BEF curricula developed for the ENSPSS; b) three in-service training curricula developed for health and social workers covering SMI/BEF interventions in the three targeted Prefectures; and c) continuing training in Sarh without outside technical assistance.

- **Health Trainer's Report:** a summary report has been prepared by the CCSP's Resident Health Trainer (see Annex 2). This report presents in detail the schedule of past training activities; the accomplishments of the PTC; an analysis of the training results based on the pre-test/post-test evaluation and comparison; the planned activities of the PTC for the future; and recommendations for the Project sustainability of training activities.
- **Institutionalization of the Prefectural Training Centre (PTC):** in order to ensure that the three national cadres of the PTC will remain at post after the closure of the Project, the Prefectural Planning Unit has written their job descriptions and submitted them to the Comitee de Direction (see Annex 3).
- **Training in Acute Respiratory Infections (ARI):** following up on the activities of the last two quarters, two additional ARI participant training program were organized during the period 5/16-19, 1994 (for the complete list of participants, please refer to Annex 4). Eighteen additional para-medical personnel were trained during these two training sessions. Based on this result, the Project and the Prefecture have now completed their goal of training all dispensary nurses in the new WHO ARI protocol.

On her way out of Chad, Dr. Marie-Therese Obama, the key ARI trainer, worked with the national ARI program head, Dr. Amina, to prepare materials for a national ARI workshop. The workshop is presently scheduled for December 1994.

- **Training on Prevention and Treatment of Malaria:** Dr. Obama provided technical assistance to the Project from June 3 to July 1, 1994 to assist the PTC in developing the Malaria training modules. The Project invited the head of the national Malaria Program to Sarh to collaborate with Dr. Obama during a key part of her consultancy. Two TOT sessions were held from June 20 - 25, 1994. Eighteen trainers were trained in TOT techniques. Please refer to **Annex 5** for the list of trainers.

The collaboration of the Project with the national program heads has led to the development of two (2) training modules for ARI, DD, Malaria which are consistent with the national and WHO guidelines but also reflect the reality of the conditions under which the participants practice their newly acquired skills (see **Annex 6** for the trainers manual and **Annex 7** for the participants manual).

The site visit of the program heads enabled them to gain a better understanding of the problems which the peripheral nurses face in applying theoretical treatment protocols within practical settings. It has been our experience that the program heads do not have many opportunities to visit urban and rural health centers. Therefore, they were all very appreciative and commendable of the Project's initiative to involve them directly in the CCSP training activities.

4.1.4. IEC Strategies and Materials to increase Demand for Project Interventions

Target: to improve the MOPHSA's capability to design, produce and distribute accurate and culturally relevant SMI/BEF information to increase the demand for health services; and the development of a national IEC program to support SMI/BEF services.

Similar to the other training modules (ARI and CDD) which were developed by the Project, the Malaria module has a section on IEC for Malaria. As the training methodology was also similar to the one which was used for the ARI and CDD training programs, more emphasis was placed this time on the content of the messages.

4.1.5. Cost Recovery Interventions

Target: to ensure that some health facilities in the Moyen-Chari will have cost recovery systems under local management which are recovering the full cost of drugs and medical supplies.

The introduction cost recovery in some dispensaries of the Prefecture, has lead the PSET to provide assistance to all the operational levels of the Prefecture. The cost-recovery system requires indeed the interaction/collaboration of all these levels in order to perform well. We detail below what actions were taken at each level.

4.1.5.1 Health Comities of the 'Zones de Responsabilité'

During this quarter the Project completed successfully a time consuming but very important community level activity. Four 'Associations de Santé Communautaire', Kassai, Bégou, Baguirmi and Centre encouraged their 'Assemblés Générales Constitutives' to elect the members of their 'Comités de Santé' and the members of their 'Comités de Gestion'. The 'Assemblés Générales Constitutives' were followed by a second 'Assemblés Générales' to adopt the 'Statuts' and 'Règlements Intérieurs' of the respective ASC. These documents are adaptations of the 'standard' proposal which the Project submitted to the Central MOH in October 1993 (see **Fourth Quarterly Report**). The 'Statuts' and 'Règlements Intérieurs' will be submitted by the Presidents of the respective Associations of the Préfecture to be forwarded to the 'Ministry of Interior' for registration. To avoid duplication of Annexes, we have included in this report only the records of the 'Assemblés Générales' which led to the establishment of the different comities the 'Association de Santé Communautaire de Kassai' as well as its 'Statut' and 'Règlement Intérieur' (**Annex 8**). Similar records and documents exist for the three other ASCs.

4.1.5.2 Primary Health Care Centers

Rehabilitation of four dispensaries: during this quarter, the Project hired Mr. Boriata Djasngar, a university trained engineer/architect as the construction supervisor. His main task will be to ensure that the local building contractors meet the USAID quality assurance standards and criteria for the four dispensary which TMG/MCDI will have to rehabilitate under the recent contract amendment. The Project adheres to procedures designed to satisfy both the engineering quality requirements and the needs of the end-users of the rehabilitated buildings. To ensure that the rehabilitated buildings will satisfy the needs of the service providers and the clients, a series of meetings have been planned between the construction supervisor, community representatives, the dispensary nurses and the DMOs. These meetings will be held as focus group discussions. They will be recorded, transcribed and analyzed. The results will guide the construction supervisor in the re-drafting of the existing dispensary plans. The new plans will thereafter be presented to the above mentioned 'focus group' for their approval with or without further modification. A standard procedure of 'restricted tender' will be held to select the local entrepreneur who will do the rehabilitation. At least two dispensaries will be rehabilitated before December 1994.

Health Structures Rehabilitation to Support Cost Recovery: during this quarter, the dispensary of Kassai I and the dispensary of Baguirmi were rehabilitated to allow for CR and to enhance the quality of the service providers for the benefit of their clients. The Kassai dispensary was connected to the electricity and water supply of the town. A special room was added at the entrance of the dispensary for the cashier. Appropriate sanitation was installed. At the dispensary of Baguirmi, the Project financed an additional room for the cashier as well as a shade to protect waiting clients from the sun or rain.

4.1.5.3 The District Administrative and Clinical Referral Center of Sarh

Only minor modifications were made to the SMI/BEF Center that is located within the environs of the PTC. The modifications allowed the SMI/BEF Center to be changed into a district referral center to include a room for the pharmacy/cashier and a consultation room for the DMO. The Center now has a referral consultation room for SM/BEF, a referral consultation room for children and adults, the consultation room of the DMO, a room for Oral Rehydration Therapy, a room for minor surgery, a room for 'petits soins' and a pharmacy/cashier room. This configuration will allow the center to provide the PCA with adequate services. The challenge is now to upgrade the skills of the existing staff and market the services of the center to the peripheral dispensaries. We believe strongly that the success or failure of the district referral center will depend primarily on the DMO's clinical and organizational skills.

4.1.5.4 Prefectural Pharmacy (PPA)

During this quarter, two PSET consultancies were organized to strengthen the PPA: Ms. Yankalbé/Mariam Coulibaly, Director of the PHARMAT, visited Sarh from May 3 - 6, 1994 (please refer to **Annex 9** for her trip report) and Dr. Chris Schwabe, CCSP's Health Economist came to Chad from June 20 to July 17, 1994. Whereas Dr. Schwabe's previous consultancy focussed on the costs of the different transport alternatives, this present consultancy will assist the Delegation in investigating all other costs which must be integrated into the sales price in order to ensure a viable financial position. Dr. Schwabe's primary counterparts in this endeavor are the Heads of the Division Resource, the Division de Planification, the CCSP Cost Recovery Accountant and the Pharmacist of the PPA. At the end of his consultancy, Dr. Schwabe will present the results of his work at a two-day de-briefing for an extended Comité de Direction. Key elements of Ms. Yankalbe's consultancy are presented below.

Management and Accountancy of Essential Drugs and Medical Supplies: during her second consultancy, Ms. Yankalbe organized a TOT on the financial and logistical management tools which were developed during the fifth quarter. The training focussed on three topics: a) stock management at the PPA; b) financial management of the PPA; and c) stock and financial management at the dispensary and community level. For the list of participants please refer to **Annex 10**. A training manual, 'Guide Pratique de Gestion des Médicaments et Finances (pour la Pharmacie Prefectorale d'Approvisionnement)', was developed for this training (see **Annex 11**).

The TOT on financial and logistics management was followed by two participant training sessions targeted at the Comities de Gestion of the four urban ASC of Sarh. A three-day (May 12-24, 1994) training program on financial and logistics management was organized and conducted for the comities of Bégou and Baguirmi. The comities of Kassaï and Centre were trained from June 6 - 8, 1994. For the list of participants, please refer to **Annex 12**. During these training programs, the trainers used the CCSP training manual, 'Guide Pratique de Gestion des Médicaments et Finances (pour les Centres de Santé et les Communautés)' as the key source document for training. For a copy of this manual, please refer to **Annex 13**.

A key objectives of the training was to familiarize the members of the comities with their respective rights and obligations toward the PPA, the dispensary and the community. All trainers were impressed by the maturity, the level of participation and the ability of the members of the comities to understand fully basic management principles and problems. Please refer to **Annexes 10 and 12** for the training reports of both sessions.

Drug Pricing At The PPA Level: as the ASCs are presently in the process of obtaining their legal status to operate, they will be able to collect the consultation fees, save money on their bank accounts and reorder essential drugs and materials from the PPA at a price set by the PPA. As no formal or structured study was ever done to determine what the most practical sale prices for the various drugs and medical supplies should be, the Project could not guarantee the viability/sustainability of the PPA because of the PPA's decision to adopt the price rates currently being used.

4.1.6 Operations Research (OR)

Target: to conduct focussed OR and needs assessments on he major project support strategies and service delivery interventions in order to support and strengthen implementation, monitoring and evaluation activities.

Due to the increased Project workload as a result of the shortened LOP, the TA Team has been unable to initiate any of the three OR studies which were retained in the present Project plan and timeframe. The major problem is associated with identifying suitable MOH counterparts to participate in the intended OR studies. Most of the usual Project counterparts have difficulties in following the accelerated pace of the Project.

4.1.7 Decentralization and Project Management

Target: to facilitate decentralization of regulations, policies and procedures critical to the institutionalization of health sector activities from the central level to the targeted Prefectures of the Project; and to help restructure MOH health systems and structures to support project activities.

Associations de Santé Communautaires des Zones de Responsabilité (ASC): as mentioned in section 4.1.5.1 four urban ASC are in the process of registration at the Ministry of Interior. Organizing the communities of the ZR in Associations will allow these communities to obtain financial and managerial autonomy. The process which was followed to establish the four ASC in urban Sarh, will now be replicated in the other six ZR where the Project intends to launch the CR.

Prefectural Pharmacy (PPA): during his consultancy (6/20/94 - 7/17/94), Dr. Chris Schwabe will work mainly with the Planning and Resource Units of the Délégation as well as with the Prefectural Pharmacist.

Dr. Schwabe's main task will be to assist the Prefecture in calculating the recommended sales prices for the drugs and medical supplies/equipment of the PPA which should cover all cost of purchase, transport, storage and distribution of the PPA. For this purpose, a computer modelling program, based on Excel, has been created by the consultant. Different methodologies are compared to determine realistic estimates. The Project is presently purchasing a desk-top computer for the Pharmacist of the PPA. This computer will facilitate the management and accounting of the drug and medical supplies/equipment orders.

Decentralized Financial Management of the CCSP Districts: one of the Project major achievements is the development of annual operational plans and budgets for all the Prefectural districts and 'services rattachés'. Mr. Edwin Aldrich, the CCSP Prefectural Budget Consultant (see **Annex 14** for a detailed SOW), visited Chad from May 7 - 28, 1994 to assist the Prefecture in developing operational budgets for the Delegation and the six Districts of the Prefecture. The consultant experienced negative feedback from certain DMOs who objected to the budget exercise on the basis that they did not have governmental funds to manage and therefore the exercise was meaningless for them. The most outspoken DMOs were from the CCSP Districts. Upon the request of the Delegation, the Project therefore decided to allocate financial support to the CCSP Districts which requested assistance on the basis of clearly defined quarterly budgets and operational activity plans.

To train the DMOs in the planning and budgeting exercise for 1995, scheduled for November - December 1994, the Project opened one bank account for each 'CCSP District' (Koumra, Danamadji and Sarh) at the BIAT branch of Sarh (see **Annex 15** for the district of Sarh). The amount deposited on each account was calculated to cover the costs of the planned activities for the period July - October 1994. For the Project accountancy, these amounts are considered as advances of TMG/MCDI to the different districts.

It is important to discuss in this report the procedures agreed upon for the disbursement of funds. Each CCSP district and 'service rattaché' will follow the Project's procedures in ordering goods or services and present its activity and financial report at the quarterly meetings of the CDM. The bills will then be reviewed by the Division Resource which will control the expenses against the district's operational plan and budget. Once the CCSP and the Division Resource have validated the expenses, the CCSP accountant will enter the bills into the CCSP accountancy for reimbursement by USAID. Budgets will be calculated and advanced on a quarterly basis. This will allow activities initiated not to be delayed because of the lack of funds.

Handing-over Activities of CCSP Drugs and Medical Supplies to the Prefecture: all the UNICEF kits and most of the primary health care supplies/equipment which were ordered or donated by USAID/N'Djamena to support the CCSP have been turned-over gradually to the different districts through their respective DMOs. All the drugs contained in the UNICEF kits have been included as part of the stock of the PPA. Please refer to **Annex 16** for the list of the medical supplies/equipment delivered to each district.

4.1.8. Donor/Project Coordination

Target: to facilitate coordination of health activities of the major donors operating in the health sector consistent with and in support of the implementation of CCSP activities.

UNICEF: UNICEF has expressed interest in continuing financial support which is currently being provided by the Project to the PTC. The PTC is therefore preparing an operational plan and budget for one trimester. This plan and budget will be submitted to UNICEF for review and approval. The CCSP has provided technical assistance to the regional PEV Director to prepare the PEV activity report of the second trimester 1994 (see Annex 17).

WELLSTART International: Dr. Koumde Nenodji, Head of the Pediatric ward of Sarh's Central Hospital (HCS), Ms. Juliette Renta, Pédiatric nurse at the HCS, and Ms. Marthe Yahbera, mid-wife at the HCS, attended the WellStart course on Breast Feeding in San Diego, California from May 31 to June 24, 1994. All clinical, physiological, cultural and socio-economical aspects of breast feeding were studied during the course. Upon their return, they briefed the CDM on the content of the course as well as on a Breast Feeding Project for the HCS which they prepared in San Diego (see Annex 18). The goal of this Project is to increase exclusive breast feeding among the newborns until the age of four to six months and to promote continuation of breast feeding until two years of age with the introduction of appropriate weaning food between four and six months. The Project's financial and technical support has been requested to initiate this breast feeding project.

JHPIEGO Corporation: see section 4.1.2 and Annex 1 for Trip Report.

4.2. SERVICE DELIVERY

4.2.1. Implementation of Risk Assessment and Referral through Prenatal Care for Pregnant Mothers

In preparation for the return of the 'Amis de Pertuis' who will assist the Prefecture with the training of the 'encadreurs de stage' in December 1994, the PTC trained twelve (12) encadreurs' in basic training skills. Please refer to Annex 19 for the list of participants. The PTC also developed a training manual (see Annex 20) which follows the same andragogic principles as the ones used in the training manual, 'Harmonisation des Techniques de Base de Formation'.

4.2.2 Support and Expansion of Child Spacing Services

During this quarter, the Project was instrumental in sending nine paramedical personnel to Rabat, Morocco, and one hospital physician to Tunis, Tunisia, for separate JHPIEGO training programs in family planning and child spacing.

4.2.3. Dietary Management of Diarrheal Diseases and Prevention and Treatment of Dehydration through Oral Rehydration Therapy (ORT)

Please refer to section 4.1.3

4.2.4. Support to Acute Respiratory Infection (ARI) Program

Please refer to section 4.1.3

4.2.5. Support to Infantile Malaria Program

Please refer to section 4.1.3

4.3. ADMINISTRATIVE AND LOGISTICAL SUPPORT MANAGEMENT

4.3.1 Additional Transport Means

Vehicles: three used four-wheel drive TOYOTA vehicles (two Landcruisers and a pickup) were obtained from CARE International, which is presently reducing its operations in Chad. The CCSP had to overhaul completely the engines and bodies of all three vehicles to make them road worthy. The two Landcruisers were assigned to the districts of Sarh and Danamadji. The Toyota pick-up was kept by the Project to assist the local entrepreneurs in the rehabilitation of the dispensaries.

Motorcycles: four of the HONDA motorcycles which were ordered by the Mission were transferred to CCSP. These motorcycles will be turned over to different members of the Delegation as soon as the Delegation finalizes and adopts the requested job descriptions for the motorcycle users. The motorcycles are intended for the Unités de Resource, the Unité de Plannification and the Infirmier Responsable de Zone of the District of Sarh.

4.3.2 Visit of the CCSP Computer Consultant

Mr. John Barton, CCSP computer consultant (see **Annex 21** for SOW) provided technical assistance to the Project and the Prefecture from April 12 to May 15, 1994. Mr. Barton installed a new computer hardware system recently ordered by TMG, upgraded and de-bugged previously installed hardware, installed appropriate software on all Project and Prefectural computers and organized appropriate computer training for Project and Prefectural personnel. For his trip report, please refer to **Annex 22**.

4.3.3 Local Consultant

Mr. Tamyam Massingar assisted the Project and the Prefecture in providing one week of computer training in Windows and Excel and one week in advanced Word Perfect.

V. SUMMARY ACCOMPLISHMENTS

5.1 In-Service Training

- Two (2) Malaria training manuals were developed.
- Eighteen (18) Trainers/Supervisors were trained in Malaria prevention and case management.
- Twenty six (26) para-medical personnel were trained in Malaria prevention and case management.
- One training manual on 'Harmonisation des Techniques de Base d'Encadrement de Stage Pratique pour la Santé Maternelle was developed.
- Twelve (12) para-medical personnel were trained in the above mentioned Harmonization techniques.

5.2. Cost Recovery

- A Prefectural training manual was developed on drug and financial management.
- Twelve (12) members of the Prefecture Sanitaire were trained in CR management procedures.
- Twenty nine (29) members of the four comités de Gestion from the four urban ZR in Sarh were trained in CR management procedures.
- A CCSP Health Economist was fielded (6/20/94-7/17/94).

5.3 Donor/Project Coordination

- Nine para-medical personnel were trained by JHPIEGO in Insertion/Removal of IUDs in Morocco.
- One physician was trained by JHPIEGO in Family Planning in Tunis, Tunisia.
- A hospital medical/para-medical team was trained in Breast-feeding at WellStart.

5.4 Decentralization

- CCSP drugs and medical supplies/equipment were distributed to the districts.
- All districts operational plans and budgets for 1994 were prepared, submitted to and approved by the Comitee de Direction.
- Two CCSP districts have prepared quarterly budgets.

5.5 Administrative and Logistical Support Management

- A CCSP computer consultant was fielded during the period 4/16-5/17/94.
- A local computer consultant, Mr. Tamyam Massingar, was hired for further training of Project and MOH personnel.

VI. IMPLEMENTATION PROBLEMS & RECOMMENDATIONS

6.1 Closure of USAID Mission in Chad

The premature closure of the Project raises the issue of institutionalization and sustainability of all the managerial changes which the CCSP introduced at the Prefectural, District and Dispensary levels.

6.2 Security

A series of security incidents forced the Embassy to restrict land travel outside N'Djamena. The absence of regular flights by AIR-TCHAD during the months of May and June combined with the above mentioned travel restrictions by road have delayed several Project activities.

VII. IMPLEMENTATION ACTIONS PLANNED OVER NEXT 90 DAYS

7.1 In-Service Training

- Participant training programs on Malaria treatment and prevention implemented.
- Two DSIS participant training programs organized in Koumra and Sarh.
- Training Manuals and Supervision Tools developed.

7.2. Cost Recovery

- Collection of Cost Recovery data at Goundi initiated.
- Cost Recovery initiated at the District Referral Center of Sarh.
- Community contacts made with at least three more ZR in rural areas.
- Rehabilitation of Prefectural Drug Store completed.
- Computer installed at Prefectural Pharmacy.

7.3 Donor/Project Coordination

- JHPIEGO follow-up consultancy made.
- WellStart Baby Friendly Hospital project initiated.

7.4 Decentralization

- Financial management initiated in the three CCSP Districts.
- Prefectural Training Center begins management of its own budget.
- Office of Sarh District made fully functional.

7.5 Service Delivery

- Pilot Project of Mosquito Net Impregnation in two Quarters of Sarh implemented.

7.6 Administrative and Logistical Support Management

- Financial Management, Administration and Logistics Specialist fielded.
- New computer hardware and software arrived in Sarh

VIII. QUARTERLY FINANCIAL SUMMARY REPORT

IX. ANNEXES

1. Rapport de Stage JHPIEGO 6/13-25, 1994, Dr Mémadji
2. Report on Training activities (10/93 - 4/94)
3. Descriptions de Postes (Centre Préfectoral de formation)
4. Liste des participants aux sessions de formation IRA du 16 au 19 Mai '94
5. Liste des participants aux sessions de formation en Paludisme du 20 au 22 et du 23 au 25 Juin '94
6. Guide pour les Co-Formateur Paludisme
7. Manuel de Formation à la prévention et prise en charge d'une fièvre aigue / du Paludisme
8. Procès verbal des reunions constitutives de l'association en Santé Communautaire de Kassai I
9. Deuxieme Rapport de consultation en Gestion pharmaceutique par Mme. Yankalbé/Coulibaly
10. Rapport de formation aux outils et procédures de gestion de recouvrement de coût (Formation des formateurs)
11. Guide Pratique de Gestion des Médicaments et Finances (Niveau Pharmacie d'approvisionnement)
12. Rapport de formation aux outils et procédures de gestion de recouvrement de coût (Formation des Comités de Gestion).
13. Guide Pratique de Gestion des Médicaments et Finances (Niveau Centre de Santé et Communautaire)
14. Scope of Work for the CCSP Prefectural Budget Consultant
15. Ouverture de compte bancaire pour le District de Sarh
16. Matériel Médical PSET livrés aux District Sanitaires

17. Rapport d'Activité PEV second trimestre 1994
18. Projet de Formation à a Conduite Pratique de l'Allaitement Maternel à Sarh. WellStart, Dr. Koundé
19. Liste des participants aux sessions de formation en Techniques de Base d'Encadrement du 23 au 25 et du 26 au 28 Mai '94
20. 'Harmonisation de Techniques de Base d'Encadrement de Stage Pratique pour la Santé Maternelle' Manuel du Participant
21. Scope of Work for the CCSP Computer Consultant
22. Trip Report of Mr. John Barton (April 12 - May 15, 1994)

CHAD CHILD SURVIVAL PROJECT

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

ANNEXES



SIXTH QUARTERLY IMPLEMENTATION REPORT
PREPARED AND SUBMITTED BY
THE MITCHELL GROUP, INC.
AND
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL
JUNE 30, 1994

CHAD CHILD SURVIVAL PROJECT

Sixth Quarterly Financial Report

Period Ended June 30, 1994

The Mitchell Group, Inc.

1816 11th St, N.W.

Washington, DC 20001-5015

Phone: (202) 745-1919; Fax (202) 234-1697

Contract Number: 677-0064-C-00-2012-00

BUDGET CATEGORY	CONTRACT BUDGET	Expenditures Through 06/30/94	Budget Remaining	Percent Remaining
1. Personnel - Salaries (Home Office)	\$118,819	\$87,010	\$31,809	26.77%
2. Consultant Fees	36,848	22,089	14,759	40.05%
3. Overhead - U.S. (102.57%)	159,668	111,902	47,766	29.92%
4. Salaries - Field Staff	433,397	222,117	211,280	48.75%
5. Overhead - Chad (74%)	320,714	164,367	156,347	48.75%
4. Travel and Transportation	215,744	135,684	80,060	37.11%
5. Allowances and Per Diem	380,631	157,581	223,050	58.60%
6. Other Direct Costs (DBA,SOS)	828,057	218,748	609,309	73.58%
(Subtotal of TMG Costs)	2,493,877	1,119,499	1,374,379	55.11%
FIXED FEE (8%) Excluding MCD/I	199,510	89,560	109,950	55.11%
TMG TOTAL COSTS	2,693,387	1,209,059	1,484,329	55.11%
7. Subcontract: MCD/I	1,804,650	847,578	957,072	53.03%
TOTAL COST	4,498,037	2,056,637	2,441,402	54.28%

ANNEX 1: RAPPORT DE STAGE JHPIEGO 6/13-25, 1994, DR. MEMADJI

RAPPORT DE STAGE

DU 13 AU 25/06/94

A TUNIS

INTRODUCTION

Arrivé à huit jours de retard, nous avons débuté les séances pratiques au centre de HAMMAM LIF. Nous avons bénéficié d'un encadrement adéquat.

ATTENTES

L'objectif principal de ce stage, insertion et retrait de D.I.U. Mais nos attentes étaient surtout:

- * l'organisation de P.F. en Tunisie;
- * la supervision et l'évaluation des techniques de planning familial;
- * la formation continue du personnel en technique de P.F.
- * "Counselling"

ACQUISITIONS

- * organisation d'accueil et répertoire;
- * classement, reclassement des fichiers;
- * counselling et éducation sur le P.F.;
- * insertion et retraits de D.I.U.;
- * statistiques des activités;
- * suivi des enfants et dépistage des handicaps;
- * I.V.G. par aspiration;
- * ligature des trompes par coelioscopie;

- * organisation des équipes mobiles:
 - pour suivi des patients en post-partum, "counselling"
 - en technique P.F.

Nous avons participé aux premières journées de santé publique Gouvernorat de Ben AROUS; (ci-joint la photocopie); également au forum multidisciplinaire, la pathologie du col de l'utérus (voir photocopie).

- * les contacts informels

PERPECTIVES

- * organisation, supervision, formation des centres P.F. (formation);
- * formation en technique de P.F. au personnel paramédical (formation continue);
- * acquisition des matériels pour démonstration des méthodes P.F. (comme à Tunis, la simulation d'insertion et le retrait de D.I.V. à l'aide de modèle anatomique);
- * bénéficier d'une formation en coelioscopie pour les ligatures de trompes avec acquisition du matériel;
- * bénéficier d'une formation en colposcopie pour dépistage des cancers du col et sein;
- * session sur allaitement;
- * matériel (formation)

OBSTACLES ET DIFFICULTES RENCONTRES SUR PLACE A TUNIS

- * la communication (surtout pour la langue arabe avec les patientes);
- * la moitié de la bourse doit être versée avant le départ soit en devise soit en monnaie locale (surtout pour ceux qui vont au Maghreb);

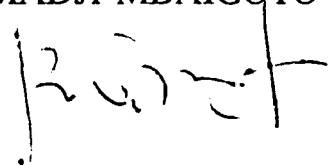
CONCLUSION

Les échanges fructueux avec les médecins Tunisiens, sage-femmes, membres de l'équipe mobile nous permettront de mieux asseoir le planning familial au Moyen-Chari.

Leurs expériences en techniques P.F., toutes les difficultés rencontrées pendant leur parcours sont très édifiantes.

Tous nos remerciements aux organisateurs.

Le Docteur MEMADJI MBAIGOTO



ANNEX 2: REPORT ON TRAINING ACTIVITIES (10/93 - 4/94)

**CHAD CHILD SURVIVAL PROJECT
(CCSP-U.S.A.I.D.)**

REPORT ON TRAINING ACTIVITIES

FROM OCTOBER 1993 - TO MARCH 1994

Submitted by
Dr V. V. RAVANOROMALALA

APRIL 1st, 1994

TABLE OF CONTENTS

	PAGE
Executive summary	3
I. Schedule of training activities	5
1.1 Training as a component of CCSP	
1.2 Description of a training series	
1.3 Implementation calendar from October 93 to March 94	
II. CCSP Training Accomplishments	6
2.1 Design and production of modules for trainers and for nurses	
2.2 Series of Training of trainers - supervisors	
2.3 Series of Training of peripheral level nurses	
2.4 Other training related activities	
III. Analysis of Training results	12
3.1 Pre tests and Post tests for the three series	
3.2 Participants evaluation	
3.3 Logistics	
3.4 Training follow - up	
3.5 Issues and potential hinderances	
IV. Activities scheduled until EOP	16
4.1 Institutional Development	
4.2 Training series on prevention and case management of Malaria	
4.3 Supervisory training strategy	
4.4 Training related to the Project Cost Recovery Component	
V. Recommendations	17

LIST OF EXHIBIT AND APPENDICES

EXECUTIVE SUMMARY

As one of the organizations supporting the prefectoral activities, Chad Child Survival Project (CCSP) is providing technical and financial assistance

- * for the design of training plan,
- * for the training of the district three-persons teams in Child Survival techniques as well as training in supervisory techniques. Secondary, these trainers - supervisors will train and supervise the peripheral level nurses.

Until now, three series of trainings have been carried out under CCSP assistance, according to the following calendar :

1. October 93 Training of trainers on "Harmonisation of basic training techniques" (or "TBF" for Techniques de base de Formation).
2. Nov. 93 - Jan. 94 Training of trainers, and training of 50 % of the nurses on "Prevention and Treatment of ARI".
3. Feb. - April 94 Training of trainers, and training of all peripheral level nurses on "Prevention and treatment of Diarrhea and related health problems" (LMD for short).

As demonstrated by the Baseline survey for nurses, less than a third of the nurses target groups have ever attended any training either on ARI or Diarrhea, so the training sessions sponsored for nurses are more than welcomed by both trainees and their supervisors; CCSP has now trained more than half (55.56 %) of the 90 nurses in Moyen Chari dispensaries and health centers on the subject of ARI prevention and case management. The other half of nurses will be trained in May 1994. Regarding the training series on Diarrheal diseases Prevention and case management, among the 90 nurses currently assigned at peripheral level, more than three fourth (78.89 %) are trained by the end of March 1994. Furthermore, the recently updated training database shows consistency in the selection of nurses to be trained; 84 % of those trained on prevention and management of ARI were again selected for the prevention and case management of diarrheal diseases.

Being an integrated part of the training, supervisory basic checklist and reporting format have been included in the first module on Basic Training techniques, and applied to the two subsequent modules on ARI and Diarrheal diseases.

Supervisory training strategy is planned as followed:

- * Curriculum development and production of an experimental module with Medical District Officers (MDO) and their teams, at the end of the course each district team will provide a supervision calendar for three weeks.
- * During the succeeding 3 weeks, MDO and teams will test the experimental supervision module in about a third of the district health centers where at least one nurse has been trained on two series of Child Survival techniques.
- * Two workshops will then take place to present the supervisory results and data, to share experiences and to make any adaptation.
- * The next 6 weeks will be devoted to the supervisory training for two third of health centers, according to a calendar established during the workshops.
- * Selected districts will present their 9 weeks experience of supervisory training during the dissemination seminar to be directed by an external consultant. A schedule for a 10 months period of supervisory training will be carried out with identification of needed resources to foster sustainability.

Recommendations:

- * Ensure that training occurrence and dates will be sent to the district teams two weeks in advance, followed by confirmation of dates during the week preceding the training start.
- * Help the nurse to develop the habit of reading, using the provided manual
- * Recommend a proper use of the supervisory checklist made of observable actions by nurses, it will enable the isolated nurse to assess their progress, whenever the supervisory visits would be postponed.
- * IEC activity should take place as soon as possible and scheduled on a regular basis at the health center.
- * In order to increase the validity of the courses results, plans are being made to schedule a general evaluation of all three courses by participants at the end of the series on Malaria prevention and case management.

I. Schedule of training activities

1.1 Training as a component of CCSP

The key element of prefectoral training policy in Moyen-Chari bears on the choice of SUPERVISORY TRAINING as training method. In addition to this option, the Prefecture has already set training priorities and has requested technical assistance for a detailed planning to be followed for each session series, categories of personnel to be trained, training contents, session duration, training curriculum to be developed, follow up, supervision and evaluation.

As one of the organizations supporting the prefectoral activities, Chad Child Survival Project (CCSP) is providing technical and financial assistance

- * for the design of training plan,
- * for the training of the district three-persons teams in Child Survival techniques as well as training in supervisory techniques. Secondary, these trainers - supervisors will train and supervise the peripheral level nurses.

Support provided by CCSP started in April 1993 with the baseline survey by questionnaire intended for all nurses assigned in dispensaries and health centers. The survey results and other collected data served to devise a Child Survival Training Plan that was submitted to the Prefectoral Health Council members. The CCSP Training Plan was approved by the Prefectoral Directorate Committee and Council on early October 1993, with the understanding that the plan will be reviewed and revised every six months.

(See Exhibit N°1 : Training Plan document).

1.2 Description of a training series

Besides the changes subsequent to an early termination of CCSP, minor modifications have occurred since the implementation of the approved training plan. For instance, the briefing of the trainers is being made in three days instead of a week as previously planned. It was possible to do so because almost half of the trainers - supervisors (all 10 physicians) had attended at least one training of trainers (TOT) in other subject matters.

Implementation of an entire training series on a Child Survival technique lasted seven to nine weeks. It includes the design, production of modules, the TOT and trainings of the nurses (See Figure N°1).

1.3 Implementation calendar from October 93 to March 94

Until now, three series of trainings have been carried out under CCSP assistance, according to the following calendar :

1. October 93 Training of trainers on "Harmonisation of basic training techniques" (or "TBF" for Techniques de base de Formation).
2. Nov. 93 - Jan. 94 Training of trainers, and training of 50 % of the nurses on "Prevention and Treatment of ARI".
3. Feb. - April 94 Training of trainers, and training of all peripheral level nurses on "Prevention and treatment of Diarrhea and related health problems" (LMD for short).

35

Figure 1 : Implementation of a Training series for one Child Survival technique
Sarh, Prefecture of Moyen Chari, Chad

Nº	TRAINING ACTIVITY	DURATION (WEEKS)
1	Design of a Child Survival module with a Short Term Technical Assistance (STTA) Planning of the training series logistics	2 wks
2	Training of the 23 trainers - supervisors in the Child Survival technique with a STTA (ARI, CDD and Nutrition, Malaria)	2 wks
3	Planning and arrangements of subsequent training series for the nurses by the Sarh training center team	1 wk
4	Production of modules for 3 to 6 teams of 3 trainers, and 10 - 15 participants per group. Two groups are planned to be trained each week	1 wk
5	Briefing of trainers - supervisors	0.5 wk
6	Training of two groups of nurses by the trainers - supervisors in one Child Survival technique (i.e. ARI)	3 wks

II. Accomplishments

Given the facts that during the previous 5 years, most of the nurses in the six districts were not trained neither in case management nor in prevention of current childhood health problems, Prefecture decision makers were very concerned that the nurses may deliver inaccurate informations and wrong messages to the IEC target groups. To alleviate the obstacle, it became imperative to provide objective support to infirm or confirm this concern; it was necessary to assess the nurses level of knowledge and stated practice. Nurses baseline survey results confirmed the necessity to train the nurses in both prevention and case management prior to any IEC activity with the final target groups of mothers of under five years and other women and influential members in the communities.

2.1 Design and production of modules for trainers and for nurses

2.1.1. Design of modules for trainers:

For each series, CCSP has recruited the same international consultant for the design of prevention and case management of current childhood health problems (Acute Respiratory Infections, Diarrheal diseases and Malaria/Fevers). This is enforced to build some continuity in technical assistance and to cut back the burden of explaining the supervisory training methodology to every new training consultant. The selected consultant worked under the Chief of Party supervision and was required to follow internationally recognized standards, especially those recommended by World Health Organization (WHO).

2.1.2. Design of modules for peripheral level nurses

Based on the module for trainers designed by the international consultant, a simplified version is organized by the trainers-supervisors under the guidance of resident CCSP health trainer. To ensure standardization of training methods, the CCSP resident health trainer and co-trainers (also known as trainers-supervisors) have designed a co-trainer guide in which all the scheduled sessions plans are detailed.

2.1.3. Production of training modules for both trainers-supervisors and nurses:

It is a common and convenient practice to complete the design and production of modules in sites where high technology is accessible and glossy documents readily produced. For this training activity, CCSP has chosen to start the process of institutionalization; the project has started to produce locally the modules. It builds a stronger sense of ownership, it transfers useful skills to nationals and local project personnel and makes the most effective use of time, available staff and equipment. However, this does not preclude the production of more refined products towards the end of project.

The project is credited for the provision of technical assistance to design and produce of the first Chadian training modules on Acute respiratory Infections (ARI), and possibly the first in Sahelian countries. The curricula was conceived in accordance to the international standards as defined by WHO, UNICEF and other recognized technical groups. The one week attendance of Dr Amina Inoua, the National Director ARI Program has already insured the diffusion at the national level of CCSP training techniques outside of the Prefecture; one by-product of ARI National Director attendance is the action she took later when she wrote to the Prefecture Health Delegate to seek the assistance of Sarh Training Center team, including the assistance of the Chadian Pediatrics Instructor, to train selected trainers from other prefectures of Chad.

Although all the prefectoral and district medical officers have been trained in April 1993 with WHO diarrhea packages, almost none of them has been able to train the nurses due to lack of funds and lack of training materials. CCSP training of trainers and subsequent training of nurses, provides the opportunity to design and produce the first entirely national modules for both trainers and nurses. The attendance of Mrs Fatime Barounga, Deputy Director of Diarrheal Disease Control program (known as "PEV - LMD" Program), has allowed the adaptation and update of the current training WHO reference modules for the prevention and treatment of Diarrhea and related health problems.

2.2 Three series of Training of trainers - supervisors

Available data showed that half of the trainers - supervisors (namely all physicians) had attended training of trainers (TOT) in different subject matters, from Diarrheal Diseases control to Onchocercosis control. During the training plan preparation, it appeared that there was a real need to standardize --or to "harmonize" (to agree on) the basic training techniques, such as experiential learning techniques and adult education techniques in general (Andragogy). Similar standardization is anticipated for the module on basic supervisory techniques. Indeed, having a common understanding of training techniques greatly improves the training implementation, particularly the supervision and feed back to an individual trainer in charge of a session. Furthermore, the acquisition of basic training techniques by a sizeable number of trainers creates sustainability and establishes a core group of trainers who will have the skills to adapt those training techniques to any subject matter, at any assignment location.

At the beginning of CCSP Training implementation, CCSP has advised the prefecture directorate committee and health council members to select multidisciplinary teams of trainers - supervisors. We have also advised the prefecture to select "back-up trainers" made of Sarh hospital based specialists in Pediatrics and Obstetrics and Gynecology; these are the Subject matter Instructors. Such approach is expected to build sustainability of training and supervision.

TYPES OF TRAINERS	NUMBER (%)
. Subject matter Instructors	3 (13.0 %)
. Medical District Officers	5 (21.7 %)
. District Medical Supervisor	1 (04.3 %)
. Nurse District Officer	1 (04.3 %)
. District Nurses Supervisors	5 (21.7 %)
. Head Nurses	3 (13.0 %)
(or "Majors de service")	3 (13.0 %)
. Training Center and MCH FP staff	2 (08.7 %)
. Others	-----
	23 (100. %)
TOTAL =	

Of the 10 physicians, 7 (70 %) have attended the three series.
All other trainers - supervisors have attended the three series.

(See Appendix N°1)

Of the 10 physicians, 6 (60 %) have conducted the training of nurses for ARI, this is the first training of trainers on ARI for the 23 selected trainers. Whereas more than half of the trainers have already attended TOT on Diarrhea but did not have the opportunity to train others in this subject. By the end of March 1994, under the daily supervision of the Chadian Instructor in Pediatrics -- Dr Nenodji Koumde, and with limited daily assistance from CCSP resident trainer, 80 % of the selected trainers will carry out the training of nurses for Prevention and treatment of diarrhea and related health problems. Only one District Medical Officer was able to conduct the Diarrhea training series. This confirms the importance of having in Sarh based trainers to back up.

2.3 Two series of Training of peripheral nurses

The need to dispense refresher courses on Prevention and case management for all nurses in Moyen Chari had been steadily advocated for years by the Prefecture Directorate and Health Council. There was even a beginning of a curriculum development on Rationalization of Outpatient Services (known as "Rationalisation de la Consultation Curative"). Rather than undertaking a sizeable training on the 12 most current health problems of both adults and children and for all nurses, CCSP has proposed and obtained from the Prefecture, that training skills and tools will be demonstrated during the training of peripheral level nurses on Child Survival techniques. Later on, the trainers-supervisors can use those basic training skills for other subject matters.

Since April 1993, CCSP is able to respond partially to the unmet training needs by training the peripheral level nurses in Child Survival Techniques. As demonstrated by the Baseline survey for nurses, less than a third of the nurses target groups have ever attended any training either on ARI or Diarrhea, so the training sessions sponsored for nurses are more than welcomed by both trainees and their supervisors;

CCSP has now trained more than half (55.56 %) of the 90 nurses in Moyen Chari dispensaries and health centers on the subject of ARI prevention and case management. The other half of nurses will be trained in May 1994.

(See Table N°1)

Regarding the training series on Diarrheal diseases Prevention and case management, among the 90 nurses currently assigned at peripheral level, more than three fourth (78.89 %) are trained by the end of March 1994.

(See Table N°2)

Furthermore, the recently updated training database shows consistency in the selection of nurses to be trained; 84 % of those trained on prevention and management of ARI were again selected for the prevention and case management of diarrheal diseases.

(See Appendix N°2)

TABLE N°1 : NUMBER OF PERIPHERAL LEVEL NURSES TRAINED
IN PREVENTION AND CASE MANAGEMENT OF ARI
PREFECTORAL TRAINING CENTER, SARH, JANUARY 1994

DISTRICT	NUMBER OF NURSES TRAINED PER CATEGORY						TOTAL (%) PER DISTRICT
	IDE	AT	IB	IT	E.M	OTH.	
KOUMRA	1	1	8	2	---	---	12 (24.00 %)
MOISSALA	1	2	2	2	---	---	7 (14.00 %)
GOUNDI	---	---	2	1	---	5	8 (16.00 %)
DANAMADJI	---	1	2	1	---	---	4 (08.00 %)
KYABE	---	2	1	4	---	---	7 (14.00 %)
SARH	---	5	5	---	1	1	12 (24.00 %)
(TOTAL) % PER CATEGORY	(2) 4 %	(11) 22 %	(20) 40 %	(10) 20 %	(1) 2 %	(6) 12 %	50 (100.0 %)

CODE :

- IDE = State Licensed Graduate Nurse
- AT = Technical (Health) Agent
- IB = Graduate Nurse
- IT = Agent acting as a nurse
- E.M. = Baptist Missionary nurse
- OTH. = Others that include non specified nurses, nurses trained in Goundi District and midwives

Comment : Nurses who are currently working in dispensaries or health centers may fit into either one of the six categories, yet they carry on the same tasks. For this Child Survival technique on ARI, the majority of trainees came from the Districts of Koumra and Sarh (24 % each), mostly graduate nurses (40 % of IB).

TABLE N°2 : NUMBER OF PERIPHERAL LEVEL NURSES TRAINED
IN PREVENTION AND CASE MANAGEMENT OF DIARRHEAL DISEASES
PREFECTORAL TRAINING CENTER, SARH, MARCH 1994

DISTRICT	NUMBER OF NURSES TRAINED PER CATEGORY						TOTAL (%) PER DISTRICT
	IDE	AT	IB	IT	E.M	OTH.	
KOUMRA	1	1	8	3	2	---	15 (21.13 %)
MOISSALA	2	2	2	2	1	---	9 (12.68 %)
GOUNDI	---	---	---	1	---	4	5 (7.04 %)
DANAMADJI	---	1	3	1	1	---	6 (8.45 %)
KYABE	---	2	1	4	1	---	8 (11.27 %)
SARH	5	7	8	---	2	6	28 (39.44 %)
(TOTAL) % PER CATEGORY	(8)	(13)	(22)	(11)	(7)	(10)	71 (100.0%)
	11.27	18.31	30.99	15.49	9.86	14.08	

CODE :

- IDE = State Licensed Graduate Nurse
- AT = Technical (Health) Agent
- IB = Graduate Nurse
- IT = Agent acting as a nurse
- E.M. = Baptist Missionary nurse
- OTH. = Others that include non specified nurses, nurses trained in Goundi District and midwives

Comment : Trainees that were selected for this second series of Child Survival techniques had in general an higher background level; the cluster of IDE, AT and IB counted 43 (60.57 % of the total), whereas trainees of the same categories during ARI series were 33 (66 % of the total).

2.4 Other training related activities

2.4.1 MCH/FP Center of Practicum ("stages"):

Sarh District referral center will be the main practicum site for all MCH training sessions. An assessment mission has been implemented by Dr Alain Lefevre, a CCSP consultant whose scope of work includes a proposal on spatial organization, comprehensive clinic management system and a procurement list of additional equipment and supplies.

(See Exhibit N°2, and Appendix N°3)

2.4.2 Sarh Prefectoral Training Center Library:

CCSP and Peace Corps provides technical assistance and materials to this new prefectoral library that is conveniently located in the training center. Since early March 1994, a full time librarian trained in library management is assigned at the training center.

2.4.3 Training coordination:

Technical assistance and logistics are being granted to the Prefecture for the coordination of training related activities. To witness the recent assistance given by CCSP team for the preparation of outlines of Prenatal Care Curricula that will be carried out in collaboration with a French NGO, the Friends of Perthuis Maternity Association. Chadian Instructor for Maternal Health, Dr Memadji Mbaigoto, will use the basic training techniques introduced by CCSP resident health trainer.

III. Analysis of Training results

3.1 Pre tests and Post tests for the three series

When the project began these training series on Child Survival, the team found out that for many nurses --either trainers or providers, who had attended some in-service training courses, pre tests and post tests were not familiar method of assessing the knowledge levels. However, both trainers-supervisors and trainees came to realize that tests are helpful to document the progress during the in-service courses. If a trainee has benefited from the participation, there should be a noticeable difference between the post test score and pre test score, called hereafter absolute progress. A relative progress can be also calculated with the following formula:

$$\begin{aligned} \text{ABSOLUTE PROGRESS} &= (\text{POST TEST MEAN}) - (\text{PRE TEST MEAN}) \\ &= (2) - (1) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{RELATIVE PROGRESS} &= \text{ABSOLUTE PROGRESS} / [\text{MAXIMUM SCORE} - \text{GROUP MEAN @ PRE TEST}] \\ &= [(2) - (1)] / [100 - (1)] \\ &= [(2) - (1)] / (B) \end{aligned}$$

TABLE N°3 : Examples of absolute and relative progress:

GROUP OF TRAINEES	GROUP MEAN PRE TEST (1)	GROUP MEAN POST TEST (2)	100-(1) (B)	GROUP ABSOLUTE PROGRESS (2)-(1)	GROUP RELATIVE PROGRESS (2)-(1)/(B)
N° 1	50.00	76.47	50	26.47	52.94
N° 2	41.18	88.24	58.82	47.06	80.01
N° 3	73.53	94.12	26.47	20.59	77.79
FOR THE THREE GROUPS	54.90	86.28	45.10	31.38	69.58

TABLE N°4: TRAINING OF TRAINERS, PREFECTORAL CENTER, SARH
GROUP MEANS AND PROGRESS FOR 3 SERIES OF COURSES

MODULE TITRE	COURSE	GROUP MEAN PRE TEST (1)	GROUP MEAN POST TEST (2)	100-(1) (B)	GROUP MEAN ABSOLUTE PROGRESS (3)	GROUP MEAN RELATIVE PROGRESS (3) / (B)
BASIC TRAINING TECHNIQUES	Oct 18 Oct 23 1993	26.18	77.35	73.82	51.17	69.32
	Oct 25 Oct 30 1993	20.80	80.88	79.20	60.08	76.77
PREVENTION AND CASE MANAGEMENT OF ARI	Dec 6 Dec 10 1993	46.90	66.55	53.50	19.65	36.73
	Dec 13 Dec 18 1993	49.66	73.45	50.34	23.79	47.26
PREVENTION AND CASE MANAGEMENT OF DIARRHEAL DISEASES	Feb 21 Feb 26 1994	49.21	89.74	10.24	40.53	25.27
	Feb 28 Mar 05	56.58	78.16	43.42	21.58	49.70

TABLE N°5: TRAINING OF PERIPHERAL LEVEL NURSES, PREFECTORAL CENTER, SARH
GROUP MEANS AND PROGRESS FOR 2 SERIES OF COURSES

MODULE TITLE	COURSE DATES	GROUP MEAN PRE TEST (1)	GROUP MEAN POST TST (2)	100-(1) (B)	ABSOLUTE PROGRESS (3)	RELATIVE PROGRESS (3)/(B)
PREVENT. CASE MGMT ARI	Jan 17	40.28	72.28	59.72	32.00	53.58
	Jan 20 1994	45.00	69.44	55.00	24.00	44.44
PREVENT. CASE MANAGEMT DIARRHEA	Jan 24	45.33	70.56	54.64	25.00	46.15
	Jan 27 1994	37.94	63.33	60.66	25.39	42.27
	March 14	42.94	76.47	57.06	35.53	62.27
	March 17 1994	33.24	75.20	66.76	42.05	62.99
	March 24	37.65	78.82	62.35	41.17	66.03
	March 25 1994	24.74	58.82	75.26	34.08	45.28
	March 28	39.71	73.53	60.29	33.82	56.10
	April 1 1994	42.35	82.35	57.65	40.00	69.38

3.2 Participants (nurses) evaluation of training courses

As a feed back to trainers, this training activity is useful to improve future trainers skills and performances. It has been used to verify with the trainees how much of the sessions objectives were accomplished. However, at this time of project implementation, asking of participants to evaluate their trainers-supervisors performances sounds a bit daring for many. There is a discernible reticence to speak out their minds in writing or otherwise that has yet to be overcome.

To collect the trainees opinions, and depending on the time available, methods of evaluation that were used range from written open ended questions to general discussion at the end of the course. The results were often comparable to the evaluation results of similar courses in other places. Comments were often enthusiastic and grateful, some comments would benefit of more specificity. There was few suggestions, except those ones on longer training duration, i.e. 10 days instead of the usual 4 days not included the travel time.

3.3 Logistics

As expected, communications with the Districts were so far the main problem during training series implementation. Although the training schedule were provided in the Prefecture Operational Training Plan given to each District Chief Medical Officer, there is still the need to confirm the training occurrence twice. The first confirmation of training dates is tentatively made by mail, at least two weeks in advance, a second confirmation by radio messages from the BELACD/Catholic Mission station is made during the week before the training start. District teams answer by radio messages only when they do not plan to attend.

3.4 Training follow - up

It is planned to be built into the supervisory part of the training. The Medical District Officers (MDO) and their teams would monitor the progress and collect the data for intermediary process indicators.

Now that two series will be soon completed, the sampling of the health centers and trainees to be followed up can be finalized. Other sampling Criteria may include qualification, good level of understanding of the supervisory checklist, individual tests scores during the three series, location, access to provided care, access to medication and drugs and safe access to health center locations.

3.5 Issues and potential hinderances

- * The trainees of lower pre service training have lower retention capacity, especially when it comes to the recollection of dosages of the 10 most used generic drugs, or quantities of ORS solution per age and per weight.
- * When trainees were trained and skilled, they will need drugs and materials. A system that guarantees supply and distribution of the most current generic drugs is yet to be devised and started.
- * Prevention is mostly a matter of mass media communication reinforced by inter personal communication with the use of IEC materials that are yet to be defined or revised. The time elapsed between training courses and the start - up of community based Child Survival IEC could be longer.
- * Uncertainties have been factored into the planning programming; for example, all activities will be reviewed every semester and have the potential to be implemented whenever possible ("Plan opérationnel glissant"). However, there are factors lying beyond project control, it may happen that the time elapsed between the training courses and a fully functional supervisory apparatus could be longer than planned, using the supervisory checklist at the end of each module, the trainees might have to auto-evaluate their skills and performances without much of supervisory visits.

IV. Activities scheduled until EOP

All activities to be carried out until the end of project (EOP) are detailed in weekly calendar form.

(See Appendix N°4)

4.1 Further institutional Development

Whatever is the quality of pre-service training, there would always be the needs to retrain the personnel for various reasons, such as the changes of procedures or new program orientations. In the near future, Sarh Prefectoral Training Center will try to meet those needs, it is actually envisioned to be a center of learning, a center of documentation and applied/operational research.

As the project goes towards its completion, the reinforcement of skills to maximize the use of available resources become crucial. The first step of institutionalization is, as usual, to have "the right people at the right place, on the right time", the prefectoral decision makers have ensured that it is done so; more than one year after its opening, the center is now staffed with nationals: two senior nurses and one senior administrator. Moreover, prior to this assignment, the Center national director was teaching for 11 years at the National Nursing and Midwifery School. Along with the subject matter specialists --Pediatrics and Maternal health instructors, national counterparts at the training center are starting to take over the implementation of in-service training sessions. The next steps would be to prepare a mailing list of agencies, to design a flyer introducing to the center capabilities.

4.2 Malaria prevention and Case management training series

It is expected that for this last series on Child Survival, the trainers-supervisors will be more involved in the curriculum development based on existing national materials.

4.3 Supervisory training, the complement of training sessions

Being an integrated part of the training, supervisory basic checklist and reporting format have been included in the first module on Basic Training techniques, and applied to the two subsequent modules on ARI and Diarrheal diseases.

Supervisory training strategy is planned as followed:

- * Curriculum development and production of an experimental module with MDO and teams, at the end of the course each district team will provide a supervision calendar with a detailed budget for three weeks.
- * During the succeeding 3 weeks, MDO and teams will test the experimental supervision module in about a third of the district health centers where at least one nurse has been trained on two series of Child Survival techniques.
- * Two workshops will then take place to present the supervisory results and data, to share experiences and to make any adaptation.
- * The next 6 weeks will be devoted to the supervisory training for two third of health centers, according to a calendar established during the workshops.
- * Selected districts will present their 9 weeks experience of supervisory training during the dissemination seminar to be directed by an external consultant. A schedule for a 10 months period of supervisory training will be carried out with identification of needed resources to foster sustainability.

4.4 Training related to the Project Cost Recovery Component

Prior to the launching of Cost Recovery in CCSP 10 Zones de Responsabilité, the 10 head nurses of the dispensaries will be trained for the topics of generic drug prescription, generic drugs supply management, and clinic management.

V. Recommendations

- 5.1 Ensure that training occurrence and dates will be sent to the district teams two weeks in advance, followed by confirmation of dates during the week preceding the training start.
- 5.2 Help the nurse to develop the habit of reading, using the provided manual
- 5.3 Recommend a proper use of the supervisory checklist made of observable actions by nurses, it will enable the isolated nurse to assess their progress, whenever the supervisory visits would be postponed.
- 5.4 IEC activity should take place as soon as possible and scheduled on a regular basis at the health center.
- 5.5 In order to increase the validity of the results, plans are being made to schedule a general evaluation of all three courses by participants at the end of the series on Malaria prevention and case management.

LIST OF EXHIBIT AND APPENDICES

- EXHIBIT N° 1 : Proposal of Operational Training Plan,
October 1993 - January 1995
Moyen Charl, September 23 1993, 46 pages (FRENCH)
- EXHIBIT N° 2 : Dr Alain Lefevre Consultancy report.
"Centre SMI/BEF de Sarh, Identification des problèmes et
recommandations (Janvier 1994)", 77 pages (FRENCH)
- APPENDIX N° 1 : List of Co-trainers, March 1994.
- APPENDIX N° 2 : List of peripheral level nurses trained by CCP on
Prevention and Case management of ARI, of DIARRHEAL
DISEASES (including Malnutrition), 3 pages
- APPENDIX N° 3 : Weekly Calendar of training activities, from March 28
1994 until June 30 1995.

APPENDIX N° 1

LISTE DES CO-FORMATEURS
 (SARH, MARS 1994)

NOM ET PRENOMS	CATEGORIE	FONCTION ET PROVENANCE	A PARTICIPE		
			TBF	IRA	LMD
1. DR MISKINE NGODRO	Medecin	Medecin-Chef, Medecine Interne Sarh	OUI	OUI	OUI
2. DR KOUNDE NENODJI	Medecin	Chef de Service Pédiatrie Sarh	OUI	OUI	OUI
3. DR MAQUALE MBAIDOWOLO	Medecin	Medecin-Chef District Kyabe	OUI	OUI	OUI
4. DR KANIKA DJAM	Medecin	Medecin-Chef District Sarh	OUI	OUI	OUI
5. DR MEMADJI MBAIGOTO	Medecin	Chef de Service Maternité Sarh	OUI	OUI	OUI
6. DR MAOSSEDE DJETOYAO	Medecin	Medecin-Chef District Koumra	OUI	OUI	OUI
7. DR MBAITOLOUM WEINA	Medecin	Medecin-Chef District Moissala	OUI	NON	NON
8. DR NIGRI MAGUY	Medecin	Medecin-Chef Zones de Responsabilités Koumra	OUI	OUI	OUI
9. DR LABRIN LEOPOLDO	Medecin	Medecin-Chef District de Goundi	OUI	NON	NON
10. DR BEMADJINGAR PASCAL	Medecin	Chef de Service Hôpital Goundi	OUI	OUI	NON
11. MR KOURAYO SOROKOUNDA	IDE	Infirmier Chef de District de Danamadji	OUI	OUI	OUI
12. MR TEBARA WODAYE	IDE	Chef Zones de Responsabilité Moissala	OUI	OUI	OUI
13. MR NGUEKORTA FRANCOIS	TS	Chef Zones de Responsabilité Sarh	OUI	OUI	OUI
14. MR HOUBARASSEM MOISE	Infirmier	Chef Zones de Responsabilité Goundi	OUI	OUI	OUI
15. MR DJIMASSIBE JACQUES	Infirmier	Superviseur Baptiste Mid-Mission Koumra	OUI	OUI	OUI
16. MME NEGUE FATIME	AS	Responsable Prefectorale	OUI	OUI	OUI
17. MME TCHIERI MARCELLINE	IDE	Major Maternité Sarh	OUI	OUI	OUI
18. MME HANGYANGAR NAOMIE	IDE	Major Pédiatrie Sarh	OUI	OUI	OUI
19. MR BOGUYANA PROSPER	Infirmier	Infirmier Major Kyabe	OUI	OUI	OUI
20. MME MOH RUTH	Sage Femme	Responsable SMI, Sarh	OUI	OUI	OUI
21. MR MBANGODJI MATOLIANE	IDE	Responsable de Formation Sarh	OUI	OUI	OUI
22. MME YELEGOTO GERARDINE	Sage Femme	Sage Femme, Maternité Sarh	OUI	OUI	OUI
23. MR TOGOM MODJIBE	AT	Infirmier Moissala	OUI	OUI	OUI

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD (PSEI). COMPOSANTE FORMATION
 LISTE PAR DISTRICT DES INFIRMIERS FORMES A SARH EN IRA (JANVIER 1994), ET EN LMD (MARS 1994)

NOM ET PRENOMS	TITRE	FONCTION	PROVENANCE	IRA	LMD	PALU	SUPERVISION
<u>DISTRICT DE KOUMRA</u>							
DAIGOUM NADJLEM	AT	RESP.	BEBOPEN	17-20.01.94	14-18.03.94		
DJIMRABAYE ESAIE	IT	RESP.	BEDJONDO SUD	17-20.01.94	14-18.03.94		
DJAMIA KAR MBAIAMKADJI	IB	RESP.	BEKAMBA	17-20.01.94	14-18.03.94		
NOUBARADJOU ESTHER	IB	RESP.	KOUMRA	17-20.01.94	14-18.03.94		
DJINDJIA JEREMIE	IB	RESP.	BEDAYA	17-20.01.94	14-18.03.94		
DJIMADOUM NAINGAR	IB	RESP.	KOUMRA OUEST	17-20.01.94	14-18.03.94		
MOUNDJANGAR PADJALENGAR	IB	RESP.	PENI	17-20.01.94	21-25.03.94		
DAVID TOLDEAL	IT	RESP.	KOUMRA OUEST	24-27.01.94	21-25.03.94		
TOURNESOL MERNARA	IB	RESP.	BESSADA	24-27.01.94	21-25.03.94		
LAOUNDIGUI MAIHOUDOU	IB	RESP.	BEKAMBA	24-27.01.94	21-25.03.94		
NGARSIBEYE TOLBEYE	IB	RESP.	DOH	24-27.01.94	21-25.03.94		
NAYO PASSE	IDE	RESP.	BEDJONDO	24-27.01.94	21-25.03.94		
NIXINGAR NATOIMOU	IT	INF.	PENI		28-01.04.94		
NAMBATINGAR NGAKOUTOU	E.M	INF.	NDERGUIGUI		28-01.04.94		
ALLANDIBAYE GREGOIRE	E.M	INF.	KOUMRA		28-01.04.94		
<u>DISTRICT DE MOISSALA</u>							
TAMFRI SOUBO	IB	RESP.	NGALO	17-20.01.94	14-18.03.94		
MADJINGUE PHILIPPE	IT	RESP.	MOISSALA NORD	17-20.01.94			
ALEXIS NGARINTA	IDE	RESP.	TAKAWA (BAHAIE)	17-20.01.94	14-18.03.94		
NDILONGAR MICHEL	AT	RESP.	GABLAN	17-20.01.94	21-25.03.94		
TOKINGALE DIDIER	AT	RESP.	BARRA 2	24-27.01.94	14-18.03.94		
MONPERE ETIENNE	IT	RESP.	BEKOUROU	24-27.01.94			
MOGUENA MADJITOLOM	IB	RESP.	DEMBO	24-27.01.94	28-01.04.94		
DIMANCHE NODJATI	IDE	RESP.	MOISS. (BAHAIE)		14-18.03.94		
YEITA ETIENNE	EM	RESP.	BOUNA		28-01.04.94		

50

<u>DISTRICT DE DANAMADJI</u>						
25	DJIMASRA NOUDJONGAR	IT	RESP.	DANAMADJI B.	17-20.01.94	21-25.03.94
26	OBA SYLVAIN	IB	RESP.	MARO	24-27.01.94	21-25.03.94
27	BEYAMBAYE MRAMADJI	AT	RESP.	DANAMADJI	17-20.01.94	21-25.03.94
28	LARMA TAMASSOUM	IB	RESP.	KOUMOGO	17-20.01.94	21-25.03.94
29	GUINDJA ALBERT	E.M	PEV/PEDIA.	DANAMADJI B.		28-01.04.94
30	YANANTIA JOSEPH	IB	RESP.	BENDANA		21-25.03.94
<u>DISTRICT DE GOUNDI</u>						
31	RIMIDJABAYE NGARTIRA	INF	RESP.	MATEGAGA	17-20.01.94	21-25.03.94
32	SAYELENGAR PIERRE	INF	RESP.	GOUNDI	24-27.01.94	
33	TAKENE SIMON	IT	RESP.	MOURGLAYE	24-27.01.94	21-25.03.94
34	MOUSSA GOTINA	INF	RESP.	GOUNDI EST	24-27.01.94	
35	NONDIBAYE MARTIN	INF	RESP.	KOUMAYE	24-27.01.94	
36	NOUBAISSEM BAROUMBAYE	INF	INF.	GOUNDI		28-01.04.94
37	MADRANGUE CHRISTOPHE	INF.	INF.	GOUNDI		28-01.04.94
38	NGARNDIBAYE NOEL	INF.	INF.	GOUNDI		28-01.04.94
39	MOSSOALBAYE MADALOUM	INF	RESP.	NGANGARA	17-20.01.94	
40	BOLNGAR MALLOUM	IB	RESP.	GOUNDI OUEST	17-20.01.94	
41	DANONGAR	IB	RESP.	GUIDITI/GOUNDI	17-20.01.94	
<u>DISTRICT DE KYABE</u>						
42	GOL YOGUERNA	AT	RESP.	IBOLI	17-20.01.94	28-01.04.94
43	KOUDJI TADIO	AT	RESP.	BALTOUBAYE	17-20.01.94	28-01.04.94
44	DJAKO TABA NGOTI	IT	RESP.	RORO	17-20.01.94	21-25.03.94
45	NDIIMADJI MADJRODODI	IB	RESP.	NGONDEI	17-20.01.94	14-18.03.94
46	BOURA GNOKO GANDA	IT	RESP.	DONIO	17-20.01.94	14-18.03.94
47	SWTIGAL MARTIN	IT	RESP.	BOUMKEBIR	17-20.01.94	14-18.03.94
48	MRAIMEMBE MONA	IT	RESP.	KYABE	17-20.01.94	14-18.03.94
49	MANDO TASSINGA	E.M	ADI	DONIO		28-01.04.94

DISTRICT DE SARH						
50	ANGAM ABGOUMSOU	AT	RESP.	KASSAI 2/ SARH	17-20.01.94	28-01.04.94
51	COMMANDAINGAR LAURENT	AT	RESP.	MED SCO. SARH	17-20.01.94	14-18.03.94
52	NGADJELE NASNOYE	AT	RESP.	KASSAI 1 SARH	17-20.01.94	21-25.03.94
53	BLODJINGAR KIDY	AT	ADJ.	BEGOU SARH	17-20.01.94	21-25.03.94
54	AMAGUE BEDIGUE -	INF	RESP.	KORBOL	17-20.01.94	28-01.04.94
55	KLAMADJI YAMADJIBAYE	IB	RESP.	DJOLI	17-20.01.94	14-18.03.94
56	ABDELKADER LOUISE	IB	TRIAGE	SMI/ SARH	24-27.01.94	28-01.04.94
57	TOGYAMTA ROTINTA	IB	SOINS ENFT	SMI/ SARH	24-27.01.94	21-25.03.94
58	KOULMBO NGARO	IB	ADJ.	KASSAI 1	24-27.01.94	21-25.03.94
59	DAMARIS NGAMBOR	IB	INF.	KASSAI 2	24-27.01.94	21-25.03.94
60	NGUIZAMADJI GILBERT	EM	SOINS ENFT	BALIMBA	24-27.01.94	21-25.03.94
61	RIMBARNE NIOLELOE	AT	RESP.	KOKAGA		21-25.03.94
62	NAROM MBAIROBDJE	INF	RESP.	GARNISON/SARH		21-25.03.94
63	GUERBAYE YAMTE	AT	INF.	SARH		21-25.03.94
64	WEUSSOUABE PAKOUARE	IDE	RESP.	BEGOU		21-25.03.94
65	NGARMADJI VALENTIN	IDE	RESP.	BAGUIRMI		21-25.03.94
66	YVETTE MBAIGOTO	SF	SMI/BEF	SMI/SARH		21-25.03.94
67	KOUTOU BODEMANE	INF	INF.	SMI/GARNISON		21-25.03.94
68	KOUTOU SUZANNE	AT	INF.	SARH		21-25.03.94
69	ADOUM GAN-NATAN	IB	INF.	SARH		21-25.03.94
70	GALI BOLO	IDE	INF.	SARH		21-25.03.94
71	RENTA JULIETTE	IDE	INF.	SARH		25-01.04.94
72	TOIDTA MOTANA	IB	TRO	SMI/SARH		28-01.04.94
73	BEASSOUM OUSMANE	IB	INF.	GARNISON/SARH		28-01.04.94
74	NGUINET FRANCOIS	EM	RESP.	BALIMBA		28-01.04.94
75	MBALTALTA DJIMTINA	INF.	PST/GENDA	SARH		28-01.04.94
76	TADJINA BARNABE	INF.	INF.	MOUSSAFOYO		28-01.04.94
77	CLEMENTINE ATANGAR	SF	SF	SMI/SARH		28-01.04.94

(N=50)

(N=77)

LEGENDE :

IRA = Infections Respiratoires Aiguës

LMD = Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

25

PROPOSED SCOPE OF WORK
CCSP MCH CONSULTANT
Sarh/N'Djamena, Chad, November 2 - 30, 1993

APPENDIX Nº 3

A. BACKGROUND

The MCH clinic was started two years ago next to the Prefectural Training Center. The goal was to establish a "center of excellence", which could be used as a practicum site during the training sessions organized by the Training Center. To achieve this goal, the project intends to train the staff of the MCH clinic to become better clinicians but also to become 'practicum monitors' for the clinical exercises of the training sessions. Each district has a team of trainers-supervisors which consists of one district medical officer, one senior nurse and one midwife or social worker. The MCH clinic staff will first act as 'practicum monitors' for the trainers-supervisors (during the TOT) and later for the nurses and midwives from the rural and urban dispensaries and/or health centers of the Prefecture Sanitaire.

The role which the MCH clinic will play in the training sessions of the Training Center should therefore not interfere with its requirement to provide routine MCH services of good standards and yet be replicable in the rural areas of the Prefecture.

B. SCOPE OF WORK

Under the supervision of the CCSP COP/MCH-coordinator, the MCH consultant will work in close collaboration with the CCSP Health Trainer to:

1. Analyze the present workload and patient flow at the MCH clinic attached to the Prefectural Training Center in cooperation with the clinic staff.
2. Propose a clinic management system which would address all identified problems.
3. Study the impact of on-site, in-service training activities of participants on the service delivery of the MCH clinic.
4. Propose a comprehensive management model that combines the provision of efficient, quality service delivery by the clinic with quality on-site, in-service training activities for the participants of the training sessions at the Training Center.
5. Provide guidance in implementing the model.
6. Establish a list of equipment and supplies needed by the MCH clinic to deliver the required MCH services and to function as a practicum site for the Training Center. The list should be provided with all necessary references and specifications to allow for immediate procurement, if necessary.

C. SPECIFIC TASKS AND TIME FRAME

1. Identify all personnel/managerial/logistical problems and obstacles of the clinic according to the scope of work during the first week.
2. Present the initial recommendations to the MCH coordinator and Health Trainer for discussion at the end of the first week.
3. Complete the analysis, integrate the recommendations, and establish the list of equipment and supplies according to the scope of work by the end of the second week.
4. Present the changes, modifications and recommendations, especially those related to the spatial organization, during a three-days workshop with the MCH clinic and prefectural supervisors.
5. Assist the staff of the MCH clinic in implementing the changes and recommendations, which were agreed upon during the workshop, during the third week.
6. Elaborate, in collaboration with the MCH clinic staff and CCSP Health Trainer, the tools necessary to supervise the trainees during the clinical exercises.
7. Present a final draft of the consultancy report reflecting all agreed upon changes and modifications as well as the process and rationale which led to these changes to the Health Trainer by the end of the fourth week.
8. The final version of the report will be sent by DHL/EMS to CCSP in Sarh and USAID/Chad in N'Djamena, no later than 30 days after departure from Sarh.

D. MINIMUM QUALIFICATIONS AND EXPERIENCE

1. Proven clinical, managerial and in-service training skills in the francophone, African Primary Health Care system
2. Willing to accept the living and working conditions of provincial Southern Chad.
3. Fluent in French, good interpersonal communication skills

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD

CALENDRIER DES ACTIVITES DE FORMATION DU 28 MARS 1994 au 30 JUIN 1995

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONNALISATION DU CPF SARH
28 Mar au 02 Avr	5 ^{eme} et 6 ^{eme} session LMO pour les infirmiers du premier niveau	Termes de reference (TOR) pour la Directrice du Centre l'Administrateur l'Assistant d'Administration
04 Avr au 09 Avr	Formation pour le Recouvrement de Coûts de la Santé (RCS)	Approbation des TOR Mise à jour de l'inventaire fonctionnel au CPF Sarh
11 Avr au 15 Avr	Formation pour le Recouvrement de Coûts de la Santé (RCS)	Elaboration des procédures administratives de préparation de session de formation Evaluation des ressources en Documentation (Bibliothèque) Mise à jour de l'inventaire fonctionnel au CPF Sarh
18 Avr au 23 Avr	Formation pour le Recouvrement de Coûts de la Santé (RCS)	Finalisation des procédures administratives de préparation de session de formation Evaluation des ressources en Matériel audio visuel et d'IEC
25 Avr au 29 Avr	Formation pour le Recouvrement de Coûts de la Santé (RCS) Sélection des infirmiers et Envoi des invitations aux formateurs et infirmiers pour les 5 ^{eme} et 6 ^{eme} sessions IRA	Budgets des 5 ^{eme} et 6 ^{eme} sessions sur les IRA pour les Infirmiers

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
02 Mai au 07 Mai	<p>Canevas de préparation du module technique sur le Paludisme</p> <p>Envoi des invitations pour la formation des Sage Femmes Encadreur de stage en Techniques de base de Formation (TBF)</p>	Prise de fonction de l'Administrateur du CPF Sarh
09 Mai au 14 Mai	<p>EVALUATION A MI-PAROURS DE LA FORMATION</p> <p>Reproduction du matériel didactique sur les IRA pour les formateurs et infirmiers</p> <p>Briefing des co - formateurs pour les 5eme et 6eme sessions IRA</p>	<p>Etablissement de la liste de matériel minimum pour IRA, LMD et Paludisme</p> <p>Collecte de données sur la formation dans les districts et les autres prefectures</p> <p>Etablissement d'un repertoire d'organismes intéressés par la formation du personnel sanitaire et social</p>
16 Mai au 21 Mai	<p>EVALUATION A MI-PAROURS DE LA FORMATION</p> <p>Formation des infirmiers sur les IRA (5eme et 6eme sessions)</p> <p>Reproduction du matériel didactique sur les TBF pour les Sage Femmes Encadreur de stage</p> <p>Briefing des co - formateurs pour la formation des Sage Femmes Encadreur de stage en Techniques de Base de Formation (TBF)</p>	<p>Finalisation de la liste de matériel minimum pour IRA, LMD et Paludisme</p> <p>Collecte de données sur la formation dans les districts et les autres prefectures</p> <p>Elaboration d'une brochure de présentation du Centre Préfectoral de Formation de Sarh</p>
23 Mai au 28 Mai	<p>Formation des Sage Femmes Encadreur de stage en Techniques de Base de Formation</p>	<p>Achats de matériel</p> <p>Organisation de la distribution du matériel minimum pour IRA, LMD et Paludisme</p> <p>Elaboration d'une brochure de présentation du Centre Préfectoral de Formation de Sarh</p>

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
30 Mai au 04 Juin	Curriculum de formation des formateur sur la Prévention et Prise en charge du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans Envoi des invitations pour la formation des formateurs sur le Paludisme	Brochure de présentation du CPF Sarh Budget des sessions sur le Paludisme : * 2 sessions pour les formateurs * 6 sessions pour les infirmiers
06 Juin au 11 Juin	Reproduction en nombre suffisant du module Paludisme pour les formateurs Sélection des infirmiers et Envoi des invitations aux formateurs et infirmiers pour les 1ere et 2eme sessions Paludisme	Finalisation et Approbation de la brochure de présentation du CPF Sarh Budget des sessions sur le Paludisme : * 6 sessions pour les infirmiers
13 Juin au 18 Juin	Formation des formateurs à la Prévention et la Prise en charge du Paludisme chez les < 5 ans ; deux sessions simultanées Sélection des infirmiers et Envoi des invitations aux formateurs et infirmiers pour les 3ème et 4ème sessions Paludisme	Envoi de la brochure de présentation du CPF Sarh aux organismes intéressés par la formation du personnel sanitaire et social
20 Juin au 25 Juin	Formation des infirmiers sur le Paludisme (1ère et 2ème sessions) Sélection des infirmiers et Envoi des invitations aux formateurs et infirmiers pour les 5ème et 6ème sessions Paludisme	Rédaction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh
27 Juin au 02 Juil	Formation des infirmiers sur le Paludisme (3ème et 4ème sessions)	Redaction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh
04 Juillet au 09 Juil	Formation des infirmiers sur le Paludisme (5ème et 6ème sessions)	Rédaction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
11 Juil au 16 Juil	Rédaction du rapport sur la formation en Paludisme dans le Moyen Chari	Rédaction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh
18 Juil au 23 Juil	Formation des Infirmiers par la DSIS Préparation de la documentation sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI)	Rédaction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh
25 Juil au 30 Juil	Formation des Infirmiers par la DSIS Préparation du Syllabus sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI)	Finalisation et reproduction du manuel de procédures administratives pour le CPF Sarh Courrier de suivi de l'envoi de la brochure de présentation du CPF Sarh
01er Août au 06 Août	Elaboration du Curriculum sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI) avec les formateurs-superviseurs (1er groupe) N.B. Calendrier de SFI par District	Estimations du Budget de fonctionnement du CPF Sarh : * Coûts de la maintenance de l'équipement et de l'entretien du bâtiment * Coûts récurrents fixes et variables * Consommables pour les activités habituelles
08 Août au 13 Août	Elaboration du Curriculum sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI) avec les formateurs-superviseurs (2ème groupe) N.B. Calendrier de SFI par District	Planification des dépenses à engager
15 Août au 20 Août	Finalisation et reproduction du module expérimental sur les techniques de SFI	
22 Août au 27 Août	Envoi des documents sur les techniques de SFI vers les formateurs-superviseurs des Districts Envoi des invitations pour l'Atelier d'Echanges d'expériences sur les techniques de SFI	Identification de projets relatifs à la Formation du personnel que le CPF Sarh peut exécuter ou coordonner Recherche de financement : Propositions de contribution à envoyer aux divers partenaires dans la Formation

51

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
29 Août au 03 Sept	Utilisation par les formateurs-superviseurs des Districts du module expérimental sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI)	
05 Sept au 09 Sept	Utilisation par les formateurs-superviseurs des Districts du module expérimental sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI)	Courrier de suivi pour la brochure de présentation et pour les propositions de contribution aux projets
12 Sept au 17 Sept	Utilisation par les formateurs-superviseurs des Districts du module expérimental sur les techniques de Supervision Formative Intégrée (SFI)	
19 Sept au 24 Sept.	ATELIER D'ECHANGES D'EXPERIENCES DE SUPERVISION FORMATIVE INTEGREE ADAPTATION DU MODULE SFI (1er groupe) Calendrier de SFI par District pour 8 semaines Sélection des infirmiers pour les sessions de rattrapage en IRA, LMD, Palu. (pour 3 districts)	
26 Sept au 01 Oct	ATELIER D'ECHANGES D'EXPERIENCES DE SUPERVISION FORMATIVE INTEGREE ADAPTATION DU MODULE SFI (2ème groupe) Calendrier de SFI par District pour 8 semaines Sélection des infirmiers pour les sessions de rattrapage en IRA, LMD, Palu. (3 autres districts) Collecte de données et Documentation sur les Soins Périnataux ("CPN")	

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
03 Oct au 08 Oct	<p>SFI par les formateurs-superviseurs</p> <p>Envoi des invitations pour les sessions de rattrapage en IRA, LMD, Palu.</p> <p>Organisation et Reproduction des différents matériels didactiques pour les sessions de rattrapage en IRA, LMD, Palu.</p> <p>Préparation du Syllabus sur les Soins Périnataux (CPN) pour les formateurs-superviseurs du Moyen Chari</p>	<p>Invitations des partenaires dans la formation à assister aux sessions de rattrapage pour IRA, LMD et Palu.</p>
10 Oct au 15 Oct	<p>SFI par les formateurs-superviseurs</p> <p>Préparation des sessions de rattrapage par les formateurs</p> <p>Elaboration du Curriculum sur les Soins Périnataux (CPN) pour les formateurs-superviseurs du Moyen Chari</p>	<p>Logistique pour les Observateurs pour les sessions de rattrapage</p>
17 Oct au 22 Oct	<p>SFI par les formateurs-superviseurs</p> <p>Sessions de rattrapage pour les infirmiers en IRA, LMD, Palu. (3 sessions simultanées)</p> <p>Syllabus et Curriculum sur les Soins Périnataux (CPN) envoyés aux Anis de Perthuis pour information et commentaires</p>	
24 Oct au 29 Oct	<p>SFI par les formateurs-superviseurs</p> <p>Sessions de rattrapage pour les infirmiers en IRA, LMD, Palu. (3 autres sessions simultanées)</p>	

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONALISATION DU CPF SARH
31 Oct au 05 Nov	SFI par les formateurs-superviseurs Organisation des données de la SFI Rédaction du rapport sur les sessions de rattrapage FINALISATION DU MODULE CPN	Envoi des invitations aux partenaires dans la Formation pour le Séminaire de Diffusion sur les techniques de SFI
07 Nov au 12 Nov	SFI par les formateurs-superviseurs Organisation des données de la SFI Confirmation de la participation des formateurs-superviseurs sélectionnés pour le Séminaire de Diffusion de la SFI Organisation et Reproduction du Matériel didactique pour les sessions sur les Soins Périnataux (CPN)	
14 Nov au 19 Nov	ORGANISATION DU SEMINAIRE DE DIFFUSION SUR LA SFI AVEC UN CONSULTANT EN TECHNIQUES DE SUPERVISION FORMATIVE INTEGREE	Organisation de la Logistique des Observateurs du Séminaire de Diffusion de la SFI
21 Nov au 26 Nov	"EXPERIENCE DE SUPERVISION FORMATIVE INTEGREE (SFI) DANS LE MOYEN CHARI", SEMINAIRE DE DIFFUSION AU CPF SARH Envoi des invitations pour la formation des formateurs-superviseurs en Soins Périnataux (CPN)	En marge du Séminaire : Définition des lignes de collaboration Accords de principe pour les projets de collaboration avec <i>des groupes autochtones USAID</i>
28 Nov au 03 Déc	Redaction du Rapport sur le Séminaire de Diffusion sur la SFI	Elaboration des projets de collaboration avec les partenaires de Formation
05 Dec au 10 Dec	Formation des formateurs aux Soins Périnataux (CPN)	
12 Dec au 17 Dec	Formation des Sage femmes Encadreurs aux soins périnataux (CPN)	

SEMAINE DU	ACTIVITES DE FORMATION	INSTITUTIONNALISATION DU CPF SARH
17 Déc au 24 Déc	Rédaction du Rapport sur la formation en CPN CONGES DE NOEL	
26 Déc au 31 Déc	Préparation de l'appui à la Supervision Formative Intégrée au niveau des districts CONGES DE FIN D'ANNEE	
02 Janv 1995 au 31 Janv	Appui à la Supervision Formative Intégrée dans le District de KYABE	Suivi des projets de collaboration
01 Fev au 28 Fev	Appui à la Supervision Formative Intégrée dans le District de KOUWRA	
01er Mars au 31 Mars	Appui à la Supervision Formative Intégrée dans le District de SARH et DANAMAQJI	
01er Avril au 30 Avril	Appui à la Supervision Formative Intégrée dans le District de GOUNDI	
01er Mai au 27 Mai	Appui à la Supervision Formative Intégrée dans le District de MOISSALA	Suivi des projets de collaboration
29 Mai au 03 Juin	PREPARATION DE L'ATELIER BILAN DE LA SFI	
05 Juin au 10 Juin	ATELIER : "DIX MOIS DE SFI AU MOYEN CHARI, BILAN ET PERSPECTIVES D'AVENIR"	
12 Juin au 17 Juin	RAPPORT FINAL DE LA COMPOSANTE FORMATION PSET	Renforcement et/ou Mise en place des nouveaux projets de collaboration pour la Formation du personnel avec des groupes
19 Juin au 24 Juin	Finalisation et reproduction du Rapport Final de la Formation PSET	<i>metres que USAID.</i>
26 Juin au 30 Juin 1995	FIN DES ACTIVITES DE FORMATION PSET	

ANNEX 3: DESCRIPTION DE POSTES (CENTRE PREFECTORAL DE FORMATION)

DESCRIPTION DE POSTE

I. INTITULE DU POSTE:

Responsable du Centre Préfectoral de Formation

II. LIEU D'IMPLANTATION DU POSTE:

Ville de Sarh, Moyen-Chari

III. RESUME DU POSTE:

Le Responsable du Centre Préfectoral de Formation du Moyen-Chari est chargé de diriger le Centre dans le cadre des missions dévolues à ce service.

IV. QUALIFICATIONS REQUISES:

* Etre cadre régulier de la Fonction Publique Tchadienne;

* Etre de la catégorie A, échelle 1, classe ou échelle 2 , classe 1 ou 2 ou catégorie B, échelle 3.

V. TACHES:

Le Responsable du Centre de Formation est chargé de:

* représenter le Centre Préfectoral aux réunions et manifestations auxquelles il sera convié;

* assurer le rôle de conseiller technique du Délégué de la Préfecture Sanitaire en matière de formation;

* définir et adapter chaque fois que de besoin, les missions et statut du Centre de Formation Préfectoral, les méthodologies de formation des différentes catégories de personnel de la santé et du service social.

* réaliser des études nécessaires à la détermination des besoins et ressources pour la formation de chaque catégorie du personnel de santé et du service social;

* élaborer des plans et budgets de fonctionnement et de formation du personnel de la santé et du service social;

* procéder à l'amélioration continue des curriculums de formation du personnel;

* superviser les activités techniques et administratives du Centre;

* gérer le personnel le matériel et les ressources financières placées sous son autorité;

* assurer le fonctionnement et la gestion d'ensemble du Centre Préfectoral de Formation;

* Rechercher le financement des activités du Centre avec le concours de la Délégation de la Préfectures Sanitaire.

V. RELATIONS:

Le Responsable du Centre Préfectoral de Formation relève de l'autorité directe du Délégué de la Préfecture Sanitaire du Moyen-Chari.

Il assure la promotion du centre en rapport avec le Délégué de la Préfecture Sanitaire du Moyen-Chari.

Il entretient des relations de collaboration avec le personnel du service de santé et du service social ainsi qu'avec d'autres institutions tchadiennes ou étrangères de formation.

REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI

DESCRIPTION DE POSTE

I. INTITULE DU POSTE:

Adjoint Technique du Centre Préfectoral de Formation.

II. LIEU D'IMPLANTATION:

Ville de Sarh, Moyen-Chari.

III. RESUME DU POSTE:

Le poste d'Adjoint Technique consiste à aider le Responsable du Centre Préfectoral dans les activités de formation, de supervision formative, d'IEC, de gestion du matériel pédagogique et éducatif.

IV. QUALIFICATIONS REQUISES:

- * Etre cadre régulier de la Fonction Publique Tchadienne;
- * Etre de la catégorie A, échelle 2, classe 1 ou 2 ou catégorie B, échelle 3.

V. TACHES:

L'Adjoint Technique du Centre Préfectoral de Formation est chargé de:

- * participer à la formation et à la supervision formative du personnel sanitaire et social;
- * participer à la constitution de la documentation nécessaire et à l'élaboration des documents techniques de formation;
- * participer à la production locale des matériels éducatifs;
- * gérer le matériel éducatif sur la base d'inventaire de stock et d'inventaire fonctionnel et de programmation d'utilisation;

65

VI. RELATION DE TRAVAIL:

L'Adjoint Technique du Centre Préfectoral de Formation relève de l'autorité du Responsable du Centre.

Il aide l'Administrateur du Centre dans ses activités administratives.

Il entretient des relations de collaboration entre le Centre, la presse et d'autres organismes s'occupant de formation.

Il aide à la promotion du Centre.

REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI

DESCRIPTION DE POSTE

I. INTITULE DU POSTE:

Administrateur du Centre Préfectoral de Formation.

II. LIEU D'IMPLANTATION DU POSTE:

Ville de Sarh, Moyen-Chari.

III. RESUME DU POSTE:

Le poste d'Administrateur du Centre Préfectoral de Formation consiste à assister ou à remplacer le Responsable du Centre en cas d'absence ou d'empêchement.

IV. QUALIFICATIONS REQUISES:

- * Etre cadre régulier de la Fonction Publique tchadienne;
- * Etre de la catégorie A, échelle 2, classe 1 ou 2 , ou catégorie B, échelle 3.

V. TACHES:

L'Administrateur du Centre Préfectoral de Formation est chargé de:

* assister le Responsable du Centre dans l'organisation matérielle du Centre et dans l'organisation des sessions de formation;

* assister le Responsable du Centre dans la planification des activités et particulièrement celle relative aux sessions de formation;

* élaborer sous la supervision du Responsable du Centre le budget de fonctionnement et les budgets des sessions de formation;

* procéder à l'exécution du budget sous le contrôle du

- * tenir régulièrement à jour les livres comptables;
- * effectuer les dépenses après leur autorisation par le Responsable du Centre;
- * établir les commandes à soumettre à l'approbation du Responsable du Centre;
- * réceptionner les commandes; procéder à la gestion des stocks et à l'inventaire fonctionnel du matériel de travail et d'équipement.

VI. RELATIONS DE TRAVAIL:

L'Administrateur relevant de son autorité directe du Responsable du Centre Préfectoral de Formation. Il reçoit délégation de celui-ci, l'assiste et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Il gère le personnel qui relève de lui, supervise et coordonne le travail de secrétariat, de documentation et d'archivage.

**ANNEX 4: LISTE DES PARTICIPANTS AUX SESSIONS DE FORMATION IRA DU
16 AU 19 MAI 1994**

FORMATION POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

SESSION DU 16 AU 19 MAI 1994

FORMATION DES INFIRMIERS SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE D'UNE INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE (IRA)

1ER GROUPE

NOM ET PRENOMS	TITRE	FONCTION	PROVENANCE
1. WAROM NBAIROBAYE	BT2	CHEF	GARNISON/SARH
2. RENTA JULIETTE	IDE	INF	SARH
3. TOIDITA MOTANA	INF	INF	SMI/SARH
4. MOOINGAR WATOIMOU	INF	INF	PENI
5. GUERBAYE YANTE	INF	INF	SARH
6. GALI BOLO	INF	INF	SARH
7. NAMBATINGAR NGAKOUTOU	EM	INF	NDERGUGUI
8. GUINDJA ALBERT	EM	INF	DAMANADJI
9. GADER MAGUITI	INF	RESP.	GENDARM./SARH
10. WEUSSOUABE PAKOUARE	IDE	RESP.	BEGOU
11. NGARNADJI VALENTIN	IDE	RESP.	BAGUIRMI/SARH
12. BEASSOUM OUSNAME	IB	INF	GARNISON/SARH
13. MADRANGAYE CHRISTOPHE	INF	INF	GOUNDI

2EME GROUPE

NOM ET PRENOMS	TITRE	FONCTION	PROVENANCE
1. ADOUM GANG-NATAN	IB	INF	SARH
2. MME MENADJI YVETTE	IDE	SMI	SARH
3. NGUINDET FRANCOIS	EM	INF	BALIMBA
4. MANDO TASSINGA	EM	RESP.	OOMIO
5. NGARNDIBAYE NOEL	INF	INF	GOUNDI
6. TADJINA BARNABE	AT	RESP.	MOUSSAFOYO
7. MME KOUTOU SUZANNE	INF	INF	SARH
8. KOUTOU BOENANE	INF	INF	SMI/GARNISON
9. NOUBAISSE BAROUNBAYE	INF	INF	GOUNDI
10. ALLANDIBAYE GREGOIRE	EM	INF	KOUNRA
11. MBATALTA DJINTOINA	INF	IM	GENDARM./SARH
12. MODJIFI MICHEL	IB	INF	SARH
13. YAMANITA JOSEPH	IB	RESP.	BENDANA

**ANNEX 5: LISTE DES PARTICIPANTS AUX SESSIONS DE FORMATION EN
PALUDISME DU 20 AU 22 ET DU 23 AU 25 JUIN 1994**

**FORMATION CONTINUE POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
FORMATION DES FORMATEURS
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE D'UNE FIEVRE AIGUE/PALUDISME
SESSIONS DU 20 AU 22, 23 AU 25 JUIN 1993**

1ER GROUPE

NOM ET PRENOMS	TITRE	FONCTION/PROVENANCE
1. DR MAOUALE MBAIDOWOLO	Médecin	Médecin-Chef District Kyabé
2. DR KANIKA DJAM	Médecin	Médecin-Chef District Sarh
3. DR MAOSSEDE DJETOYOM	Médecin	Médecin-Chef de District Koumra
4. DR BEMADJINGAR PASCAL	Médecin	Chef de Service Hôpital, Goundi
5. MR BOGUYANA PROSPER	IDE	Major, Kyabé
6. MME NEGUE FATIME KOLMAGNE	Assistante Sociale	Resp. Centre Social Sarh
7. MME BAIDE CECILE	TSP	Resp. Centre Formation Sarh
8. MME MOH RUTH	Sage Femme	Resp. SMI, Sarh

2 EME GROUPE

NOM ET PRENOMS	TITRE	FONCTION/PROVENANCE
1. DR MISKINE NGODRO	Médecin	Médecin-Chef, Médecine interne, Sarh
2. NGUEKORTA FRANCOIS	TSS	Chef Zones de Responsabilité, Sarh
3. DR MAHAMAT NOUR	Médecin	Médecin-Chef de l'Hôpital Central, Sarh
4. DR NIGRI MAGUY	Médecin	Médecin-Chef Zones de Responsabilité, Bekamba
5. MME NANGYANGAR NAOMIE	IDE	Major Pédiatrie, Sarh
6. MR DJIMASSIBE JACQUES	EM	Superviseur Baptiste Mid-Mission, Koumra
7. MR TEBARA WODAYE	IDE	Infirmier Chef Zones de Responsabilité, Moissala
8. KOURAYO SOROKOUNDA	IDE	Infirmier Chef District Maro
9. MBANGODJI NATOLYANE	IDE	Responsable de Formation Sarh

22

ANNEX 6: GUIDE POUR LES CO-FORMATEUR PALUDISME

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE
- * - * - * - * -

Unité - Travail - Progrès

DELEGATION PREFECTORALE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
- * - * - * - * - * - * - * - * - * -

SESSIONS DE FORMATIONS DES INFIRMIERS
SUR LA PREVENTION DU PALUDISME
ET LA PRISE EN CHARGE D'UNE FIEVRE AIGUE/PALUDISME

GUIDE POUR LES CO - FORMATEURS

Assistance technique:
Projet Survie de l'Enfant au Tchad, USAID

28 Juin 1994

Ce guide a pour objectifs :

1. de rappeler la méthodologie de formation pour adultes, en particulier l'apprentissage des adultes qui se fait à partir de l'expérience,
2. de rappeler les points et éléments importants pour la préparation et pour la conduite de chaque séance prévue sur l'emploi du temps,
3. de fournir des notions et informations d'importance variable, que les co-formateurs pourraient éventuellement utiliser durant une séance,
4. de fournir les corrigés des exercices et du pré - post test.

Répartition des responsabilités durant la session :

Les locaux du Centre Préfectoral de Formation, son secrétariat et son équipement sont mis à la disposition des co-formateurs pour leur permettre de réaliser leurs sessions dans de bonnes conditions.

Il appartient à chaque équipe de co-formateurs de s'entendre pour répartir les séances prévues dans l'emploi du temps, selon les capacités et talents de chacun, dans un souci d'entraide et pour la réussite de la session.

Les formateurs basés au Centre Préfectoral pourront être consultés chaque fois que nécessaire. Afin de donner le feed back sur les techniques de base de formation, ils/elles assisteront à certaines séances en tant qu'observateurs.

Les "majors" et superviseurs des services de SMI et de Pédiatrie collaboreront avec les co-formateurs pour le bon déroulement des deux matinées de stage pratique.

08h00-08h30 BIENVENUE ENREGISTREMENTFaire connaissance par un "tour de table"

Donner à chaque participant et facilitateur une feuille sur laquelle il/elle écrit le nom (ou prénom) par lequel il/elle veut qu'on l'appelle durant cette session de formation.

Demander ensuite à chacun de se présenter en disant le nom ou prénom à utiliser pour cette session et ses fonction et lieu d'affectation actuels.

Faire passer la feuille de présence et les fiches d'enregistrement

08h30-08h45 INTRODUCTIONPrésenter brièvement la méthodologie de formation pour adultes :

Durant cette session, nous allons mettre en commun toutes nos connaissances et expériences; pour apprendre mutuellement des uns et des autres.

CETTE FORMATION EST LE RENDEZ VOUS DU DONNER ET DU RECEVOIR.

Il est nécessaire de participer activement au dialogue et aux échanges.

Les idées et expériences de chacun seront écoutées et respectées.

Pour mieux suivre l'exécution des tâches et pour nous améliorer, nous utiliserons des fiches d'observation et des critères de bonne exécution.

Proposition pour le bon déroulement de la session :

♥ chaque facilitateur fera de son mieux

pour promouvoir une ambiance de coopération propice à l'apprentissage par l'expérience

pour être disponible aux participants comme ressource, ne pas se comporter en "mandarin" ou "expert qui détient LA vérité sur le sujet"

pour fournir aux participants (ou les diriger vers) les ressources complémentaires dont ils peuvent avoir besoin.

♥ chaque participant fera de son mieux

pour se conformer aux méthodes de formation pour adultes définies ci dessus

pour respecter les normes du séminaire définis par tous, et promouvoir une ambiance propice à la formation

pour participer activement aux travaux, pour "utiliser" les facilitateurs qui vont les mettre sur la voie de leurs travaux

pour partager leur expérience de la formation avec les autres participants et les autres collègues.

08H45-08H55 ATTENTE DES PARTICIPANTS SUR LE PALUDISME

Faire un "brainstorming" (tornade des idées):

Demander aux participants ce qu'ils souhaiteraient savoir, ou savoir faire, ou améliorer, sur le Paludisme.

Ecrire au tableau les attentes et préoccupations des participants.

Diriger la discussion :

Demander aux participants de regrouper les attentes qui se ressemblent

La synthèse sera faite après le pré test.

08h55-09h30 PRE TEST

Faire un petit exposé pour présenter le pré test :

"Nous allons faire un test (interrogation écrite) pour connaître ce que vous savez au début de cette session de formation. Cela nous permettra de mieux adapter le contenu au groupe de participants que vous formez.

A la fin des trois jours, un autre test nous permettra de voir ensemble les efforts à fournir pour prévenir et prendre en charge la fièvre aiguë/Paludisme. Par ailleurs, en guise de révision, il y aura cette fois des questions sur les IRA et la LMD.

Notes :

Ne pas oublier de dire aux participants d'ECRIRE LEUR NOM ET PRENOM et de mettre le signe qu'ils ont utilisé à chaque session pour leur permettre de retrouver leur copie.

Le corrigé du test se trouve sur les dernières pages de ce guide.

Les feuilles pour présenter les résultats sont disponibles au Secrétariat du Centre de formation

09h10-09h40 PRESENTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTI PALUDIQUE (PNLAP)

Etablir le climat:

"Avant de commencer notre formation sur la prévention et la prise en charge de la fièvre aiguë/Paludisme, nous allons prendre connaissance des directives du Niveau Central (Ministère) sur le Paludisme.

Faire lire le document sur le PNLAP, page... à page... du manuel des Infirmiers

Pour chaque paragraphe, demander s'il y a des mots ou phrases qui ne sont pas comprises et expliquer selon le cas.

Donner au fur et à mesure d'autres informations utiles sur le PNLAP telles que:

- * **Chimioprophylaxie des femmes enceintes selon les régions:** elle est nécessaire dans les zones où la transmission du Paludisme se fait toute l'année, c'est le cas de la zone méridionale du Tchad. Au Nord de l'axe Ndjamena-Abeché il faut faire la chimioprophylaxie des femmes enceintes durant les années de grosses pluies où les risques d'épidémies du paludisme sont très élevés.
Chimioprophylaxie pour les autres couches de la population:
ENFANTS DE 0 - 2 ANS = il est recommandé de faire la chimioprophylaxie uniquement en période de transmission intense, de Juillet à Fin Octobre. Il faut savoir que même si la prophylaxie est bien suivie, il est toujours possible d'avoir des accès palustres, mais le plus souvent ils sont alors moins graves chez ces jeunes enfants.
VOYAGEURS PROVENANT DES ZONES NON IMPALUDEES Y COMPRIS LES AFRICAINS VIVANT DANS CES ZONES = La chimioprophylaxie anti palustre à la Chloroquine est fortement recommandée huit jours avant le départ, pendant le séjour en zone impaludée, et pendant un mois après la date de retour en zone non impaludée.
- * **Résistance à la Chloroquine:** des études faites à Bongor et à Moundou montrent des résultats qui ne sont pas en faveur d'une montée de la résistance. La Chloroquine est un médicament facile à manier, de faible toxicité. Les échecs de traitement sont souvent causés par les doses insuffisantes de Chloroquine.
- * **"Fansidar":** C'est le traitement de 2ème intention après la Chloroquine. Il n'est pas toujours disponible au niveau des zones de responsabilité. Il est proscrit chez les femmes en fin de grossesse, chez les enfants âgés de moins de un mois, ainsi que toute personne allergique aux sulfamides.
- * **Moustiquaires imprégnés:** Les moustiquaires sont plongés dans une solution de DELTAMETRINE à raison de 1ml de ce produit pour 1 mètre carré de tissu. Ce produit n'est pas toxique pour les êtres humains, en particulier il n'est pas toxique pour les nouveaux nés et nourrissons. Une fois séché, le moustiquaire est prêt à l'emploi. L'effet contre les moustiques persiste pendant six mois, cependant si par mégarde le moustiquaire est mouillé, il faut refaire la réimprégnation.

09h45-10h05

OBJECTIFS EDUCATIONNELS POUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA FIEVRE AIGUE /LE PALUDISME

Distribuer le manuel de formation à chaque participant :

Le manuel de formation servira tous les jours de la session.

Il servira encore plus dans le dispensaire ou centre de santé. Il est donc très souhaité que ceux et celles qui ont bénéficié de la session mettent ce manuel à la disposition des autres collègues.

Donner la synthèse sur les attentes des participants sur la fièvre aiguë / le Paludisme :

Faire lire à présent les objectifs éducationnels en pages... et ... du manuel des infirmiers,

Faire comparer les attentes écrites au tableau avec les objectifs éducationnels pour cette session,

Il serait difficile de répondre individuellement aux attentes et préoccupations durant les trois jours, néanmoins le contenu de la formation a tenu compte de nombreuses attentes recueillies auprès du personnel.

Présenter brièvement l'emploi du temps :

Distribuer l'emploi du temps aux infirmiers et présenter le déroulement de la session : Notre approche d'apprentissage sera pratique.

c'est à dire, nous allons apprendre ensemble à résoudre des problèmes sous forme d'exercices pendant les travaux individuels ou les travaux de groupe. Ensuite, nous aurons une matinée de stage pratique à la S.II ou en Pédiatrie. Durant les après midi, nous ferons soit des jeux de rôle de séance éducative, ou des exercices de prise en charge et d'enregistrement et interprétation des données.

10h10-10h40

L'IMPORTANCE DU PALUDISME

Poser des questions pour savoir ce que les participants connaissent sur l'ampleur des problèmes de santé FIEVRE AIGUE / PALUDISME (N°123)

- Le mois dernier, combien de nouveaux cas de fièvre aiguë / d'accès palustres avez vous eu chez les enfants de moins de 5 ans (0 - 11 mois, et 12 mois - 4 ans) ?
- Quels sont les mois de l'année où vous recevez le plus de cas de fièvre aiguë parmi les enfants de moins de 5 ans ?
- Quelle est la place du Paludisme parmi les maladies dont souffrent les enfants de moins de 5 ans ? (Montrer ensuite la Figure 1 en page 11)

Faire lire la page 10 et vérifier la compréhension en demandant à un participant de résumer

Demander aux participants de commenter la Figure 2 de la page 11 du manuel des infirmiers.

- On voit que le nombre de fièvres notifiées augmente de plus en plus de 1990 à 1992. Comment peut-on expliquer ce changement ? Quelles sont les interprétations possibles

Réponses possibles :

Les informations sont mieux notées dans les rapports mensuels
 Beaucoup plus de personnes tombent plus souvent malades
 Les fortes pluies ont accéléré la transmission du Paludisme
 Il y a des erreurs de calcul et le graphique est faux.

11h05 - 11h30

VIDEO FILMS SUR LE PALUDISME

Faire une petite introduction:

Durant cette séance, nous allons voir deux courts métrages. Le premier qui dure 14 minutes montre deux cas tels qu'ils sont vécus et racontés par la famille et le malade. Le second qui dure 19 minutes montre les différents aspects du Paludisme et se termine par les directives pour éradiquer ce fléau.

Pendant la projection, veuillez noter toute question qui vous vient à l'esprit, nous allons ramasser les feuilles et nous y répondrons ensemble tout au long de la session.

11h35-11h55

DEFINIR LE PALUDISME ENDEMIQUE, LE PALUDISME EPIDEMIQUE

Etablir le climat:

"Les vidéofilms nous ont montré que le Paludisme est un fléau qui survient sous certaines conditions (facteurs). Nous allons essayer de retrouver les facteurs climatiques et économiques du Paludisme"

Poser des questions pour savoir ce que les participants connaissent des facteurs favorisant l'endémie, ou l'épidémie palustres

- Savez vous ce que signifie les mots "PALUDISME" et "MALARIA" ?

Réponses :

PALUDISME : ce terme traduit bien le cycle de la maladie parce qu'il vient du Latin "Palus" qui signifie "le marais". Le paludisme est donc la fièvre des marais en rapport avec la pullulation des moustiques dans les zones marécageuses.

MALARIA : ce terme recouvre exactement la même pathologie, c'est le nom du Paludisme pour les anglophones. C'est un mot italien qui veut dire "le mauvais air" parce que les fièvres palustres survenaient autrefois en Italie dans les zones marécageuses où l'air était réputé mauvais.

- En sachant que le Paludisme prospère là où il y a de l'eau, dans quelles régions du globe retrouve-t-on le paludisme ?
Réponse : les régions tropicales d'Asie, d'Afrique et d'Amérique.
- Quels sont les facteurs économiques qui favorisent le Paludisme ?
Réponse : les cultures irriguées et les barrages QUI NE SONT PAS BIEN ENTRETENUS (Voir la vidéo de 19 minutes intitulée "Le Paludisme, parlons-en").

Faire lire les pages 12 et 13 et vérifier la compréhension en demandant à un participant de résumer

| | |
|-------------|--|
| 12h00-13h00 | LE PARASITE, LES HÔTES ET LE VECTEUR DU PALUDISME
LES TROIS FACTEURS LIÉS À LA TRANSMISSION |
| 16h00-16h20 | LE CYCLE ÉVOLUTIF DU PARASITE
LES MOYENS DE LUTTE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE |

Etablir le climat:

"Grâce à l'avancement des connaissances, nous savons que le Paludisme n'est pas dû au mauvais air (Malaria) mais à un parasite (un protozoaire polymorphe intra-érythrocytaire) découvert par Alexandre Laveran en 1881.

En tant que parasite il n'est donc pas autonome; pour survivre il a besoin des hôtes qu'il infecte, et pour se transmettre il lui faut un vecteur. Pendant l'heure qui va suivre, nous allons identifier les facteurs de la transmission, et en déduire les différents moyens de lutte"

Travail individuel:

Donner 15 minutes pour répondre sur une feuille aux questions suivantes.

1. Quel est le nom du parasite responsable du paludisme ?
2. Quelles sont les 4 espèces causant la maladie chez l'homme ?
3. Quels sont les deux hôtes de la transmission ?
4. Quel est le vecteur du Paludisme ?
5. L'agent du Paludisme est un parasite, quels sont les trois facteurs nécessaires à son existence et à la transmission de la maladie ?

Mise en commun:

Ramasser les réponses au travail individuel

Lire 2 à 3 réponses choisis au hasard pour chaque question

Demander aux participants ce qu'ils pensent des réponses

Donner ensuite les réponses correctes en page 13, 14 et 15

Utiliser la Figure 3 de la page 14 du Cycle évolutif du Paludisme pour déduire les moyens de lutte

- * au niveau du Malade, du porteur asymptomatique,
- * au niveau de l'environnement (milieu de vie),
- * au niveau du Vecteur.

Faire la synthèse:

Au cours du cycle du parasite chez l'homme, la seule intervention possible est de **TRAITER L'HOMME MALADE PAR UNE VARIÉTÉ D'ANTIPALUDIQUE : LES SCHIZONTICIDES** parce que le développement des mérozoïtes dans le foie et la présence des gamètes ne donnent pas des signes cliniques (porteur asymptomatique) et l'infestation n'est pas détectée.

Au niveau de l'environnement (milieu de vie), il faut supprimer, ou diminuer, les conditions favorables à la reproduction des moustiques, en particulier il faut assécher toute eau stagnante, claire et ensoleillée nécessaire à la ponte et l'éclosion des larves. Même l'eau stagnante dans l'empreinte d'un sabot suffit; "l'eau stagnante, claire et ensoleillée est la maternité des moustiques"

Enfin, lorsque le parasite se trouve dans le vecteur, il faut soit éliminer le vecteur soit empêcher le contact Vecteur - Homme

Éliminer le vecteur: par les fumigations, les insecticides et les pulvérisations. Le moustique Anophèle peut voler sur une distance de 500 mètres, lorsqu'il y a du vent il peut parcourir 100 à 150 km. L'anophèle a une durée de vie de 3 mois, le repas sanguin pris chez l'homme, ou l'animal est nécessaire à la maturation des oeufs.

Empêcher le contact Vecteur - Homme: par la fermeture des portes et fenêtres à la tombée de la nuit (parce que l'anophèle femelle pique du crépuscule à l'aube), par le port de vêtements longs, ou à manches longues, les moustiquaires ordinaires ou moustiquaires imprégnés de Deltaméthrine préparés par le PNLAP.

Devoir à la maison :

- * Lire les pages 16 et 17 du manuel des infirmiers,
- * Lire également les pages 18 à 25 du manuel des infirmiers.

17h05-18h30

I.E.C. INFORMATIONS PRIORITAIRES SUR LE PALUDISME
SEANCE EDUCATIVE SUR LE PALUDISME (Jeux de rôles)

Etablir le climat:

"Au cours des sessions précédentes, certains formateurs ont noté que bon nombre d'infirmiers n'ont pas de notions claires sur ce qu'est L'I.E.C., aussi avant d'aborder les informations sur le Paludisme, nous allons lire ensemble les définitions de l'Information, l'Education, la Communication I.E.C. en abrégé."

Constituer les groupes de travail :

Demander aux participants pourquoi nous travaillons en groupe?

Réponse possible : Le travail en groupe est très propice au foisonnement des idées et échanges d'expériences. Il permet de vivre l'apprentissage par l'expérience; "on oublie moins ce que l'on a fait/trouvé soi même".

L'apprentissage par l'expérience se fait "par tâtonnement", en suivant les phases suivantes : essais - erreurs - essais - succès - mise en commun - synthèse - harmonisation - généralisation. De là, on peut faire un autre cycle : essais - erreurs - essais etc...

Partager les participants en deux groupes

Faire la lecture et jeux de rôles en Travaux de groupe

Faire lire les pages 26 à 30 du manuel des infirmiers

Expliquer les termes qui ne sont pas compris

Préparer un volontaire pour simuler la séance éducative avec un des messages proposés aux pages 29 et 30. Le reste des participants joue l'auditoire.

Il est important de faire passer un seul message par séance, autrement nous risquons de semer la confusion dans l'esprit de certaines mères.

L'animateur utiliser le plan de conduite de séance en page 29 ou 30.

Faire le jeu de rôles

Faire le feed back à l'animateur et à l'auditoire

Remercier pour la participation.

08h00 - 08h40 RAPPORT DU JOUR PRECEDENT

Etablir le climat :

Saluer et remercier pour la participation active et le travail productif de la journée précédente. Proposer la lecture du compte rendu journalier par le groupe qui en était chargé, les amendements et autres apports seront écrits au fur et à mesure, puis remis au groupe pour finalisation.

Discussion sur la journée précédente:

Poser les questions suivantes, et inscrire toutes les réponses:

- * Qu'avez vous appris de nouveau hier ?
- * Avez vous besoin de clarifications ? Sur les notions nouvelles ? Sur d'autres points en rapport avec ce que nous avons vu hier ?
- * Quelles sont les trois principales formes cliniques du Paludisme ?
Réponse = Cf Tableau 1 en page 19 du manuel des infirmiers.
- * Quelles sont les autres formes cliniques du Paludisme ?
Réponse = page 20 du manuel des infirmiers.

Encourager les participants à répondre aux questions et aux besoins de clarification des uns et des autres.

Donner les réponses dans les rares cas où aucun participant ne peut répondre.

Présenter les résultats du Pré test :

Classer les réponses en trois catégories

1. Questions à réponses correctes pour au moins la moitié des participants (50% et plus).
2. Questions à réponses correctes pour au moins le tiers des participants (33% et plus).
3. Questions à réponses correctes pour moins du tiers des participants (moins de 33%).

08h45-09h40 DIRECTIVES DU PNLAP POUR LES CRITERES ET DIAGNOSTIC DU PALUDISME

Etablir le climat :

"Toute maladie endémique doit être contrôlé, et si possible éradiqué. C'est pourquoi toute maladie endémique fait l'objet d'un Programme National de Lutte, et comme nous l'avons vu depuis hier le Paludisme est malheureusement une des endémies majeures.

Chaque Programme National a, entre autres tâches, la charge de donner aux prestataires un certain cadre de fonctionnement afin que la prise en charge soit uniforme., ou standardisée. Nous allons donc maintenant voir les directives du PNLAP "

Faire lire les pages 22 et 23 du manuel des infirmiers

Commenter au fur et à mesure et clarifier si besoin

Vérifier la compréhension du Tableau 2 de la page 22 par les questions suivantes

- * Comment se fait le diagnostic du Paludisme au niveau du Centre socio-sanitaire de la Zone de Responsabilité ?
- * Comment se fait le diagnostic clinique du Paludisme au 2e échelon ?

Vérifier la compréhension du Tableau 3 de la page 23 par les questions suivantes

- * Quelles sont les manifestations neurologiques du Paludisme ?
- * Quels sont les signes de l'échec thérapeutique ?

Faire la synthèse :

Les directives nous sont données pour que nous les respectons. Cependant les directives ne sont pas des ordres rigides; il est en effet possible de les adapter aux conditions de travail locales, tout en faisant en sorte que les changements ou manquements aux directives soient justifiées.

09h45-10h40

EXAMINER - CLASSER - TRAITER ou REFERER
UN NOURRISSON DE MOINS DE 2 MOIS AVEC DE LA FIEVRE

Etablir le climat :

" Quelque soit la plainte ou symptôme qui amène à consulter au dispensaire ou au centre de santé, la décision de l'infirmier est prise en suivant les étapes suivantes :

1. Rechercher les signes de maladies
= Examiner (Demander - Regarder - Palper - Ecouter)
2. Déterminer la gravité et classer la maladie,
3. Traiter et Conseiller,
4. Référer si besoin.

Ces étapes constituent ce qu'on entend par PRISE EN CHARGE CLINIQUE d'un enfant malade. Durant cette séance, nous allons prendre connaissance de la prise en charge pour les nourrissons âgés de moins de 2 mois"

Faire lire le point 4.1. en page 33 et la page 34 du manuel des infirmiers

Commenter au fur et à mesure et clarifier si besoin

Vérifier la compréhension de la prise en charge par les questions suivantes:

- * Comment se fait le diagnostic de la fièvre chez un nourrisson âgé de moins de 2 mois ?

Réponse = Il s'agit de faire citer le contenu des deux premières étapes en page 34 : EXAMINER (Demander, Regarder/observer, Ecouter, Palper)
et CLASSER

- * Pourquoi faut-il référer tout nourrisson âgé de moins de 2 mois qui fait de la fièvre ?
Réponse = Parce qu'à cet âge la fièvre est un signe d'alarme.
- * Avant de référer, quel est le traitement d'un nourrisson de moins de 2 mois qui est fébrile ?
Réponse = Tout cas de maladie très grave est référé à l'hôpital lorsque cela est possible, après avoir donné la première dose d'antipaludique, d'antibiotique, d'antipyrétique, selon le cas (Voir page 34).

11h05-11h50 EXAMINER - CLASSER - TRAITER ou REFERER
UN ENFANT DE 2 MOIS A 5 ANS AVEC DE LA FIEVRE

Faire lire le point 4.2. en pages 35 et 36 du manuel des infirmiers
Commenter au fur et à mesure et clarifier si besoin

Vérifier la compréhension de la prise en charge par les questions suivantes:

- * Comment se fait le diagnostic de la fièvre chez un enfant âgé de 2 mois à 5 ans ?
Réponse = Il s'agit de faire citer le contenu des deux premières étapes en pages 35 et 36 : EXAMINER (Demander, Regarder/observer, Ecouter, Palper) et CLASSER avec deux possibilités que sont Maladie très grave et Accès palustre simple.

11h55-12h40 SYNTHÈSE SUR LES DEUX PRISES EN CHARGE DE LA FIEVRE

Il s'agit d'abord d'habituer les participants à calculer les doses, après lecture des schémas thérapeutiques ou traitement de première, de deuxième et de troisième intention (page 37 et 38).

Noter que le Tableau 7 porte sur la Chloroquine 150mg base/comprimé et le Tableau 8 porte sur la Chloroquine 100mg base/comprimé.

EXERCICES DE DOSAGES :

Dosages quotidiens de Chloroquine à 100mg, à 150 mg,
de Quinine comprimés

- a. chez les enfants de moins de 11 mois (2 classes d'âge),
- b. chez un enfant de 1 an à 3 ans
- c. chez un enfant de 11,500kg qui a 18 mois.

Faire lire les points 4.3. et 4.4. sur la Référence aux pages 39 et 40 du manuel des infirmiers Commenter au fur et à mesure et clarifier si besoin.
Après lecture, vérifier la compréhension de la Figure 6 de la page 39 en demandant aux participants ce qui se fait au niveau de la Consultation de référence.

Faire la synthèse:

En zone et en période d'endémie palustre, il est très facile de se contenter du diagnostic de paludisme devant une fièvre et d'oublier que toutes les infections virales, microbiennes et parasitaires, ainsi que toute inflammation entraînent de la fièvre. Votre manuel rappelle comment éviter ce piège, et comment faire la prise en charge en trois étapes, en insistant sur un examen soigné et détaillé. La liste semble longue et peu réaliste dans le cadre d'une consultation très fréquentée. En fait, il suffit souvent de prêter toute notre attention aux paroles et comportement des patients pour savoir ce qui ne va pas. Autrement dit, les techniques de Communication Inter Personnelle trouvent ici leur place. Pour gagner du temps, il convient de pratiquer l'écoute active et l'art de poser les questions effectives.

12H45 - 13h00
16H00 - 16H45

ETUDES DE CAS ET CORRIGE

Partager les participants en deux groupes et demander aux participants de faire les études de cas N°3 et N°4 de la page 72.

Après lecture commune de chaque cas, donner 10 minutes pour répondre individuellement aux questions

Corriger les exercices en demandant à 2 à 4 participants de donner en premier leurs réponses. Le corrigé est disponible au Secrétariat du Centre.

Terminer cette séance de travaux de groupe par le rappel sur l'accès palustre/ fièvre en vérifiant l'atteinte des objectifs éducationnels énumérés au début du manuel en page 7.

17h05 - 18h00

ENREGISTRER LA FIEVRE AIGUE/LE PALUDISME

Animer la séance de questions - réponses:

En s'inspirant de leur expérience, demander aux participants d'identifier les sources de données primaires (registres) et sources de données secondaires (rapports)

Pourquoi faisons nous la collecte et la notification des données ?

Réponses = POUR AVOIR LES INFORMATIONS NECESSAIRES A LA PRISE DE DECISION. Il est donc important de recueillir des données exactes et fiables.

Faire noter par les participants que sous les codes 123 et 124 il y a seulement trois formes de Paludisme à notifier, ainsi le "Paludisme chronique" n'est pas dans la nomenclature, on parlerait plutôt de Paludisme viscéral évolutif avec une rate énorme, un retard de croissance et un amaigrissement important. Si besoin, revenir aux pages 22 et 23 du manuel.

Rappeler qu'un rapport n'est autre qu'une fraction (ayant un numérateur et un dénominateur), faire remarquer la différence entre pourcentage et ratio.

Faire lire les pages 41 à 43 et fournir les explications à la demande.

Terminer la séance par l'exercice en page 73 du manuel des infirmiers.

08h00 - 08h40

RAPPORT DU JOUR PRECEDENT

Etablir le climat :

Saluer et remercier pour la participation active et le travail productif de la journée précédente. Proposer la lecture du compte rendu journalier par le groupe qui en était chargé, les amendements et autres apports seront écrits au fur et à mesure, puis remis au groupe pour finalisation.

Discussion sur la journée précédente:

Poser les questions suivantes, et inscrire toutes les réponses:

* Qu'avez vous appris de nouveau hier ?

* Avez vous besoin de clarifications ? Sur les notions nouvelles ? Sur d'autres points en rapport avec ce que nous avons vu hier ?

09h00 - 11h00 STAGE PRATIQUE EN PEDIATRIE ET SMI

Comme il y a deux sessions simultanées, les participants vont faire deux groupes, un groupe ira en Pédiatrie, tandis que l'autre sera à la SMI.

S'assurer qu'il y a les cinq sortes de tableaux de prise en charge sur les lieux de stage : trois tableaux IRA, le tableau Diarrhée et le tableau Paludisme.

Remettre à chaque participant deux feuillets de séance clinique pour noter ses observations.

Expliquer aux mères qu'elles vont participer avec leurs enfants à un stage de recyclage du personnel, et que différentes personnes vont leur poser les mêmes questions. Nous leur demandons d'être patientes. Pour la plupart des cas, le traitement leur sera fourni à la fin des examens.

Sauf en cas d'un enfant qui a besoin d'être référé aussitôt, chaque enfant à prendre en charge sera examiné par trois stagiaires différents, le dernier stagiaire expliquera en présence d'un formateur, le traitement prescrit à la mère et remettra les produits.

Rappeler aux stagiaires qui auront à expliquer le traitement de remercier la mère de sa disponibilité et d'avoir accepté de participer au recyclage du personnel de santé.

11h20 - 12h20 MISE EN COMMUN DES EXPERIENCES DE STAGE

Faire la mise en commun par la méthode suivante:

A tour de rôle, chaque participant cite les points qui ont posé des difficultés pour les quatre étapes, ou pour un enfant donné, ainsi que les solutions éventuelles.

Appliquer les règles du Feed back lorsque participants et facilitateurs aident à compléter, ou à proposer, les solutions aux difficultés.

12h20-13h00 POST TEST et EVALUATION

Voir le Corrigé du test à la fin de ce guide des co-formateurs

16h00-16h20 LECTURE ET EXPLICATION DE LA LISTE DE CONTROLE

16h25-17h00 VIDEO FILM

SYNTHESE SUR LE PALUDISME

Le paludisme est une des maladies humaines les plus répandues qui sévit de nos jours dans les régions inter tropicales du globe terrestre, en particulier en Afrique au sud du Sahara. Au même titre que les Infections Respiratoires Aiguës et les maladies diarrhéiques, le Paludisme représente une cause majeure de morbidité (maladie), surtout chez les enfants âgés de moins de 2 ans qui ne sont pas encore prémunis.

Comme le montre les rapports mensuels d'activités, la transmission du paludisme est plus forte de Juillet à Octobre, c'est-à-dire lors des travaux champêtres. Par ailleurs, le cycle évolutif du paludisme tant chez l'homme que chez l'hôte-vecteur est bien connu, tout cela permet d'envisager des stratégies de lutte collective et individuelle contre ce fléau très ancien.

Tout enfant avec une fièvre ou un corps anormalement froid doit être conduit rapidement au centre de santé le plus proche. Le paludisme doit être traité en suivant la dose et la durée du traitement prescrit, la dose journalière se prend en une seule prise. Tout mère d'un enfant fébrile doit connaître les signes d'alerte.

Devant tout enfant fébrile et tout enfant malade, l'infirmier utiliser l'approche intégrée en quatre étapes (y compris la référence) :

1. Rechercher les signes de maladies
 = Examiner (Demander - Regarder - Palper -Ecouter)
2. Déterminer la gravité et classer la maladie,
3. Traiter et Conseiller,
4. Référer si besoin.

La prise en charge clinique des enfants de moins de 2 mois, puis des enfants de 2 mois à 5 ans est bien détaillé aux pages 31 à 36 du manuel. Des schémas thérapeutiques avec les antipaludiques disponibles sont fournis aux pages 37 et 38 du manuel des infirmiers.

A partir de maintenant, le Programme National de Lutte Anti Paludique (PNLAP) compte sur votre compétence à prendre en charge la fièvre aiguë et le Paludisme.

La Délégation Sanitaire Préfectorale et les équipes de District vont bientôt entreprendre les supervision pour un tiers d'entre vous. Avant le mois de Novembre 1994, tous les infirmiers qui ont participé aux sessions de formation continue pour la Survie de l'Enfant auront reçu une visite de supervision.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION, BON RETOUR DANS VOS FOYERS.

CORRIGE DU PRE TEST - POST TEST

FORMATION DES INFIRMIERS SUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE FIEVRE AIGUE/PALUDISME
(20 AU 22 JUIN 1994) (23 AU 25 JUIN 1994)

PRE TEST ()

POST TEST ()

[Lisez toutes les questions avant de répondre, cochez avec une croix, citez, ou écrivez la réponse ou les réponses que vous jugez justes.]

1. Quelles sont les germes responsables du paludisme chez l'homme ?
[une réponse juste]
 1. Les microbes
 2. Les parasites
 3. Les virus
 4. Autres

2. Citez les parasites responsables du paludisme que vous connaissez et encerclez le germe le plus dangereux pour l'homme (ajouter obligatoirement à autres le reste des parasites du paludisme chez l'homme non inscrits).
[trois réponses justes]
 1. Plasmodium berghei
 2. Plasmodium malareae
 3. Plasmodium cynomolgi
 4. Plasmodium falciparum
 5. Autres : Ovule - Vivax

3. Si vous avez l'habitude d'orienter ou de recevoir au premier échelon les malades, quelle (s) est ou seraient vos critères de choix ?
[1 réponse juste]
 1. Frisson au cours de la visite
 2. Pyrexie de 38,2°C
 3. Fièvre persistante pendant quatre jours sans traitement
 4. Echec du traitement en deux ou trois jours de traitement
 5. Grossesse accompagnée de fièvre

4. Encadrer les formes cliniques du paludisme (formes cliniques différentes de signes cliniques)
[6 réponses justes]
 1. Paludisme viscéral
 2. Fièvre bilieuse hémoglobinurique
 3. Accès pernicieux (neuro paludisme)
 4. Paludisme de primo invasion
 5. Fièvre récurrente
 6. Fièvre
 7. Accès simple
 8. Céphalée
 9. Vomissement
 10. Courbatures

5. Quels sont les énoncés susceptibles d'être la préoccupation du Programme National de Lutte contre le Paludisme ?
[3 réponses justes]
1. Réduire les gîtes larvaires
 2. Réduire les décès imputables au paludisme
 3. Réduire les piqûres de moustiques
 4. Réduire la maladie
 5. Réduire l'incidence de parasite du paludisme.
6. Sur quelles activités avez-vous l'éducation pour la santé destinée au public [3 réponses justes]
1. Pulvérisation à effet rémanent des habitations
 2. Réduction du contact population/moustique
 3. Vaccination de la population
 4. Diagnostic et traitement rapide et correct
 5. Test de sensibilité aux médicaments antipaludiques
 6. Lutte contre les gîtes larvaires.
7. Que pensez-vous de ce que peut faire un Agent de Santé Communautaire pour un enfant de deux ans vivant dans une zone fortement endémique qui se présente pour forte fièvre et inappétence. [1 réponse juste]
1. Faire une lame et envoyer au laboratoire pour diagnostic et donner de l'aspirine en attendant le résultat.
 2. Référer l'enfant à l'hôpital le plus proche
 3. Dire à la mère de ramener l'enfant à la maison et revenir si la situation s'aggrave
 4. Rechercher les autres causes de fièvre et les traiter en conséquence
 5. Prescrire à l'enfant un antipaludique à la dose correcte.
8. Une toux chronique est une toux avec une durée de plus de
1. 5 jours.
 2. 15 jours.
 3. 1 mois.
 4. 2 mois
9. Donner un antibiotique à un enfant présentant une toux ou un rhume empêchera le rhume d'évoluer vers une pneumonie.
vrai () faux (X)
10. L'OMS recommande de traiter la pneumonie en administrant le Cotrimoxazole, l'Amoxicilline, l'Ampicilline ou la Penicilline Procaine pendant 10 jours
vrai () faux (X)

11. Parmi les conseils suivants, cochez tous ceux à donner à une maman d'un enfant de 6 semaines en l'absence de toute maladie:

1. Vacciner son enfant.
2. Donner la bouillie pour que l'enfant grossisse vite.
3. Donner au bébé uniquement le sein.
4. Donner de l'eau à son enfant après la tétée.

12. Parmi les signes suivants, quels sont les signes de déshydratation de la Classe B ?

[4 réponses justes]

- a. L'enfant a soif, et boit avec avidité
- b. Vomissements liquides fréquents
- c. Bouche et langue très sèches
- d. Yeux enfoncés
- e. Pli cutané qui s'efface lentement
- f. Agitation, irritabilité
- g. Oedemes des membres inférieurs

13. La solution de sels de réhydratation orale (SRO) contient les substances suivantes :

[une réponse juste]

- a. Saccharose, eau, chlorure de sodium, arôme organique et chlorure de potassium
- b. Glucose, eau, chlorure de sodium, chlorure de potassium et citrate trisodique dihydraté
- c. Glucose, eau, chlorure de sodium et bicarbonate de sodium

14. L'allaitement maternel présente les avantages suivants

[5 réponses justes]

- 1. Propre, toujours prêt et gratuit
- 2. Aide à évacuer le méconium
- 3. Evite la déperdition hydrique
- 4. Renforce le lien mère - enfant
- 5. Contient des Immunoglobulines
- 6. Favorise l'espacement des naissances

15. Les antibiotiques sont indiqués pour le traitement des maladies diarrhéiques à

[2 réponses justes]

- a. à Rotavirus : OUI NON
- b. à Shigella : OUI NON
- c. à E. Histolytica : OUI NON
- d. Vibrio Cholerae : OUI NON
- e. Giardia : OUI NON

16. Un dispensaire reçoit en moyenne 12 cas de diarrhée par jour, combien de sachets de SRO faut il prévoir pour 5 jours

[une réponse]

- a. 200 à 150 sachets
- b. 100 à 60 sachets

17. ENUMEREZ CI DESSOUS LES QUESTIONS QUI NE SE TROUVENT PAS DANS CE TEST, POUR LESQUELLES VOUS AVEZ BESOIN DE REPONSES :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

**ANNEX 7: MANUAEL DE FORMATION A LA PREVENTION ET PRISE EN
CHARGE D'UNE FIEVRE AIGUE DU PALUSISME**

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

DELEGATION SANITAIRE DU MOYEN CHARI

CENTRE PREFECTORAL DE FORMATION SARH
PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD (PSET)

FORMATION CONTINUE POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

PREVENTION DU PALUDISME
ET PRISE EN CHARGE
D'UNE FIEVRE AIGUE/ DU PALUDISME

FORMATION DES INFIRMIERS

(SARH, 04 - 08, 11 - 15 JUILLET, 08 - 13 AOUT 1994)



Assistance Technique :

- ◆ OMS
- ◆ Programme National Paludisme
- ◆ Projet Survie de l'Enfant au Tchad, USAID

EDITION FINALE
25 JUIN 1994

S O M M A I R E

| | PAGE |
|---|------|
| <i>Programme National de Lutte Anti Paludique au Tchad</i> | 2 |
| <i>Les objectifs de la session</i> | 6 |
| <i>Les objectifs éducationnels</i> | 7 |
| <i>Emploi du temps de la session</i> | 8 |
| <i>Epidémiologie du Paludisme (I)</i> | 9 |
| <i>Les différentes formes de Paludisme (II)</i> | 18 |
| <i>Information - Education - Communication avec les mères et les communautés
sur le Paludisme (III)</i> | 26 |
| <i>Prise en charge d'une fièvre aiguë/Paludisme chez l'enfant
de 0 à 5 ans (IV)</i> | 31 |
| <i>Liste de contrôle pour la supervision (V)</i> | 44 |
| <i>ANNEXES</i> | 52 |
| <i>Références Bibliographiques</i> | 68 |
| <i>Exercices</i> | 70 |

**LE PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE ANTIPALUDIQUE AU TCHAD**

1. Création du Programme

Le Programme National est créé le 1er Août 1991. Le document-programme révisé est proposé pour critique et adoption du Ministère de la Santé.

La déclaration de politique approuvée par consensus des Médecin-Chefs des Préfectures au cours du Symposium Sur le Paludisme en Décembre 1992 est adoptée par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales le 4 Février 1993.

2. Stratégie du Programme

Trois stratégies :

- Prise en charge des cas
- Chimio prophylaxie des femmes
- La protection individuelle et collective

La recherche opérationnelle nous fournira des éléments pour améliorer nos stratégies.

3. Population cible

Le Programme a pour population cible les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ceci ne veut pas dire que le reste de la population ne doit pas être traité. Cette identification est liée au fait que ce sont les tranches d'âge les plus affectées et prédisposées.

4. Objectifs du Programme (généraux)

- Réduire la mortalité et la morbidité par paludisme
- Prévenir et contrôler les épidémies du paludisme.

5. Les objectifs d'impact

- 5.1. Réduire de 25 % la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 1996.
- 5.2. Réduire de 50 % les formes sévères de paludisme et ses complications chez les femmes enceintes d'ici 1996.
- 5.3. Réduire de 75 % la mortalité par paludisme épidémique.

6. Objectifs de résultats

Ces objectifs sont liés à chaque objectif d'impact.

Impact 1

- 6.1. Amélioration dans un bref délai des conditions de travail de l'équipe centrale.
- 6.2. Traitement correct de 75 % des enfants fébriles se présentant dans la formation sanitaire.
- 6.3. Assurance d'une couverture en médicaments de toutes les formations sanitaires des zones impaludées du pays.
- 6.4. Amélioration de la compétence gestionnelle et organisationnelle de l'équipe centrale.
- 6.5. Amélioration dans un bref délai du diagnostic clinique et parasitologique dans toutes les formations sanitaires du pays disposant de laboratoire.

Impact 2

- 6.6. Assurer une éducation conséquente de toutes les femmes enceintes se présentant dans les formations sanitaires pour consultation prénatale.
- 6.7. Assurer le traitement correct et la chimio prophylaxie de toutes les femmes en grossesse qui utilisent les formations sanitaires pour consultation prénatale.
- 6.8. Eduquer toutes les femmes sur les mesures de protection individuelle et collective.
- 6.9. Mettre en place un système de surveillance de la résistance du plasmodium aux antipaludiques courants (Chloroquine, Fansidar, Quinine).
- 6.10. Exécuter des études CAP dans les villes des zones impaludées du pays.
- 6.11. Démontrer et évaluer l'efficacité de la moustiquaire imprégnée à N'Djaména (zone péri-urbaine) et Mandéla, (zone rurale).

ap

Impact 3

- 6.12. Explorer les zones pré-désertiques susceptibles d'être des zones à risque.
- 6.13. Mettre en place un système d'alerte précoce dans les zones à risque.
- 6.14. Assurer une supervision régulière et annuelle des zones pré-désertiques, et bi-annuelle des zones du Sud.
 - La recherche opérationnelle permettra d'orienter les stratégies choisies.

7. Déclaration de la Politique

C'est l'engagement concret du gouvernement à lutter contre le paludisme sur la base des stratégies choisies par le Programme.

Toutes les activités qui en découlent doivent être intégrées dans le système de soins de santé primaires et viser à :

- améliorer la prise en charge des cas de paludisme en assurant un diagnostic précoce, un traitement standardisé rapide, une référence vers l'échelon supérieur et des conseils.
- Appliquer une chimioprophylaxie des femmes enceintes en vue de réduire les effets néfastes du paludisme chez la mère et le fœtus;
- Promouvoir la protection individuelle et collective en vue de réduire la transmission du paludisme.

Les activités de recherche opérationnelle permettront d'orienter les stratégies et de prendre des décisions y afférentes.

7.1. La prise en charge

La prise en charge des cas de paludisme se base sur quatre éléments :

- le diagnostic
- le traitement
- la référence vers l'échelon supérieur
- le conseil.

7.2. Le diagnostic

Le diagnostic est l'élément essentiel d'une prise en charge rapide. C'est la reconnaissance de la maladie sans laquelle le traitement peut être erroné. Ce diagnostic se base sur la définition des cas ou formes simples, graves et compliqués du paludisme et les échecs thérapeutiques. Tenant compte de l'absence des moyens de diagnostic parasitologique à la périphérie, la plupart des cas de paludisme doivent être diagnostiqués sur les critères cliniques.

a) Le cas simple

Le cas simple est une sensation de malaise suivie de fièvre ou antécédent de fièvre (corps chaud) comme élément cardinal. Ce signe caractéristique peut s'accompagner des céphalées, frissons, nausées, vomissements, anorexie, arthralgies et douleurs musculaires. L'état général du malade n'est pas si altéré.

b) Les cas graves ou compliqués

Ils peuvent avoir un début brutal ou insidieux par un malaise général ou faiblesse accompagnés de fièvre (39° - 41 °C), vomissements incoercibles, prostration, convulsions et coma. Les complications du paludisme les plus importantes sont :

- l'anémie
- les aspirations bronchiques entraînant des maladies respiratoires
- les encéphalopathies
- la déshydratation
- l'hypoglycémie
- l'ictère
- la septicémie à gram-négatif
- la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

c) Echec thérapeutique

L'échec thérapeutique peut se présenter cliniquement comme suit :

- persistance de la fièvre après 3 jours de traitement correct.
- aggravation des cas même sous traitements correct à la dose préconisée par la politique nationale. Aussi peut-on considérer comme échec thérapeutique :

- ▼ la réapparition des symptômes du paludisme avant un délai de 14 jours maximum suite à un traitement correct. Si l'échec est suspecté, le confirmer par un examen de laboratoire et rechercher soigneusement d'autres causes éventuelles de fièvre.

7.3 Le traitement

Le traitement des cas diagnostiqués fait usage des médicaments antipaludiques dits de 1ère, 2e, 3e intention. L'utilisation des antipaludiques par voie orale doit être préférée dans tous les cas où cela est possible.

- En première intention, la politique nationale préconise l'utilisation de la chloroquine dosée à 100 mg, à raison de 25 mg/kg corporel répartie sur 3 jours comme suit :

10 mg/kg en 1 prise le 1er jour
10 mg/kg en 1 prise le 2e jour
5 mg/kg en 1 prise le 3e jour.

Ce traitement peut aussi être donné dans les cas sérieux quand la prise orale est possible. Attention, il existe en circulation de la chloroquine dosée 150 et 300 mg base. La dose préconisée reste la même sauf que le nombre de comprimés à donner va varier.

- Le médicament de deuxième intention est la sulfadoxine pyriméthamine appelée par commodité "Fansidar". La dose recommandée est de 1 cp/20 kg de poids corporel en une prise par voie orale. Il existe aussi des formes injectables. C'est le médicament préconisé en cas d'échec thérapeutique à la chloroquine. Il est proscrit chez les enfants de moins d'un mois et chez des malades présentant des allergies aux sulfamides.
- Le traitement de troisième intention est la quinine pour les échecs thérapeutiques au Fansidar. Les sels de quinine et la quinine base sont utilisés de préférence par voie orale. La durée du traitement est de 7 jours. Pour les enfants âgés de plus de 8 ans et les femmes non gravides, le traitement simultané de la quinine et la tétracycline (ou Doxycycline) peut se poursuivre pendant 7 jours en prenant soin d'arrêter la quinine au 3e jour.

Pour les cas graves et compliqués, la quinine est le médicament de choix ; le traitement se fait par voie intraveineuse ou intramusculaire. Pour les deux voies, la dose préconisée est de 10 mg/kg toutes les 8 heures pour les sels de quinine (Sulfate et chlorhydrate) ou 8 mg/kg de quinine base toutes les 8 heures successivement.

Le traitement intraveineux se fait par perfusion lente (jamais en injection directe) dans du soluté de glucose à 5 % en 4 heures. La poursuite du traitement doit se faire dès que le malade peut avaler par le Fansidar ou la chloroquine aux doses susmentionnées.

L'amodiaquine n'est plus recommandée par l'OMS ; elle est interdite pour la prophylaxie.

Les autres antipaludiques nouveaux dits nouvelles molécules comme l'Halophantrine (Halphan), l'Artémésinine (Qing-Hao-Su) et la Mefloquine ne sont pas inclus dans la Politique du Programme National de Lutte contre le Paludisme. L'association Sulfadoxine-Pyriméthamine-Mefloquine "Fansimef" n'est pas recommandée par l'OMS donc à proscrire dans le traitement du paludisme. L'utilisation des traitements et soins complémentaires est indispensable pour une meilleure prise en charge. Pour les cas simples, le traitement antipyrétique et l'hydratation adéquate sont nécessaires en particulier chez les enfants. Pour les cas graves et compliqués, une gamme de traitement est utilisée en fonction de l'état clinique du malade et des éventuelles complications. Le Programme National a pour responsabilité de définir et de distribuer les lignes directives détaillées pour tous les aspects du traitement de paludisme.

Les prestataires impliqués dans la prise en charge du paludisme sont les parents, les éducateurs sociaux (maîtres d'école, jardiniers d'enfants) et les agents de santé villageois (ASV) pour le traitement hors des formations sanitaires ; les formations sanitaires doivent être équipées en matériels nécessaires pour un traitement selon l'état clinique du malade. Pour une prise en charge effective du paludisme simple en dehors des formations sanitaires, le traitement à domicile doit être renforcé en instruisant davantage le public sur la dose et la prise correcte de la chloroquine.

7.4. La référence

Autre élément de la prise en charge se fait du poste de santé vers les centres socio-sanitaires, hôpitaux de districts, hôpitaux de préfectures et l'hôpital général.

7.5. Le Conseil

Indispensable au malade, doit se faire à tous les niveaux du système sanitaire.

7.6. La chimioprophylaxie

Selon la politique du Programme, la chimioprophylaxie s'applique seulement aux femmes enceintes et doit faire partie des soins prénataux. Durant la grossesse, le paludisme cause d'importantes complications aussi bien chez la femme que chez le fœtus :

- Anémie
- Avortements
- Faible poids à la naissance
- Mort-nés.

La chimioprophylaxie se fera :

- Dans les zones à transmission saisonnière courte uniquement cette période là ; la dose hebdomadaire est de 300 mg sans cure initiale.
- Dans les zones à transmission saisonnière longue et intense pendant toute l'année.

La dose hebdomadaire est de 300 mg de chloroquine base soit 1 cp de 300 mg ou 2 cps de 150 mg ou 3 cps de 100 mg par semaine et ce, après une cure radicale initiale de 25 mg/kg répartie en 3 jours.

7.7. La protection individuelle et collective

La protection individuelle et collective vise à réduire le contact Homme-Vecteur et limiter ainsi la transmission de la maladie.

7.8. La protection individuelle

Elle concerne l'utilisation des :

- moustiquaires
- grillages aux ouvertures des habitations
- répellents
- serpentins
- insecticides.

L'utilisation des moustiquaires doit être encouragée en général, les moustiquaires imprégnées en particulier.

7.9. Dispositions générales

Le Programme National de Lutte Contre le Paludisme s'intègre aux différents niveaux de la pyramide socio-sanitaire.

Une formation, une supervision régulière et une évaluation à tous les niveaux du système de santé, sont des préalables à la réussite du Programme. A cet effet, les différents niveaux doivent disposer des ressources adéquates.

La participation communautaire est indispensable à la réussite du Programme.

OBJECTIFS DE LA SESSION

- I. CONNAITRE L'EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME
- II. DECRIRE LES DIFFERENTES FORMES DE PALUDISME
- III. INFORMER, EDUQUER ET COMMUNIQUER AVEC LES MERES ET LES COMMUNAUTES SUR LE PALUDISME
- IV. PRENDRE EN CHARGE UNE FIEVRE AIGUE CHEZ L'ENFANT DE 0 A 5 ANS
- V. ADAPTER LA LISTE DE CONTROLE POUR LA SUPERVISION DES ACTIVITES CURATIVES ET PREVENTIVES DU PALUDISME

OBJECTIFS EDUCATIONNELS

- I. CONNAITRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU PALUDISME
 - 1.1. Situer le paludisme parmi les problèmes de santé dans le monde, au Tchad et dans le Moyen-Chari
 - 1.2. Définir le paludisme endémique, le paludisme épidémique
 - 1.3. Identifier la parasite, les hôtes et le vecteur du paludisme
 - 1.4. Expliquer à l'aide d'un schéma simplifié le cycle évolutif du parasite chez l'homme et chez le vecteur
 - 1.5. Identifier les facteurs liés à la transmission du paludisme
 - 1.6. Citer les moyens individuels et collectifs pour éviter le contact moustique-homme
 - 1.7. Connaître la politique nationale en matière de chimioprophylaxie antipalustre

- II. DÉCRIRE LES DIFFÉRENTES FORMES DE PALUDISME
 - 2.1. Décrire les différentes formes cliniques de paludisme
 - 2.2. Citer les critères de diagnostic clinique du paludisme selon l'échelon sanitaire en périphérie
 - 2.3. Citer les signes de gravité du paludisme

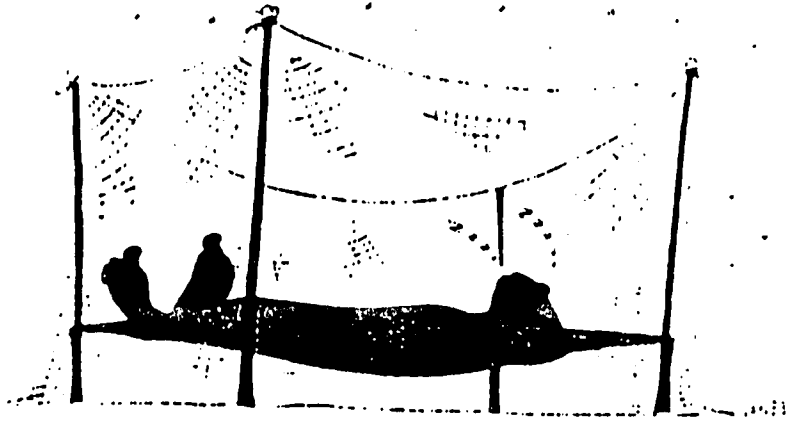
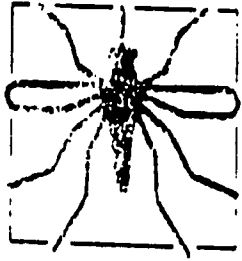
- III. INFORMER, ÉDUIQUER ET COMMUNIQUER AVEC LES MÈRES, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTÉS SUR LE PALUDISME
 - 3.1. Citer les informations prioritaires sur le paludisme en l'absence de maladie
 - 3.2. Citer les informations prioritaires en présence d'un cas de paludisme
 - 3.3. Simuler deux séances éducatives sur le paludisme

- IV. PRENDRE EN CHARGE LE PALUDISME/L'ACCÈS FEBRILE AIGU CHEZ L'ENFANT DE 0 - 5 ANS
 - 4.1. Prendre en charge un nourrisson de moins de 2 mois en 3 étapes : Examiner - Classer - Traiter et conseiller
 - 4.2. Prendre en charge un enfant de 2 mois à 5 ans en 3 étapes : Examiner - Classer - Traiter et conseiller
 - 4.3. Référer un enfant atteint de paludisme grave, compliqué
 - 4.4. Traiter un enfant en cas d'impossibilité de transfert et conseiller
 - 4.5. Enregistrer les malades selon l'âge et la zone

- V. ADAPTER LA LISTE DE CONTRÔLE POUR LA SUPERVISION FORMATIVE INTÉGRÉE
 - 5.1. Identifier les compétences cliniques du personnel lors de l'approche Intégrée de l'enfant malade
 - 5.2. Établir la liste pour le support matériel et logistique pour la mise en route de la consultation des enfants malades
 - 5.3. Évaluer l'accessibilité du centre de santé pour les soins aux enfants malades
 - 5.4. Établir la liste des points pour observer l'efficacité de la prise en charge des enfants malades
 - 5.5. Évaluer la satisfaction des mères sur la prise en charge
 - 5.6. Évaluer l'efficacité de la prise en charge

**FORMATION CONTINUE DES INFIRMIERS POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE CLINIQUE DU PALUDISME**

| HORAIRE | 1 er Jour | 2 ème Jour | 3 ème Jour |
|---------------|---|--|---|
| 08 00 - 08 10 | Bienvenue - Enregistrement | Résultats Pre-test et Informations | Info. administratives |
| 08 15 - 08 40 | Pre-test | Rapport sur le premier jour | Rapport sur le 2 ème jour |
| 08 45 - 09 05 | Presentation des participants | Directives du PNLAP pour
Critères et diagnostic clinique | STAGE PRATIQUE |
| 09 10 - 09 40 | Presentation du Programme National de lutte contre le Paludisme | | |
| 09 45 - 10 05 | Presentation des objectifs | | |
| 10 10 - 10 40 | L'importance du paludisme | | |
| 10 45 - 11 00 | PAUSE | PAUSE | PAUSE |
| 11 05 - 11 25 | Vidéo, synthèse | Examiner et classer l'enfant de 2 - 5 ans | Travaux de groupe
Liste de
contrôle/Supervision |
| 11 30 - 11 50 | | Traiter ou référer 1 enfant de 2 - 5 ans | |
| 11 55 - 12 15 | Parasites - Motes - Vecteur | Synthèse sur les 2 prises en charge | |
| 12 20 - 12 40 | Cycle biologique | Exercices (cas n° 3) | |
| 12 45 - 13 00 | Moyens de lutte individuelle et collective | Exercices (cas n° 4) | Post test/Evaluation |
| | DEJEUNER | DEJEUNER | DEJEUNER |
| 16 00 - 16 20 | Les informations sur le Paludisme | Corrigé des exercices | Vidéo |
| 16 25 - 16 45 | | Rappel sur l'accès de fièvre/palu | Synthèse |
| 16 45 - 17 00 | PAUSE | PAUSE | PAUSE |
| 17 05 - 17 30 | Seances éducatives
(jeux de rôles) | Enregistrer l'accès de fièvre aigue/Paludisme
chez un enfant de 0 - 5 ans | Clôture |
| 17 35 - 18 00 | | | |



I.

CONNAITRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU PALUDISME

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Situer le paludisme parmi les problèmes de santé dans le monde
- ♥ Situer le paludisme parmi les causes de morbidité au Tchad
- ♥ Définir les termes :
 - . endémie
 - . épidémie
- ♥ Citer au moins 3 facteurs liés à l'endémicité
- ♥ Citer au moins 2 facteurs favorisant l'épidémie
- ♥ Citer au moins 4 conséquences du paludisme sur la communauté
- ♥ Citer le nom du parasite responsable du paludisme
- ♥ Citer le nom du vecteur du paludisme
- ♥ Citer les hôtes dans la transmission
- ♥ Expliquer le cycle évolutif du parasite chez l'homme
- ♥ Expliquer le cycle évolutif du parasite chez le vecteur
- ♥ Citer les 3 facteurs liés à la transmission
- ♥ Citer au moins 4 moyens de lutte individuelle
- ♥ Citer au moins 3 moyens de lutte collective
- ♥ Citer les groupes devant recevoir une chimioprophylaxie selon la politique du programme national.

1.1. Situer le paludisme parmi les problèmes de santé dans le monde, au Tchad et dans le Moyen-Chari

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Situer le paludisme parmi les problèmes de santé dans le monde
- ♥ Situer le paludisme parmi les causes de morbidité au Tchad

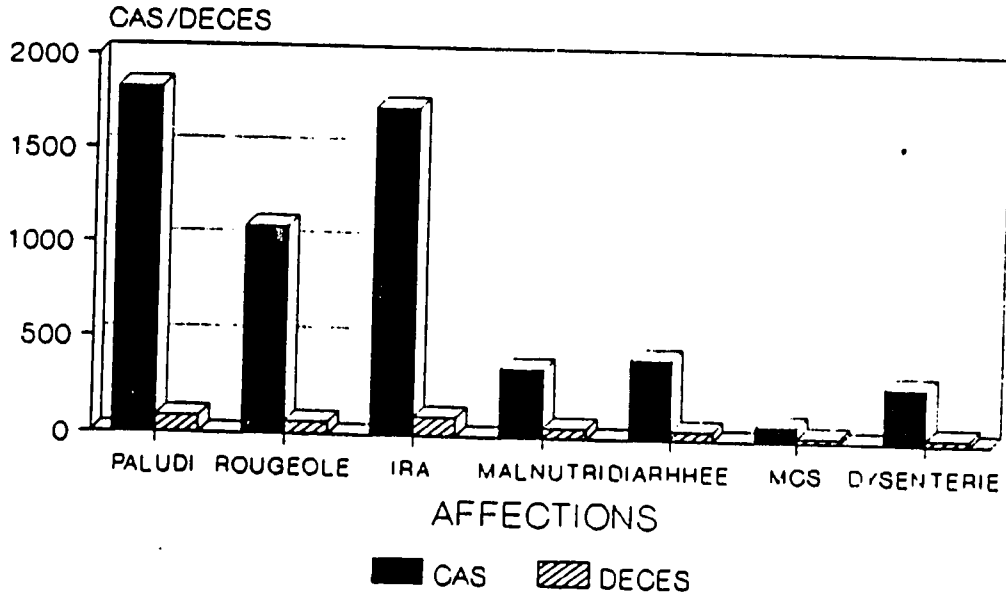
Malgré les efforts considérables consentis pour son éradication ou sa maîtrise, le paludisme demeure la plus répandue et la plus dévastatrice des maladies tropicales, qui menace environ 40 % de la population mondiale (1) soit environ 275 millions de personnes (2). On estime que 80 % des décès dus au paludisme soit un peu plus d'un million se produisent chaque année en Afrique sub-saharienne (2). Dans ces régions, la qualité et le taux de couverture de la prise en charge des patients par les services de santé existants demeurent insuffisants (3). Le paludisme est responsable de 5 à 15 % de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les zones endémiques (4).

Au Tchad, le paludisme occupe la première place devant toutes les autres maladies enregistrées à travers tout le pays (fig. 1). Selon l'OMS, environ 11 000 enfants de moins de 5 ans y succombent chaque année (2)

Par ailleurs, selon l'Annuaire des Statistiques de 1992, la fièvre, considérée comme paludisme est le 3e motif de consultation chez les enfants de 0-11 mois, le 1er chez les enfants de 1-4 ans et le 2e chez les patients de 5 ans et plus. Au Moyen-Chari, la fièvre ou le paludisme représente également le 1er problème de santé de l'ensemble de la population et le 2e et le 1er pour les tranches d'âge de 0 - 11 mois et 1 à 4 ans respectivement.

Figure 1

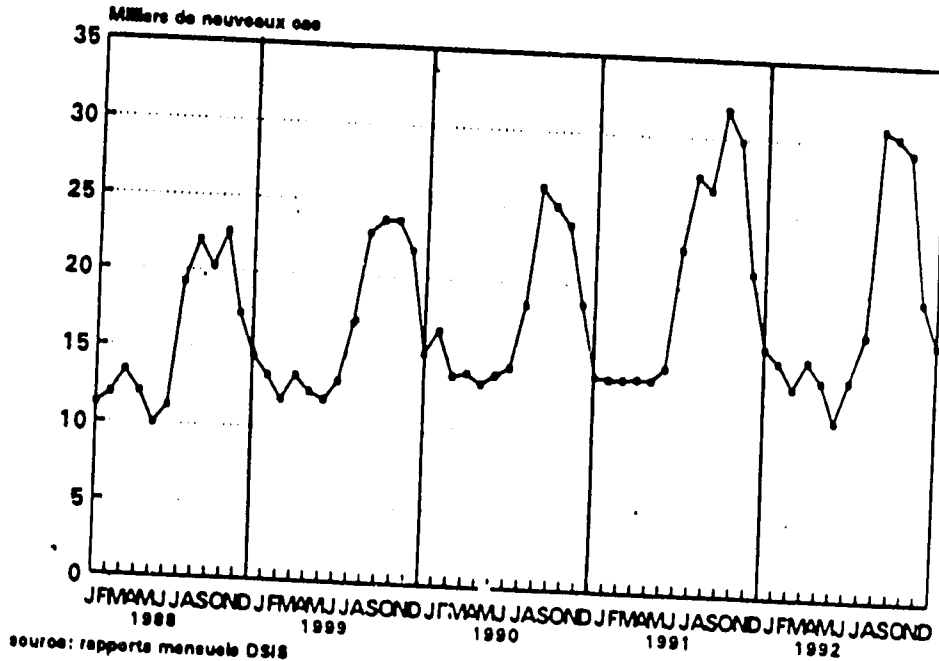
CAS GRAVES ET DECES DUES AUX PRINCIPALES AFFECTIONS



SITUATION RELEVÉE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA ZONE MERIDIONALE DU TCHAD EN 1991 MISPAL1.AN

Figure 2

FIEVRES 1988/1992



source: rapports mensuels DSIS

108

1.2. Définir le paludisme endémie, le paludisme épidémie (5,6)

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Définir les termes :
 - . endémie
 - . épidémie
- ♥ Citer au moins 3 facteurs liés à l'endémicité
- ♥ Citer au moins 2 facteurs favorisant l'épidémie
- ♥ Citer au moins 4 conséquences du paludisme sur la communauté

1.2.1. Le paludisme endémique

Cette forme de paludisme se retrouve dans certaines régions tropicales toute l'année et pendant plusieurs années consécutives lorsque certaines conditions sont remplies. Les facteurs liés à l'endémicité sont surtout

- a. d'ordre géoclimatique :
les plaines marécageuses, les cours d'eau, les pluies, la chaleur, l'humidité (voir figures 2 et 4).
- b. d'ordre économique :
les cultures irriguées et les barrages (campagnes Sahel Vert).

L'intensité de l'impaludation est fonction de la pluviométrie et on distingue les zones suivantes :

- les zones de transmission continue (= holo-endémiques) où le paludisme est stable et où les anophèles trouvent les conditions idéales de ponte tout l'année : la forêt équatoriale ;
- les zones de forte transmission au delà de 3 mois (= hyperendémiques), et les zones de faible transmission au dessous de 3 mois (= mésioendémiques) : la savane ;
- les zones de transmission sporadique (= hypoendémiques) : zones arides ou en altitude. Le risque d'épidémie reste élevé à cause d'une immunité naturelle insuffisante et des facteurs climatiques pouvant favoriser la multiplication rapide des anophèles et leur mouvement vers les sujets avec une immunité inadéquate (Mali, Niger, partie septentrionale du Tchad) ;
- Au Sahel, le paludisme est instable, car il est étroitement lié à la pluviométrie.

1.2.2. Le paludisme épidémique

Le paludisme épidémique est caractérisé par la survenue anormalement excessive des cas dans une région ou une communauté pendant une période donnée.

Les épidémies sont favorisées par certains facteurs :

- . le déplacement massif des populations des zones d'endémicité vers les zones d'hypo ou mésoendémicité (faible endémicité) ;
- . les migrations pour les cultures; l'exode liée à la guerre ; les regroupements liés à l'exploitation des chantiers de carrière, exploitation pétrolière ou forestière.

1.2.3. Conséquences du paludisme sur la communauté

Le paludisme entraîne des conséquences sur les activités des membres d'une communauté dont la vie est menacée. L'importance du nombre de malades se ressentira par une augmentation

- . des dépenses en santé
- . de la fréquentation des services de santé
- . du nombre de décès
- . de l'absentéisme au travail et à l'école
- . des dépenses pour les décès.

Les activités économiques de toute la communauté sont ainsi compromises.

1.3. Identifier le parasite, les hôtes et le vecteur du paludisme

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer le nom du parasite responsable du paludisme
- ♥ Citer le nom du vecteur du paludisme
- ♥ Citer les hôtes dans la transmission

Le parasite du paludisme appartient au genre Plasmodium

Quatre espèces causent la maladie chez l'homme :

- * le plasmodium falciparum : le plus fréquent et le plus dangereux,
- * le plasmodium malariae
- * le plasmodium vivax
- * le plasmodium ovale.

Il y a deux hôtes du parasite responsable du paludisme :

- * l'homme qui est l'hôte intermédiaire
- * le moustique "Anophèle femelle" est l'hôte définitif ou le parasite se multiplie, c'est aussi le vecteur.

Il est important de savoir que 2 autres espèces d'anophèles transmettent la maladie chez l'homme :

- * l'aedes : vecteur de la fièvre jaune
- * le culex : vecteur de certaines filarioses.

1.4. Expliquer à l'aide d'un schéma simplifié le cycle évolutif du parasite chez l'homme et chez le vecteur.

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Expliquer le cycle évolutif du parasite chez l'homme
- ♥ Expliquer le cycle évolutif du parasite chez le vecteur.

Chez l'homme : Les sporozoïtes inoculés gagnent le foie où ils se multiplient et libèrent des mérozoïtes. Ceux-ci passent dans le sang où ils pénètrent des globules rouges devenant ainsi un trophozoïte. Après croissance et division, les mérozoïtes libérés peuvent de nouveau pénétrer les globules rouges et devenir des trophozoïtes. D'autres deviennent des gamétocytes que l'anophèle va ingérer lors du repas sanguin (voir figure 3).

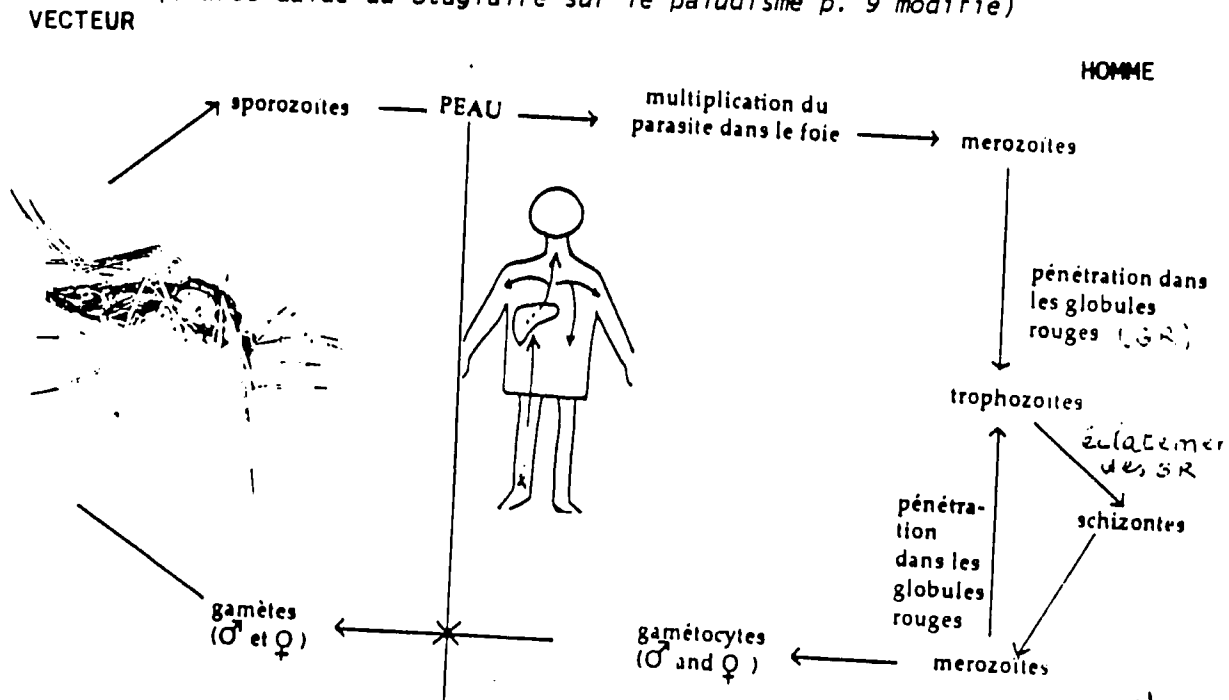
Le passage des parasites dans le foie entraîne un gros foie douloureux. L'éclatement des globules rouges entraîne la fièvre, l'anémie, l'ictère et la splénomégalie.

Dans l'anophèle : Les gamétocytes deviennent des gamètes mâles et femelles qui se transforment et se divisent dans le tube digestif. Il en résulte de très nombreux sporozoïtes qui se logent dans les glandes salivaires de l'anophèle. Celui-ci les injectera à l'homme lors d'une piqûre (voir figure 3).

Au cours du cycle du parasite chez l'homme, la seule intervention possible est de TRAITER L'HOMME MALADE PAR LES SCHIZONTICIDES parce que le développement des mérozoïtes dans le foie et la présence des gamètes ne donnent pas des signes cliniques (asymptomatique) et l'infestation n'est pas détectée.

Figure 3 CYCLE EVOLUTIF DU PARASITE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LE VECTEUR

(Source Guide du Stagiaire sur le paludisme p. 9 modifié)



1.5. Identifier les facteurs liés à la transmission du paludisme.

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

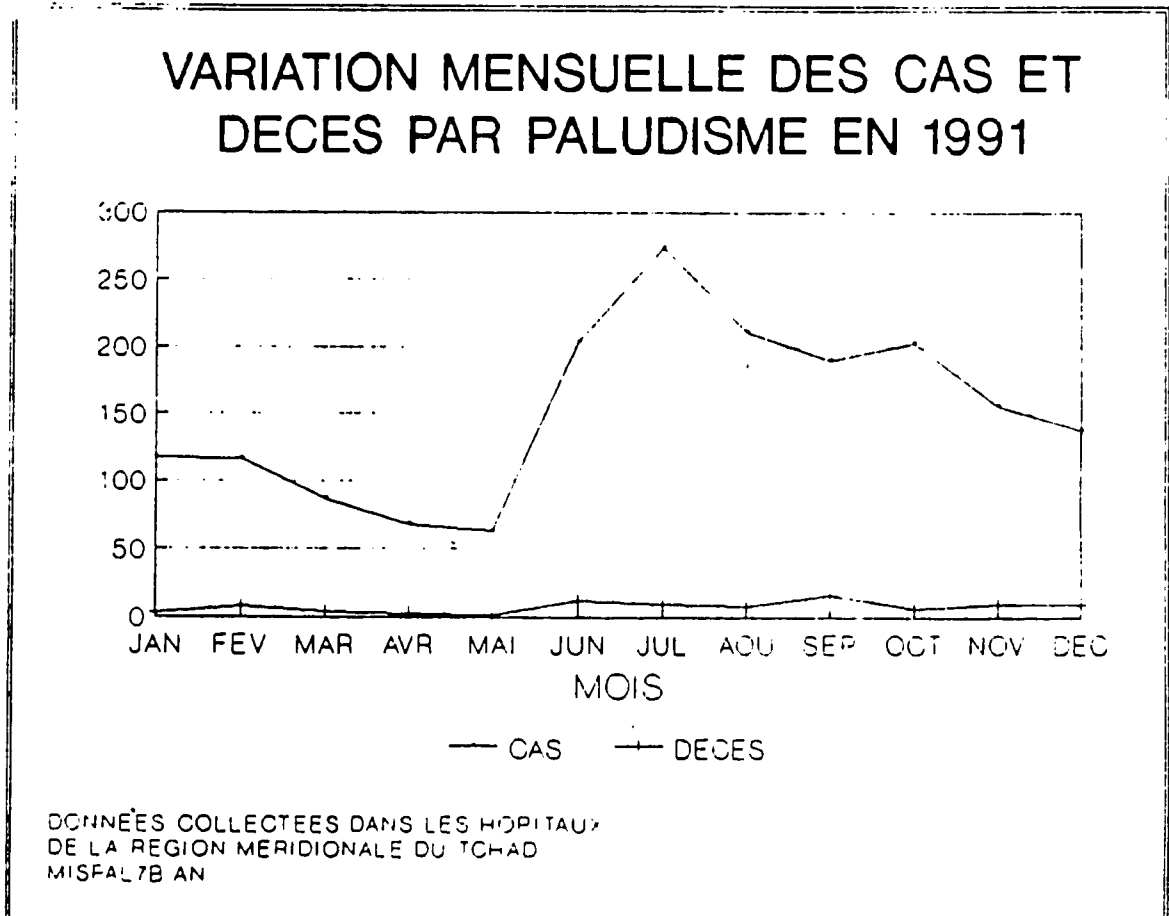
- ♥ Citer les 3 facteurs liés à la transmission

L'homme, le parasite et le vecteur sont les principaux facteurs dans la transmission du paludisme.

La transmission du paludisme se fait par la piqûre de l'anophèle femelle infectée. La source de l'infection (le réservoir) est le malade, ou le porteur asymptomatique. Dans une zone endémique où la transmission est continue, les porteurs asymptomatiques pourraient représenter être entre 50 à 80 % de la population.

Les autres facteurs de la transmission du paludisme sont géo-climatiques. La saisonnalité du paludisme est illustrée à la figure 4. Le nombre de cas augmente entre les mois de Mai et Novembre.

Figure 4 VARIATION MENSUELLE DES CAS ET DECES PAR PALUDISME EN 1991



1.6. Citer les moyens individuels et collectifs pour éviter le contact moustique-homme.

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer au moins 4 moyens de lutte individuelle
- ♥ Citer au moins 3 moyens de lutte collective

1.6.1. La protection individuelle

Elle utilise les moyens suivants pour réduire ou empêcher le contact homme-vecteur :

- * le port des vêtements longs lors des séjours hors des habitations après la tombée de la nuit (pantalons, robes longues manches);
- * la fermeture des fenêtres et portes avant la tombée de la nuit;
- * l'utilisation des serpentins fumigants, des insecticides, des pommades et lotions anti-moustiques;
- * l'installation d'un grillage fin aux ouvertures des habitations;
- * l'utilisation des moustiquaires, surtout les moustiquaires imprégnées d'insecticide.

1.6.2. La protection collective (lutte anti vectorielle)

Elle implique la destruction des gîtes larvaires où se multiplient les moustiques et se fait par :

- * l'éloignement des habitations des grandes étendues d'eau (au moins 2 km) et des champs de maïs, mil, macabo, bananier etc... (5 à 10 mètres)
- * l'assèchement des points d'eau inutiles (boîtes de conserve, vieux pneus, etc...)
- * le remblayage des trous ;
- * la couverture des puits ou canaris ;
- * le traitement adéquat des ordures ménagères ;
- * la destruction des larves par des méthodes biologiques (poissons larvivores, Gambusia dans les marigots)

1.7. Connaître la politique nationale en matière de chimioprophylaxie anti palustre.

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer les groupes devant recevoir la chimioprophylaxie selon la politique du programme national

Selon la politique du Programme National, la chimioprophylaxie s'applique seulement aux femmes enceintes et doit faire partie des soins prénatals, car le paludisme peut provoquer d'importantes complications aussi bien chez la femme que chez le fœtus : anémie, avortements, faible poids de naissance et mort-nés.

Particularité :

Les voyageurs en provenance des pays non impaludés, y compris les Africains vivant dans ces pays et faisant des séjours à durée limitée dans des pays d'endémie palustre doivent recevoir une chimioprophylaxie.

En zone d'endémicité continue, une chimioprophylaxie pourrait se justifier dans la tranche d'âge de 0 à 2 ans pendant les saisons chaude et humide.

II. DECRIRE LES DIFFERENTES FORMES DE PALUDISME

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer les 3 principales formes de paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans.
- ♥ Décrire les 3 phases de l'accès palustre simple
- ♥ Définir l'accès pernicieux
- ♥ Décrire au moins 3 éléments diagnostiques de l'accès pernicieux
- ♥ Définir l'échec thérapeutique
- ♥ Citer le principal critère de diagnostic clinique du paludisme
- ♥ Citer au moins 2 raisons pour l'utilisation du diagnostic clinique du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans.
- ♥ Citer au moins 4 signes de gravité du paludisme.

2.1. Décrire les différentes formes cliniques de paludisme

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer les 3 principales formes de paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans.
- ♥ Décrire les 3 phases de l'accès palustre simple
- ♥ Définir l'accès pernicieux
- ♥ Décrire au moins 3 éléments diagnostiques de l'accès pernicieux
- ♥ Définir l'échec thérapeutique

Le paludisme est une maladie fébrile avec des troubles cliniques et biologiques liés à l'éclatement synchrone (au même moment) des globules rouges parasités (rosaces). Les principaux signes sont : la fièvre, les frissons, les céphalées, les courbatures, les vertiges, les convulsions, les sueurs, la pâleur, les hallucinations, l'agitation, le coma. La mort peut survenir.

La période d'incubation représente le moment entre l'inoculation du parasite et les premiers signes de la maladie. Elle varie en fonction de l'espèce plasmodiale :

- * *plasmodium falciparum* 10 - 15 jours
- * *plasmodium malariae*, *vivax* et *ovale* de plusieurs jours à plusieurs mois, voire années.

Il existe plusieurs formes cliniques, les principales chez l'enfant de moins de 5 ans étant la primo-invasion, l'accès palustre simple et l'accès pernicieux, présentés au tableau 1.

Il convient de souligner que dans la pratique quotidienne, la primo-invasion est souvent assimilée à un accès pernicieux.

Tableau 1

PRINCIPALES FORMES DE PALUDISME
CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

| FORMES ET DEFINITION | SIGNES CLINIQUES | PARASITE | ELEMENT DIAGNOSTIC/EVOLUTION |
|--|--|---|---|
| <p>2.1.1 <u>Primo-invasion</u> :
première manifestation du paludisme chez un sujet atteint de la maladie pour la première fois</p> | <p>L'anémie, l'ictère, la fièvre, l'agitation, l'hypotonie, les convulsions et le délire.</p> | <p>Plasmodium Falciparum plus fréquent</p> | <p>Vers l'accès palustre simple ou pernicieux.</p> |
| <p>2.1.2 <u>Accès palustre</u> :
Phase d'état, correspond à l'éclatement des rosaces.</p> | <p>Trois phases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Frisson ou phase d'effervescence</u>, froid, frisson, céphalées, vomissements, fièvre élevée 39-40°C 2. <u>Chaleur ou phase fébrile</u>: frissons disparaissent, peau brûlante, température élevée (40-41°C) 3. <u>Sueur ou phase de défervescence</u> sueurs profuses, baisse de la température, courbatures, anémie ou ictère | <p>Plasmodium Falciparum + les autres espèces</p> | <p>Bonne sous traitement, mais peut évoluer vers l'accès pernicieux ou le paludisme viscéral évolutif</p> |
| <p>2.1.3 <u>Accès pernicieux</u> :
Neuropaludisme résultant de l'anoxie des capillaires viscéraux.
Enfant et adulte venant des zones non impaludées ou ayant reçu des traitements incorrects des accès simples</p> | <p>Forte fièvre, froid, céphalées
Troubles neurologiques : confusion, hallucinations, convulsions généralisées, coma.</p> | <p>Plasmodium Falciparum</p> | <p>anémie, ictère, gros foie, grosse rate, oligurie, saignement anormal</p> <p>Sans traitement c'est la mort,
sous traitement, guérison avec ou sans séquelles.</p> |

Les autres formes

2.1.4. Le paludisme viscéral évolutif

Il survient chez l'enfant et parfois chez l'adulte en zones rurales d'endémicité et soumis à une chimioprophylaxie par la chloroquine. L'immunité acquise est partielle, mais insuffisante pour protéger contre une infestation massive.

Le malade présente une fièvre modérée irrégulière, une anémie importante et une splénomégalie massive parfois associée à une hépatomégalie. Chez l'enfant il y a un retard staturo-pondéral, une cirrhose hépatique et même une hypertension portale.

2.1.5. Le paludisme congénital

La transmission transplacentaire est de 20 à 30 % alors que 1 à 3 % des nouveau-nés développent le paludisme. L'hémoglobine foetale et l'immunité maternelle ont un effet bénéfique pour le fœtus. (7,8)

2.1.6. Le paludisme transfusionnel

Il est courant en zone d'endémie où presque tous les donneurs sont contaminés. Le traitement systématique des receveurs de sang est préconisé.

2.1.7. Fièvre bilieuse hémoglobinurique

Il s'agit d'une réaction immunologique et non une conséquence directe du plasmodium. On note l'apparition d'urines rouges porto résultant d'une hémolyse (destruction de globules rouges) massive après une injection de quinine chez un sujet ayant auparavant reçu la quinine.

Le sujet développe une anémie, un ictère et un état de choc pouvant aller jusqu'à la mort.

La quinine est formellement contre-indiquée. Les amino-4 quinoléines telle la chloroquine peuvent être utilisées chez ces sujets.

2.1.8. Echec thérapeutique

Il se définit comme :

- * une persistance des symptômes après 3 jours d'un traitement bien conduit ;
- * une réapparition des signes après 14 jours d'un traitement bien conduit.

2.1.9. Paludisme et grossesse

La fièvre au cours d'une grossesse en zone d'endémie est une urgence compte-tenu du retentissement sur le fœtus.

2.1.10. Paludisme compliqué

Il s'agit non seulement des cas d'accès pernicleux, de fièvre bilieuse hémoglobinurique et de paludisme viscéral évolutif, mais aussi d'accès palustre simple avec d'importantes manifestations digestives : vomissements incoercibles, douleurs abdominales sévères et diarrhée profuse, infections graves (septicémie, méningite etc)

NB : Les principaux signes des différentes formes de paludisme sont non spécifiques (fièvre, pâleur, ictère, respiration rapide, hépatomégalie, splénomégalie, convulsions), surtout en l'absence d'une confirmation de diagnostic au laboratoire.

Il convient de savoir qu'ils peuvent se retrouver dans d'autres pathologies parfois associées au paludisme. Leur liste peut être consultée à l'annexe 1.

2.2. Citer les critères de diagnostic clinique du paludisme (9,10)

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer le principal critère de diagnostic clinique du paludisme
- ♥ Citer au moins 2 raisons pour l'utilisation du diagnostic clinique du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans.

En Afrique tropicale, un accès fébrile aigu de 2 à 3 jours avec ou sans anémie, avec ou sans splénomégalie, associé ou non à des symptômes respiratoires ou une diarrhée doit être considéré comme un accès palustre et traité en même temps que toute autre pathologie identifiée.

Le diagnostic clinique du paludisme est supérieur au diagnostic au laboratoire pour les raisons suivantes :

- Il n'y a pas souvent de corrélation (lien) entre la charge parasitaire (le nombre de parasites en circulation) et l'état clinique du malade.
- Un certain nombre de personnes ont une infection asymptomatique (sans signes cliniques) du fait de l'immunité acquise après des piqûres de moustiques répétées. Ils n'ont pas besoin de traitement.
- Plus de 90 % des cas de paludisme sont causés par *Plasmodium falciparum*, l'identification de l'espèce n'est pas nécessaire.
- Les services de laboratoires sont souvent inexistantes ou inadéquats, ainsi le microscope s'avère de peu de secours et la clinique l'emporte.

Le diagnostic à 3 niveaux périphériques est présenté (voir aussi tableau 2)

- a. au niveau du poste communautaire et de village, tout enfant présentant une fièvre ou des antécédent de fièvre au cours de 2 à 3 derniers jours (accès fébrile aigu) avec ou sans symptômes respiratoires sera classé comme un cas de paludisme et traité en conséquence.
- b. Au niveau des agents sanitaires qualifiés sans service de laboratoire, on recherchera en plus de la fièvre
 - l'anémie par l'inspection des conjonctives, muqueuses, paume des mains et plante des pieds ;
 - la présence d'une splénomégalie ;
- c. Au niveau de l'agent de santé qualifié avec un service de laboratoire équipé d'un microscope, le diagnostic clinique est identique à celui du niveau précédent. La microscopie sera réservée aux cas graves. La méthode de prélèvement ainsi que la confection du frottis mince et du frottis épais sont décrites aux annexes 2 et 3.

Pour les centres disposant d'un microscope, le nettoyage des lames et l'entretien du microscope se trouvent aux annexes 4 et 5.

Tableau 2 DIRECTIVES POUR LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME

| NIVEAU | | FORMATION SANITAIRE
Responsabilité | DIAGNOSTIC |
|--|----------------|---|---|
| P
E
R
I
P
H
E
R
I
Q
U
E | 1er
échelon | Case de santé (ASV/C) | Clinique basé sur signes évocateurs de paludisme (fièvre/antécédent de fièvre+autres) sans autres causes définies. |
| | | Centre socio-sanitaire de la zone de responsabilité (ZR) - Agent Technique ou IDE | Clinique + parasitologie basé exclusivement sur Goutte épaisse |
| | 2e
échelon | Hôpital de district (C.M ou infirmerie) Médecin ou IDE | Clinique - parasitologique basé sur Goutte Epaisse et/ou (+) frottis (espèce) |
| INTERMEDIAIRE | | Hôpital préfectoral (C.M. ou Hôpital) Médecin | Clinique et parasitologique basé sur Goutte Epaisse et frottis pour densité parasitaire et identification de l'espèce plasmodiale. |
| CENTRAL | | Hôpital central (laboratoire national) Médecins/TSS | Clinique - parasitologique basé sur Goutte Epaisse et frottis pour densité parasitaire et identification de l'espèce plasmodiale et/ou immunologique. |

NB: Les examens complémentaires de laboratoires sur les éventuelles complications du paludisme sont laissés à l'appréciation du médecin chargé des soins.

ABREVIATIONS

- C.M. = Centre Médical
 Z.R. = Zone de Responsabilité sans laboratoire
 Z.R. = Zone de Responsabilité avec laboratoire
 ASV/C = Agence de Santé Villageois ou Communautaire
 IDE = Infirmier Diplômé d'Etat
 TSS = Technicien Supérieur en Santé

Source : Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la prise en charge correcte du paludisme au Tchad MSP/PNLAP/93, p. 89

2.3. Signes de gravité (alarme) du paludisme

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ▼ Citer au moins 4 signes de gravité du paludisme.

Tableau 3 SIGNES DE GRAVITE (alarme) DU PALUDISME

| SYSTEME | SIGNES |
|---|--|
| Manifestations neurologiques | Perte de connaissance totale ou partielle, (confusion mentale, délire, coma),
perte du réflexe cornéen, perte de sensibilité

Convulsions |
| Troubles de la thermorégulation | Hyperthermie (39°C ou plus, malade avec peau sèche ou autres signes de déshydratation)

Hypothermie (35,7 ou moins) |
| Troubles hématologiques | Anémie grave (blancheur des conjonctives, muqueuse buccales, paume des mains, plante des pieds)

Saignements spontanés (purpura) |
| Manifestations cardio-vasculaires | Collapsus, choc, (extrémités froides, moites, pouls filant) |
| Troubles rénaux | Diminution/absence d'urines (oligurie, anurie) |
| Complications respiratoires | Troubles centraux au cerveau :
Augmentation de la fréquence respiratoire
Respiration difficile, irrégulière, apnées |
| Troubles métaboliques | Hypoglycémie souvent responsable des convulsions |
| Echec thérapeutique | Persistance des symptômes après 3 jours d'un traitement bien mené

Reapparition des signes après 14 jours d'un traitement correct |
| Autres états pathologiques ne pouvant être traité sur place | Signes d'alarme d'IRA (voir tableau 5)
Signes de déshydratation (voir tableau 4) |

Tableau 4. COMMENT RECHERCHER LES SIGNES DE DESHYDRATATION

| D'ABORD, RECHERCHER LES SIGNES DE DESHYDRATATION | | | |
|--|--|--|--|
| 1. OBSERVER
ETAT GENERAL | * Léthargie ou
inconscient :
apathique* | * Agité,
irritable * | Normal,
éveillé |
| YEUX | Très enfoncés
et secs | Enfoncés | Normaux |
| LARMES | Absentes | Absentes | Présentes |
| BOUCHE et
LANGUE | Très sèches | Sèches | Humides |
| SOIF | * boit à peine
ou est
incapable de
boire * | * Assoiffé,
boit avec
avidité * | Boit
normalement
n'est pas
assoiffé |
| 2. PALPER
PLI CUTANE | * S'efface
très
lentement* | * S'efface
lentement | S'efface
rapidement |
| 3. CONCLURE | Si le malade a
deux de ces
signes, ou
plus, dont au
moins un
* signe *, en
conclure qu'il
y a
DESHYDRATATION
GRAVE (SEVERE) | Si le malade
a eux de ces
signes, ou
plus, dont
au moins un
* signe *,
en conclure
qu'il y a
des SIGNES
EVIDENTS DE
DESHYDRATA
TION | Le malade
n'a PAS DE
SIGNES DE
DESHYDRATA
TION |
| 4. TRAITER | Peser le
malade et
appliquer
<u>LE PLAN DE
TRAITEMENT C</u>
de TOUTE
URGENCE | Peser le
malade si
possible et
appliquer <u>LE
PLAN DE
TRAITEMENT B</u> | Appliquer <u>LE
PLAN DE
TRAITEMENT A</u> |

Tableau 5

SIGNES D'ALARME D'IRA

| SIGNES D'ALARME D'IRA (1 signe = maladie très grave) | |
|--|--|
| ♣ <u>Nourrisson de moins de 2 mois</u> | |
| ♣ Ne s'alimente plus correctement | |
| ♣ Convulsions | |
| ♣ Somnolence anormale ou éveil difficile | |
| ♣ Respiration | |
| ♣ Respiration sifflante | |
| ♣ Stridor au repos | |
| ♣ Fièvre ou corps anormalement froid. | |
| ♣ <u>Enfant de 2 mois à 5 ans</u> | |
| ♣ Incapacité de boire | |
| ♣ Convulsions | |
| ♣ Somnolence anormale ou éveil difficile | |
| ♣ Stridor au repos | |
| ♣ Malnutrition grave | |

Tableau 6

SEUILS DE FREQUENCE RESPIRATOIRE
(Comptée pendant 1 minute, elle est rapide si...)

| AGE | FREQUENCE RESPIRATOIRE |
|------------------|------------------------|
| Moins de 2 mois | 60/mn ou plus |
| 2 mois à 12 mois | 50/mn ou plus |
| 12 mois à 5 ans | 40/mn ou plus |

III. INFORMER, EDUQUER, COMMUNIQUER AVEC LES MERES ET LES COMMUNAUTES

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Définir les termes opérationnels suivants :
- ♥ Information, Education, Communication.
- ♥ Citer au moins 3 informations à donner aux mères pour réduire le contact homme-vecteur.
- ♥ Citer au moins 4 informations à donner aux mères pour la lutte contre les gîtes larvaires.
- ♥ Citer au moins 3 instructions à donner aux mères sur la conduite du traitement a domicile.
- ♥ Conduire une séance éducative sur le paludisme.

DEFINITIONS OPERATIONNELLES DE L'I.E.C. EN SANTE INFORMATION

"CE QU'IL FAUT DIRE" = CONTENU ou INFORMATIONS

l'information doit être simple, claire, précise, réelle et scientifiquement correcte. C'est à partir de cette information que l'on elabore les CONSEILS, MESSAGES et INSTRUCTIONS adaptés aux individus et aux groupes.

EDUCATION

1. INDIVIDUELLE = Entretien-conseils ("Counseling"), les informations sont PERSONNALISEES
2. DE GROUPE = Séance éducative avec Boites à images, démonstrations, pour des groupes bien définis, les informations deviennent des MESSAGES adaptés pour chacun des groupes
3. COLLECTIVE = Par les Mass Media
Les informations sont présentées en Dépliants, Brochure d'informations, Affichage, Posters, Autocollants, teeshirts, pagnes, casquettes, diapositives, films, vidéo-cassettes, pour des auditoires bien ciblés.

Les messages éducatifs sont émis par la Radio, la Presse, et la Télévision. Mais aussi par les groupes folkloriques, les troupes théâtrales, les travailleurs socio-sanitaires, les agents d'encadrement rural etc...

COMMUNICATION (COMMUNICATION INTER PERSONNELLE ou C.I.P.)

"COMMENT LE DIRE" = TECHNIQUES DE COMMUNICATION

- Comment pratiquer la C.I.P.
- Comment élaborer les messages
- Comment animer une séance éducative
- Comment animer un groupe de discussion
- Comment faire le Counseling
- Comment négocier, résoudre un conflit.

3.1. Citer les informations prioritaires sur le paludisme en l'absence de maladie :

- ♥ Le moustique qui transmet le parasite responsable du paludisme pique l'homme le plus souvent la nuit ;
- ♥ Le contact homme-vecteur peut être réduit en évitant les piqûres des moustiques ;
- ♥ Le paludisme se transmet toute l'année, mais beaucoup plus souvent pendant la saison des pluies ;
- ♥ La lutte contre le paludisme se fait par la destruction des gîtes larvaires où se multiplient les moustiques ;
- ♥ Le paludisme peut causer une anémie sévère, la prématurité, le petit poids de naissance, les avortements, les mort-nés.
- ♥ La chimioprophylaxie n'est recommandée que chez la femme enceinte et les voyageurs en provenance des régions non impaludées, y compris les Africains qui vivent dans ces régions.
- ♥ L'utilisation anarchique des antipaludiques est dangereuse parce qu'elle favorise le développement des résistances (voir annexe 6).

3.2. Citer les informations prioritaires sur le paludisme en présence de maladie

- ♥ Le paludisme est une maladie dont on guérit si le traitement est administré dès les premiers symptômes ;
- ♥ Le paludisme non soigné ou mal soigné peut entraîner la mort
- ♥ Tout enfant avec une fièvre ou un corps anormalement froid doit être conduit rapidement au centre de santé le plus proche.
- ♥ Le paludisme doit être traité en suivant la dose et la durée du traitement prescrit par l'agent de santé.
- ♥ La dose journalière se prend en une seule prise
- ♥ L'enfant malade de paludisme doit recevoir assez de liquides pour éviter la déshydratation et des aliments locaux de bonne qualité nutritionnelle pour prévenir une malnutrition.
- ♥ La mère doit revenir au centre de santé devant :
 - * des vomissements persistants ;
 - * une absence d'amélioration après 2 jours (48 heures) d'un traitement bien mené ;
 - * une apparition des signes de paludisme cérébral (convulsions, troubles de la conscience devant la fièvre)
 - * une fatigue intense ;
 - * une pâleur (blancheur des conjonctives, muqueuses, paumes des mains et plantes des pieds) ;
 - * un ictère (coloration jaune des yeux, des muqueuses, de la paume des mains, de la plante des pieds, urines foncées)
 - * tout signe d'alarme d'une Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou tout signe clé de déshydratation (tableaux 4 et 5).

3.3. Simuler une séance éducative sur le Paludisme

- EXEMPLES :
- * La fièvre causée par le paludisme et son traitement
 - * Prévenir le paludisme par l'Assainissement du milieu

Le message passe s'il est adapté à l'auditoire-cible.
 Autant que possible, le message doit répondre à ses préoccupations du moment.
 L'éducateur sanitaire doit être une personne responsable et exemplaire dans son attitude, son comportement, son langage et même sa tenue pour assurer une meilleure I.E.C.

TITRE DE LA SEANCE : LA FIEVRE CAUSEE PAR LE PALUDISME ET SON TRAITEMENT

Auditoire :

Mères dans la salle d'attente après le triage des urgences, amenant des enfants pour la consultation curative où à la séance de vaccination

Messages : (Au maximum 1 message par séance)

- Nº 1. Amener sans tarder au centre de santé tout enfant qui a le corps chaud, surtout lorsque la fièvre débute dans l'après midi.
- Nº 2. Le paludisme doit être traité
- * le plus tôt possible,
 - * pendant trois jours successifs,
 - * avec les médicaments qu'il faut,
 - * et aux doses qui conviennent pour l'âge et le poids

Aides visuelles :

. Les différentes présentations de Chloroquine trouvées sur le marché et en vente dans les dépôts (comprimés à 100 mg, à 150 mg, sirop de Nivaquine)

. Affiche montrant les dosages de Chloroquine selon l'âge et le poids

Durée de la séance : 20 minutes (salutations et remerciements inclus)

Conduite de la séance :

- . Installer l'auditoire et le matériel
- . Faire les salutations d'usage et se présenter pour rassurer
- . Poser des questions pour savoir ce que l'auditoire sait de la fièvre et de son traitement
- . Laisser parler 3 à 5 personnes de l'auditoire
- . Remercier et résumer ce qui a été dit
- . Dire comment la fièvre due au paludisme s'installe
- . Message Nº 1 (voir ci-dessus)
- . Message Nº 2 (voir plus haut), expliquer les doses à l'aide de l'affiche
- . Faire répéter le message par 2 à 3 personnes de l'auditoire
- . Vérifier par les questions que le Message Nº 2 est bien compris, surtout pour la durée du traitement et les doses selon l'âge
- . Résumer en reformulant le message Nº 1 ou Nº 2
- . Demander s'il y a des questions
- . Répondre aux questions posées
- . Proposer à l'auditoire de trouver des solutions pour la zone de responsabilité
- . Fixer un calendrier pour la mise en oeuvre des solutions
- . Remercier l'auditoire et clôturer la séance
- . Ranger le matériel et la salle
- . Inscrire les questions posées et les faits particuliers de cette séance.

126

TITRE DE LA SEANCE : PREVENIR LE PALUDISME PAR L'ASSAINISSEMENT DU MILIEU

Auditoire :

Pères de familles et membres du Comité de Gestion pour le Recouvrement des Coûts de la Santé de la Zone de Responsabilité, en début de la saison des pluies.

Messages : (Au maximum 1 message par séance)

- Nº 1. Contribuer à la lutte contre la multiplication des moustiques qui transmettent le Paludisme
- Nº 2. Participer à la destruction des lieux de multiplication des moustiques (gîtes larvaires)
- * en mettant un couvercle sur tout réservoir d'eau (canaris, puits),
 - * en asséchant les flaques d'eau, en remblayant les trous,
 - * en couvrant les puisards et les caniveaux des eaux usées,
 - * en traitant les ordures ménagères,
 - * en mettant une distance de 5 à 10 mètres entre les habitations et les plantations de maïs et de mil, et de toute autre plante dont les feuilles peuvent retenir l'eau.

Aides visuelles :

- . Affiche montrant le cycle de vie du moustique anophèle
- . Affiche montrant les différentes mesures d'assainissement du milieu
- . Variétés de couvercle pour réservoir d'eau
- . Photos des lieux du village / de la ville où les travaux d'assainissement ont déjà été réalisés

Durée de la séance : 20 minutes (salutations et remerciements inclus)

Conduite de la séance :

- . Installer l'auditoire et le matériel
- . Faire les salutations d'usage et se présenter pour rassurer
- . Poser des questions pour savoir ce que l'auditoire sait de la transmission du Paludisme : les hôtes du parasite, le vecteur et les gîtes larvaires
- . Laisser parler 3 à 5 personnes de l'auditoire
- . Remercier et résumer ce qui a été dit
- . Dire comment le paludisme se transmet : un homme porteur du parasite est piqué par "l'anophèle femelle" qui piquera ensuite un homme sain.
- . Message Nº 1 . On peut diminuer, ou arrêter la transmission en empêchant la multiplication des moustiques
- . Message Nº 2 (voir plus haut), expliquer en utilisant les aides visuelles
- . Faire répéter le message par 2 à 3 personnes de l'auditoire
- . Vérifier par les questions que le Message Nº 2 est bien compris
- . Résumer en reformulant le message Nº 1 ou Nº 2
- . Demander s'il y a des questions
- . Répondre aux questions posées
- . Remercier l'auditoire et clôturer la séance
- . Ranger le matériel et la salle
- . Inscrire les questions posées et les faits particuliers de cette séance.

IV. PRENDRE EN CHARGE L'ACCES DE FIEVRE AIGU/PALUDISME CHEZ L'ENFANT DE 0 A 5 ANS

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Définir les termes :
 - * traitement de 1e intention
 - * traitement de 2e intention
 - * traitement de 3e intention
- ♥ Citer l'antipaludique de choix pour chaque traitement
- ♥ Examiner un nourrisson de moins de 2 mois atteint d'un accès aigu de fièvre selon les étapes suivantes :
 - * demander ; regarder/observer, écouter ; palper.
- ♥ Classer la maladie du nourrisson de moins de 2 mois en 1 catégorie: maladie très grave.
- ♥ Traiter la maladie du nourrisson de moins de 2 mois et conseiller
- ♥ Examiner un enfant de 2 mois à 5 ans atteint d'une fièvre aiguë selon les étapes suivantes :
 - * demander ; regarder/observer, écouter ; palper.
- ♥ Classer la maladie de l'enfant de 2 mois à 5 ans en 2 catégories
- ♥ Définir chaque catégorie : paludisme grave, accès palustre simple.
- ♥ Traiter la maladie de l'enfant de 2 mois à 5 ans et conseiller
- ♥ Organiser la référence dans sa zone de responsabilité.
- ♥ Citer au moins 3 sources des données sanitaires
- ♥ Citer les 3 formes de paludisme à enregistrer selon le programme national
- ♥ Calculer une moyenne arithmétique
- ♥ Calculer un pourcentage
- ♥ Enregistrer correctement les cas reçus dans sa zone de responsabilité.

Par souci de cohérence et pour maintenir l'approche des autres modules de formation, la prise en charge se fera selon les 3 étapes suivantes :

- a. Examiner (demander, regarder/observer, écouter, palper).
- b. Classer
- c. Traiter et conseiller

128

**PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE D'UN ACCES AIGU DE FIEVRE
CHEZ UN ENFANT DE 0 – 5 ANS EN ZONE D'ENDEMIIE PALUSTRE PERMANENTE**

EXAMINER

Fièvre ou antécédents de fièvre
au cours des 3 derniers jours

CLASSER

1. Paludisme grave

Signes et symptômes de paludisme
grave ou compliqué
meningite signes d'alarme d'IRA,
signes de déshydratation

2. Accès palustre simple

Frissons,
Fièvre,
Sueurs abondantes

TRAITER et CONSEILLER

1. Paludisme grave

Donner : 1e dose de chloroquine pour le paludisme
1e dose de cotrimoxazole pour IRA
SSS pour la déshydratation
Paracétamol ou aspirine pour la fièvre (annexe 7)
Orienter si possible
Sinon, traiter sur place selon le 4.4. et conseiller

2. Accès palustre simple

Traiter pour le paludisme avec la chloroquine
Ou autre infection identifiée :
Cotrimoxazole pour IRA
SSS pour la déshydratation
Paracétamol ou aspirine pour la fièvre (annexe 7)
Conseiller sur la conduite du traitement
Vérifier l'état vaccinal
Vérifier l'état nutritionnel
Déparasiter avec du mebendazole selon l'âge
Conseiller sur l'allaitement maternel
Prescrire du fer et de la foldine
Conseiller sur l'hygiène et la protection
individuelle et collective
Donner un rendez-vous

Par ailleurs, 2 catégories/classifications seront utilisées :

a. Paludisme grave ou compliqué (maladie très grave)
Ici on retrouvera tous les malades présentant des signes :

- * d'un accès pernicieux
- * d'un paludisme viscéral évolutif
- * d'une fièvre bilieuse hémoglobinurique
- * d'une fièvre chez un nourrisson de moins de 2 mois
- * d'un échec thérapeutique
- * d'alarme d'une IRA
- * de déshydratation sévère

b. l'accès palustre simple

Le traitement se fera en fonction de la classification selon les recommandations du programme national. 3 niveaux de traitement sont définis comme suit :

- ♥ Traitement de 1^{re} intention qui est le traitement de choix de l'accès simple avec la chloroquine.
- ♥ Le traitement de 2^e intention utilisé en l'absence d'une amélioration après 48 à 72 heures du traitement de 1^{re} intention. Il utilise la sulfadoxine-pyriméthamine (fansidar). Ce produit est contre indiqué chez le nourrisson de moins de 2 mois et chez la femme enceinte en fin de grossesse. En son absence, on utilisera le traitement de 3^e intention : la quinine.
- ♥ Le traitement de 3^e intention après l'échec du fansidar et fait appel à la quinine.

4.1. Prendre en charge le nourrisson de moins de 2 mois avec la fièvre en 3 étapes

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Examiner un nourrisson de moins de 2 mois atteint d'un accès aigu de fièvre selon les étapes suivantes :
 - * demander ; regarder/observer, écouter ; palper.
- ♥ Classer la maladie du nourrisson de moins de 2 mois en 1 catégorie: Maladie très grave
- ♥ Traiter la maladie du nourrisson de moins de 2 mois et conseiller

**PRISE EN CHARGE DU NOURRISSON DE MOINS DE 2 MOIS
AVEC LA FIEVRE**

| | |
|---|--|
| <p>EXAMINER</p> <p>Demander</p> <p>Regarder/
observer</p> <p>Ecouter</p> <p>Palper</p> | <ul style="list-style-type: none"> * Age de l'enfant * Début et durée de la maladie * Fievre (corps chaud) durant 2 à 3 jours ou corps anormalement froid * Présence des sueurs abondantes * Médicaments administrés et leur dose * Diarrhée ou vomissements * Mode et qualité d'allaitement * Soif normale ou intense * Toux ou difficultés respiratoires avec durée * Somnolence anormale ou éveil difficile * Convulsions * Mictions douloureuses * Urines troubles ou très foncées * Vaccinations reçues et le carnet ou la carte. <ul style="list-style-type: none"> * Etat de conscience : agitation, somnolence anormale, éveil difficile * Rechercher un tirage sous costal marqué * Compter la fréquence respiratoire pendant 1 minute, 60/mn ou plus = rapide * Bouche et langue sèches ou humides * Yeux normaux ou enfoncés et secs * Larmes absentes ou présentes * Eruption cutanée, plaies, abcès * Pâleur, ictère (conjonctives et muqueuses, paume des mains, plante des pieds). <ul style="list-style-type: none"> * Sueurs * Stridor au repos * Geignement * Respiration sifflante <ul style="list-style-type: none"> * Fièvre ou corps froid * Fontanelle antérieure (bébé calme en position assise) * Abdomen à la recherche d'une grosse rate ou d'un gros foie (bébé calme). |
| <p>CLASSER</p> | <p>a. <u>Maladie très grave</u>, car la fièvre est un signe d'alarme à cet âge (voir tableau 5).</p> |
| <p>TRAITER et
CONSEILLER</p> | <ul style="list-style-type: none"> * Tout cas de maladie très grave est référé à l'hôpital lorsque cela est possible, après avoir donné la première dose d'antipaludique d'antibiotiques, d'antipyrétique, selon les cas. * En cas d'impossibilité de transfert, traiter conformément aux instructions. * Conseiller. |

| | |
|--|---|
| <p>Ecouter</p> <p>Palper</p> | <ul style="list-style-type: none"> * Stridor au repos * Respiration siffiante * Geignement * Pli cutane * Fontanelle antérieure si encore présente * Le tragus de l'oreille à la recherche d'une douleur * La région mastoïdienne derrière l'oreille * Rechercher la raideur de la nuque . * Abdomen a la recherche d'une grosse rate et/ou un gros foie * Autres aires ganglionnaires (cou, aisselles, aines). |
| <p>CLASSER</p> | <p>a. <u>Maladie très grave (paludisme grave et compliqué)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Signe d'alarme pour le paludisme, * Signes d'alarme IRA * Signes de deshydratation severe * Autres signes d'infection grave. <p>b. <u>Accès palustre simple</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Absence de signes d'alarme * Présence des signes de l'accès simple |
| <p>TRAITER et CONSEILLER</p> | <p>a. <u>Maladie très grave</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Transférer en urgence si possible après la le dose d'antipaludique et d'antipyrétique * En cas d'impossibilité de transfert, voir directives au 4.4. <p>b. <u>Acces palustre simple</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Donner la chloroquine * Donner le paracetamol pour la fièvre * Donner du fer apres guérison x 1 mois si possible * Donner de l'acide folique si possible * Donner aliments locaux riches en calories, fer et protéines. * Conseiller sur l'apparition des signes d'alarme * Instruire sur les mesures de lutte collective et individuelle * Vérifier d'autres problèmes de sante : état nutritionnel, vaccinations, alimentation. |

SCHEMAS THERAPEUTIQUES

A/ TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION : (Chloroquine 25 mg/kg en 3 jours) (11)
 10 mg/kg J1, 10 mg/kg J2, 5 mg/kg J3 en 1 prise
 Tableau 7 Posologies pour 150 mg de chloroquine base/comprimés*

| Groupe d'âge | Poids (kg) | 1er jour
Nombre de comprimés | 2e jour
Nombre de comprimés | 3e jour
Nombre de comprimés | Nombre total de comprimés |
|-----------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Moins de 6 mois | 3,4-7,4 | 1/2 | 1/2 | 1/4 | 1 1/4 |
| 6 à 11 mois | 7,5-9,9 | 3/4 | 3/4 | 1/4 | 1 3/4 |
| 1 à 3 ans | 10,0-14,4 | 1 | 1 | 1/2 | 2 1/2 |
| 4 à 6 ans | 14,5-18,4 | 1 1/2 | 1 1/2 | 3/4 | 3 3/4 |
| 7 à 11 ans | 18,5-34,9 | 2 1/2 | 2 1/2 | 1 | 6 |
| 12 à 15 ans | 35,0-59,9 | 4 | 4 | 2 | 10 |
| 16 ans et plus | 60,0 et + | 4 | 4 | 2 | 10 |

* 5 ml de sirop de chloroquine contiennent 80 mg de chloroquine base, ce qui correspond à un demi comprimé environ.

Tableau 8 POSOLOGIES POUR 100 MG DE CHLOROQUINE BASE/COMPRIMÉS*

| Groupe d'âge | Poids (kg) | 1er jour
Nombre de comprimés | 2e jour
Nombre de comprimés | 3e jour
Nombre de comprimés | Nombre total de comprimés |
|-----------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Moins de 6 mois | 3,4-7,4 | 3/4 | 3/4 | 1/4 | 1 3/4 |
| 6 à 11 mois | 7,5-9,9 | 1 | 1 | 1/2 | 2 1/4 |
| 1 à 3 ans | 10,0-14,4 | 1 1/2 | 1 1/2 | 1/2 | 3 1/2 |
| 4 à 6 ans | 14,5-18,4 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| 7 à 11 ans | 18,5-34,9 | 3 1/2 | 3 1/2 | 1 1/2 | 8 1/2 |
| 12 à 15 ans | 35,0-59,9 | 6 | 6 | 3 | 15 |
| 16 ans et plus | 60,0 et + | 6 | 6 | 3 | 15 |

* 5 ml de sirop de Nivaquine contiennent 25 mg de chloroquine base, ce qui correspond à 1/4 comprimé de 100 mg.

B/ TRAITEMENT DE DEUXIEME INTENTION (Sulfadoxine-Pyriméthamine (Fansidar) (12)

Tableau 9 POSOLOGIE DE SULFADOXINE (50 mg) - PYRIMETHAMINE (25 mg) (Fansidar)

| Groupe d'âge | Poids | Nombre total de comprimés |
|----------------|---------------|---------------------------|
| > 3 mois | 6 - 9 kg | 1/4) |
| 1 à 3 ans | 10 - 14 kg | 1/2) |
| 4 à 6 ans | 15 - 18 kg | 1) |
| 7 à 11 ans | 19 - 35 kg | 1 1/2) en une prise |
| 12 à 15 ans | 35 - 59 kg | 2) |
| 16 ans et plus | 60 kg et plus | 3) |

NB: Les sulfamides en général, la sulfadoxine pyriméthamine (fansidar) en particulier sont contre indiqués chez le nourrisson de moins de 2 mois. Il serait souhaitable de les éviter chez la femme enceinte en fin de grossesse.

C/ TRAITEMENT DE TROISIEME INTENTION (13)

(Quinine à raison de 25 à 30 mg/kg en 3 prises toutes les 8 heures)

Tableau 10 POSOLOGIE DE LA QUININE

| AGE | Dosage journalier pendant 7 jours | | | Intervalle par heure (h) |
|----------------|-----------------------------------|--------|--------|--------------------------|
| | Comprimés dosés à | | | |
| | 100 mg | 200 mg | 300 mg | |
| Moins d'1 an | 3/4 | 3/8 | 1/4 | ttes les 8 h |
| 1 - 3 ans | 1 1/2 | 3/4 | 1/2 | ttes les 12 h |
| 4 - 6 ans | 1 1/2 | 3/4 | 1/2 | ttes les 8 h |
| 7 - 11 ans | 3 | 1 1/2 | 1 | ttes les 8 h |
| 12 - 15 ans | 4 1/2 | 2 1/4 | 1 1/2 | ttes les 8 h |
| 16 ans et plus | 6 | 3 | 2 | ttes les 8 h |

La tétracycline ou la doxycycline, peuvent être associées à la quinine, à la dose de 200 mg le premier jour et 100 mg pendant les six jours suivants sauf chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 8 ans. On prendra soin d'arrêter quinine après 3 jours. La dose journalière ne doit pas dépasser 1500 mg soit 15 comprimés de 100 mg ou 5 comprimés de 300 mg.

4.3. Référer un enfant atteint de maladie très grave

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Organiser la référence dans sa zone de responsabilité.

Le malade à référer est celui dont la prise en charge ne peut être faite sur place pour l'une des raisons suivantes:

- * La gravité de la maladie,
- * Le manque de matériel ou le manque de compétences.

En collaboration avec les membres de sa communauté, l'agent de santé pourra organiser un système de référence adapté à leurs moyens. Toutefois, avant de référer un malade, l'agent de santé doit :

- * s'assurer de la sécurité, de la faisabilité du transfert en utilisant les moyens accessibles et sans danger (véhicule médical, charette, vélo, moto, chevaux, véhicule privé ou pirogue) ;
- * s'assurer que le malade sera bien reçu et tirera un bénéfice de la référence (meilleures compétences et soins sans frais supplémentaires) ;
- * rédiger la lettre de référence expliquant la maladie et le traitement en cours.

Lorsque ces conditions sont remplies, la référence se fera conformément à la figure 5.

Figure 6 Référer un enfant atteint d'un cas grave ou compliqué

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1er
E
C
H
E
L
L
O
N | Centre
Socio-
Sanitaire | Consultation (1er contact)
Signes de gravité/alarme
. troubles de la conscience, convulsions, coma
. hyperthermie ou hypothermie
. anémie grave, ictère, saignements spontanés
. collapsus (extrémités froides, pouls filant)
. diminution/absence d'urines
. signes d'alarme d'IRA
. signes de déshydratation | |
| | 2e
E
C
H
E
L
L
O
N | Consultation
de référence | Reférer

Faire goutte épaisse (GE) ----- |
| | | GE négative | GE positive |
| | Hôpital de
District | Chercher autres
causes et traiter
Méningite, fièvre
typhoïde, IRA,
Shigellose etc.. | Quinine injection en IV dans du solute
glucose à 5 % en 4 heures ou en IM
préalablement dilué dans 5 ml de solvant.
Quinine base 8 mg/kg ou Quinine sel 10 mg/kg
toutes les 8 heures consécutives.

NB: Relayer dès que possible, par la
chloroquine à la dose de 25 mg/kg en 3 jours
ou Fansidar à la posologie recommandée. |

Source : Guide de Formation pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la prise en charge correcte du paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93, modifiée

4.4. Traiter un enfant atteint de paludisme grave ou compliqué en cas de référence impossible

En cas d'impossibilité de transfert, le traitement se fera sur place en utilisant la voie intramusculaire conformément aux doses recommandées par le programme national.

Il faut rechercher les signes d'une méningite. L'agent de santé pourra faire une ponction lombaire, s'il maîtrise bien sa technique. Il devra s'entourer de toutes les précautions nécessaires.

Le schéma thérapeutique de la femme enceinte atteinte de paludisme se trouve en annexe 8.

4.5. Enregistrer les malades selon l'âge et la zone (14)

A la fin de cette partie de la session, le participant doit être capable de :

- ♥ Citer au moins 3 sources des données sanitaires
- ♥ Citer les 3 formes de paludisme à enregistrer selon le programme national
- ♥ Calculer une moyenne arithmétique
- ♥ Calculer un pourcentage
- ♥ Enregistrer correctement les cas reçus dans sa zone de responsabilité.

La collecte et la notification des cas de paludisme fait appel à une collaboration de plusieurs intervenants dans la pyramide sanitaire ; professionnels et non professionnels. On peut ainsi identifier à temps le début d'une épidémie et se préparer à y faire face.

4.5.1. Citer les sources des données

Elles sont recueillies dans les :

- * registres d'hospitalisation ;
- * registres des laboratoires ;
- * enquêtes dans la communauté
- * certificats de décès ;
- * rapports spéciaux ;
- * rapports mensuels.

4.5.2. Enregistrer le paludisme

En fonction des signes cliniques et des résultats au traitements, le programme national de lutte contre le paludisme retient les formes suivantes à notifier :

- * paludisme simple
- * paludisme grave et compliqué
- * échec thérapeutique

4.5.3. Analyser et interpréter des données statistiques

Les principaux termes utilisés dans le recueil des données sont :

Écart : différence entre le plus grand et le plus petit nombre. (Exemple : les âges des malades enregistrés dans la journée au CS de Farcha sont 50, 6, 4, 17, 21, 42, 18. Écart = 50 - 4 = 46). Pour ce faire, ranger les chiffres dans l'ordre : 50, 42, 21, 18, 17, 6, 4.

Moyenne arithmétique : la somme de toutes les valeurs divisée par le nombre d'observations.

Exemple : $\frac{50 + 42 + 21 + 18 + 17 + 6 + 4}{7} = \frac{158}{7} = 22,7$

Le pourcentage : C'est le nombre d'objets d'un groupe divisé par le nombre total d'objets et multiplié par 100.

Exemples :

| | |
|-----------|-----------------------|
| village A | 60 malades paludéens |
| village B | 120 malades paludéens |
| village C | 72 malades paludéens |
| | ----- |
| Total | 252 malades paludéens |

$$\text{village A} = \frac{60}{252} \times 100 = 23,80\%$$

$$\text{village B} = \frac{120}{252} \times 100 = 47,90\%$$

$$\text{village C} = \frac{72}{252} \times 100 = 28,57\%$$

Le paludisme est très important dans le village B.

Incidence : c'est la proportion des nouveaux cas spécifiques à une maladie survenant au cours d'une période.

Le taux d'incidence est le rapport de la proportion rapportée à la population donnée multipliée par 100, 1000, etc. Ceci dépend de la taille de la population.

Exemple: A la SMI/BEF de Sarh, 1644 nouveaux cas de paludisme ont été enregistrés à la consultation des enfants de juillet 92 à juin 93, sur un total de 10741 enfants consultés. L'incidence du paludisme sera :

$$\frac{\text{Nouveaux cas de paludisme}}{\text{Nombre d'enfants consultés}} \times 100 = \frac{1644}{10741} \times 100 = 15,30\%$$

Létalité : nombre de décès rapporté au nombre de malades hospitalisés pour la même cause.

Le taux est la multiplication de ce rapport par 100.

Exemple : La pédiatrie de l'Hôpital Central de Sarh a reçu 1444 malades de juillet 92 à juin 93. Parmi ces malades hospitalisés il y avait 772 cas de paludisme et 100 cas de méningite. On a enregistré 10 décès parmi les cas de paludisme et 10 décès parmi les cas de méningite.

a. Taux de létalité du paludisme

$$\frac{\text{Nombre de décès dus au paludisme}}{\text{Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme}} \times 100 = \frac{10 \times 100}{772} = 1,3\%$$

b. Taux de létalité de la méningite

$$\frac{\text{Nombre de décès dus à la méningite}}{\text{Nombre total de malades hospitalisés pour méningite}} \times 100 = \frac{10 \times 100}{100} = 10\%$$

Le taux de létalité du paludisme est de 1,3% et celui de la méningite 10%. On peut conclure que la méningite a été plus meurtrière que le paludisme pendant la période considérée.

La prévalence : c'est le nombre de nouveaux et anciens cas à un temps donné (t). (C'est le nombre des consultations dans le rapport mensuel).

Exemple 1 : en mars on dénombre 12 malades dont 5 nouveaux cas
 $5 + 7 = 12$.

Le taux de prévalence est le rapport entre le nombre total de malades et la population donnée $\times 100$.

Exemple 2 : La consultation de pédiatrie de la SMI/BEF de Sarh a reçu 2500 enfants atteints de paludisme (anciens et nouveaux cas) de juillet 92 à juin 93, sur un total de 10741 consultations. Le taux de prévalence du paludisme est de :

$$\frac{\text{Nombre total de malades avec paludisme}}{\text{Nombre total de consultations}} \times 100 = \frac{2500}{10741} \times 100 = 23,3\%$$

La prévalence est différente de l'incidence. L'incidence tient compte des nouveaux cas uniquement, alors que la prévalence tient compte des cas nouveaux et anciens.

Les données recueillies sont représentées sous forme de graphiques. Les activités de la SMI/BEF de Sarh et les hospitalisations pédiatriques de l'Hôpital Central de Sarh sont représentées aux figures 6 et 7, à titre d'exemple.

Figure 7

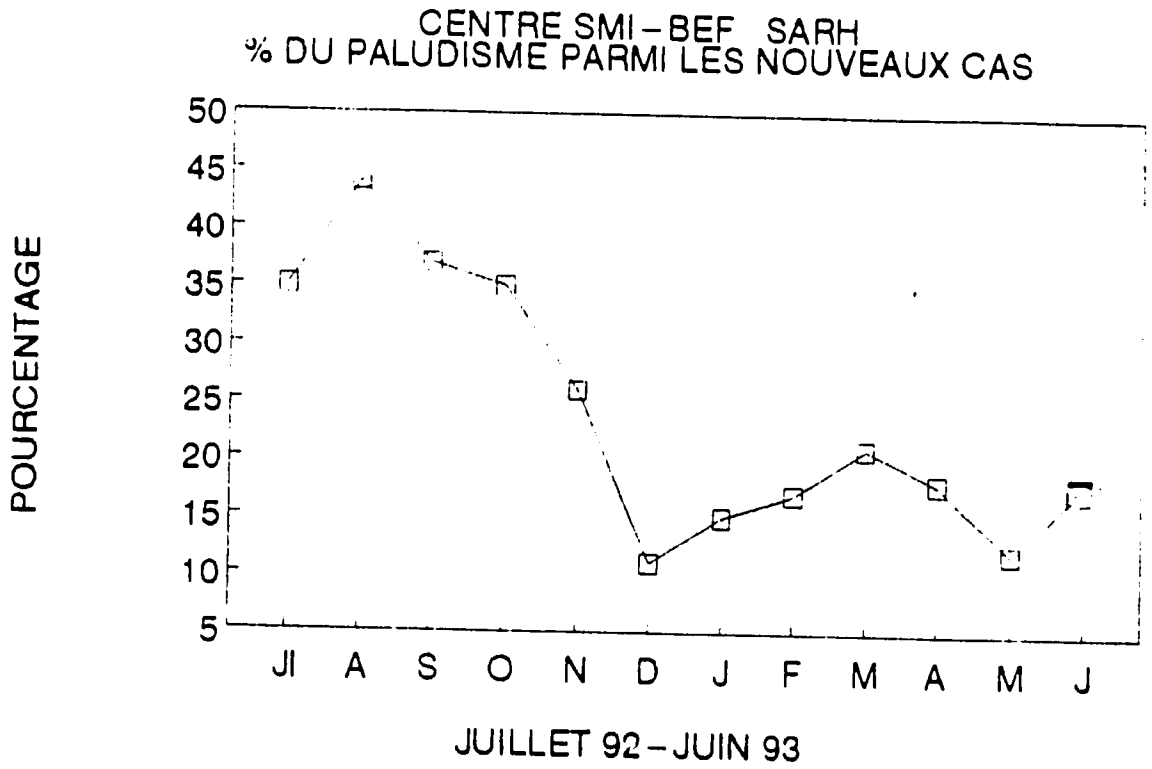
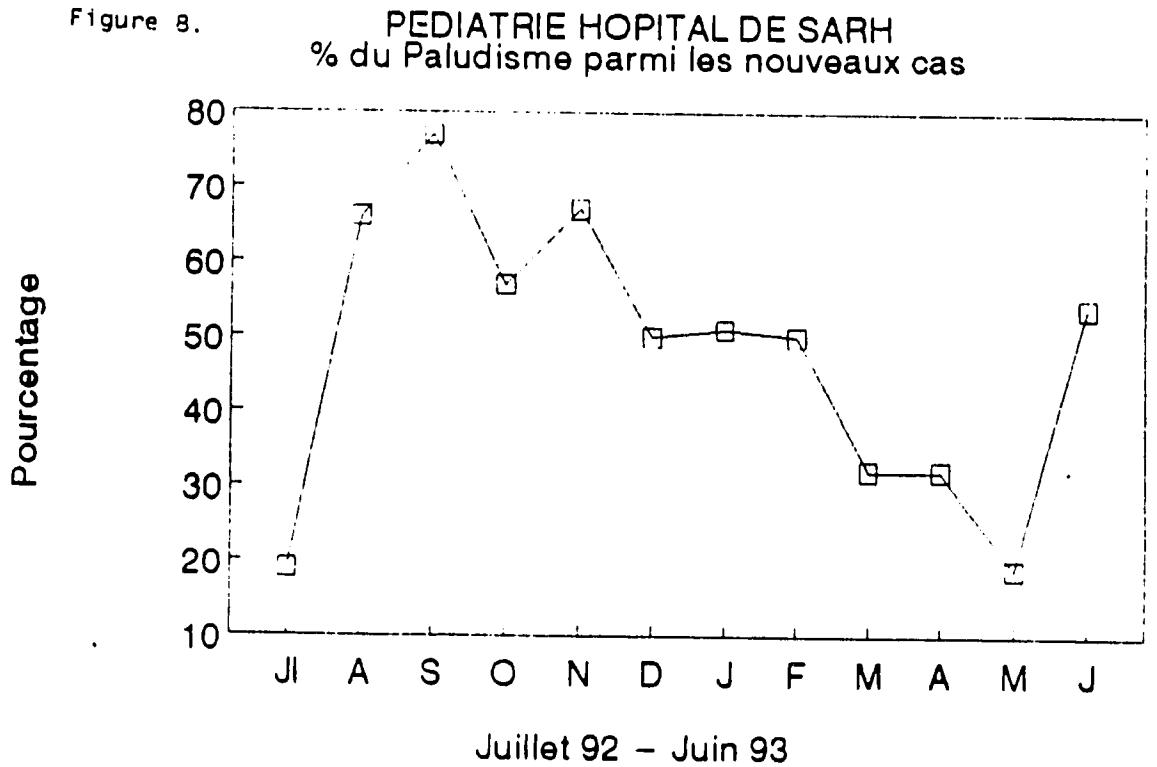


Figure 8.



V. ADAPTER LA LISTE DE CONTROLE POUR LA SUPERVISION FORMATIVE INTEGREE

Ce module étant le dernier des trois modules techniques de Survie de l'Enfant, à la fin de la séance, les participants auront adopté une liste de contrôle pour la Supervision Formative Intégrée (SFI)

- 5.1. Identifier les compétences cliniques du personnel lors de l'approche Intégrée de l'enfant malade
- 5.2. Etablir la liste pour le support matériel et logistique pour la mise en route de la consultation des enfants malades
- 5.3. Evaluer l'accessibilité du centre de santé pour les soins aux enfants malades
- 5.4. Etablir la liste des points pour observer l'efficacité de la prise en charge des enfants malades
- 5.5. Evaluer la satisfaction des mères sur la prise en charge
- 5.6. Evaluer l'efficacité de la prise en charge

La liste de contrôle qui suit est aussi complète que possible. Elle doit être expérimentée sur le terrain, révisée dans le cadre d'une supervision intégrée des activités de Santé Maternelle et Infantile (SMI), Bien-Etre Familial (BEF) et des activités du Paquet Minimum d'Activités (PMA)

5.1. COMPETENCES CLINIQUES A PRENDRE EN CHARGE L'ACCES FEBRILE/LE PALUDISME

| N° | COMPETENCES CLINIQUES
ou L'APPROCHE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE |
|----|--|
| 1 | <p data-bbox="333 293 1036 325"><u>Examiner</u> un enfant atteint d'un accès fébrile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="333 347 1009 470">* Demander/interroger, Observer/regarder, Age de l'enfant <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="519 411 769 439">. moins de 2mois, <li data-bbox="519 439 743 470">. 2mois - 5 ans <li data-bbox="333 491 848 519">* Début et durée de la maladie <li data-bbox="333 541 1444 569">* Présence de fièvre (corps chaud) ou corps anormalement froid, sueurs <li data-bbox="333 590 874 618">* Présence des sueurs abondantes <li data-bbox="333 640 890 668">* Médicaments donnés et leur dose <li data-bbox="333 689 754 717">* Diarrhée, vomissements <li data-bbox="333 739 962 767">* Mode d'allaitement, nombre de tétés <li data-bbox="333 789 1009 817">* Types de bouillie, nombre de repas/jour <li data-bbox="333 838 962 866">* Capacité à boire, douleur a la gorge <li data-bbox="333 888 769 916">* Soif normale ou intense <li data-bbox="333 937 1025 965">* Toux, difficultés respiratoires et durée <li data-bbox="333 987 1025 1015">* Douleur /écoulement à l'oreille et durée <li data-bbox="333 1037 994 1065">* Somnolence anormale ou éveil difficile <li data-bbox="333 1086 586 1114">* Convulsions <li data-bbox="333 1136 649 1164">* Fatigue extrême <li data-bbox="333 1185 931 1213">* Saignement anormal (nez, gencives) <li data-bbox="333 1235 743 1263">* Mictions douloureuses <li data-bbox="333 1284 884 1313">* Urines troubles ou très foncées <li data-bbox="333 1334 1088 1362">* Vaccinations reçues et le carnet ou la carte. |
| 2 | <p data-bbox="333 1429 1009 1552"><u>Examiner</u> un enfant atteint d'un accès fébrile
Observer, Regarder, Ecouter, Palper,
pour rechercher les signes de gravité
pour rechercher les autres problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="333 1573 1412 1601">Etat Général / Conscience = agité, somnolent ou difficile à éveiller <li data-bbox="333 1623 1213 1651">Température = Fièvre, ou frissons, ou sueurs, corps froid <li data-bbox="333 1673 1480 1701">Hydratation = Etat général, soif, pli cutané (Plans C et B), voir tableau 4 <li data-bbox="333 1722 1025 1750">Nutrition = Signes de Marasme, Kwashiorkor <li data-bbox="333 1772 1009 1800">Fontanelle antérieure = bombée (bébé calme) <li data-bbox="333 1821 680 1849">Nuque = raideur <li data-bbox="333 1871 1244 1899">Peau = Eruption, desquamation, plaie infectée, abcès <li data-bbox="333 1920 1480 1949">Conjonctives, paume des mains, plante des pieds et muqueuses = pâleur, ictère <li data-bbox="333 1970 1339 1998">Cavité buccale = rougeur, muguet, gingivite (plaies des gencives) |

| | |
|----|---|
| | Gorge = douleur, incapacité de boire, rougeur, points blancs |
| | Oreilles = douleur à la pression ou écoulement |
| | Poumons = Fréquence Respiratoire par minute :
Moins de 2 mois = 60/min ou plus,
2 mois à 12 mois = 50/min ou plus,
1 an à 5 ans = 40/min ou plus
Tirage inter-costal marqué,
Stridor de repos,
Respiration sifflante |
| | Abdomen = ballonnement, douleur, défense, foie et rate palpables (bène calme) |
| | Ganglions = tuméfactions sous maxillaire, à l'aisselle, à l'aîne |
| | Articulations et membres = tumefactions |
| | Urines = douleur a la miction, aspect trouble/purulent |
| 3 | <u>Classer</u> la maladie chez un enfant âgé de moins de 2 mois:
<u>Maladie très grave</u> , car fièvre = signe d'alarme a cet âge (voir module IRA). |
| 4 | <u>Traiter</u> la maladie chez un enfant âgé de moins de 2 mois
<ul style="list-style-type: none"> • Toute maladie tres grave est référé à l'hôpital si possible, apres avoir donné la 1ere dose d'antipaludéen d'antibiotiques, d'antipyrétique • En cas d'impossibilité de transfert, traiter selon les instructions • En absence de maladie, conseiller |
| 5 | <u>Classer</u> la maladie chez un enfant âge de 2 mois à 5 ans:
a. <u>Maladie très grave (paludisme grave et compliqué)</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Signe d'alarme pour le paludisme, • Signes d'alarme IRA • Signes de deshydratation severe • Autres signes d'infection grave • Autres signes de malnutrition grave. b. <u>Accès palustre simple</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de signes d'alarme • Présence des signes de l'accès simple |
| 6 | <u>Traiter</u> la maladie chez un enfant âgé de 2 mois à 5 ans:
a. <u>Maladie très grave</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Transférer en urgence si possible apres la 1e dose d'antipaludique et d'antipyrétique • En cas d'impossibilité de transfert, voir directives b. <u>Accès palustre simple</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Donner la chloroquine • Donner le paracétamol pour la fièvre • Donner du fer après guérison x 1 mois • Donner aliments locaux riches en calories, fer et protéines |
| 7 | Montrer à la mère les doses et la fréquence des prises de médicaments |
| 8 | Vérifier en posant des questions ouvertes la compréhension
<ul style="list-style-type: none"> • de la preparation • et de l'administration par la mère |
| 9 | Citer les signes d'alerte pour revenir au centre de sante |
| 10 | Conseiller sur l'allaitement, l'alimentation, et les vaccinations |
| 11 | Enregistrer le malade et le traitement prescrit
Referer si necessaire |
| 12 | Donner un rendez-vous |

5.2. SUPPORT MATERIEL ET LOGISTIQUE POUR LA CONSULTATION D'ENFANTS MALADES

| N° | SUPPORT MATERIEL ET LOGISTIQUE | OUI | NON |
|----|---|-----|-----|
| 1 | Tableaux de prise en charge en nombre suffisant :
. des infections respiratoires aiguës
. des maladies diarrhéiques
. du paludisme | | |
| 2 | Matériel IEC
pour les maladies diarrhéiques
pour la lutte contre le paludisme | | |
| 3 | Feuilles de prescription et d'instructions | | |
| 4 | Fiches de référence et contre référence | | |
| 5 | Bulletins de liaison pour les malades référés | | |
| 6 | Registres des consultations prénatales (CPN) | | |
| 7 | Registres de consultation curative | | |
| 8 | Sachets de SRO dans la salle de consultation | | |
| 9 | Balances de type SALTER | | |
| 10 | Montre avec trotteuse, ou minuteur | | |
| 11 | Antipyrétiques | | |
| | . Paracétamol | | |
| | . Aspirine | | |
| 12 | Antipaludiques | | |
| | . Chloroquine | | |
| | . Sulfadoxine pyriméthamine ou "Fansidar" (*) | | |
| | . Quinine comprimés | | |
| | . Quinine injectable (*)
. Solutés de perfusion pour Quinine inj. (*)
. Matériel de perfusion (*) | | |
| 13 | Stocks de Sachets de SRO pour un trimestre | | |
| 14 | Antibiotiques à nom générique | | |
| | . Cotrimoxazole | | |
| | . Métronidazole | | |
| | . Pénicilline procaine (*) | | |
| | . Pénicilline G (*) | | |
| | . Pénicilline V
. Chloramphénicol | | |
| 15 | Bronchodilatateurs = Salbutamol | | |
| 16 | Vermifuges = | | |
| | . Mebendazole | | |
| | . Pipérazine | | |
| 17 | Antianémiques | | |
| | . Fumarate de fer | | |
| | . Acide folique (foldine) | | |
| 18 | Matériel de stérilisation | | |
| | . Réchaud et pétrole | | |
| | . Cocotte - minute pour stérilisation | | |
| | . "Poissonnière" | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 19 | Matériel de vaccination
Réfrigérateur
Thermomètre
Feuille de surveillance de la chaîne de froid
Vaccins: BCG, DTCoqPolio, Rouvax, Antiméningo.
Matériel d'injection | | |
| 20 | Microscope, lames et réactifs divers | | |
| 21 | Vérification des stocks et des commandes | | |
| 22 | Point d'eau potable , ou eau de boisson | | |
| 23 | <p>COIN TRO ET DE RECUPERATION NUTRITIONNELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> . Directives du Programme National LMD . Liste de contrôle des compétences cliniques . Fiche d'observation et de suivi TRO . de quoi écrire (crayon, stylos) . Registre de prise en charge de diarrhées . Balance SALTER . Balance pèse - bébé . Bandelette tricolore (périmètre brachial) . Toise horizontale . Courbes de poids . Tableau Simplifié du Développement Psychomoteur . Thermomètres . Lampes torches . Abaisse - langues en nombre suffisant . Tableau mural de prise en charge "diarrhée" . Grandes nattes en plastique . Récipients, ou seaux de 25 litres . Cuvettes . Savon . Essuie - mains propres . Capuchon de bouteille propre (pour démonstration) . Sel de cuisine écrasé . Sucre en morceaux, en pain ou en poudre . Eau potable/eau de boisson . Cuillères à café . Louches . Verres "dinedj" de 50 ml . Marmites "tawa" . Foyers améliorés en terre battue . Allumettes . Sakane en plastique . Récipients de 1 litre, 1/2 corro ou 1 "langa" . Sachets de SRO bien conservés, en nombre suffisant . Agrumes (citron, orange) pour aromatiser . Tables basses . Etagères . Tabourets . Armoire de rangement . Lits . Matériel de nettoyage . Sondes nasogastriques . Sparadrap . Seringues de 10 ml | | |

5.3. ACCESSIBILITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES

| N° | ACCESSIBILITE | OUI | NON |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Curative :
. Agent de santé formé et disposant de matériel pour prendre en charge et traiter les trois principales maladies (IRA, Diarrhées, Palu) | | |
| 2 | Préventive et promotionnelle :
Agent formé à assurer un calendrier d'activités de prévention des trois principales maladies et de promotion par l'IEC sur les thèmes suivants
. Allaitement maternel exclusif
. Sevrage progressif
. Construction des latrines
. Construction des puits protégés avec margelles et couvercles
. Utilisation adéquate des latrines
. Lavage des mains avec du savon après les selles, avant de toucher ustensiles et aliments avant de manger
. Lavage des aliments crus
. Promotion de la TRO
. Vaccination anti rougeoleuse
. Couvercle sur tout réservoir d'eau (canaris, puits),
. Assèchement des flaques d'eau, remblayage des trous
. Couverture des puisards, caniveaux, eaux usées
. Traitement des ordures ménagères,
. Une distance de 5 à 10 mètres entre les habitations et les plantations de maïs et de mil, et de toute autre plante dont les feuilles peuvent retenir l'eau. | | |
| 3 | Financière (pour mémoire)
. Coût des soins en rapport avec les revenus des populations (recouvrement des coûts de santé) | | |
| 4 | Culturelle | | |
| | . Vérification de l'acceptabilité dans la communauté des instructions données sur le traitement des IRA en 5 jours, sur la TRO, la SSS et sur le traitement anti paludique en une prise unique par jour pendant 3 jours de suite | | |
| | . Vérification de l'exécution des conseils et instructions sur les mesures de protection collective contre les Maladies Diarrhéiques et le Paludisme | | |
| | . Vérification de l'acceptabilité dans la communauté des instructions données sur l'utilisation adéquate des latrines, le traitement des ordures ménagères, et les plantations à 5 - 10 mètres des habitations | | |
| | . Reformulation des conseils sous forme de messages adaptés à chaque couche de la population (ou auditoire) | | |
| | . Vérification de la capacité des mères à reconnaître les messages adaptés | | |

| 5 | Géographique | NOMBRE DE CAS OU DISTANCE |
|---|---|---------------------------|
| . | Nombre d'enfants de moins de 5 ans vivant dans un rayon de 5 km (recensement par famille) | |
| . | Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le rayon ayant eu une IRA, une diarrhée, ou un accès palustre dans le trimestre précédent | |
| . | Distance entre le centre de santé et l'hôpital de district (nombre d'heures ou de journées de marche) | |
| . | Distance entre le centre de santé et le dépôt pharmaceutique en l'absence de recouvrement de coûts | |

5.4. EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES

| Nº | EFFICACITE | NOMBRE DE CAS OU PROPORTION |
|----|--|-----------------------------|
| 1 | Détermination du nombre de nouveaux cas d'IRA, de diarrhées, ou d'accès palustre pour un trimestre | |
| 2 | En utilisant Nº1 comme dénominateur, trouver les proportions suivantes : | |
| . | Nouveaux cas traités pour IRA, aux antibiotiques au centre de santé | |
| . | Nouveaux cas traités par TRO au centre de santé | |
| . | Nouveaux cas traités par Chloroquine à 25mg/kg pour 3 jours au centre de santé | |
| . | Nouveaux cas avec recours aux remèdes inutiles | |
| . | Nouveaux cas référés | |
| . | Nouveaux cas non guéris au bout de 5 jours de traitement (Trt) pour les IRA au bout de 72 heures de Trt pour les diarrhées au bout de 3 jours de Trt pour l'accès palustre | |
| 3 | Détermination du nombre de décès liés aux IRA, aux diarrhées et au Paludisme | |

5.5. SATISFACTION DES MERES VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE

| Nº | SATISFACTION DES MERES | OUI | NON |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Compréhension de l'importance de la prise en charge des toux et difficultés respiratoires, des diarrhées et des accès fébriles par des mères | | |
| 2 | Satisfaction des mères pour le traitement prescrit | | |
| 3 | Satisfaction des mères par la disponibilité : | | |
| | . des sachets SRO | | |
| | . de la Solution Salée Sucrée (SSS) | | |
| | . et des médicaments | | |
| 4 | Satisfaction des mères par les activités d'IEC | | |

5.6. EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES

| Nº | EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE | NOMBRE DE CAS |
|----|--|---------------|
| 1 | Détermination du nombre de cas d'IRA, de diarrhées et de Paludisme reçus au centre de santé par rapport au nombre total de cas dans la communauté pendant une période donnée | |
| 2 | Détermination du nombre total de cas d'IRA, de diarrhées et de Paludisme (anciens et nouveaux) par rapport à la quantité de sachets de SRO utilisés pour une période donnée | |
| 3 | Détermination du nombre de cas d'IRA, de diarrhées traités abusivement par des antibiotiques | |
| 4 | Détermination du nombre de cas de Paludisme traités abusivement par la quinine injectable | |
| 5 | Détermination du pourcentage de malades bien classés | |

ANNEXES

Annexe 1 : Signes du paludisme communs à d'autres affections

Annexe 2 : Prélèvement et confection des lames pour microscopie

Annexe 3 : Lecture des lames par le système des "plus"

Annexe 4 : Nettoyage et conservation des lames

Annexe 5 : Entretien du microscope

Annexe 6 : La Résistance

Annexe 7 : Traitement de la Fièvre chez l'enfant de 2 mois à 5 ans

Annexe 8 : Chimio prophylaxie chez la femme enceinte

Annexe 9 : Traitement du paludisme (PNLAP)

Annexe 10 : Médicaments

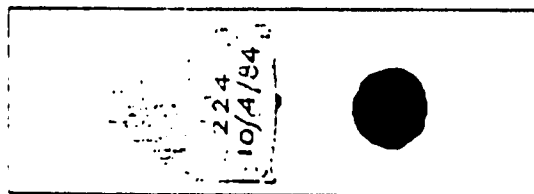
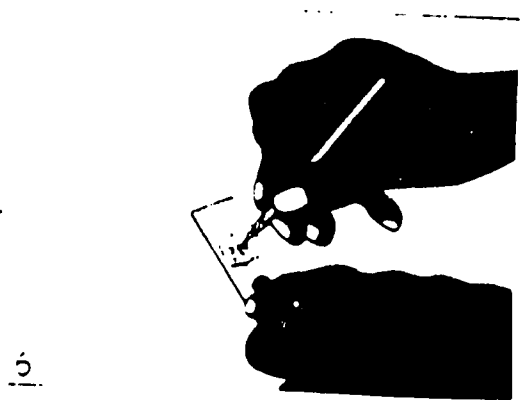
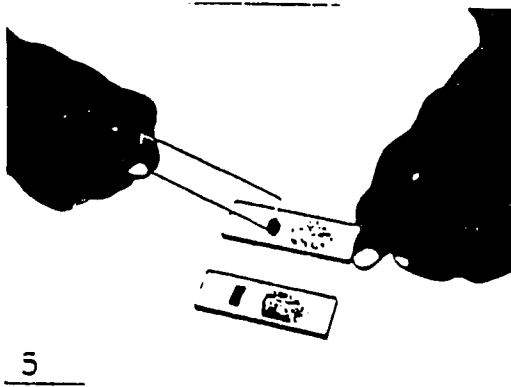
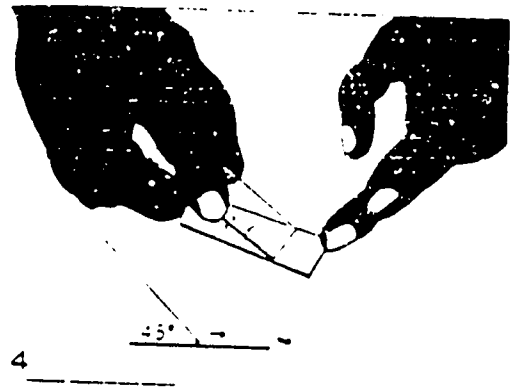
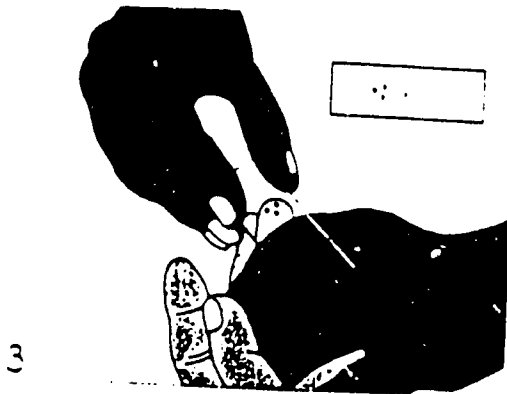
Annexe 1

SIGNES DU PALUDISME COMMUNS A D'AUTRES AFFECTIONS

| Signes | Affections |
|---------------------------|--|
| Fièvre | <ul style="list-style-type: none"> . Infections respiratoires aiguës (IRA) :
pneumonie, otite aiguë, angine streptococcique, mastoïdite. . Diarrhée virale . Diarrhée bactérienne ; Shigellose . Fièvre typhoïde (Salmonellose) . Diarrhée secondaire à une IRA . Paludisme . Méningites . Septicémies . Infections urinaires . Gingivostomatite, aphtes . Autres infections virales et bactériennes. |
| Respiration rapide | <ul style="list-style-type: none"> . IRA : pneumonie, angine streptococcique . Déshydratation avec acidose . Paludisme avec fièvre . Insuffisance cardiaque secondaire à une anémie ou une cardiopathie. |
| Pâleur | <ul style="list-style-type: none"> . Paludisme . Infections bactériennes diverses : IRA
méningites, Septicémies, infections urinaires
etc... . Hémoglobinopathies (drépanocytose) . Carences nutritionnelles : malnutrition anémie
ferriprive . Parasitoses intestinales :
ankylostomiase, Shigellose, amibiase . Leucémies, Lymphomes |
| Splénomégalie | <ul style="list-style-type: none"> . Paludisme . Infections bactériennes: méningites,
septicémies, infections urinaires, pneumonie. . Hémoglobinopathies : drépanocytose . Leucémies, Lymphomes . Hypertension portale. |

| | |
|----------------------|--|
| Hépatomégalie | <ul style="list-style-type: none"> . Paludisme . Infections bactériennes diverses :
méningites, Septicémies, infections urinaires,
pneumonie . Abscess amibien du foie . Insuffisance cardiaque . Hémoglobinopathies (drépanocytose) . Tumeurs malignes du foie
(hépatoblastome) . Hépatite virale. |
| Ictère | <ul style="list-style-type: none"> . Paludisme avec destruction des globules rouges . Hémoglobinopathies : drépanocytose . Hépatite virale . Infections bactériennes . Incompatibilité foetomaternelle chez le
nouveau-né . Infections néonatales. |
| Convulsions | <ul style="list-style-type: none"> . Paludisme . Méningite . Traumatisme crânien . Fièvre . Troubles métaboliques (hypoglycémie) . Tumeur cérébrale . Abscess du cerveau . Epilepsie. |

Annexe 2 PRELEVEMENT ET CONFECTION D'UNE LAME POUR MICROSCOPIE (15)



Exemple d'un frottis mince et épais
correctement réalisé et marqué

152-

Annexe 3

LECTURE DES LAMES (16)
(Système des "plus")

Le système des "plus" indique l'abondance relative des parasites à l'aide d'un code allant de 1 à 4 signes "plus". La lecture se fait comme suit :

- + = 1 - 10 parasites par 100 champs dans le frottis épais
- ++ = 1 - 100 parasites par 100 champs dans le frottis épais
- +++ = 1 - 10 parasites par champ dans le frottis épais
- ++++ = plus de 10 parasites par champ dans le frottis épais.

Annexe 4 NETTOYAGE ET CONSERVATION DES LAMES POUR MICROSCOPIE (17)

1. **Nettoyage**

Il faut souligner que les lames utilisées pour la confection des préparations de sang à examiner au microscope doivent être propres et de bonne qualité. Toutes seront parfaitement propres, dégraissées et sèches. On évitera ainsi la plupart des artefacts qui gênent le diagnostic du paludisme et on empêchera les frottis épais de se décoller et de s'en aller pendant la coloration. Eliminer tout matériel défectueux, par exemple :

- a) les lames qui ont des tâches irisées ou un aspect dépoli;
- b) les lames qui ne sont pas parfaitement propres, qu'elles soient neuves ou usagées;
- c) les vieilles lames dont la surface est rayée ou les bords ébréchés.

1.1 **Lames neuves**

Il est sage de laver toutes les lames neuves (y compris les lames du commerce pré-nettoyées) en les laissant tremper dans de l'eau additionnée d'un bon détergent(1) puis de les rincer pendant plusieurs heures à l'eau courante ou dans plusieurs bains d'eau propre. Chaque lame sera essuyée en les prenant par les bords pour éviter de laisser des traces de doigts ou de graisse.

1.2 **Lames réutilisées**

Il est recommandé de placer les lames déjà utilisées dans de l'eau additionnée d'un détergent. Après un bon trempage on les sortira et on les nettoiera une à une avec un tampon de gaze ou de coton hydrophile jusqu'à ce que toutes les traces de frottis et d'huile aient été enlevées. On les placera ensuite dans une nouvelle solution de détergent, puis dans l'eau courante ou dans plusieurs bains d'eau propre avant de les sécher avec un chiffon de coton propre. Les lames légèrement rayées que l'on considère comme impropres à la fabrication des frottis peuvent encore être utilement cédées à la section d'entomologie pour les travaux de routine.

2. **Conservation des lames**

On ne laissera pas les lames exposées à l'air ambiant des pays tropicaux humides pendant plus de quelques semaines, sans quoi l'humidité les fera coller l'une à l'autre et elles perdront leur transparence et prendront un aspect "givré". Après le nettoyage, il est préférable de conserver les lames dans un endroit sec ou dans une armoire de rangement à air chaud.

Il est recommandé de conserver les lames nettoyées par paquets de 10, enveloppés dans du papier fin et attachés avec du ruban adhésif cellulosique ou des élastiques, de façon qu'elles soient prêtes à l'emploi. Les paquets de lames peuvent être placés dans la boîte en carton d'origine ou dans toute autre boîte convenable et isolés pour l'envoi ou le transport avec du carton ondulé, de la mousse de polystyrène ou du coton hydrophile.

(1) Le sulfochromique n'est plus recommandé pour le nettoyage.

Annexe 5 ENTRETIEN DU MICROSCOPE (18)
CE QU'IL FAUT FAIRE

1. Maintenir le microscope couvert d'une housse propre en tissu ou en matière plastique en dehors des périodes d'utilisation.
2. Veiller plus particulièrement à protéger le microscope de la poussière en saison chaude et sèche.
3. Veiller plus spécialement à protéger les lentilles et les prismes du microscope contre le développement des moisissures en saison chaude et humide.

Remarque : la protection peut être réalisée de différents manières :

- 3.1 *Conserver si possible le microscope dans une pièce climatisée.*
- 3.2 *Conserver le microscope dans une pièce spéciale, débarrassée de son humidité (un déshumidificateur électrique coûte deux fois moins qu'un climatiseur).*
- 3.3 *Monter un certain nombre d'ampoule de 15 ou de 25 watts dans un placard dont les portes ferment bien.*
- 3.4 *Placer une ampoule de 15 watts dans la boîte du microscope qui joue alors le rôle d'une armoire à air chaud.*
- 3.5 *Dans les régions où il n'y a pas l'électricité, installer une étagère destinée à recevoir la boîte du microscope à environ 30 cm au-dessus de la bouche d'évacuation du réfrigérateur ou du congélateur à gaz ou à pétrole; on peut ainsi la maintenir suffisamment au sec pour protéger les lentilles contre les moisissures.*
4. Nettoyer tous les l'objectif à immersion pour enlever l'huile à immersion; utiliser un chiffon doux imprégné de xylène et polir avec un chiffon propre ne peluchant pas.
5. Nettoyer les oculaires avec un chiffon doux non pelucheux ou du papier d'essuyage optique.
6. Serrer la vis de fixation placée au fond de la boîte du microscope pour éviter que le microscope ne s'abîme pendant le transport.
7. Rappeler le numéro de référence du modèles et si possible celui de l'instrument et de la pièce lors des commandes de pièces détachées.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

1. Ne pas employer le papier ou le chiffon utilisé pour l'objectif à immersion pour nettoyer les oculaires.
2. Ne pas employer d'alcool pour nettoyer les surfaces peintes du microscope.
3. Ne pas démonter ni essayer de nettoyer les parties du microscope difficiles à atteindre sauf si l'on vous a appris à le faire.
4. Ne pas laisser vides les supports destinés à recevoir les lentilles; boucher l'ouverture avec le capuchon prévu à cet effet ou avec du sparadrap.
5. Ne pas intervertir les lentilles appartenant à des microscopes de fabrication différente--il arrive même que des modèles produits par un même fabricant aient des caractéristiques différentes.

155

Annexe 6

LA RESISTANCE (19)

Il existe 2 formes de résistance : la résistance "in vivo" chez le malade et la résistance "in vitro" au laboratoire.

Les tests "in vivo" permettent de définir, en fonction de la réponse thérapeutique, les différents degrés de sensibilité ou de résistance de la souche considérée à un médicament donné en suivant l'évolution de la parasitémie.

Sensibilité (S) : disparition des stades asexués des parasites en 7 jours (pas de recrudescence)

Résistance :

- . "RI" : Disparition des stades asexués des parasites en 7 jours comme S, mais recrudescence précoce ou tardive, dans les 3 semaines qui suivent.
- . "RII" : Réduction de la parasitémie mais pas de disparition des parasites
- . "RIII" : Pas de réduction de la parasitémie (inférieure à 25 % de la valeur initiale).

Les tests "in vitro" apprécient la capacité des doses croissantes d'un antipaludique à empêcher la formation du schizonte. La méthode consiste à mettre en présence des hématies parasitées par une souche plasmodiale donnée obtenues par prélèvement sanguin d'un malade et un médicament antipaludique. On obtient ainsi un antipaludogramme (par analogie à un antibiogramme) pour la souche considérée.

Annexe 7

TRAITEMENT DE LA FIEVRE CHEZ L'ENFANT DE 2 MOIS A 5 ANS
AVEC LE PARACETAMOL TOUTES LES 6 HEURES

| Age ou poids | Comprimés 100 mg | Comprimés 500 mg |
|-------------------------------|------------------|------------------|
| 2 mois à 12 mois
6- 9 kg | 1 | 1/4 |
| 12 mois à 3 ans
10 - 14 kg | 1 | 1/4 |
| 3 ans à 5 ans
15 - 19 kg | 1 1/2 | 1/2 |

Source : Module Infections Respiratoires Aiguës, PSET

Annexe 8

CHIMIOPROPHYLAXIE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

| Zone à transmission intermittente | Zone à transmission continue |
|---|--|
| Dès la première consultation prénatale, Chloroquine 300 mg/semaine jusqu'à l'accouchement | Dès la première consultation prénatale, faire un traitement radical à la Chloroquine 25 mg/kg en 3 jours, suivi de 300 mg/semaine jusqu'à l'accouchement |

NB :

- . Dans les zones à transmission intermittente, la chimioprophylaxie ne se fait qu'en période de transmission.
- . Même sous chimioprophylaxie, la femme enceinte diagnostiquée paludéenne doit être traitée conformément au tableau de traitement du paludisme avec Fansidar après un diagnostic positif.
- * La zone à transmission intermittente correspond à la zone géoclimatique sahélienne ou la pluviométrie est de courte durée (environ 4 mois)
- ** La zone à transmission continue correspond à une zone de transmission intense et longue (7 à 12 mois)

Source : Programme National de Lutte contre le Paludisme au Tchad.

| | FORMATION SANITAIRE | ECHEC THERAPEUTIQUE | CAS SIMPLE | CAS GRAVE ET COMPLIQUE |
|--|---|---|---|--|
| 1 ^{er}
E
C
H
E
L
O
N | CENTRE SOCIO-SANITAIRE | Si fièvre persiste après 48 heures de traitement correct ou réapparaît avant quatorze jours | CHLOROQUINE 25 mg/kg/3l
10 mg/kg 1er jour/EN 1 PRISE
10 mg/kg 2e jour/EN 1 PRISE
5 mg/kg 3e jour/EN 1 PRISE
↓
FIEVRE = GUERISON | CONSULTATION (1 ^{er} contact)
Signes de gravité
R
E
F
E
R
E
R
↓
Faire GE |
| | 2 ^e
E
C
H
E
L
O
N | Faire GE
↓
GE- Chercher autres causes et traiter
↓
GE+ Fansidar 1 cp/20 kg | CONFIRMER LE DIAGNOSTIC SI POSSIBLE ET TRAITER
FANSIDAR
POSOLOGIE
2 mois - 1 an = 1/4 cp
1 an - 3 ans = 1/2 cp
4 ans - 8 ans = 1 cp
9 ans - 15 ans = 2 cp
16 ans et plus = 3 cp
NB Le Fansidar est contre-indiqué chez les personnes allergiques aux sulfamides et les enfants de moins de 2 mois
QUININE-COMPRIME+DOXYCYCLINE
Quinine base 8 mg/kg ou quinine sel 10 mg/kg 3 fois par jour | ↓
GE- Chercher autres causes et traiter
↓
GE+ Quinine injection en IV dans du soluté glucosé à 5 % en 4 heures ou en IM préalablement dilué dans 5 ml de solvant |
| | 3 ^e
E
C
H
E
L
O
N | HOPITAL DE DISTRICT
↓
GUERISON | Refaire GE
↓
GE+ → | Quinine base 8 mg/kg ou Quinine sel 10 mg/kg toutes les 8 heures consécutives
NB Relayer dès que possible, par la chloroquine à la dose de 25/kg en 3 jours ou fansidar |

NB:

CHLOROQUINE (Nivaquine) 100 mg

SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE (Fansidar)

QUININE COMPRIMES (Per os)

QUININE INJECTABLE

La chloroquine comprimé reste le médicament de première intention pour tout cas de paludisme simple

Le sulfadoxine-Pyriméthamine (fansidar) est le médicament de relais des cas simples chloroquinorésistants

La quinine comprimé est utilisée en association avec la doxycycline pour les cas résistants à la sulfadoxine-Pyriméthamine (Fansidar)

La quinine injectable est réservée aux cas sévères et/ou compliqués

Annexe 10

LES MEDICAMENTS

Deux grands groupes sont connus :

- a. Les Schizontocides qui ont une action sur les formes endo-erythrocytaires, les symptômes cliniques et en dose suffisante en chimioprophylaxie.
- b. Les gamétocytocides ont une action sur les formes à potentiel sexué, les gamétocytes qui assurent la transmission ainsi les formes tissulaires hépatiques qui entretiennent la reviviscence surtout pour le P. vivax, P. ovale et P. malariae.

| MEDICAMENTS | EXEMPLES |
|-----------------|---|
| Schizontocides | <p><u>Quinine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Quinimax (quinine, resorchine, malarivon) . Quinoforme . Quinine Lafran <p><u>Amino-4 Quinoléines</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Chloroquine (Nivaquine) . Amodiaquine (Flavoquine, Camoquin) <p><u>Antifoliques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Sulfadoxine (Fanasil) <p><u>Antifoliniques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Proguanil (Paludrine) . Pyriméthamine (Daraprim, Malocide) . Triméthoprime (composante du Bactrim) <p><u>Mefloquine</u> (Lariam)</p> <p><u>Halofantrine</u> (Halfan)</p> <p><u>Association d'antipaludiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Sulfamides + pyriméthamine = Fansidar . Mefloquine + sulfadoxine + pyriméthamine = Fansimet <p><u>Antibiotiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Cyclines (doxycycline) |
| GAMETOCYTOCIDES | <u>Amino-8-quinoléines</u> : Primaquine |

- c. Autres médicaments
Ce sont des extraits d'artemisia annua utilisés en Chine :
- * Artemisinine (Qinghaosu)
 - * Arthemeter, Sitenunate

**ANTIPALUDIQUES DE SYNTHÈSE, EXEMPLES DE SPECIALISTES
EFFETS SECONDAIRES ET CONTRE-INDICATIONS**

| Dénomination
commune
internationale | Exemples de spécialistes | Effets secondaires possibles du
médicament (en particulier chez les
sujets sensibles, lorsque la dose
habituelle est dépassée ou à la
suite d'un usage prolongé | Quelques affections contre-
indiquant l'emploi du
médicament ou dans
lesquelles la PRUDENCE
s'impose |
|---|--|---|---|
| Chloroquine
diphosphate (sel) | Aralen, Avloclor,
Bemaphate, Chinamine,
Delagil, Gontochin,
Imagon, Iroquine,
Klorokin, Luprochin,
Malarivon, Resochin,
Resoquine, Sanoquin,
Tanakan, Tresochin,
Trochin | Nausées, vomissements, vertiges,
troubles digestifs, de faible
intensité. Parfois prurit
(démangeaison intense) des paumes
des mains, de la plante des pieds
et du cuir chevelu. Des troubles de
la vision dus à des lésions
coméennes, à une opacité du
cristallin et au dépôt de
chloroquine sur la rétine peuvent
survenir après usage continu et
prolongé, lorsque la dose totale
cumulée de médicament est très
élevée. | Aucune, sauf peut-être la
psoriasis généralisé et des
antécédents de prurit
intense après un traitement
précédent par la
chloroquine. |
| Chloroquine
sulfate (sel) | Nivaquine, Nivaquine B | | |
| Amodiaquine
chlorhydrate
(sel) | Cam-qui, Camoquin,
Camoquinal, Flavoquine,
Fluroquine, Miaquine | Nausées, vomissements, vertiges et
troubles digestifs, de faible
intensité. Parfois prurit. Une
agranulocytose (réduction du nombre
de leucocytes) et une insuffisance
hépatique peuvent survenir. | Etant donné la gravité des
effets secondaires tels que
l'agranulocytose, ce
médicament est déconseillé
pour la chimioprophylaxie,
et doit être utilisé avec
prudence pour le
traitement. |
| Amodiaquine
(base) | Basoquin, CAM-1201 | | |

| Dénomination commune internationale | Exemples de spécialistes | Effets secondaires possibles du médicament (en particulier chez les sujets sensibles, lorsque la dose habituelle est dépassée ou à la suite d'un usage prolongé) | Quelques affections contre-indiquant l'emploi du médicament ou dans lesquelles la PRUDENCE s'impose |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Proguanil chlorhydrate | Biguanil, Lepadina, Paludrine, Proguanide | Très rarement nausées et parfois vomissements. Des troubles digestifs peuvent survenir chez les sujets atteints de complications rénales. | Maladie hépatique et rénale. Ce médicament n'est utilisé que pour la chimioprophylaxie et est donc contre-indiqué (lorsqu'il est utilisé seul) lorsque les parasites sont fortement résistants. |
| Chlorproguanil
Pyriméthamine | Lapudrine
Choridin, Daraprim, Erbaprelina, Malocide, Tindurin | Très rarement nausées et parfois vomissements. Peut provoquer un déficit en acide folique et une dépression de l'hématopoïèse en de traitement prolongé. Rash cutanée. | Maladie hépatique et rénale. En cas d'utilisation pendant la grossesse, il est nécessaire de donner un supplément d'acide folique. Utilisé pour la chimioprophylaxie (seul) donc contre-indiqué lorsque les parasites sont fortement résistants. |

| Dénomination commune internationale | Exemples de spécialistes | Effets secondaires possibles du médicament (en particulier chez les sujets sensibles, lorsque la dose habituelle est dépassée ou à la suite d'un usage prolongé) | Quelques affections contre-indiquant l'emploi du médicament ou dans lesquelles la PRUDENCE s'impose |
|-------------------------------------|--------------------------|---|---|
| Quinine (divers sels) | Quinimax, Quinoforme | <p>Syndrome de "cinchonisme" : vertiges, sensations ébrieuses, pertes temporaire d'audition, tinnitus (sifflement d'oreilles), troubles de la vision et cécité temporaire. On observe parfois de l'anorexie, des nausées et des vomissements, mais ces symptômes sont souvent dus au paludisme.</p> <p>Effets secondaires plus graves : réactions d'hypersensibilité, avec urticaire, oedème des paupières, des muqueuses et des poumons, donnant lieu à des crise d'asthme, thrombocytes) et hémolyse. On peut observer une hypoglycémie due à la stimulation de la libération d'insuline.</p> | Utiliser avec prudence en cas de maladie cardiaque et chez les sujets sous digoxine. Surveiller la glycémie lorsque la quinine est administrée à l'hôpital. |
| Sulfadoxine et pyriméthamine | Fansidar | Céphalées, nausées et parfois vomissements, de faible intensité. | Grossesse. Ne pas administrer aux malades ayant une allergie connue aux sulfamides. |
| Sulfalène et pyriméthamine | Métakelfin | Réactions cutané-muqueuses allant d'une réaction légère au grave syndrome de Steven-Johnson et à l'épidermolyse toxique. | Du fait de ses réactions toxiques sévères, déconseillé pour la chimioprophylaxie. |

| Dénomination commune internationale | Exemples de spécialistes | Effets secondaires possibles du médicament (en particulier chez les sujets sensibles, lorsque la dose habituelle est dépassée ou à la suite d'un usage prolongé) | Quelques affections contre-indiquant l'emploi du médicament ou dans lesquelles la PRUDENCE s'impose |
|-------------------------------------|--------------------------|---|---|
| Dapsone et pyriméthamine | Maloprim | Nausées et parfois vomissements. Peut provoquer une agranulocytose sévère si la dose normale est dépassée. Non utilisé pour le traitement du paludisme. Utilisé une fois par semaine pour la chimioprophylaxie. La dose doit être calculée avec soin. | |
| Méfloquine | Lariam, Mephaquine | Vertiges, nausées, vomissements, douleurs abdominales et selles molles. Idées paranoïdes, parfois hallucinations. Bradycardie passagère (ralentissement du rythme cardiaque) et arythmie sinusale (battement irréguliers) surtout chez l'enfant. | Grossesse. Ne pas administrer aux malades recevant un traitement à visée cardiaque, par exemple des bêta-bloquants, ni aux malades ayant des antécédents d'épilepsie ou de troubles psychiques. |
| Halofantrine chlorhydrate | Halfan | Douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhées, toux, vertiges, céphalées et prurit. | Grossesse et allaitement |

| Dénomination commune internationale | Exemples de spécialistes | Effets secondaires possibles du médicament (en particulier chez les sujets sensibles, lorsque la dose habituelle est dépassée ou à la suite d'un usage prolongé) | Quelques affections contre-indiquant l'emploi du médicament ou dans lesquelles la PRUDENCE s'impose |
|-------------------------------------|------------------------------|---|--|
| Primaquine diphosphate | Neo-plasmochin, Neo-quiPENyl | Vraisemblablement pas de symptômes, au dosage recommandé. Cependant, à dosage accru, alors anorexie, nausée, cyanose, troubles épigastriques, douleurs et crampes abdominales, miction foncée, vomissements occasionnels, vagues douleurs thoraciques, et faiblesse. De plus, il peut y avoir leucopénie, anémie et méthémoglobinémie mais, ces signes disparaissent quand on arrête le médicament. | Devrait être administré avec précaution aux sujets dont on sait qu'ils souffrent d'une déficience enzymatique héréditaire du G-6-PD (glucose-6-phosphate déhydrogénase). Il serait sage de ne administrer pendant le premier trimestre de grossesse. Contre-indiqué aussi chez les patients à tendance à la granulocytopénie |

CALCUL DES DOSES D'ANTIPALUDIQUES POUR LES ENFANTS (a)

| Age approximatif | Poids approximatif (kg) | Fraction de la dose adulte (adulte pesant 60 kg) |
|------------------|-------------------------|--|
| 0 - 2 semaines | Variable | 1/16 |
| 2 semaines | 3,2 | 1/8 |
| 4 mois | 6,5 | 1/5 |
| 1 an | 10,0 | 1/4 |
| 3 ans | 15,0 | 1/3 |
| 7 ans | 23,0 | 1/2 |
| 12 ans | 40,0 | 3/4 |

(a) Toutes les doses de médicaments devant être administrées par voie intraveineuse, intramusculaire ou intradermique doivent être calculées en fonction du poids corporel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte antipaludique, OMS, série de Rapports techniques 839, 1993 p.1
2. Document de Déclaration de politique nationale de lutte contre le Paludisme au Tchad 1993, p.2
3. Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte antipaludique, OMS, série de Rapports techniques 839, 1993 p.3
4. Ighanesebhor S. and Okolo A.A.
Placental Malária and pregnancy outcome
Int. J. Gynecol. Obstet. 1992 Apr., 37 (4) p. 247-252
5. Le Paludisme, l'Enfant en Milieu Tropical 1989, n° 178 p. 15
Publications du Centre International de l'Enfance, Paris.
6. Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la Prise en Charge correcte du Paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93 p. 67-69
7. Darie H, Haba M.
Paludisme congénital,
Médecine Tropicale, 1992, volume 52 n° 2 Avril-Juin p. 175-178
8. Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la Prise en Charge correcte du Paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93 p. 21
9. Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte antipaludique, OMS, série de Rapports techniques 839, 1993 p.35
10. Principes Directeurs pour le Diagnostic et le traitement du Paludisme en Afrique cahiers Techniques AFRO, 1992 n° 22 Rev. 1 p. 7-14
11. Paludisme, Guide de formation des personnels de santé de district sur la lutte contre le paludisme en Afrique Tropicale, OMS, Brazzaville 1992, Partie I. Guide du Stagiaire p. 24-25
12. Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la Prise en Charge correcte du Paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93 p. 24
13. Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la Prise en Charge correcte du Paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93 p. 25
14. Guide de Formation Pratique des Infirmiers et Agents Techniques de la Santé sur la Prise en Charge correcte du Paludisme au Tchad, Novembre 1993, MSP/PNLAP/93 p. 48 - 50
15. Préparation d'un frottis mince et d'un frottis épais sur la même lame. Planches pour le diagnostic du paludisme chez l'homme Jeu 2, planche 5. Matériel Pédagogique, OMS 1985.

165

16. Méthodes de numération des parasites du paludisme dans les frottis épais, planches 8, Planches pour le Diagnostic du Paludisme chez l'homme, Matériel Pédagogique OMS 1985.
17. Nettoyage et conservation des lames pour microscopie
Planches pour le diagnostic du paludisme chez l'homme. Jeu 1, planche 1. Matériel Pédagogique OMS, 1985
18. Entretien du microscope
Planches pour le diagnostic du paludisme chez l'homme. Jeu 1, planche 2. Matériel Pédagogique OMS, 1985
19. Le Paludisme, l'Enfant en Milieu Tropical 1989, n° 178 p. 32 - 33
Publications du Centre International de l'Enfance, Paris.

EXERCICES D'APPLICATION (Modifiés et adaptés du guide du PNLAP)
EXERCICE 1.

1. A la lumière du cours et des discussions y afférentes, inspirez-vous du schéma simplifié du cycle évolutif du parasite du paludisme de la page 14 et refaites une représentation schématique du cycle exclusivement chez l'homme.

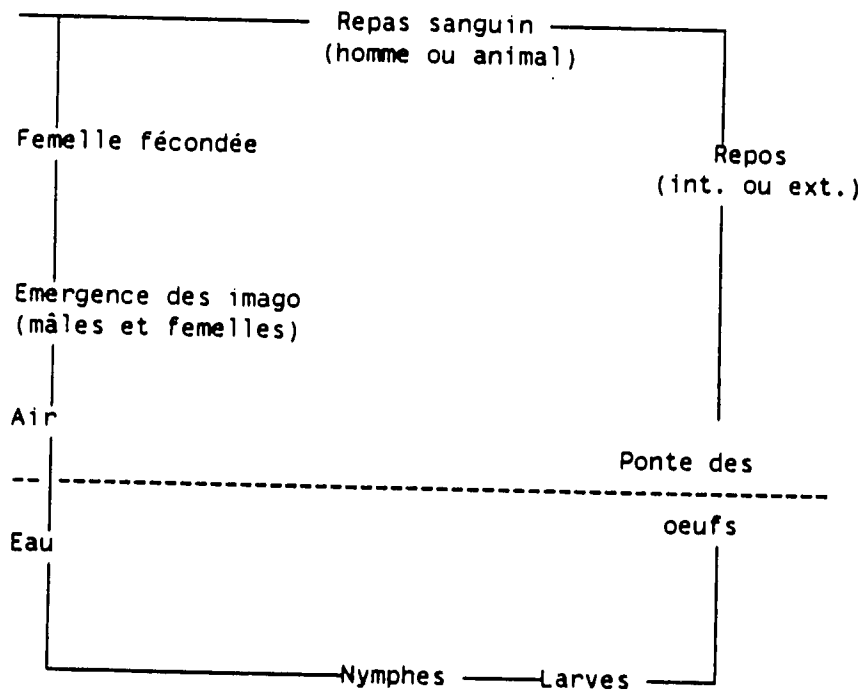
Dire ce que peut faire l'infirmier pour lutter efficacement contre le paludisme à travers le schéma élaboré.

2. Riches des débats et cours reçu sur le cycle biologique du parasite du paludisme, reproduisez le schéma du cycle biologique du parasite exclusivement chez le vecteur et dire ce que peut faire dans le cadre de la lutte contre le paludisme.
3. Reprenez le cycle biologique dans le manuel, regardez et analysez ce qui se passe au niveau de la peau.

Quelle mesure de lutte efficace peut on faire développer ?

EXERCICE 2.

Schéma du cycle biologique du vecteur du paludisme :



Questions :

1. Inspirez-vous de ce que vous venez d'apprendre et orientez le sens du cycle.
2. Quelles actions pouvez-vous entreprendre et à quels niveaux pour rompre ce cycle ?

ETUDES DE CAS

CAS 1

Koumbo emmène sa fille Boko âgé de 5 ans au centre de santé de Kassai II. Elle a de la fièvre, des maux de tête et vomit quelque fois. L'infirmier Abdoulaye interroge sa mère sur la durée de la maladie qui, déclare-t-elle, a commencé depuis 2 jours. L'enfant, ajoute-t-elle, ne mange pas, ne s'amuse pas et semble plus fatigué.

Les microscopes de Kassai II ne fonctionnent pas, par contre une balance est disponible.

L'infirmier prélève une goutte de sang qu'il envoie à l'Hôpital et demande à la maman de revenir pour la suite à donner.

1. Que doit faire d'avantage l'infirmier ?
2. La lame est confirmée positive. Quelle serait l'attitude de l'infirmier au premier jour et après confirmation ?
3. Et si la lame est négative, que faire ?
4. D'après vos observations, quelles sont les erreurs causées par l'infirmier ?

CAS 2

Madame Maïmouna se rend au centre de santé de Begou parce que son garçon Adoum âgé de 10 ans et qui pèse 22 kg continue de faire la fièvre après trois jours de traitement à la chloroquine. Les doses de chloroquine à 100 mg administrées pendant trois jours sont les suivantes : 1 1/2 comprimés, 1 1/2 comprimés et 1 comprimé (4 cp).

La mère décide de consulter une autre infirmière, Madame Abbou qui examine l'enfant de nouveau et constat que le garçon respire difficilement et présente une purpura conjonctivale. L'interrogation insistante révèle que l'enfant tousse depuis cinq jours et que la maman n'a pas signalé quand elle s'est présentée pour la première fois.

Malgré le premier traitement, Madame Abbou décide de faire une goutte épaisse et un étalement mince qui confirment la présence des hématozoaires et surtout l'espèce plasmodiale falciparum.

Le dispensaire dispose des médicaments suivants : chloroquine, fansidar, bactrim, chloramphénicol, aspirine, paracétamol, toplexil.

1. Quelle serait la dose totale de chloroquine à administrer à ce malade et à quelle quantité par jour pendant 3 jours de traitement ?
2. Que n'a pas fait l'infirmier à la première consultation ?
3. Que doit faire Madame Abbou maintenant ?
4. Dans ce cas-ci, quel seraient les médicaments qu'il faut en suivant la disponibilité du centre de santé ?

CAS 3

Un garçon âgé de 13 ans se présente à l'Hôpital de district de Koumra pour céphalée, fièvre, inappétence, goût amère depuis 3 jours. L'infirmier de la consultation pédiatrique l'examine, le pèse, prélève une goutte épaisse et lui administre la dose correcte de chloroquine selon la recommandation de la politique nationale. La lame est confirmée positive au 1er jour. La dose administrée est de 1125 mg en 3 jours soit 11 comprimés et 1/4 au total de chloroquine à 100 mg.

Le garçon revient après 3 jours apparemment sans amélioration. L'infirmier refait une goutte épaisse qui confirme la présence des hématozoaires et le réexamine physiquement pour écarter d'autres éventuelles causes (angine, otite, autres).

L'infirmier décide de le mettre sous perfusion de quinine à raison d'une ampoule de quinine 0,20 mg par jour.

1. Quelles sont vos impressions sur la démarche de l'infirmier et de quoi s'agit-il ?
2. Quelles sont vos impressions sur les décisions thérapeutiques de l'infirmier ?
3. Quels sont, selon vous, le poids de l'enfant et la quantité quotidienne de chloroquine à administrer pendant les 3 jours ?
4. Quelles seraient la forme, la voie et la dose de quinine à administrer à ce garçon ?

CAS 4 (Femmes enceintes et prophylaxie)

Bintou se présente dans le dispensaire de Balimba pour une consultation prénatale pour cause de retard des règles depuis 3 mois. L'infirmier Chadi de la SMI, après consultation et examens, relève les faits suivants :

- . fièvre de 38,6°C
- . fatigue/asthénie
- . pâleur conjonctivale.

Le toucher ne révèle rien d'anormal, la hauteur utérine correspond vraisemblablement à la date avouée par Madame Bintou. Elle habite à la périphérie de la ville où la transmission du paludisme est intense et de longue durée. Sa visite a eu lieu en septembre.

L'infirmier demande les examens de selles et d'urine et demande à Madame Bintou de revenir le lendemain pour les résultats après avoir bien sûr administré la pénicilline et l'aspirine aux doses normales.

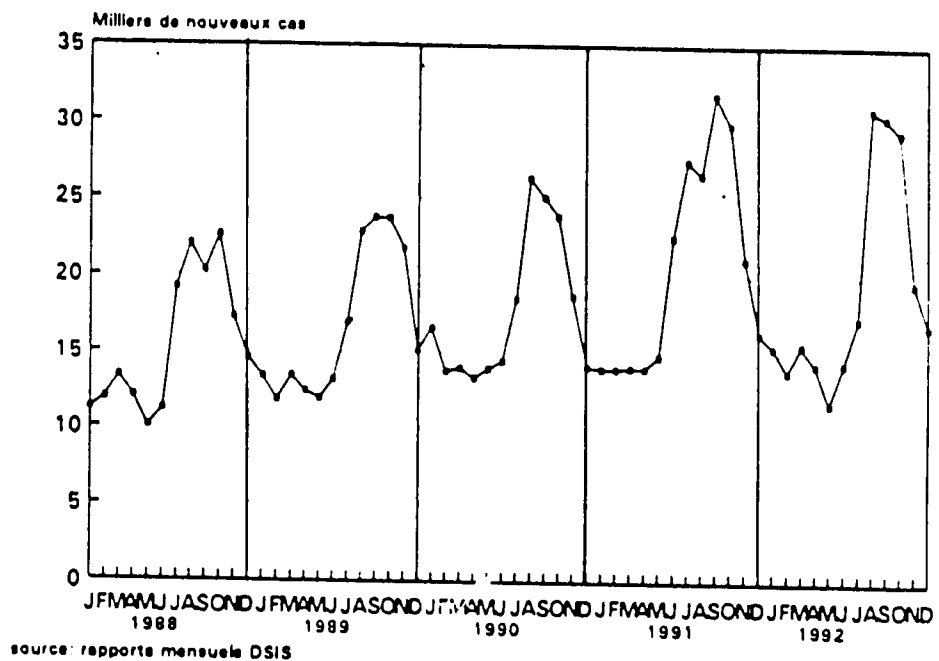
1. Qu'aurait dû faire l'infirmier quand les examens physiques ne révélaient pas d'autres causes de fièvre ?
2. Quand on sait que Madame Bintou habite une zone fortement endémique. Qu'aurait dû conseiller l'infirmier Chadi à Madame Bintou ?
3. Quels seraient les traitements à donner à Bintou ?

EXERCICE SUR LA REPRESENTATION ET L'INTERPRETATION DES DONNEES

Le graphique ci-dessous est tiré de l'Annuaire des Statistiques Sanitaires de 1992.

1. Interpréter l'allure des différentes courbes représentées.
2. A votre avis, quelles peuvent être les causes des changements observés.

FIEVRES 1988/1992



**ANNEX 8: PROCES VERBAL DES REUNIONS CONSTITUTIVES DE
L'ASSOCIATION EN SANTE COMMUNAUTAIRE DE KASSAI I**

**PROCES-VERBAL DE LA REUNION CONSTITTUTIVE DE
L'ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE KASSAI I**

Le 28 Avril 1994, au 3e Arrondissement, Sarh, a eu lieu l'assemblée générale constitutive de l'Association de santé communautaire de Kassai I.

Etaient présents:

- une délégation sanitaire composée de:
Monsieur Ngarsodom BERINGAR, Consultant en communication et organisation communautaire du PSET/USAID;
Monsieur François NGUEKORTA, Chef des Zones de Responsabilité du District sanitaire de Sarh;
Monsieur Ngamtébaye THORMAL, Chef de division de ressources humaines la Délégation sanitaire du Moyen Chari;
- le chef du troisième Arrondissement de Sarh;
- les Chefs de quartiers, les chefs de villages de Sarh rural et quelques chefs des carrés et des délégués des populations de différents quartiers et quelques villages de la banlieue de Sarh.

Les personnes suivantes sont élues membres du comité de santé de l'Association de santé communautaire de kassai I.

| | | |
|-----------------|---------------|----------------------|
| 1. MBACKAMBA | MBAROBO | village de Béhoulou |
| 2. DJOULIBE | MBOALBAYE | village de Doyaba |
| 3. RIMTEAL | BONGHO | village de Goro-Goro |
| 4. NARTOLOUM | MADJONGARA | quartier Kassai |
| 5. NANAN | THERESE | quartier Kassai |
| 6. NGABA | JEREMIE | quartier Kassai |
| 7. HONDO NGOLO | CERAPHIN | village de Kemata |
| 8. ALLAHIMNAN | MIAMADINAN | village de Kemdéré |
| 9. MADJIANAN | FRANCOIS | village de Kemassia |
| 10. ALLASRA | DJIGOL | village de Kissimi |
| 11. NDISSEDBAYE | MICHEL | village de Maiba |
| 12. DJIMBAYE | APPOLLINAIRE | village de Maita |
| 13. DEGOTO | JEAN | quartier Maingara |
| 14. MADASSOUM | MARC | quartier Maingara |
| 15. MAHAMAT | MALOUM | quartier Maingara |
| 16. MIMYANA | NGUEMADJENGAR | village de Mossiara |
| 17. GOURSINGAR | BELITOBAYE | village de Ndila |

L'Assemblée Générale constituée des Délégués des quartiers de Sarh urbain et de quelques villages de Sarh rural, a élu au Comité de gestion les personnes suivantes:

| | | |
|----------------------------|-----------|----------|
| 1. Président | NARTOLOUM | BOALBAYE |
| 2. Secrétaire Général | DEGOTO | JEAN |
| 3. Trésorier | ALLASRA | DJIGOL |
| 4. Commissaire aux comptes | NGABA | JEREMIE |
| 5. Commissaire aux comptes | MADASSOUM | MARC. |

Le Chef du troisième Arrondissement est le président d'honneur de l'Association de santé communautaire de Kassai I.

Le Consultant a pris la parole pour féliciter l'équipe de gestion élue et lui dire combien noble est la tâche qui lui est confiée. Car, la bonne santé de la population de la zone de responsabilité dépendra de la bonne conscience dans la gestion pour le compte de l'Association, des ressources qui lui seront confiées par les membres. Il a souhaité bon courage à chacun dans l'accomplissement de la tâche future. Il remet la parole au président actif.

Celui-ci a remercié l'Assemblée de la marque de confiance qu'elle bien voulu placé en eux en les élisant au comité de gestion de leur Association de santé communautaire. Il appelle la contribution de tous sans exception pour les aider à mener à bon port la responsabilité qui leur a été attribuée par la population de la zone de responsabilité de Kassai I.

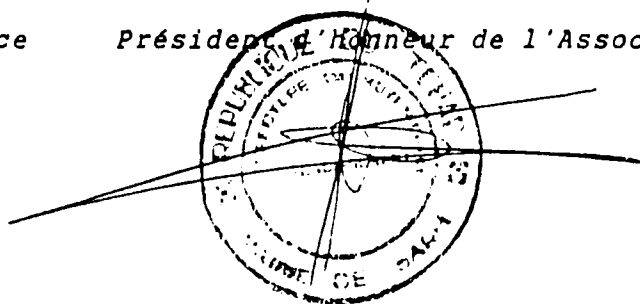
Après l'acclamation de l'assemblée, le président d'honneur a pris la parole pour lever la séance à 18 h 06mn.

Fait à Sarh, le 20 juin 1994

Secrétaire de la séance



Président d'Honneur de l'Association



DELEGATION DE LA PREFECTURE
SOCIO-SANITAIRE DU MOYEN-CHARI

DISTRICT SANITAIRE DE SARH

ZONE DE RESPONSABILITE DE KASSAI I

STATUT

Vu l'Ordonnance No 27 INT/SUR du 28 Juillet 1962 portant réglementation des Associations;
Vu le Décret No 165/INT/SUR du 25 Août 1962 portant Modalités d'Application de l'Ordonnance No 27/INT/SUR du 28 Juillet 1962;
Vu l'Ordonnance No 025/PE/92 du 7 Décembre 1992, portant statut général des Groupements, des Groupements à vocation coopérative et des Coopératives;
Vu le Décret No 137/PR/MA/13 déterminant les Modalités de Reconnaissance et de Fonctionnement des Groupements du Monde Rural;
Vu l'Arrêté No 102/MSP/SE/DG/90 du 26 Octobre 1990 instituant le Recouvrement des Coûts de la Santé au Tchad;
Vu l'Arrêté No 102/PMC/93 du 10 Mai 1993 portant Application du système de Recouvrement des Coûts de la Santé au Moyen-Chari;

PREAMBULE

Considérant le coût de plus en plus élevé des soins de santé et particulièrement du médicament;
Considérant les difficultés de l'Etat à assurer seul la prise en charge de la santé de toute la population;
Considérant la nécessité pour les populations de s'organiser aux côtés de l'Etat en vue de participer à la prise en charge de leur santé;

L'Assemblée Générale, réunie en ce jour Lundi, 13 Juin 1994 au 3e Arrondissement de la ville de Sarh adopte les présents statuts.

TITRE I: DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I: CREATION - DENOMINATION - SIEGE

Article 1. Il est créé par les résidents de la Zone de Responsabilité de KASSAI I une association à vocation socio-sanitaire, régie par les présents statuts, conformément à la législation en vigueur en République du Tchad.

Article 2. L'association ainsi créée prend la dénomination de:
Association de Santé Communautaire de KASSAI I.

Article 3. L'Association de Santé Communautaire de KASSAI I a son siège établi à l'Arrondissement No III de Sarh, B.P., 109. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision de l'Assemblée Générale.

CHAPITRE II: BUT - OBJECTIFS - CARACTERES - DUREE

Article 4: L'Association de Santé Communautaire de KASSAI I poursuit le but et les objectifs suivants:

- A. Contribuer à l'amélioration continue de l'état de santé des populations de la Zone de Responsabilité de KASSAI I avec le concours des services socio-sanitaires;
- B. Assurer la mobilisation sociale des populations afin qu'elles participent à la prise en charge des soins de santé dans le cadre du financement global de la santé au Tchad;
- C. Assurer à la population des soins de qualité et la disponibilité en médicaments essentiels avec le concours des services de santé;
- D. Promouvoir et entretenir un dialogue suivi et des relations de collaboration avec les services de santé et d'autres associations poursuivant les mêmes buts et objectifs.

Article 5. L'Association de Santé Communautaire de KASSAI I est une association d'utilité publique à but non lucratif à caractère laïc sans discrimination d'aucune sorte.

Article 6. L'Association de Santé Communautaire de KASSAI I a une durée illimitée.

TITRE II: DE L'ORGANISATION

CHAPITRE III: ORGANES - FONCTIONNEMENT

Article 7. Les organes de l'Association de Santé Communautaire de BAGUIRMI sont:

- L'Assemblée Générale
- Le Comité de Santé
- Le Comité de Gestion

CHAPITRE IV: RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Article 13. Les ressources de l'Association sont constituées par:

- cotisations des membres
- les contributions financières des populations aux soins de santé;
- des fonds provenant d'activités culturelles sportives et autres;
- les subventions en espèces ou en nature provenant des personnes physiques ou morales;
- les dons et legs
- les biens, meubles et immeubles.

Articles 14. Les dépenses de l'Association sont essentiellement affectées à l'approvisionnement régulier et suffisant en produits pharmaceutiques et matériel courant de travail, au fonctionnement et entretien courants y compris les salaires des employés non fonctionnaires de l'Etat et les primes, aux petits investissements dans le domaine de la santé.

TITRE III: ADHESION - MEMBRES

Article 15. Les catégories de membres de l'Association sont:

- les membres actifs
- les membres d'honneur
- les membres bienfaiteurs.

Est membre actif tout résident de la Zone de Responsabilité qui s'acquie régulièrement de ses cotisations et qui adhère aux statuts et règlement intérieur de l'Association de Santé Communautaire de KASSAI I.

Est membre d'honneur de l'Association toute personne membre ou non qui acquie à titre honorifique la carte d'honneur de l'Association.

Est membre bienfaiteur de l'Association toute personne membre ou non qui se distingue par des bienfaits marquants à l'endroit de l'Association.

Toute personne résidant hors de la Zone de Responsabilité et donc étrangère à l'Association se verra appliquer le paiement des tarifs hors zone de responsabilité.

Article 16. Le Règlement Intérieur fixe dans le détail l'organisation, le fonctionnement, les attributions des membres de l'Association et de ses différents organes, les modalités de gestion des ressources les sanctions ainsi que les dispenses éventuelles de participation aux soins de santé.

Article 8. L'Assemblée Générale est l'instance dirigeante de l'Association. A cet effet, elle décide des grandes orientations, approuve le Règlement Intérieur, met en place le Comité de Santé et le Comité de Gestion et entérine la désignation des membres d'honneur et bienfaiteurs de l'Association. Elle délibère sur les rapports relatifs à la gestion du Comité de Santé et du Comité de Gestion. Elle approuve les comptes de l'exercice clos et vote le budget de l'exercice suivant. Elle peut commettre des audits externes.

L'Assemblée Générale siège en session ordinaire une fois par an en fin d'exercice et en session extraordinaire à l'initiative du Président de l'Association ou à la demande des deux tiers des membres du Comité de Santé. Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents à l'Assemblée Générale.

Article 9. L'Assemblée Générale est formée de délégués des villages et/ou quartiers qui composent la Zone de Responsabilité selon la formule de représentativité appliquée à la population.

Article 10. Le Comité de Santé est l'instance d'exécution des décisions de l'Assemblée Générale. Il se compose de membres élus par l'Assemblée Générale pour un mandat d'un an. L'Assemblée Générale décide du renouvellement ou de l'interruption du mandat de chaque membre. Il élabore le budget de l'Association et veille à son exécution. Il met en place le Comité de Gestion et le contrôle. Il rend compte à l'Assemblée Générale.

Le Comité de Santé se réunit régulièrement au moins une fois par trimestre sur convocation de son Président. Il est tenu procès-verbal de ses réunions qui est signé du Président et du Secrétaire de séance.

Le Chef de Centre de santé est membre de droit du Comité de Santé à titre de conseiller technique.

Article 11. Le Comité de Santé constitue en son sein un Comité de Gestion composé de:

- 1 Président
- 1 Secrétaire Général
- 1 Trésorier
- 2 Commissaires aux Comptes
- 1 Caissier.

Articles 12. Le Comité de Gestion est l'organe chargé de gérer les les fonds et biens confiés à l'équipe de santé de la Zone de Responsabilité. Plus particulièrement, il veille sur la gestion des médicaments et matériels provenant de la participation des populations aux soins de santé. Il rend compte au Comité de Santé.

TITRE IV: MODIFICATIONS ET DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

Article 17 les présents statuts de l'Association peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale de besoin sur proposition de son Comité de Santé par vote et au moins par les deux tiers (2/3) de ses membres réunis.

Article 18. La dissolution volontaire de l'Association ne peut intervenir qu'en assemblée Générale et à la majorité des deux tiers (2/3) au moins de ses membres. Elle n'est effective qu'après sa liquidation légale par des commissaires mandatés à cet effet par l'Assemblée Générale.

Article 19. L'Assemblée Générale décide conformément à la loi et à la majorité de ses membres, de l'utilisation des biens de l'Association après liquidation.

Article 20. les présents statuts sont adoptés en Assemblée Générale ce jour, mois et an que dessus.

KASSAI, le 13 Jiun 1994

L'Assemblée Générale.

DELEGATION DE LA PREFECTURE
SOCIO-SANITAIRE DU MOYEN-CHARI

DISTRICT SANITAIRE DE SARH

ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE KASSAI I

REGLEMENT INTERIEUR

PREAMBULE

Le présent règlement interieur determine dans le detail, les conditions particulieres d'organisation et de fonctionnement de l'Association de Sante Communautaire de KASSAI I conformément aux dispositions prevues par ses statuts.

TITRE I. ORGANISATION

CHAPITRE I. DE L'ADHESION DES MEMBRES

Article 1. Est membre de droit de l'Association de santé Communautaire de KASSAI I, tout résident de la Zone de Responsabilité.

Article 2 La qualité de membre est acquise à titre de personne physique ou morale. Les catégories de membre sont les suivantes:

- . Membres actifs
- . Membres d'honneur
- . Membres bienfaiteurs

L'acquisition de qualité de membre ne donne pas accès aux soins gratuits.

L'adhésion en tant que membre de l'Association, toutes catégories confondues, est enregistrée par le Comité de Santé et approuvée par l'Assemblée Générale. Elle est confirmée par inscription sur registre et/ou par acquisition de carte de membre signée du président de l'Association sur base d'acquiescement dûment constaté par un reçu délivré par le trésorier de l'Association.

CHAPITRE II. DES OBLIGATIONS, SANCTIONS ET DEMISSION DES MEMBRES

Article 3: Les membres de l'Association sont tenus de participer activement à la vie de l'Association dans le but de lui permettre d'atteindre ses objectifs.

Article 4: Les membres élus ou désignés des organes d'administration et de gestion de l'Association sont tenus d'être réguliers et ponctuels aux réunions et d'y participer activement. Ils exercent leurs missions à titre volontaire et bénévole.

Article 5: Il incombe à chaque membre actif de l'Association de s'acquitter de ses cotisations ou du prix de sa carte d'adhésion. Cette obligation est annuelle.

Article 6: Tout membre de l'Association, demandeur de soins de santé au niveau du Centre de Santé de la Zone de Responsabilité, doit s'acquitter de la tarification afférente à son cas.

Article 7: Les comportements suivants sont frappés de sanctions à l'endroit des membres de l'Association:

- refus de s'acquitter de ses obligations vis à vis de l'Association;
- toute action entreprise et contraire aux statuts de l'Association;
- toute action pouvant porter préjudice à la vie de l'Association;
- malversations financières et matérielles;
- utilisation du nom, sigle et documents de l'Association à des fins personnelles.

Article 8: Les catégories de sanctions pouvant être appliquées sont les suivantes:

- avertissement
- suspension
- recours en Justice
- exclusion

Article 9: Les sanctions sont fonction de la gravité des préjudices causés à l'Association. Les préjudices sont appréciés et les sanctions prononcées par le Comité de Santé s'ils relèvent du domaine de l'avertissement et de la suspension et par l'Assemblée Générale lorsqu'il s'agit d'exclusion de membre ou de recours en justice.

Article 10: Des gratifications peuvent être décernées à des membres méritants sous forme de:

- félicitations publiques;
- félicitations écrites;
- autres témoignages de reconnaissance.

Elles sont prononcées par le Président de l'Association avec l'accord de l'Assemblée Générale.

Article 11: La qualité de membre se perd:

- par démission volontaire
- par décès
- par radiation pour faute grave prononcée par l'Assemblée Générale.

TITRE II. FONCTIONNEMENT

CHAPITRE I. DES ORGANES DE L'ASSOCIATION

Article 12 L'Association fonctionne à travers les activités de ses organes d'administration et de gestion que sont l'Assemblée Générale, le Comité de Santé et le Comité de Gestion.

Les organes de l'Association fonctionnent en réunions statutaires ou en séances extraordinaires.

Article 13 Les convocations comportant le lieu et la date de la réunion et l'ordre du jour sont adressées aux différents villages et/ou quartiers de la Zone de Responsabilité avant la date fixée. Les amendements à l'ordre du jour sont adoptés à la majorité des membres présents.

Les délibérations de l'Assemblée Générale sont prises à la majorité de moitié ($1/2$) plus une (1) des voix des membres présents.

Le quorum est atteint lorsque les deux tiers ($2/3$) des membres sont réunis. En cas de report, les délibérations ont lieu quelque soit le nombre des membres présents.

L'Assemblée Générale délibère sur les rapports de gestion du Comité de Santé, approuve les comptes de l'exercice clos et vote le budget de l'exercice suivant. Elle procède au renouvellement des membres du Comité de Santé selon les dispositions au statut. Elle entérine ou rejette les décisions du Comité de Santé. Elle statue sur les dispenses éventuelles de participation de membres de l'Association aux soins de santé tels que les indigents et autres catégories de cas sociaux. Les dispenses sont individuelles et sont matérialisées soit par écrit, soit sous forme de cartes spéciales authentifiées, soit par consignation dans un registre réservé à cet effet.

CHAPITRE II. DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Article 14: Le nombre de représentants par village et/ou quartier à l'Assemblée Générale est fixée suivant les dispositions à l'article 9 du statut de l'Association de Santé Communautaire de KASSAI I.

Article 15 : Le Président de l'Association est en même temps Président du Comité de Santé. Il est élu par l'Assemblée Générale. Il est révocable par celle-ci pour manquement grave aux statuts et au Règlement Intérieur. Il est chargé de:

- convoquer les réunions de l'Assemblée Générale et qu'il préside;
- être garant moral de l'Association dont il défend les intérêts en tous lieux et en toutes circonstances;
- régler les différends qui peuvent surgir entre les membres de l'Association, à son propre niveau ou en cas d'insuccès, au niveau de l'Assemblée Générale extraordinaire;
- signer tous documents engageant les intérêts et les responsabilités de l'Association;
- faire approuver en Assemblée Générale toute modification ou amendement aux statuts et au règlement intérieur de l'Association;
- faire fixer par l'Assemblée Générale les montants des cotisations ou des cartes et veiller sur leur gestion;
- assurer la bonne marche de l'Association et la qualité des relations avec les services de santé et d'autres associations et organismes;
- s'enquérir de l'état de satisfaction des populations vis à vis des soins de santé dispensés et se faire leur porte-parole auprès des services de santé en cas de besoin;
- faire approuver en Assemblée Générale le rapport d'activités, le rapport financier et le rapport d'expertise du Comité de Santé;
- faire approuver en Assemblée Générale les comptes de l'exercice clos et faire voter le budget de l'exercice suivant;
- soumettre à la sanction de l'Assemblée Générale tout manquement aux statuts et règlement intérieur de la part d'un membre de l'Association;
- exécuter les décisions de l'Assemblée Générale;

- informer l'Assemblée Générale de tout événement heureux ou malheureux concernant l'Association. Il est mandaté pour agir en son nom en cas de besoin;
- faire élire les membres du Comité de Santé en Assemblée Générale;
- présider les réunions du Comité de Santé.

Article 16: Le secrétaire Général de l'Association est élu en Assemblée Générale. Il est membre du Comité de Santé. A ce titre, il est chargé de:

- assister le Président dans ses tâches; il le remplace en cas d'absence ou d'empêchement;
- veiller à l'application des décisions prises et rendre compte au Président;
- animer l'Association dans sa vie de tous les jours;
- rédiger les convocations de réunion et tenir procès-verbaux de ces réunions;
- archiver tous documents de l'Association;
- présenter le rapport d'activité de l'Association à l'Assemblée Générale.

Article 17: Le Trésorier de l'Association est élu en Assemblée Générale. Il est trésorier du Comité de Santé et du Comité de gestion. Il a en charge toutes les opérations de budgétisation, de comptabilité et de finance de l'Association. A cet effet, il est particulièrement chargé de:

- percevoir les cotisations, les produits de la vente des cartes et les recettes provenant de diverses manifestations organisées par ou en faveur de l'Association;
- percevoir les subventions, dons et legs en espèces et les déposer en banque;
- payer les salaires et primes sur état nominatif signé par le Président;
- percevoir et gérer les dons et legs en nature pour le compte de l'Association;
- encadrer la préparation et l'exécution du budget à soumettre à la sanction des commissaires aux comptes;
- percevoir les recettes du caissier du Centre de Santé et procéder aux opérations de versement dans le compte de dépôt. Il procède avec celui-ci aux vérifications contradictoires.

- procéder aux retraits d'argent du dépôt et aux dépenses préalablement autorisées par le président;
- gérer le matériel de l'Association;
- présenter à l'Assemblée Générale le bilan comptable et financier de l'exercice clos et le budget du prochain exercice.

Article 18: Les commissaires aux comptes sont désignés en Assemblée Générale. Ils sont membres du Comité de Santé et du Comité de Gestion. Ils sont chargés de:

- vérifier toutes les opérations financières du trésorier et du caissier de l'Association;
- vérifier les comptes de l'Association et les certifier;
- participer à l'élaboration du budget;
- présenter le compte d'exercice à l'Assemblée Générale.

Article 19 Les membres du Comité de Santé sont responsables devant l'Assemblée Générale, seule habilitée à les démettre individuellement ou collectivement.

Article 20 Le Chef du Centre de Santé de la Zone de Responsabilité est membre de droit du Comité de Santé de l'Association à titre de personne ressource sur le plan technique. Il est chargé d'assurer le paquet minimum d'activités et le bon fonctionnement du Centre de Santé. Il est aidé dans la gestion du Centre par le caissier de l'Association. Celui-ci répond devant le trésorier de l'Association.

CHAPITRE III: DE LA GESTION DES RESSOURCES

Article 21: La gestion des ressources financières de l'Association comporte la gestion des recettes et des dépenses. Les recettes proviennent:

- des cotisations des membres de l'Association;
- des contributions financières des populations aux soins de Santé;
- des produits de la vente des cartes d'adhérents ou des cotisations;
- des subventions, dons et legs en espèces et nature;
- des manifestations diverses organisées par ou pour le compte de l'Association.

Article 22: Les contributions financières des populations aux soins de santé sont perçues au niveau du Centre de Santé par le caissier du Centre de Santé ou de l'Association. Il travaille en collaboration avec le Chef du Centre de Santé avec qui il arrête contradictoirement et quotidiennement les comptes.

Article 23: Les recettes journalières sont versées par le caissier au trésorier de l'Association contre reçus en milieu et fin de semaine ouvrable.

Article 24: A chaque retrait de l'argent au niveau du caissier, le trésorier est chargé de reverser immédiatement le montant des recettes dans le compte de dépôt de l'Association.

Article 25: Le produit de la vente des cartes, les cotisations, les subventions, dons et legs en nature sont perçus par le Président en présence du Secrétaire Général qui les remet au trésorier pour dépôt. La perception et le dépôt sont constatés par les commissaires aux comptes.

Article 26: Tout versement de la part du Trésorier est contradictoirement vérifié après par les commissaires aux comptes. Ils rendent compte au président ou au Secrétaire Général par délégation.

Article 27: Tout retrait et toute dépense de l'Association la part du trésorier doit recevoir au préalable l'autorisation du président de l'Association et être vérifié après par les commissaires aux comptes.

Article 28: Toutes les recettes de l'Association seront mises en dépôt dans une banque ou dans toute autre institution faisant fonction et qui emporte la confiance de l'Assemblée Générale.

Article 29: Toutes les opérations financières de recette, de dépôt, de retrait et de dépense de l'Association doivent utiliser les procédures et outils de gestion expressément adoptés par l'Assemblée Générale.

Article 30 En matière de ressources matérielles, les acquisitions en nature de l'Association par achat, don et legs, sont perçus et gérés par le trésorier pour le compte de l'Association. Elles doivent faire l'objet de gestion rigoureuse de stock et d'inventaire permanent par le Trésorier. Les vérifications régulières sont réalisées par les Commissaires aux comptes. Le Président de l'Association en sera régulièrement tenu informé.

Article 31 En matière de ressources humaines, l'Association peut recruter et payer un salaire à certains de ses employés (caissier, aide-soignant, gardien etc...) et verser une prime d'encouragement au personnel de l'Etat affecté au centre de santé. Le niveau et les modalités de rémunération sont déterminés par l'Assemblée Générale. Elle peut ponctuellement avoir recours aux prestations à caractère bénévole de ses membres en cas de besoin pour des activités d'intérêt commun.

18

TITRE III. DISPOSITIONS FINALES**CHAPITRE I: DE LA REVISION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Article 32: Le présent Règlement Intérieur est partie intégrante des statuts de l'Association. Il peut être révisé en cas de besoin sur proposition du Comité de Santé ou des deux tiers (2/3) au moins des membres réunis de l'Assemblée Générale.

CHAPITRE II: DE L'ABROGATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Article 33: En cas de dissolution de l'association, le présent Règlement Intérieur est abrogé d'office.

Article 34: Le présent Règlement Intérieur est adopté en Assemblée Générale en même temps que les statuts de l'Association.

Sarh, le 13... Juin... 1994..

L'Assemblée Générale

 ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
 DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE
 KASSAI I

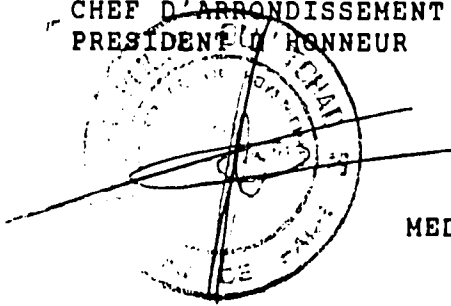
LISTE DES DELEGUES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ASSOCIATION DE
 SANTE COMMUNAUTAIRE DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE KASSAI I

| No | NOM | PRENOMS | SEXE | QUARTIER |
|----|-----------------|-----------------|--------------------------------|-----------|
| 1 | <u>YATTA</u> | <u>MBAKASSA</u> | MASCULIN | BEHOULOU |
| 2 | MBAKAMBA | MBAROBO | MASCULIN | BEHOULOU |
| 3 | YATTA | SINGAH | MASCULIN | BEHOULOU |
| 4 | <u>MLABE</u> | <u>NGORRI</u> | MASCULIN | GORO-GORO |
| 5 | RIMTEAL | BONGO | MASCULIN | GORO-GORO |
| 6 | <u>NANADOUM</u> | <u>KANIGUE</u> | MASCULIN | DCYABA |
| 7 | RADOUM | KANIGUE | MASCULIN | DOYABA |
| 8 | DJOULIBE | BOALBAYE | MASCULIN | DOYABA |
| 9 | <u>KAMANE</u> | <u>NGABO</u> | MASCULIN | KASSAI |
| 10 | NARTOLOUM | MADJONGARA | MASCULIN | KASSAI |
| 11 | KAMADJI | JOSEPH | MASCULIN | KASSAI |
| 12 | YANDJINRAYE | FRANCOIS | MASCULIN | KASSAI |
| 13 | MADJIRAM | NGOSSEDE | MASCULIN | KASSAI |
| 14 | KANIKA | KINDER | MASCULIN | KASSAI |
| 15 | KOUNDJA | UR'ATI | MASCULIN | KASSAI |
| 16 | NGASSONG | ED' THE | FEMININ | KASSAI |
| 17 | ILDJIMA | MADELAINA | FEMININ | KASSAI |
| 18 | DOBOU | SUZANNE | FEMININ | KASSAI |
| 19 | KADI | NAKOYE | MASCULIN | KASSAI |
| 20 | ASHITA | NDOUROU | MASCULIN
FEMININ | KASSAI |
| 21 | NASSAR | GAYE | MASCULIN | KASSAI |
| 22 | NANAN | THERESE | FEMININ | KASSAI |
| 23 | NARE | MALLAY | MASCULIN | KASSAI |
| 24 | NGABA | JEREMIE | MASCULIN | KASSAI |
| 25 | TABLA | LEA | FEMININ | KASSAI |

| | | | | |
|----|-------------------|-------------------|----------|----------|
| 26 | KRADJOUR | MARCEL | MASCULIN | KASSAI |
| 27 | <u>HOMTEBAYE</u> | <u>CHRISTOPHE</u> | MASCULIN | KEMASSIA |
| 28 | NDIKODE | FRANCOIS | MASCULIN | KEMASSIA |
| 29 | MADJIANA | FRANCOIS | MASCULIN | KEMASSIA |
| 30 | HONDO GOLO | CERAPHIN | MASCULIN | KEMATA |
| 31 | NARE | FRANCOIS | MASCULIN | KEMATA |
| 32 | NGANDOLO MINA | MARC | MASCULIN | KEMATA |
| 33 | <u>ALLARANGUE</u> | <u>MYAMADINA</u> | MASCULIN | KEMDERE |
| 34 | MADIKIEGUE | JUSTIN | MASCULIN | KEMDERE |
| 35 | ALLAHIMNAN | MIAMADNA | MASCULIN | KEMDERE |
| 36 | <u>NDOTANGAR</u> | <u>BOLINGAR</u> | MASCULIN | KISSIMI |
| 37 | ALLAHASRA | DJIGOL | MASCULIN | KISSIMI |
| 38 | DJIM--ALDOM | NAHODJINGAR | MASCULIN | KISSIMI |
| 38 | NGUEDHO-HOTONGAR | ETIENNE | MASCULIN | KISSIMI |
| 39 | <u>DJIDINGAR</u> | <u>KINGA</u> | MASCULIN | MAINGARA |
| 40 | MADASSOUM | MARC | MASCULIN | MAINGARA |
| 41 | KINGADIL | MARCEL | MASCULIN | MAINGARA |
| 42 | MALLOUM | MAHAMAT | MASCULIN | MAINGARA |
| 43 | TISSEM | JUSTINE | FEMININ | MAINGARA |
| 44 | NADJIANAN | BRIGITTE | FEMININ | MAINGARA |
| 45 | DEGOTO | JEAN | MASCULIN | MAINGARA |
| 46 | DJERE | SUZANNE | FEMININ | MAINGARA |
| 47 | DOUMKODJE | NGUERA | MASCULIN | MIANGARA |
| 48 | <u>NGARADOUM</u> | <u>KRE</u> | MASCULIN | MOSSIARA |
| 49 | MIMYANA | NGUEMADJENGAR | MASCULIN | MOSSIARA |
| 50 | DOUMKODJE | PIERRE | MASCULIN | MOSSIARA |
| 51 | GUEIMNGAYE | CECILE | FEMININ | MOSSIARA |
| 52 | NDISSEDBAYE | MICHEL | MASCULIN | MAIBA |
| 53 | KEMASRA | NGARBATOUM | MASCULIN | MAIBA |
| 54 | <u>TYBE</u> | <u>PAUL</u> | MASCULIN | MAITA |
| 55 | FETE | NGARO | MASCULIN | MAITA |
| 56 | BEMADJIRA | JONAS | MASCULIN | MAITA |

| | | | | |
|----|----------------|--------------|----------|-------|
| 58 | DJIMBAYE | APPOLLINAIRE | MASCULIN | MAITA |
| 58 | KODJMADJINGAYE | YOASSOUM | MASCULIN | NDILA |
| 68 | GOURSINGAR | BELITOBAYE | MASCULIN | NDILA |

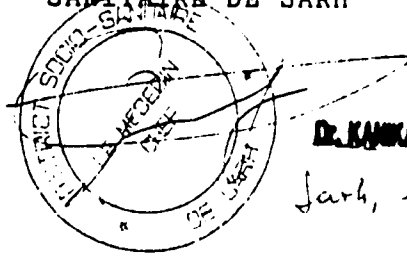
CHEF D'ARRONDISSEMENT
PRESIDENT D'HONNEUR



PRESIDENT DE L'ASSOCIATION

Thuy
Wartdeum Nadjongare

MEDECIN CHEF DE DISTRICT
SANITAIRE DE SARH



Dr. KANKA DJAM NARGAYE

Sarh, le 23.06.96

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE
KASSAI I

MEMBRES DU COMITE DE SANTE DE L'ASSOCIATION
DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE LA ZONE
DE RESPONSABILITE DE KASSAI I

| No | NOM | PRENOMS | SEXE | QUARTIER |
|----|-------------|---------------|----------|-----------|
| 1 | MBAKAMBA | MBAROBO | MASCULIN | BEHOULOU |
| 2 | DJOULIBE | MBOALBAYE | MASCULIN | DOYABA |
| 3 | RIMTEAL | BONGHO | MASCULIN | GORO-GORO |
| 4 | NARTOLOUM | MADJONGARA | MASCULIN | KASSAI |
| 5 | NANAN | THERESE | FEMININ | KASSAI |
| 6 | NGABA | JEREMIE | MASCULIN | KASSAI |
| 7 | HONDO GOLO | CERAPHIN | MASCULIN | KEMATA |
| 8 | ALLAHIMNAN | MYAMADINAN | MASCULIN | KEMDERE |
| 9 | MADJIANAN | FRANCOIS | MASCULIN | KEMASSIA |
| 10 | ALLASRA | GIGOL | MASCULIN | KISSIMI |
| 11 | NDISSEDBAYE | MICHEL | MASCULIN | MAIBA |
| 12 | DJIMBAYE | APPOLLINAIRE | MASCULIN | MAITA |
| 13 | DEGOTO | JEAN | MASCULIN | MAINGARA |
| 14 | MADASSOUM | MARC | MASCULIN | MAINGARA |
| 15 | MAHAMAT | MALLOUM | MASCULIN | MAINGARA |
| 16 | IMYANA | NGUEMADJENGAR | MASCULIN | MOSSIARA |
| 17 | GOURSINGAR | BELITOBAYE | MASCULIN | NDILA |

CHEF D'ARRONDISSEMENT
PRESIDENT D'HONNEUR

PRESIDENT DE L'ASSOCIATION

MEDECIN CHEF DE DISTRICT
SANITAIRE DE SARH

Mamadou Madjougara
DE KANKA DIAM NARGAYE

Sarh, le 23.06.94

REPUBLIQUE DU TCHAD

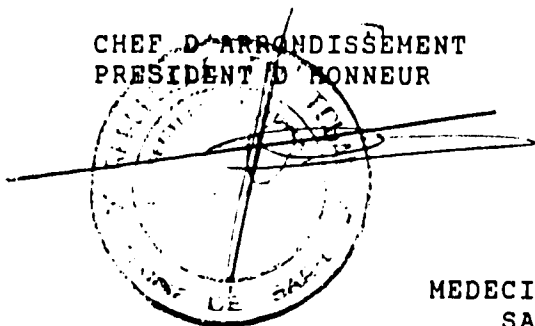
UNITE - TRAVAIL - PROGRES

ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE
KASSAI I

MEMBRES DU COMITE DE GESTION DE L'ASSOCIATION
DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE LA ZONE
DE RESPONSABILITE DE KASSAI I

| RESPONSABILITE | NOM | PRENOM |
|-------------------------|-----------|------------|
| PRESIDENT | NARTOLOUM | MADJONGARA |
| SECRETAIRE GENERAL | DEGOTO | JEAN |
| TRESORIER | ALLASRA | GIGOL |
| COMMISSAIRE AUX COMPTES | NGABA | JEREMIE |
| COMMISSAIRE AUX COMPTES | MADASSOUM | MARC |
| CAISSIERE | TABLA | LEA |

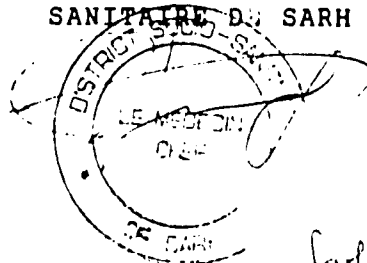
CHEF D'ARRONDISSEMENT
PRESIDENT D'HONNEUR



PRESIDENT DE L'ASSOCIATION

Nartoloum Madjongara

MEDECIN CHEF DE DISTRICT
SANITAIRE DU SARH



DR. KANKA DJAM MARGAYE

Sarh, le 23 06. 94

ASSOCIATION DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE LA ZONE
DE RESPONSABILITE DE KASSAI I

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE DU 13 JUIN 1994

Ce jour 13 juin 1994, réunis en Assemblée Générale au bureau du 3e Arrondissement les délégués des populations de la Zone de Responsabilité de Kassai I.

Un seul point était à l'ordre du jour:

l'adoption du statut et règlement intérieur de l'Association de santé communautaire de Kassai I.

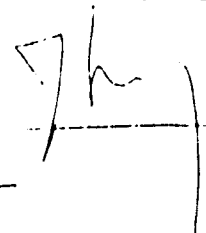
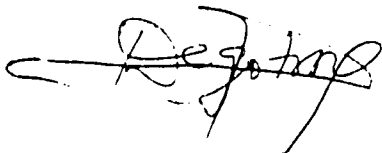
Les membres ont eu à étudier le statut et le règlement intérieur point par point, article par article.

A l'issue de cette analyse, les membres délégués à l'Assemblée Générale ont adopté par acclamation à l'unanimité le statut et le règlement intérieur; les statuts et règlement intérieur étant convenables à l'Association de santé communautaire de Kassai I régiront le fonctionnement.

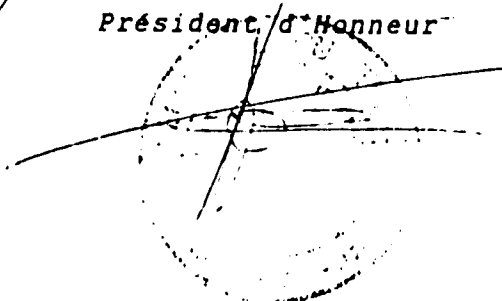
Fait à Sarh, le 13 juin 1994

Secrétaire de la séance

Président de l'Association



Président d'Honneur



**ANNEX 9: DEUXIEME RAPPORT DE CONSULTATIONEN GESTION
PHARMACEUTIQUE PAR MME. YANKALBE/COULIBALY**

DEUXIEME RAPPORT DE CONSULTATION
EN GESTION PHARMACEUTIQUE

FORMATION DES FORMATEURS

Mme Yankalbé/Mariam Coulibaly
Pharmacien

Directrice Technique et Commerciale de la Centrale
Pharmaceutique du Tchad (PHARMAT)
chargée de l'Approvisionnement, de la gestion et
de la distribution des
produits pharmaceutiques au Tchad

B. P. 900 N'DJAMENA
Tél: 51 55 82
Fax: 51 59 87

INTRODUCTION - REMERCIEMENTS

Cette deuxième consultation a porté sur la formation des formateurs aux procédures et outils de gestion dans le cadre du Recouvrement des Coûts des soins de santé.

Je remercie ici tous les participants qui, par leurs présence et leurs interventions ont contribué à la tenue et au succès de ce séminaire de formation:

- * Dr. Djounfoune; Délégué Préfectoral
- * Dr. Konaté; Planificateur PSET
- * Les Médecins Chefs de District
- * Le Régisseur de la Division des Ressources
- * Le Chef de la Division des Ressources
- * Le Comptable en Recouvrement des Coûts.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur Niel, Volontaire du Corps de la Paix qui nous a préparé des schémas récapitulatifs des outils de l'ensemble du programme de formation.

Je terminerai en remerciant le Dr. Joret, Chef de Projet PSET qui par son ouverture et son sens pratique a énormément contribué à la réussite du séminaire.

Après une journée de séance préparatoire (le 3 mai 1994), le séminaire de formation a démarré le mercredi 4 mai pour clôturer le vendredi 6 mai 1994.

LES PRELIMINAIRES

- Mot de bienvenue du Délégué Préfectoral et du Chef de
Projet PSET aux participants

- Présentation des participants

- Définition des objectifs de la formation par le Dr.
Konaté à savoir qu'à la fin de la formation les participants
doivent être capable de:

1. décrire la participation communautaire suivant la
description qui en est faite par le Ministère de la Santé
Publique;

2. décrire le système de Gestion Préfectorale et
particulièrement le circuit, les procédures et les outils de
gestion en relation avec le malade, les médicaments et les
finances;

3. définir la gestion et citer les différentes étapes liées
aux médicaments et à l'argent dans le cadre du Recouvrement des
Coûts;

4. remplir correctement les outils de gestion des
médicaments et de l'argent;

5. citer tous les éléments de coût enseigné qui entrent
dans le calcul du prix de vente des médicaments.

LE RECOUVREMENT DE COUTS ET
LA GESTION

1. La politique de participation communautaire:

Le Délégué Préfectoral a expliqué;

1.1 les réunions qui ont conduit à cette politique qui appelle les populations à s'organiser pour se prendre en charge en nature de soins de santé sont;

- * les difficultés des états à contribuer suffisamment au financement des soins de santé;

- * la crise mondiale

1.2 les différents systèmes de prise en charge existants sont:

- * le paiement à l'acte (n'assure pas la qualité des soins)

- * le système de sécurité sociale (pays industrialisés)

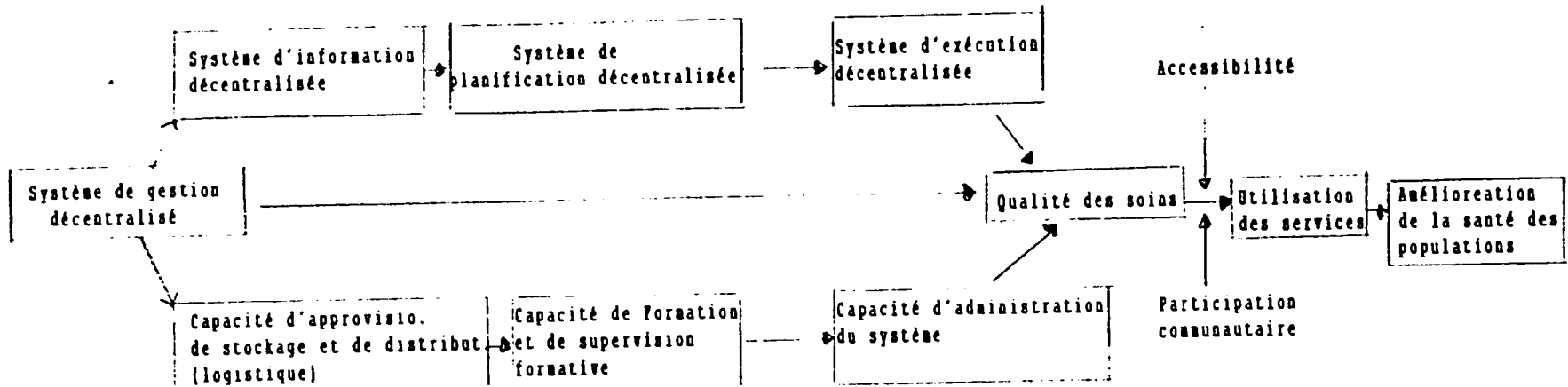
- * le paiement forfaitaire mieux accepté et en voie de prolifération, solidarité entre les populations.

1.3 les solutions pour faire accepter cette politique par les populations, sensibilisation et éducation des populations.

2. Le système de gestion préfectoral:

Exposé par le Dr. Konaté qui a expliqué avec schéma à l'appui que seul un système de gestion décentralisé permet d'obtenir des soins de qualité aboutissant à une amélioration de l'état de santé des populations.

Il faut une meilleure répartition des ressources et un cadre juridique permettant de rendre les populations responsables et capables de gérer, de décider à travers la création de mouvements associatifs. Le cadre permet de tisser des relations de partenariat avec d'autres, en particulier avec les centres de soins.



3. Gestion des médicaments dans le système de recouvrements des coûts:

(Notions de base - définitions)

Exposé de la consultante.

a. Introduction:

Le mode de financement des soins de santé exerce une influence sur ceux-ci.

La modification des politiques de financement équivaut à modifier le profil des services de santé tant dans leur qualité et nature que les utilisateurs et le lieu où ils ont dispensés.

Ainsi, depuis des années, nombres de pays ont trouvé un mode de financement en recourant à une participation financière des utilisateurs, conduisant en définition d'une politique de recouvrement des coûts. Cette politique constitue aussi un moyen de faire apprécier par les consommateurs (les utilisateurs des services de santé) la valeur réelle des soins assurés sur place gratuitement.

b. La gestion:

La politique de recouvrement des coûts étant principalement basée sur les médicaments, ces derniers doivent être gérés pour assurer un approvisionnement régulier et une distribution adéquate.

Cette gestion comporte différentes étapes:

1. le choix des médicaments basé sur:

- l'efficacité;
- l'innocuité;
- la qualité;
- le prix.

Ces médicaments doivent être disponibles à tout moment pour satisfaire aux besoins des populations.

2. l'acquisition:

Elle se fait par achat selon différentes procédures dont 4 plus utilisées:

a. Appel d'offre ouvert

Cette procédure invite les fournisseurs ou leurs représentants à soumettre leur prix pour la livraison de médicaments selon les termes spécifiés dans un cahier des charges. C'est une procédure qui permet d'obtenir de meilleurs prix mais ne garantit pas forcément la qualité.

b. Appel d'offres restreint

C'est une procédure qui s'adresse à un nombre limité de fournisseurs préselectionnés. Elle permet de gagner du temps mais ne garantit pas forcément le prix.

c. Marché de gré à gré

Dans cette procédure, l'acheteur s'adresse à un petit nombre de fournisseurs avec lesquels il discute pour s'entendre sur les prix et services spécifiés.

Cette méthode fait gagner du temps, mais il faudra des informations préalables sur les fournisseurs.

d. Achat direct

L'acheteur s'adresse à un seul fournisseur et achète à son prix. Procédure rapide mais utilisée pour de petites quantités et pour des livraisons urgentes.

3. Stockage - distribution:

La distribution constitue le facteur clef de tout système d'approvisionnement.

Toute politique de distribution de produits pharmaceutiques doit avoir pour but de placer en tout temps les médicaments appropriés à la disposition de ceux qui en ont besoin.

En matière de distribution la compétence professionnelle du pharmacien est primordiale.

Dans le cadre de cette formation le schéma de stockage et distribution est simple:

PPA (Stock)

Centre de santé

Malades

Dans un système de distribution, le principal facteur de succès est l'éducation et la formation du personnel c'est à dire:

- les pharmaciens;
- les médecins;
- les infirmiers;
- les comptables;
- les magasiniers;
- les emballeurs.

Cette éducation et formation contribuent à éviter les gaspillages, les fuites de médicaments en cours de distribution favorisant, ainsi une meilleure utilisation de ces médicaments par les centres de santé.

Enfin la tenue périodique de séminaires, d'atelier, de réunions sur la gestion et des facteurs d'amélioration de la distribution.

LA GESTION DU STOCK DE
MÉDICAMENTS AU NIVEAU
DE LA PPA

Les médicaments, substances chimiques douées d'activités thérapeutiques spécifiques, dépourvues de toxicité, présentées sous forme spéciale, destinées à la médecine (humaine et vétérinaire) sont des produits fragiles dont la gestion nécessite une organisation et une connaissance des outils de gestion; ceci pour assurer un approvisionnement régulier suffisant tout en évitant:

- les sur-stockages entraînant des perscriptions donc pertes de produits;
- les sous-stockages conduisant aux ruptures préjudiciables aux populations;

La PPA n'étant pas fabricante, elle doit importer ces produits en les achetant avec des fournisseurs.

Pour cela, le pharmacien responsable en accord avec le Médecin Chef doit:

- choisir les médicaments à commander;
- faire une estimation quantitative;
- prospecter le marché pour trouver les meilleurs fournisseurs (qualité - prix);
- définir les modalités de commande.

Ce travail préliminaire effectué, le pharmacien peut lancer sa commande. Les outils utilisés sont:

1. La fiche de commande:

- Présentation d'un modèle aux participants;
- Explication de l'utilisation;
- Modèle retenu.

. Si la pharmacie dispose des prix fournisseurs, il faut faire une estimation du coût de sa commande;

. Dans le cas contraire, il faut demander une facture proforma aux fournisseurs.

Cela lui permet de réajuster les quantités en fonction des prix et éviter un dépassement du budget qui lui a été alloué pour cette commande.

2. Le bon de livraison qui comporte:

- Nom et adresse du bureau;
- Nom et adresse du destinataire (PPA);
- Colisage (nombre de colis);
- Poids;
- Observations.

Ce bon est signé par les 2 parties lorsque la livraison est conforme.

En cas de litige (manquant - détérioration du colis) cela est mentionné dans la colonne observations avant signature.

3. Après la livraison, il faudra réceptionner la commande c'est à dire procéder au contrôle détaillé des produits par rapport aux factures fournisseurs jointes. L'outil utilisé est:

205

Le bordereau de réception

- Présentation et explication d'un modèle qui a été retenu.

4. Les médicaments contrôlés doivent être stockés. Pour cela chaque produit a sa fiche de stock.

- Présentation et explication d'un modèle qui a été retenu:

Compte tenu de leur fragilité, pour assurer la conservation de leur qualité, les médicaments doivent être stockés dans des locaux appropriés, à l'abri de la lumière solaire, de la chaleur et de l'humidité.

Les produits seront disposés sur des rayons qui sont des étagères.

Ils seront disposés en ordre alphabétique par forme en tenant compte des dates de péremption (ceux à date de péremption proche seront place devant).

Ainsi on déterminera différents rayons:

- rayons comprimés;
- rayons injectables;
- rayons soluté et ampoules buvables;
- rayons divers consommables (pommade - antiseptiques - pansements etc.)

Lorsque le volume de médicaments est important, il est préférable de faire un stockage en réserve à partir duquel les rayons seront approvisionnés.

Cette réserve ne dispose pas d'étagères mais un support sur lequel seront disposés les colis standards.

La gestion du stock fait intervenir l'inventaire qui permet de comparer le stock réel ou stock physique au stock théorique issu des différents mouvements d'entrées et de sorties. Il consiste à compter les produits en stock et à comparer avec le stock sur fiche.

L'inventaire peut être annuel, périodique (mensuel ou trimestriel) ou permanent. Cette dernière forme permet bien que contraignant permet de connaître la situation des produits et de procéder à des réajustements de stock.

LA GESTION FINANCIERE AU NIVEAU
DE LA PPA

Dans le système de recouvrement des coûts des soins de santé, les médicaments ne sont pas gratuits. La PPA vend aux centres de santé et utilise l'argent pour reconstituer son stock d'où la nécessité d'une gestion financière avec des outils appropriés.

1. Le tarif des médicaments

La tarification permet à la PPA de fixer le prix de ses médicaments qu'il vend aux centres de santé.

Nombreux éléments rentrent dans le calcul des prix:

- le prix de départ (fournisseur);
- les transports (..... PPA);
- les frais de manutention;
- les frais de gestion, etc...

Cette tarification permet de mettre à la disposition des centres de santé un listing de tarif des médicaments et matériels pour leurs commandes.

Ce listing tarif doit être à jour à chaque nouvel arrivage de produits à la PPA.

- Présentation d'un modèle de tarif;
- Explications et commentaires;
- Modèle retenu.

2. La facturation; facture

Outil permettant à la PPA de facturer les commandes des centres de santé pour les quantités réellement livrées:

- Présentation d'un modèle de facture;
- Explications - commentaires;
- Modèle retenu.

3. Le reçu d'encaissement

Les médicaments étant payables comptant, la PPA dispose de reçus d'encaissement justifiant le règlement de la facture émise pour le centre de santé et permet la livraison des colis.

- Présentation d'un modèle de facture;
- Explications - commentaires;

4. Le journal de caisse

Outils permettant d'enregistrer tous les mouvements d'entrées et de sorties, c'est à dire tous les encaissements et décaissements effectués au niveau de la caisse.

Il permet de connaître aussi le solde disponible, solde qui ne peut être négatif.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires;
- Modèle retenu.

2008

5. Le journal de ventes

C'est un outil qui permet à la PPA de connaître le volume de ses ventes aux centres de santé.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires;
- Modèle retenu.

6. Le bon de commande de divers

Outil permettant au pharmacien de la PPA de se procurer des matériels et fournitures dont il a besoin pour le fonctionnement de sa pharmacie.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires;
- Modèle retenus mais le nombre de colonnes a été ramené à 3 car il n'est pas nécessaire de chiffrer ces besoins au niveau de la pharmacie.

7. Le registre par type de carnets de tickets

Outil permettant au régisseur de la PPA de connaître la situation des carnets de tickets qu'il vend aux centres de santé.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires
- Modèle retenu.

8. Etat de versement

Outil permettant au régisseur de remettre l'argent ou le chef de la division des ressources qui va effectuer le versement à la Banque.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires

9. Le journal de Banque

Outil permettant au chef de la division des ressources d'enregistrer les versements et les retraits effectués au niveau du compte bancaire (peut être un compte chèque ou un compte épargne).

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires;
- Modèle retenu.

10. Le rapport financier mensuel

C'est l'outil qui résume les activités financières mensuelles de la PPA (recettes - dépenses). Il permet d'avoir des informations sur la trésorerie.

- Présentation d'un modèle;
- Explications et commentaires.

Afin d'éviter toute confusion entre le rapport financier mensuel et le solde disponible en fin du mois, il est souhaitable de séparer ses 2 outils.

Pour cela :

- arrêter la fiche de rapport à la différence mois;
- expliquer différemment ce que veut dire solde disponible en fin de mois, c'est à dire :

solde en caisse à la fin du mois
+ solde en banque à la fin du mois

11. Le bilan

C'est le résultat des activités d'une année d'exercice. Il est fait en fin d'année et permet de comparer l'actif au passif.

- Présentation d'un modèle;
- Explications - commentaires;
- Modèle adopté.

12. Le compte d'explication

Outil permettant à la PPA de savoir si elle est viable ou non à travers ses activités (dépenses ou charges et recettes ou produits).

- Présentation d'un modèle;
- Explications;
- Modèle retenu.

Lorsque les produits sont > aux charges, la PPA a réalisé un surplus.

Lorsque les produits sont < aux charges, la PPA a réalisé une perte.

13. Le budget prévisionnel

Outil permettant de connaître la limite des dépenses à ne pas dépasser et des recettes à percevoir, ceci en prévision du renouvellement du stock de médicaments.

- Présentation d'un modèle;
- Explications;
- Modèle retenu.

Dans le budget prévisionnel, les dépenses doivent être au plus égales aux recettes. En cas de dépassement, il est nécessaire de trouver des subventions si on veut maintenir ce dépassement, ou réduire certaines dépenses.

GESTION DES MEDICAMENTS ET
GESTION FINANCIERE
AU NIVEAU DES CENTRES DE
SANTE ET COMMUNAUTE

Les associations de santé commentaire sont des entités possédant une personnalité juridique, dotées de l'autonomie financière et de gestion.

Elles peuvent de ce fait avoir leur argent propre qu'elles gèrent elles-mêmes et qu'elles peuvent utiliser en partie pour l'achat de médicaments afin d'améliorer les soins de santé qui leur sont donnés.

L'utilisation d'outils et de procédures de gestion simples et appropriés peut aider ces associations à gérer de façon efficace.

Les outils élaborés sont à peu près identiques à ceux de la PPA, mais en moindre nombre.

1. Concernant les médicaments

a. Fiche de commande et livraison

- Présentation d'un modèle
- Modifications:

- . suppression de la colonne quantité livrée
- . signature de la fiche par le chef du centre de santé et du Médecin Chef de District.

b. Fiche de stock

Identique à la fiche PPA. Pas de modifications.

c. Carnet de tickets de soins

Présentation d'un modèle simple économique pouvant être fabriqué par les communautés.

Ce modèle a fait l'objet de nombreuses critiques et suggestions conduisant à son rejet.

Propositions nombreuses faites pour les tickets imprimés.

d. Cahier de recette journalière

Permet d'enregistrer toutes les recettes réalisées par la vente des tickets de soins.

Modifications apportées dans la colonne type de tickets.

- 0 - 4 ans : remplacé par soins curatifs enfants
- adulte : remplacé par soins curatifs A
- vaccination: consultations préventives

e. Journal de caisse

Identique au modèle PPA. Pas de modification.

f. Reçu d'encaissement

Identique au modèle PPA, à signer par le trésorier.

g. Journal de banque

Identique modèle PPA, signature par le trésorier et commissaire aux comptes.

h. Bon de commande de divers

Identique PPA.

Modifications;

- suppression colonnes prix unitaire et prix total;
- signature par l'infirmier.

Suggestions:

- prévoir une petite caisse pour les menus dépensés et éviter l'intervention inutile du trésorier. Ce fonds sera géré par le caissier. Le matériel acheté sera géré par l'infirmier.

i. Le rapport financier mensuel

Permet la synthèse des opérations d'un mois.

- Présentation d'un modèle;
- Modifications.

Annulations carnets de soins. Cet outil pourra subir d'autres modifications apportées par les associations de santé.

j. Le budget

Identique modèle PPA. Pas de modifications.

K. Liste des résidents

Permet le recensement des habitants d'une zone de responsabilité pour les besoins de gestion des activités et des ressources.

- Présentation d'un modèle;
- Modifications:

- * Ajouter date de naissance;
- * Faire une liste séparée;

. résidents solvables
. indigents.

- * Annuler colonne "exonérés de paiement"

CONCLUSION

Si les outils PPA n'ont pas subi de modifications profondes, les colonnes et suggestions ont été nombreuses sur les outils de communautés.

Cela a permis d'apporter des modifications à certains et de remettre en question d'autres afin de les revoir pour mieux les adapter.

La mise en place d'un système de recouvrement des coûts de soins de santé n'est pas facile.

Mais le suivi du personnel formé à la gestion, la révision des outils en collaboration avec tous les participants à cette gestion, la remise en question permanente des procédures pour mieux les adapter, la sensibilisation des populations sont autant de facteurs qui permettent d'espérer quant à la viabilité du système.

Le séminaire de formation des formateurs a été clôturé le vendredi 6 mai 1994 après le mot de remerciement du Délégué Préfectoral.

**ANNEX 10: RAPPORT DE FORMATION AUX OUTILS ET PROCEDURES DE
GESTION DE RECOUVREMENT DE COUT (FORMATION DES
FORMATEURS)**

Sarh, 31 Mai 1994

Au: Chef du PSET

S/c de: Médecin Planificateur

De: Comptable de Recouvrement de coûts *gourouh.*

Objet: Rapport de formation des formateurs sur les outils et procédures de gestion de recouvrement de coûts.

Du 4 au 6 mai 1994, a eu lieu au centre de formation de Sarh la formation des formateurs sur les outils et procédures de gestion des médicaments et finances dans le cadre de recouvrement de coûts au niveau de la délégation et au niveau des centres de santé et communautés.

Etaient présents à cette première formation:

Formateurs:

Dr Konaté Planificateur du PSET
Mme Yankalbé, Consultante en pharmacie
Dr Mbaladoum, Pharmacien de la Préfecture sanitaire
Mr Mraringar, comptable de recouvrement de coûts au PSET

Participants:

Dr Djounfoune Délégué de la Préfecture sanitaire
Dr Maossedé, Médecin-Chef de district de Koumra
Dr Maowalé, Médecin-Chef de district de Kyabé
Dr Magui, Médecin-Chef de Bekamba
Dr Mbaitoloum, Médecin-Chef de Moissala
Mr Pakouaré Chef de centre de Bégou
Mr Ndobaye, Gestionnaire de l'hôpital de Moissala
Mr Kourayo Chef de district de Danamadji
Mr Kager, Adjoint au pharmacien de la Préfecture sanitaire
Mr Rossain, Chef de Division de Ressources de la Délégation
Mr Ngamtébaye, Chef matériel de la Délégation.
Mr Nguékorta, Chef de zone du district de Sarh.

L'ouverture de la formation a été faite par le Dr Joret qui a situé l'importance du Projet Survie de l'Enfant au Tchad dans le cadre de l'appui à la Préfecture sanitaire du Moyen-Chari.

La parole a été donnée au Délégué qui a adressé un mot de bienvenue aux participants. Après la présentation des participants ce fut le tour du Dr Konaté d'expliquer les objectifs de formation comme suit: après la formation, il faut que les participants soient capables de:

- Décrire la participation communautaire suivant la description du Ministère de la santé Publique
- Décrire le système de gestion, les procédures et outils de gestion de médicaments et finances au niveau préfectoral et au niveau des centres de santé.
- Définir la gestion et les différentes étapes dans le cadre de recouvrement de coûts.
- remplir correctement les outils de gestion
- Enumérer les éléments qui entrent dans le prix de vente de médicaments.

Le Délégué de la Préfecture sanitaire dans sa deuxième intervention

a brossé la politique de la participation communautaire selon laquelle les populations doivent s'organiser pour se prendre en charge dans le domaine de la santé. Selon le Dr Djounfoune, l'Etat a des difficultés à fournir des médicaments pour le soin de la population d'où un désengagement du problème de santé, alors la participation de la population elle même est nécessaire pour qu'elle accède aux soins de santé à moindre coûts.

Le Dr Konaté, avant de parler de la gestion au niveau préfectoral a fait la différence entre la participation communautaire et le recouvrement de coûts qui responsabilise la population à la prise en charge et au contrôle de sa santé. De continuer le Dr Konaté a expliqué le système de gestion préfectoral dans le cadre de la gestion décentralisée. La gestion décentralisée ne se fait pas sans moyens, sans la capacité de décision et sans informations, alors il faut qu'il y ait un système d'information décentralisé au niveau de la préfecture sanitaire. Par un schémas explicatif le Dr Konaté a expliqué le système de gestion décentralisé qui se concrétise d'une part par :

- le système d'information décentralisé
- le système de planification décentralisé
- le système d'exécution décentralisé

et d'autre part par :

- la capacité d'approvisionnement, de stockage et de distribution de médicaments et la capacité de logistique
- la capacité de formation et de supervision formative
- la capacité d'administration du système.

Ainsi le système de gestion décentralisé vise la qualité de soins par la participation communautaire et l'accessibilité aux services de santé afin d'atteindre l'objectif final qui est l'amélioration de la santé de la population.

Ce fût le tour de la consultante en pharmacie d'exposer la méthode d'acquisition des médicaments qui se font par appel d'offres ouvert et restreint, par marché gré à gré et achat direct. Etant donné que le recouvrement de coûts est basé sur les médicaments, leurs choix sont portés surtout sur l'efficacité, l'innocuité, la qualité et le prix.

Avant d'entrer dans l'étude des outils de gestion de médicaments, le pharmacien de la préfecture dans son introduction a défini ce que c'est qu'un médicament essentiel, son rôle et son importance. C'est après cela que nous avons étudié cas par cas les outils de gestion de médicaments tels que la fiche de commande, la fiche de stock, le bordereau de réception. Au niveau de la pharmacie préfectorale les participants ont introduit un autre outil qui est le bordereau de livraison.

C'est maintenant le tour du comptable de recouvrement de coûts d'exposer les outils de gestion financières qui sont: la tarification, la facturation, le reçu d'encaissement, le journal de caisse, le bon de commande de divers, le registre par type de carnet de tickets le rapport financier mensuel, le bilan, le compte d'exploitation et le budget.

Le dernier jour, nous avons, étudié les outils de gestion à utiliser au niveau des centres de santé et communautés. Les outils de gestion de médicaments à ce niveau sont: la fiche de commande et la fiche de stock. Les outils de gestion financière sont: le cahier de recettes journalières, le journal de caisse, le reçu d'encaissement, le bon de commande de divers, le journal de banque, le rapport financier mensuel et le budget.

Au cours de l'exposé sur les outils de gestion médicaments et de finances les formateurs interviennent de temps en temps appuyer celui ou celle qui fait l'exposé. Pour faciliter la compréhension

des outils, nous avons aussi procéder à faire des exercices sur chaque outil.

La formation a pris fin par la clôture prononcée par le Délégué qui l'a qualifiée de positif et qui est aussi donc très importante dans le cadre de recouvrement de coûts de santé.

**ANNEX 11: GUIDE PRATIQUE DE GESTION DES MEDICAMENTS ET FINANCES
(NIVEAU PHARMACIE D'APPROVISIONNEMENT)**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD

RECouvreMENT DE COUITS

GUIDE PRATIQUE DE GESTION
DES MEDICAMENTS ET FINANCES

PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

ET

DIVISION DE RESSOURCES

TABLE DES MATIERES

| | PAGES |
|--|-------|
| <u>INTRODUCTION</u> | 1 |
|
 | |
| <u>CHAPITRE I</u> <u>GESTION DES MEDICAMENTS</u> | |
| 1.1 Fiche de commande de médicaments | 3 |
| 1.2 Bordereau de réception | 6 |
| 1.3 Fiche de stock par médicament | 9 |
| 1.4 Bordereau de livraison | 13 |
|
 | |
| <u>CHAPITRE II</u> <u>GESTION DES FINANCES</u> | |
| 11.1 Tarification des médicaments et matériels | 16 |
| 11.2 Facturation | 18 |
| 11.3 Le reçu d'encaissement | 21 |
| 11.4 Le journal de caisse | 24 |
| 11.5 Etat de versement | 27 |
| 11.6 Le journal de banque | 30 |
| 11.7 Le rapport financier mensuel de la PPA | 33 |
| 11.8 Registre par type de carnets de tickets | 36 |
| 11.9 Bon de commande de divers | 39 |
| 11.10 Journal de ventes | 42 |
| 11.11 Le budget de la PPA | 45 |
| 11.12 Compte d'exploitation de la PPA | 48 |
| 11.13 Le bilan de la PPA | 51 |

INTRODUCTION

La Pharmacie Préfectorale d'Approvisionnement (PPA), est la source officielle de ravitaillement des zones de responsabilité en médicaments. La viabilité du système de recouvrement des coûts, donc de la participation des populations à la prise en charge du système de santé, réside dans la qualité des soins dispensés aux populations. Celle-ci dépend à son tour de la qualité du personnel (disponibilité, compétence, motivation...); de la disponibilité en médicaments et matériels de travail et de la qualité de leur gestion. A cet égard, la PPA a un rôle essentiel à jouer en assurant aux centres de santé un approvisionnement régulier et suffisant en médicaments et en matériels de travail. Pour le fonctionnement efficace d'un tel système, aussi bien le personnel de la PPA, de la Division de ressources que celui des centres de santé doivent en maîtriser les procédures et outils de gestion. Les procédures et outils développés dans deux chapitres relatifs à la gestion des médicaments et à celle des finances.

CHAPITRE I
GESTION DES MEDICAMENTS

I.1 LA FICHE DE COMMANDE DES MEDICAMENTS

La commande est la première opération d'approvisionnement en médicaments. Elle comprend les étapes suivantes: estimation des besoins, prospection du marché, décision sur les modalités de passation des marchés, lancement de la commande. La PPA n'étant pas une firme de fabrication, elle doit s'approvisionner elle-même en lançant ses propres commandes auprès de fournisseurs extérieurs. Le volume et la composition des commandes de la PPA sont fonction des commandes à elle lancées par les structures de soins qu'elle approvisionne. C'est en connaissance de ces données que la PPA pourra organiser une gestion économique des achats en évitant les surstockages et les ruptures éventuelles de stocks. Il est connu que le coût d'acquisition augmente avec le grand nombre de commandes d'importance réduite, et qu'à l'inverse, le coût du stock s'accroît si la quantité de commandes est réduite, autrement dit si le stock ne roule pas. D'où la nécessité de rechercher une quantité commandée optimale appelée quantité économique de commande. Elle est lancée à partir d'un seuil d'alerte.

La fiche de commande des médicaments proposée par le pharmacien comporte six colonnes:

_ La 1ère colonne porte l'entête désignations. On doit y inscrire le nom générique ou dénomination commune internationale (DCI) du produit médico-pharmaceutique à commander, le dosage, c'est-à-dire la mesure du principe actif ou matière de base du médicament. Cette mesure s'exprime souvent en mg, ml, g, u.l. etc. et la présentation du produit (comprimé, flacon, ampoule, capsule, gélule, ovule, sachet, etc);

- la 2ème colonne sert à inscrire le conditionnement qui peut être sous forme de carton, boîte, bouteilles etc.

_La 3ème colonne est réservée à l'inscription de la quantité à commander exprimé sous forme conditionnée;

_la 4ème colonne sert à inscrire le prix unitaire du conditionnement, exprimé si possible dans la monnaie du fournisseur ou à défaut dans des monnaies de réserve acceptées par lui (FCFA, FF, \$...);

_ La 5ème colonne sert à porter le montant total de chaque produit par le nombre d'emballages;

_ La 6ème colonne est réservée aux observations relatives à la commande.

En bas de la fiche de commande, le pharmacien ou en l'occurrence son substitut, inscrit la date de commande et met son nom et sa signature. Le médecin Chef Délégué reçoit la commande établie par le pharmacien, la vérifie avant de la dater et d'y apposer sa signature. Il procède ensuite à l'expédition de la commande par les soins de la Division des Ressources.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

COMMANDE DES MEDICAMENTS ET MATERIELS

| DESIGNATIONS ¹ | CONDITION-
NEMENT | QUANTITE
COMMANDEE | PRIX
UNITAIRE | PRIX
TOTAL | OBSERVATIONS |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|---------------|--------------|
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

Nom du Pharmacien:

Nom du Médecin Chef Délégué

Date et signature:

Date et Signature

RC/PSEK/USAID

¹DESIGNATION - Nom, Dosage, Présentation

EXERCICE (COMMANDE DES MEDICAMENTS)

Le pharmacien de la PPA après analyse des demandes des centres de santé estime les besoins suivants pour sa commande de médicaments:

- 20 boîtes de 1000 comprimés d'acetylsalicylique Acide 75 mg dont le prix unitaire par conditionnement est de 1500 F
- 8 boîtes de 1000 comprimés de cotrimoxazole 400+80mg dont le prix unitaire par conditionnement est de 4790 F
- 10 boîtes de 100 comprimés de methylethergometrine 125 µg dont le prix unitaire par conditionnement est 750
- 5 boîtes de 50 flacons de benzylpenicilline benzanthine 3+1 Mega UI dont le prix unitaire est de 5000 F par conditionnement
- 4 boîtes de 100 flacons d'eau pour injection de 5ml dont le prix unitaire par conditionnement est de 6000 F
- 15 boîtes de 25 flacons de lidocaïne de 2% 50 ml dont le prix unitaire par conditionnement est de 3. 150 F
- 12 tubes de pommade anti-hémorroïdaire de 15 g dont le prix unitaire est de 400 F
- 2 bouteilles d'iode povidone de 10% 200 ml dont le prix unitaire par conditionnement est de 500 F
- 9 pots de vaseline blanche de 1kg dont le prix unitaire par conditionnement est de 1500 F
- 25 rouleaux de sparadrap de 2,5 cm x 5m dont le prix unitaire par conditionnement est de 650 F
- 13 pièces de seringue UM nylon kiglis luxur 2cc dont le prix unitaire par conditionnement est de 100 F
- 32 pièce de thermomètre rectal °c dont le prix unitaire par conditionnement est de 200 F

Etablissez le bon de commande du pharmacien sachant qu'elle a été effectuée le 1er janvier 1993..

CORRIGE DE L'EXERCICE

| DESIGNATION | CONDITION-
NEMENT | QUANTITE
COMMANDEE | PRIX
UNITAIRE | PRIX
TOTAL |
|---|----------------------|-----------------------|------------------|---------------|
| ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 75 mg co | 1000 | 20 | 1.500 | 30.000 |
| COTRIMOXAZOLE 400 mg +80 mg co | 1000 | 8 | 4.790 | 38.280 |
| METHYLERGOETRINE 125g co | 100 | 10 | 750 | 1750 |
| BENZYL PENICILLINE BENZANTHINE 3+1 Mega UI fl | 50 | 5 | 5.000 | 25.000 |
| EAU POUR INJECTION 5ml fl | 100 | 4 | 6.000 | 24.000 |
| LIDOCAINE 2% 50 ml fl | 25 | 15 | 3.150 | 47.250 |
| ANTI-HEMORROIDAIRE pommade 15 g tube | 1 | 12 | 400 | 4.800 |
| IODE POVIDONE 10% 200 ml bout. | 1 | 2 | 500 | 1.000 |
| VASELINE BLANCHE 1 kg pot | 1 | 9 | 1.500 | 13.500 |
| SPARADRAP 2,5 cm x 5 m reul. | 1 | 25 | 650 | 16.250 |
| SERINGUE UM NYLON KIGLISS L'EUR 2cc piece | 1 | 13 | 100 | 1.300 |
| THERMOMETRE RECTAL piece | 1 | 32 | 200 | 6.400 |
| Total | | | | 209.530 |

1.2 BORDEREAU DE RECEPTION

La réception des produits commandés est l'activité qui précède la gestion des stocks. Elle comporte un contrôle de type quantitatif et qualitatif. En effet des altérations ou des manques de produits peuvent être occasionnées par les conditions de fabrication, de transport, de manutention, d'emballage de conditionnement. Lors de la livraison, le réceptionnaire doit s'assurer de vérifier :

- _le titre de transport mentionnant le poids et la quantité de la livraison;
- _le colisage, en nombre et en état;
- _le bon de livraison: sa conformité avec, d'une part, la livraison effectuée, et d'autre part, le bon de commande;
- _les dates de péremption et procéder à l'enregistrement tout en veillant à émettre des réserves le cas échéant;
- _la conformité avec le cahier des charges.

Le bordereau de réception comprend 5 colonnes:

La première colonne comprend la désignation qui indique habituellement le nom du médicament, son dosage, sa présentation;

La deuxième colonne concerne la quantité facturée lors de la livraison des médicaments;

La troisième colonne précise la quantité des médicaments qui ont été effectivement reçus;

La quatrième colonne concerne l'écart éventuellement constaté. Elle résulte de la différence entre la quantité facturée et la quantité reçue.

La 5ème colonne est réservée aux observations à faire en cas de constat au moment de la réception.

Le pharmacien apposera ensuite sa signature, la date et le cachet de la PPA ou de la Délégation sur le bon de transport et de livraison et garder copie.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

BORDEREAU DE RECEPTION

ARRIVAGE No du

MARITIME I_I Fournisseur
 AERIEN I_I Facture No Date
 ROUTIER I_I Commande No Date
 LTA

| DESIGNATION ¹ | QUANTITE
FACTUREE | QUANTITE RECUE | ECART | OBSERVATIONS |
|--------------------------|----------------------|----------------|-------|--------------|
| | | | | |

Le réceptionnaire

Signature

¹DESIGNATION= Nom, Dosage, Présentation

EXERCICE (BORDEREAU DE RECEPTION)

Après l'arrivage No 1 en date du 1er janvier 94 de la commande des médicaments No 1 établie le 15 octobre 93, le pharmacien a procédé à la réception comme suit:

17 boîtes d'ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 75mg co

7 boîtes de cotrimoxazole

13 boîtes de LIDOCAINE 2% dont 10 flacons cassés.

6 pots de VASELINE BLANCHE

14 rouleaux de SPARADRAP (le colis contenant le sparadrap est ouvert).

10 SERINGUES UN NYLON NIGLISS L'EUR 2 cc dont 2 endommagés.

La commande de ces médicaments a IDA et est arrivée par voie routière sous la facture No 132 établie le 15 décembre 93. Etablissez le bordereau de réception du pharmacien..

CORRIGE DE L'EXERCICE

BORDEREAU DE RECEPTION

ARRIVAGE No 1 DU 1ER JANVIER 1994

MARITIME

FOURNISSEUR

AERIEN

FACTURE No 132

DATE 15-12-93

ROUTIER

x

COMMANDE No 1

DATE 15-10-93

LTA

| DESIGNATION | QUANTITE FACTUREE | QUANTITE RECU | ECART | OBSERVATIONS |
|--|-------------------|---------------|-------|------------------------|
| ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 75 mg co | 20 | 17 | 3 | |
| COTRIMOXAZOLE 80 mg -80 mg co | 8 | 7 | 1 | |
| METHYLERGOMETRINE 125ug co | 10 | 10 | | |
| BENZYLPENICILLINE BENZANTHINE 3-1 Mega UI II | 5 | 5 | | |
| EAU POUR INJECTION 5ml II | 4 | 4 | | |
| LIDOCAINE 2% 50 ml II | 15 | 13 | 2 | 10 flacons cassés |
| ANTI-HEMORROÏDAIRE pommade 15 g tube | 12 | 12 | | |
| ICIDE FONGICIDE 10% 100 ml bout. | 2 | 2 | | |
| VASELINE BLANCHE 112 pot | 9 | 6 | 3 | |
| SPARADRAP 2,5 cm x 5 m roul. | 25 | 14 | 11 | Le colis est ouvert |
| SERINGUE UN NYLON NIGLISS L'EUR 2cc pièce | 13 | 13 | | 2 SERINGUES endommagés |
| THERMOMETRE RECTAL | 32 | 32 | | |

Le pharmacien

Signature

1.3 LA FICHE DE STOCK PAR MEDICAMENT

Un stock est une provision de produits destinés à la consommation. Il sert de régulateur d'une part entre les entrées ou livraisons, et d'autre part les sorties ou utilisations. Si cette fonction de régulation n'est pas remplie par le stock à cause d'insuffisance de maîtrise des mouvements, il y aura selon le cas surstockage avec des surcoûts de gestion et des risques d'obsolescence, de péremption, de coulage, de dégradation, d'évaporation, etc, ou sous-stockage avec ruptures de stock et pénuries de produits au niveau de la consommation. La gestion des achats et des stocks sert à éviter de tels désagréments. Pour ce faire, elle utilise des procédures et des outils de gestion appropriés.

La fiche de stock est un outil de gestion des stocks. Elle peut être globale, récapitulative, ou par médicament.

La fiche de stock par médicament comprend 6 colonnes:

La 1ère colonne est réservée à l'écriture de la date des opérations d'entrée et de sortie des médicaments.

La 2ème colonne sert à inscrire la quantité de produits reçue.

La 3ème colonne mentionne la quantité du produit sortie;

La 4ème colonne permet d'inscrire la quantité réelle par produit non sortie au niveau de la PPA. C'est le stock, c'est-à-dire la différence entre les entrées et les sorties de médicaments.

La situation du stock en fin de mois est à inscrire dans la case correspondant au mois respectif. Elle doit correspondre à la différence entre les entrées et les sorties effectués dans le même mois.

N.B. L'inventaire est une activité de gestion qui fait partie de la gestion des stocks. Il permet de connaître le stock réel existant et de le comparer ensuite au stock comptable basé sur l'enregistrement des différents mouvements effectués sur le stock. Il consiste à compter physiquement les produits en stock et à les comparer avec les inscriptions sur fiche de stock. Il existe plusieurs sortes d'inventaires:

_ l'inventaire global et unique de fin d'exercice: il se pratique une seule fois dans l'année. Lourd, il ne permet pas de déceler opportunément les erreurs de gestion:

_ l'inventaire tournant: il consiste à compter au cours d'une période, les produits par lot et dans un ordre et une fréquence prédéterminés (lot A, lot B, lot C etc, mensuellement ou tous les deux ou trois mois...):

-l'inventaire permanent: il consiste à faire un décompte physique à chaque mouvement de produit et à confronter avec le stock comptable.

Cette méthode, bien qu'assez contraignante, permet de connaître à chaque fois la situation des produits, et particulièrement ceux à grande rotation et d'ajuster le stock au fur et à mesure.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
 DISTRICT DE:
 CENTRE DE SANTE DE:

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

FICHE DE STOCK PAR MEDICAMENT

DESIGNATION¹ :

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| ENTREES | | | | | | | | | | | | |
| SORTIES | | | | | | | | | | | | |
| STOCK | | | | | | | | | | | | |

| DATE | ENTREES | SORTIE | STOCK | OBSERVATIONS |
|------|---------|--------|-------|--------------|
| | | | | |

07

EXERCICE (STOCK PAR MEDICAMENT)

Après la réception des médicaments le 1er janvier 1994, le pharmacien a enregistré 7 boîtes de cotrimoxazole, 4 boîtes d'eau pour injection et 12 tubes de pommade anti-hémorroïdaire 5 mg dans ses fiches de stock.

Le 2 janvier 1994, il a fait une sortie de 2 boîtes de cotrimoxazole, 1 boîte d'eau pour injection et 3 tubes de pommade anti-hémorroïdaire.

Le 15 janvier 1994 il a fait encore une sortie de 3 boîtes de cotrimoxazole, 2 boîtes d'eau pour injection et 2 tubes d'anti-hémorroïdaire.

A la fin du mois c'est à dire le 30 janvier 1994, le pharmacien a acheté dans une pharmacie privée 1 boîte de cotrimoxazole et 5 boîtes d'eau pour injection pour approvisionner son stock ; cependant à la même date il a fait une sortie d'une (1) boîte d'eau pour injection.

Remplissez les fiches de stock et faites l'inventaire de ces médicaments à la fin du mois sachant qu'une boîte d'eau pour injection est cassée au cours de la manipulation et 2 tubes de pommade anti-hémorroïdaire sont périmés et jetés.

CORRIGE DE L'EXERCICE

DESIGNATION: COTRIMOXAZOLE 400+80mg co

CONDITIONNEMENT: 1000

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|----------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|-------|------|------|-----------------------|-----|-----|
| ENTREE | 7 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 2 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 5 | | | | | | | | | | | |
| DATE | ENTREE | | | SORTIE | | | STOCK | | | OBSERVATIONS | | |
| 01-01-94 | 7 | | | | | | 7 | | | Ouverture de stock | | |
| 02-01-94 | | | | 2 | | | 5 | | | | | |
| 15-01-94 | | | | 3 | | | 2 | | | Inventaire (en rouge) | | |
| 30-01-94 | 1 | | | | | | 3 | | | | | |

DESIGNATION: EAU POUR INJECTION 5ml

CONDITIONNEMENT: 100

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|----------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|-------|------|------|--------------------|-----|-----------------------|
| ENTREE | 4 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 1 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 3 | | | | | | | | | | | |
| DATE | ENTREE | | | SORTIE | | | STOCK | | | OBSERVATIONS | | |
| 01-01-94 | 4 | | | | | | 4 | | | Ouverture de stock | | |
| 02-01-94 | | | | 1 | | | 3 | | | | | |
| 15-01-94 | | | | 2 | | | 1 | | | | | |
| 30-01-94 | 5 | | | | | | 6 | | | | | |
| 30-01-94 | | | | | | | 5 | | | 1 boîte cassée | | Inventaire (en rouge) |

DESIGNATION: ANTI-HEMMORROIDAIRE Pommade 15g tube

CONDITIONNEMENT: 1

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUN | JUL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|----------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|--------------|------|------|---|-----|-----|
| ENTREE | 12 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 5 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 5 | | | | | | | | | | | |
| DATE | ENTREE | | | SORTIE | | | STOCK | | | OBSERVATIONS | | |
| 01-01-94 | 12 | | | | | | 12 | | | Ouverture de stock | | |
| 02-01-94 | | | | 3 | | | 9 | | | | | |
| 15-01-94 | | | | 2 | | | 7 | | | | | |
| 30-01-94 | | | | | | | 5 (en rouge) | | | 2 tubes périmés et jetés.
Inventaire (en ouge) | | |

I.4 LE BORDEREAU DE LIVRAISON

Le bordereau de livraison est un outil de gestion que délivre la PPA à l'intention des centres socio-sanitaires lorsque ceux-ci doivent prendre possession de leurs dotations.

Lors de la livraison, le réceptionnaire doit s'assurer que :

- _ le bordereau de livraison existe;
- _ le bordereau de livraison est conforme au bon de commande;
- _ le bordereau de livraison est en conformité avec la livraison effectuée.

Le réceptionnaire doit veiller aussi à la qualité de la livraison et émettre le cas échéant les réserves qui s'imposent.

La fiche de commande doit être toujours jointe au bordereau de livraison pour faciliter la vérification en cas de problème. Le bordereau de livraison comporte 6 colonnes comportant respectivement la désignation, le conditionnement, la quantité commandée, la quantité livrée, la quantité reçue et les observations.

En bas de page le pharmacien, livreur et le réceptionnaire veur doivent mettre leurs noms et leurs signatures ainsi que la date de livraison.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

BORDEREAU DE LIVRAISON DES MEDICAMENTS ET MATERIELS

DESTINATION:¹

| <u>DESIGNATION</u> | <u>CONDITION-
NEMENT</u> | <u>QUANTITE
COMMANDEE</u> | <u>QUANTITE
LIVREE</u> | <u>QUANTITE
RECUE</u> | <u>OBSERVATIONS</u> |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| | | | | | |

Date:
Nom du Pharmacien:
Signature:

Date:
Nom du livreur
Signature

Date:
Nom du receptionnaire:
Signature:

RC/PSEY/03A10

¹DESIGNATION= Nom, Dosage, Présentation

44

CHAPITRE II

GESTION DES FINANCES

11.1 TARIFICATION DES MEDICAMENTS ET MATERIELS

Il est essentiel pour la PPA d'établir les prix des médicaments et matériels. La connaissance des prix permettra aux centres de santé de lancer la commande de médicaments et matériels en connaissance de cause par rapport à leur budget. Elle permettra aussi à la PPA de pouvoir facturer à l'intention des centres de santé et d'établir des barèmes.

La PPA doit s'assurer d'une capacité de réapprovisionnement ininterrompue. Pour ce faire, elle doit procéder au recouvrement des coûts de médicaments qu'elle importe en vendant aux centres de santé à des prix qui tiennent compte de tous les frais occasionnés par leur acquisition, leur gestion, leur distribution auxquels devraient s'ajouter ceux relatifs à d'autres frais de fonctionnement.

La fiche de prix de médicaments comprend 3 colonnes respectivement pour la désignation le conditionnement et le prix unitaire.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE - TRAVAIL - PROGRS

TARIF EN VIGEUR DES MEDICAMENTS ET MATERIELS

| DESIGNATION | CONDITIONNEMENT | PRIX UNITAIRE |
|-------------|-----------------|---------------|
| | | |

Date
Le Pharmacien

Date:
Le Médecin - Chef Délé

11.2 FACTURATION

Suite aux commandes de médicaments effectuées par les centres de santé des zones de responsabilité, la PPA délivre des factures faisant ressortir les montants d'argent à payer. Ces montants sont fonction des quantités de médicaments livrés par la PPA. Il se pourrait donc que les quantités de médicaments commandés ne correspondent pas aux quantités facturées. Ces dernières sont fonction du stock disponible.

Le formulaire de la facturation comporte 5 colonnes :
La colonne de désignation qui comporte le nom, le dosage et la présentation de chaque médicament ; la colonne de conditionnement ; la colonne de la quantité livrée. Les deux dernières colonnes sont pour le prix unitaire, et le prix total relatif aux conditionnements. La quantité facturée doit correspondre à la quantité livrée sur le bordereau de commande et de livraison. En bas du formulaire il y a le total global de la facture représentant la somme à payer par le CS qui lance la commande. Cette facture doit être remplie et signée par le pharmacien et contre-signée par le Chef de Division de Ressources.

EXERCICE (Facturation)

Le centre de santé de Djoli a lancé la commande de médicaments à la PPA selon les besoins suivants:

- 20 boîtes de 1000 comprimés d'acetylsalicylique acide de 500 mg à 1635 F l'une.

- 2 boîtes de 100 ampoules de chloroquine de 100 mg/5ml à 10.000 F l'une.

- 5 sachets de sel de rehydratation orale (27,5 g/l) à 1.250 F l'unité

- 100 aiguilles UU LUER de 18 g 1½" (pièce) 100 F l'une.

Le pharmacien a livré tous les médicaments conformément à la commande du centre de santé de Djoli, établissez la facture No1 du pharmacien en date du 12 mars 1993

CORRIGE DE L'EXERCICE

Doit centre de santé de: Djoli

Facture No 1

| DESIGNATION | CONDITION-
EMENT | QUANTITE
LIVREE | PRIX
UNITAIRE | PRIX
TOTAL |
|---|---------------------|--------------------|------------------|---------------|
| ACETYLSALYCIQUE ACIDE 500mg co | 1000 | 20 | 1635 | 32.700 |
| CHLOROQUINE 100mg/5ml fl | 100 | 2 | 10.000 | 20.000 |
| SACHET DE SEL DE REHYDRATATION ORALE
27,5g/l | 1 | 5 | 1.250 | 6.250 |
| AIGUILLE LU'EUR 18g 1½" pièce | 1 | 100 | 100 | 10.000 |
| Total | | | | 68.950 |

Arrete la présente facture à la somme de : soixante huit mille neuf cent cinquante francs cfa

Date: 12.03.93

Le Pharmacien

Le Chef de Division de Ressource

11.3 LE RECU D'ENCAISSEMENT

Le reçu d'encaissement est un document tenu par le régisseur de la PPA. Il sera rempli lorsque celui-ci reçoit de l'argent de la part d'une tierce personne. Ceux qui versent de l'argent pour l'achat des médicaments doivent exiger en contrepartie un reçu signé par le régisseur de la PPA.

Le reçu d'encaissement comporte :

- 1) Le nom de celui qui verse, son adresse complète;
- 2) le montant de la somme versée en chiffres et en toutes lettres.
- 3) Le motif d'encaissement;
- 4) La date de l'encaissement;
- 5) Le nom et la signature du régisseur;

L'original du reçu est remis à celui qui verse l'argent et la copie reste avec le régisseur pour classement. Ce reçu est universel. Il peut donc servir à d'autres opérations du genre en dehors des médicaments.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
DIVISION DE RESSOURCES

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

RECU D'ENCAISSEMENT No

Reçu de Mr/Mme _____
(Adresse complète)

La somme de _____ CFA
(En chiffres et toutes lettres) _____

Pour _____

Date:

Nom et Signature

22

244

EXERCICE: (REÇU D'ENCAISSEMENT)

Le 12 mars 1993 le régisseur de la PPA a reçu de Béasngar Paul caissier du centre de santé de Djoli 68.950 pour l'achat de médicament, remplissez le reçu d'encaissement No 1 du régisseur.

CORRIGE DE L'EXERCICE

RECU D'ENCAISSEMENT No 1

Reçu de Mr Béasngar Paul caissier du centre de santé de Djoli

La somme de : 68.950 F cfa

(soixante huit mille neuf cent cinquante francs cfa)

Pour : Vente des Médicaments

Date: 12-03-93

Nom et Signature

11.4 LE JOURNAL DE CAISSE

En fin de journée de travail, le régisseur doit faire la situation de sa caisse. Il doit enregistrer les rentrées d'argent provenant de la vente des produits de la PPA et conformément aux factures payées. Les opérations de sortie d'argent de la caisse pour le fonctionnement de la PPA et autres services doivent être enregistrées dans la colonne des sorties. Les pièces justificatives de caisse sont les reçus, factures, etc. Elles portent un numéro d'ordre. Le journal de caisse est tenu par le régisseur.

Le journal de caisse est aussi un outil de vérification et de contrôle qui informe à tout moment sur l'état des encaissements et des décaissements effectués quotidiennement. Il permet donc à tout contrôleur de connaître la situation de la caisse. Le solde du journal de caisse n'est jamais négatif.

Le journal de caisse contient sept (7) colonnes :

La 1ère colonne sert à noter les dates respectives des opérations.

La 2ème colonne représente le No d'ordre d'enregistrement des pièces justificatives.

Dans la 3ème colonne sont consignés les numéros des pièces justificatives;

La 4ème colonne permet d'inscrire la nature des opérations (achats, ventes, paiement de service).

La 5ème colonne sert à noter le montant d'argent qui est versé dans la caisse.

La 6ème colonne est réservée pour y noter la sortie d'argent de la caisse.

La 7ème colonne contient le solde; c'est à dire la différence entre entrées et sorties.

Le report du solde à la page suivante permet de continuer la suite des opérations de calcul.

EXERCICE (JOURNAL DE CAISSE)

Le régisseur de la PPA après avoir reçu 150.000 F provenant de la vente des médicaments (facture No 5) le 25 mars 1993, a utilisé 25.000 F le 26 mars 1993 pour la réparation de la Pharmacie (Facture No 35), 6500 F le 27 mars 1993 pour l'achat des cahiers (facture No 30), 60.000 pour le transfert de la caisse à la banque le 28 mars 1993 (état de versement No 10), 55.000 F le 30 mars 1993 pour les frais d'eau et d'électricité (facture No 17), le 31 mars 1993 il a encore encaissé 120.000 F provenant de la vente des médicaments (facture No 26):

Remplissez le journal de caisse du régisseur.

CORRIGE L'EXERCICE

| DATE | No D'ORDRE | NO DE PIECES | NATURE DES OPERATIONS | ENTREE | SORTIE | SOLDE |
|------------------|------------|-------------------------|------------------------------------|---------|--------|---------|
| 25-03-93 | 1 | Facture No 5 | Vente des médicaments | 150.000 | | 150.000 |
| 26-03-93 | 2 | Facture No 35 | Réparation de la Pharmacie | | 25.000 | 125.000 |
| 27-03-93 | 3 | Facture No 30 | Achat des cahiers | | 6.500 | 118.500 |
| 28-03-93 | 4 | Etat de versement No 10 | Transfert de la caisse à la banque | | 60.000 | 58.500 |
| 30-03-93 | 5 | Facture No 17 | Frais d'eau et d'électricité | | 55.000 | 3.500 |
| 31-03-93 | 6 | Facture No 26 | Vente des médicaments | 120.000 | | 123.500 |
| Solde à reporter | | | | | | 123.500 |

11.5 L'ETAT DE VERSEMENT

Le régisseur de la PPA ne doit pas garder dans la caisse une importante somme d'argent. Il la mettra plutôt en banque. Avant de faire cette opération, un état de versement sera établi par le régisseur, daté et signé par lui même et par le Chef de Division de Ressources.

L'état de versement est constitué du montant d'argent à verser. Il est libellé en chiffres et en toutes lettres.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
DIVISION DE RESSOURCES

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

ETAT DE VERSEMENT No:

Montant du versement: _____ CFA

(En chiffres et toutes lettres) _____

Date:

Date:

Le Régisseur

Le Chef de Division de Ressources

28

EXERCICE: (ETAT DE VERSEMENT)

Le régisseur de la PPA, avant d'effectuer le versement de 60.000 en banque le 28 mars 1993 a, au préalable établi un état de versement No 10 approuvé par le Chef de Division de Ressources, Remplissez cet état de versement.

CORRIGE DE L'EXERCICE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

ETAT DE VERSEMENT No 10

Montant de versement 60.000 F

La somme de: Soixante mille francs

Date: 28-03-93

Date: 28-03-93

Le Régisseur.

Le Chef de Division de Ressources

11.6 LE JOURNAL DE BANQUE

Il est tenu par le Chef de Division des Ressources de la Délégation sanitaire. Il constitue un outil de gestion qui sert à l'enregistrement par le Chef de la Division des Ressources, des mouvements de versement et de retrait des fonds logés dans le compte bancaire ouvert à cet effet.

C'est le Régisseur, représentant de la Division des Ressources au sein de la PPA, qui effectue les transferts de la caisse vers la banque. IL remet l'avis de versement au Chef de Division des Ressources pour consignation dans le journal de banque.

Le compte ouvert peut être un compte d'épargne avec intérêt ou un compte courant sans intérêt mais donnant lieu au paiement de charges bancaires. Les opérations pour le premier ont lieu au niveau du guichet tandis que pour le second elles se font par l'émission de chèques. Deux signataires au moins devraient avoir au préalable les spécimens de leur signature déposés à la banque. Les pièces comptables émises par la banque en relation avec les comptes sont le chéquier, le carnet d'épargne, l'avis de crédit, l'avis de débit, le reçu de versement, le relevé mensuel de compte etc. Elles constituent les pièces comptables au niveau de la Division des Ressources et de la PPA.

Le journal de banque renferme les mêmes informations que le journal de caisse. La colonne des entrées et des sorties sont respectivement relatives aux versements et aux retraits. A la réception du relevé mensuel de compte, le Chef de Division des Ressources doit procéder au rapprochement bancaire pour vérifier la concordance entre les informations fournies par la banque et celles disponibles au niveau de la Division des Ressources et de la PPA.

NB. Lorsqu'on commet une erreur d'enregistrement des écritures dans le journal de banque ou de caisse on ne doit jamais faire des ratures mais corriger l'erreur en réintroduisant l'écriture fautive dans la colonne appropriée et en inscrivant celle qui est juste dans la colonne qui convient.

EXERCICE (JOURNAL DE BANQUE)

Le 3 janvier 93 la PPA a vendu les médicaments pour une valeur de 954,000 F (facture No 005 et chèque No 300), et le matériel médical pour une valeur de 300,000 F (facture No 006) F dont le paiement est effectué par chèque No 250. Le Même jour la PPA a acheté un réfrigérateur à 1,050,000 F (Facture No 15) qu'elle a payé aussi par chèque No 520 . Au moment de l'enregistrement de ces opérations le régisseur a commis une erreur en inscrivant dans le journal 105,000 F comme prix du réfrigérateur au lieu de 1,050,000 F. Enregistrer ces opérations dans le journal de banque et corrigez l'erreur commise.

CORRIGE DE L'EXERCICE

| Date | No D'ordre | No pièce | Libellé | Entrée | Sortie | Solde |
|----------|------------|----------------------------------|----------------------------------|---------|-----------|-----------|
| 03-01-93 | 1 | Fac-ture No 005
chèque No 300 | Vente médica-ments | 954,000 | | 954,000 |
| 03-01-93 | 2 | Fac-ture No 006
Chèque No 250 | Vente mat.médi-cal | 300,000 | | 1,254,000 |
| 03-01-93 | 3 | Fac-ture No 15
Chèque No 520 | Achat d'un réfri-gérateur | | 105,000 | 1,149,000 |
| 03-01-93 | | - | Annula-tion de l'écrite-ure No 3 | 105,000 | | 1,254,000 |
| 03-01-93 | | Fac-ture chèque No 520 | achat d'un réfri-gérateur | | 1,050,000 | 204,000 |

On corrige l'erreur, en réinscrivant la fausse écriture de 105,000 en entrée et en passant l'écriture correcte de 1,050,000 F en sortie. Attention! le No de la pièce justificative reste le même lorsqu'on corrige l'erreur d'enregistrement.

11.7 LE RAPPORT FINANCIER MENSUEL

A la fin de chaque mois les activités financières de la PPA doivent être résumées par le Chef de Division des Ressources. Le rapport financier mensuel est un document dans lequel toutes les opérations financières du mois sont inscrites. Il est donc la synthèse des opérations des dépenses et des recettes faites à partir des documents de base de la comptabilité. Le rapport financier permet de se faire un jugement sur la gestion et de prendre des mesures conséquentes afin d'améliorer le système de gestion. Le rapport financier mensuel permet de vérifier le résultat des activités de gestion en faisant la balance entre le total des dépenses et celui des recettes. IL donne en outre des informations sur la trésorerie de la PPA à la fin de chaque mois

Le contenu du rapport financier comporte les rubriques des dépenses et des recettes avec leurs montants correspondants. Il comporte:

- La liste des dépenses par catégorie de fonctionnement;
- La liste des recettes par catégorie de recettes;
- Le total des recettes et le total des dépenses;
- La différence (ou balance) entre le total des recettes et des dépenses. Cette différence constitue le résultat des activités effectuées par et pour le compte de la PPA
- Le solde réel en caisse;
- Le solde réel du compte en banque;
- La liquidité disponible, c'est-à-dire le total des soldes de caisse et de banque, représentant la trésorerie globale de la PPA;
- La date de clôture du rapport financier;
- Le nom et la signature du Chef de Division des Ressources.
- Le nom et la signature du Régisseur.

Le Médecin Chef Délégué de la Préfecture doit disposer, à chaque fin de mois de la situation exacte de la trésorerie de la PPA.

RAPPORT FINANCIER MENSUEL

MOIS DE:

| DEPENSES | MONTANT | RECETTES | MONTANT |
|--------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|
| Médicaments | | Médicaments | |
| SOUS-TOTAL MEDICAMENT | | SOUS-TOTAL : TICKETS DE SOINS | |
| Fourniture de bureau | | Vente des carnets de soins | |
| Reparation et entretien | | Autres Recettes | |
| Déplacements | | | |
| personnel | | | |
| Materiels et Equipement | | | |
| Autres dépenses | | | |
| SOUS-TOTAL: DEPENSES DIVERSES | | SOUS-TOTAL: RECETTES DIVERSES | |
| TOTAL DES DEPENSES | | TOTAL DES RECETTES | |
| DIFFERENCE = | | | |
| SOLDE EN CAISSE = | | | |
| + | | | |
| SOLDE EN BANQUE = | | | |
| TOTAL DISPONIBLE = | | | |

Nom et signature du Régisseur

Nom et signature du Chef de Division de Ressources

Date:

ACMET/USAID

EXERCICE (RAPPORT FINANCIER MENSUEL)

En février 1994 la PPA effectuée les opérations suivantes dans le cadre de ses activités:

Paiement du personnel: 50.500 F, achat de fourniture de bureau: 45.750 F, déplacement :150.000 F, vente des médicaments : 1.700.000 F, achat de médicaments: 2.000.000, achat de matériels et équipements:75.000 F, subvention:600.000 F; vente des carnets de tickets de soins: 150.000 F . A la fin du mois la PPA a dans sa caisse un solde de : 175.000 F et un solde banque de 450.000 F

Faites le rapport financier mensuel

CORRIGE DE L'EXERCICE 14

RAPPORT FINANCIER MENSUEL MOIS DE FEVRIER 1994

| DEPENSES | MONTANT | RECETTE | MONTANT |
|---------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|
| Paiement du personnel | 50.500 | vente des médicaments | 1.700.000 |
| Fourniture de bureau | 45.750 | Subvention | 600.000 |
| Déplacement | 150.000 | Vente de carnets de tickets de soins | 150.000 |
| Achat Médicaments | 2.000.000 | | |
| Matériels et équipements | 75.000 | | |
| TOTAL DES DEPENSES | 2.321.250 | TOTAL DES RECETTES | 2.450.000 |
| DIFFERENCE = 128.750 | | | |

Le Régisseur
Date et signature

Solde caisse = 175.000

Solde banque = 450.000

Le Chef de Division
de Ressources
Date et signature

Liquidité disponible =
625 000

NB: les pièces justificatives accompagnent le rapport financier mensuel.

EXERCICE (REGISTRE PAR TYPE DE CARNETS DE TICKETS)

Le régisseur de la PPA a reçu de la Division des Ressources 15 carnets de tickets adultes le 5 mars 1993. Il en a vendu 4 au centre sanitaire de Bégou à la même date.

Le 15 mars 1993 il a commandé encore 8 carnets de tickets adultes et en a vendu 12 au centre de santé de Baguirmi. Remplissez le registre de carnet de tickets à l'aide de ces données.

REGISTRE PAR TYPE DE CARNETS DE TICKETS

NATURE DE CARNETS DE TICKETS: Adultes

| DATE | ENTREE | SORTIE | STOCK | BENEFICIAIRE | OBSERVATIONS |
|----------|--------|--------|-------|----------------|--------------|
| 05/03/93 | 15 | | 15 | | |
| - | | 4 | 11 | CS de Bégou | |
| 15/03/93 | 8 | | 19 | | |
| - | | 12 | 7 | CS de Baguirmi | |

11.9 BON DE COMMANDE DE DIVERS

Pour son fonctionnement, la PPA a besoin de matériels et fournitures divers. Le bon de commande établi par le Chef de Division et contre-signé par le Médecin-Chef Délégué. Le bon de commande comprend trois colonnes dans lesquelles sont inscrits respectivement les noms du matériel, la quantité et les observations relatives à la commande.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

BON DE COMMANDE DE DIVERS

| DESIGNATIONS | QUANTITE | OBSERVATIONS |
|--------------|----------|--------------|
| | | |

Nom du Chef de
Division des
Ressources

Date et signature

Nom du Médecin-Chef Délégué

Date et Signature

Ad

10

EXERCICE8 (BON DE COMMANDE DE DIVERS)

En Février 1994 le le Pharmacien et le régisseur de la PPA ont estimé eurs besoins et decide de lancer la ommande des matériels et fournitures suivants:

- 20 rame de papier de 80g à 3.500 F
- 15 bics bleus à 50 F l'un
- 10boules de savon à 200 l'unité
- 30 cartons vides à 150 F l'unité
- 1 encreur à 2500 F l'unité:

Établissez le bon de commande du pharmacien.

CORRIGE DE L'EXERCICE

| DESIGNATIONS | QUANTITE | OBSERVATIONS |
|------------------------|----------|----------------------------------|
| Rame de papier de 80 g | 10 | |
| Bics bleus | 15 | |
| Boules de savon | 10 | savon(en provenance du Cameroun) |
| Carton s vides | 30 | |
| Encreur | 1 | |
| TOTAL | | |

Nom du Chef de Division
de Ressources

Nom du Médecin Chef Délégué

Date et signature

Date et signature

11.10 LE JOURNAL DE VENTES

La PPA en tant que fournisseur des centres de santé doit connaître le volume de vente de ses médicaments. Un journal de ventes doit par conséquent être tenu par le régisseur pour enregistrer toutes les opérations de vente des médicaments. Le journal de vente est composé de cinq colonnes:

La 1^{ème} colonne concerne la date l'opération de la vente des médicaments opération.

La 2^{ème} colonne contient le nom du centre de santé (CS) à qui la vente a été effectuée.

La 3^{ème} colonne donne le numéro de facture relative à la dite opération de vente.

La 4^{ème} colonne renferme le montant de la facture correspondante.

La 5^{ème} colonne le cumul des opérations de vente.

REPUBLIQUE DU TCAHD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
PHARMACIE PREFECTORALE D'APPROVISIONNEMENT

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

JOURNAL DE VENTES

| DATE | Centre de santé | No de FACTURE | Montant de facture | Cumul |
|------|-----------------|---------------|--------------------|-------|
| | | | | |

Le Régisseur

EXERCICE (JOURNAL DE VENTES)

La PPA a vendu respectivement les médicaments aux centres de santé suivants selon les dates a correspondantes:

20/05/93 vente des médicaments au centre de santé de Kassai I pour une valeur de 150.000 (facture No 15)

25/08/93 vente des médicaments au centre de santé de Baguirmi pour une valeur de 250.000 (facture No 18)

26/10/93 vente des médicaments au centre de santé de Koumogo pour une valeur de 75.000 (facture No 21)

28/11/93 vente des médicaments au centre de santé de Kokaga pour une valeur de 50.000 (facture No 24)

22/01/94 vente des médicaments au centre de santé de Kassai II pour une valeur de 150.000 (facture No 32):

Remplissez le journal de vente du régisseur.

CORRIGE DE L'EXERCICE

| DATE | CENTRE DE SANTE | No DE FACTURE | MONTANT DE FACTURE | CUMUL |
|----------|-----------------|---------------|--------------------|---------|
| 20/05/93 | Kassai I | 15 | 150.000 | 150.000 |
| 25/08/93 | Baguirmi | 18 | 250.000 | 400.000 |
| 26/10/93 | Koumogo | 21 | 75.000 | 475.000 |
| 28/11/93 | Kokaga | 24 | 50.000 | 525.000 |
| 22/01/94 | Kassai II | 32 | 150.000 | 675.000 |

Le Régisseur

11.11 LE BUDGET DE LA PPA

La PPA est la source principale d'approvisionnement des centres de santé en médicaments. La gestion des médicaments comme celle des finances à ce niveau doit être rigoureuse afin de permettre le renouvellement continu du stock de médicaments. La Division de Ressources qui travaille en collaboration avec la PPA doit élaborer le budget. Ce dernier permet de connaître la limite des dépenses à ne pas dépasser et des recettes à percevoir. Le pharmacien, le régisseur et le Chef de Division sont responsables de l'élaboration du budget. Le budget de la PPA est constitué de l'ensemble des coûts des activités et des recettes prévisionnels pour l'atteinte de ses objectifs.

Le budget est composé de 4 colonnes:

la 1ère colonne intitulée charges est constitué de rubriques nécessaire à la réalisation des activités de la PPA;

La 2ème colonne détermine les coûts de ces activités.

La 3ème colonne est celle des rubriques des recette prévues par la PPA.

La quatrième colonne donne le montant de chaque rubrique de recette prévues.

Dans l'élaboration du budget, les dépenses doivent être au plus égales aux recettes. En cas de dépassement, il est nécessaire de trouver des subventions ou de réduire les dépenses.

BUDGET DE LA PPA

ANNEE

| DEPENSES | MONTANT | RECETTES | MONTANT |
|---------------------------|---------|--------------------|---------|
| ACHATS | | Médicaments | |
| Médicaments | | Carnet de tickets | |
| Fournitures de bureau | | Interêts bancaires | |
| Articles divers | | Subventions | |
| Carburant/lubrifiant | | Prêts | |
| | | RESULTAT(Perte) | |
| TRANSPORT | | | |
| Médicaments/matériels | | | |
| Déplacement/supervision | | | |
| FRAIS DU PERSONNEL | | | |
| Prime | | | |
| Indemnité | | | |
| Main d'oeuvre | | | |
| SERVICES CONSOMMES | | | |
| Eau/Electricité | | | |
| Entretien/Reparation | | | |
| Assurances | | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | | | |
| Poste/Téléphone/fax | | | |
| Imprevus | | | |
| RESULTAT(Bénéfice) | | | |
| TOTAL | | Total | |

Date:
 Le Chef de Division de Ressources

Date:
 Le Médecin -Chef Délégué

EXERCICE (BUDGET DE LA PPA)

La PPA a prévu pour l'année 1993 les recettes et les dépenses suivantes pour son fonctionnement :
achat des médicaments 5.000.000; achat de fournitures de bureau 57.000; vente des médicaments.5.700.000;
déplacement/Supervision 300.000; Salaire 520.000; Prime 100.000; Main d'oeuvre 250.000; Subvention 1.000.000;
transport médicaments 550.000; Eau/electricité 375.000; entretien/repairation 200.000;
Interêts bancaires 670.000; Poste/téléphone 85.000; Imprévus 50.000; vente de carnet de tickets 305.000; don 150.000

Etablir le budget de cette association.

CORRI GE DE L'EXERCICE

BUDGET

ANNEE 1993

| <u>DEPENSES</u> | <u>MONTANT</u> | <u>RECETTEE</u> | <u>MONTANT</u> |
|---------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| ACHATS | | | |
| Médicaments/matériels | 5.000.000 | Médicaments/matériels | 5.700.000 |
| Fourniture de bureau | 57.000 | Interêts bancaires | 670.000 |
| Mobylette | . | Subvention | 1.000.000 |
| Articles divers | | Dons | 150.000 |
| Carburant/lubrifiant | | Vente des carnets de tickets | 305.000 |
| | | Autres | |
| TRANSPORT | | | |
| Médicaments/vaccins | 550.000 | | |
| Déplacement/supervision | 300.000 | | |
| | | | |
| FRAIS DU PERSONNEL | | | |
| Salaire | 520.000 | | |
| Indemnité | | | |
| Prime | 100.000 | | |
| Main d'oeuvre | 250.000 | | |
| | | | |
| SERVICE CONSOMMES | | | |
| Eau Electricité | 375.000 | | |
| Entretien/ Réparation | 200.000 | | |
| Assurance mobylette | | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | | | |
| Poste/telephone | 85.000 | | |
| IMPREVUS | 50.000 | | |
| | | | |
| SOUS-TOTAL | 7.487.000 | | |
| | | | |
| RESULTAT (attendu) | 338.000 | | |
| | | | |
| TOTAL | 7.825.000 | TOTAL | 7.825.000 |

11.12 LE COMPTE D'EXPLOITATION DE LA PPA

Au bout d'une période donnée, la PPA et la Division des Ressources doivent chercher à savoir si la PPA est financièrement viable ou non à travers ses activités. Le compte d'exploitation s'exprime à travers les dépenses effectuées et les recettes perçues pour réaliser les activités. Il permet de déterminer le résultat d'une activité donnée. Dans le compte d'exploitation, les dépenses sont appelés charges et les recettes produits. Le compte d'exploitation est composé de quatre colonnes:

La 1ère colonne contient l'ensemble des charges qui sont les dépenses engagées pour réaliser chacune des activités mentionnés dans la colonne;

La 2ème colonne donne les coûts correspondants à chaque élément des charges.

La 3ème colonne contient les produits. Ce sont les revenus provenant des activités de la PPA: (ventes des médicaments et des carnets des tickets de soins, les subventions d'exploitation, les intérêts bancaires et produits divers.

La 4ème colonne contient le montant de chaque élément de produits.

On obtient le résultat du compte d'exploitation en faisant la différence entre le total des produits et le total des charges. Si la valeur des produits est supérieure à la valeur des charges la PPA a réalisé un bénéfice à enregistrer dans la colonne charges. Si la valeur des produits est inférieure à celle des charges, la PPA a réalisé une perte à enregistrer dans la colonne produits.

Il peut arriver que les charges soient égales au produits; dans ce cas la PPA n'a ni gagné, ni perdu.

Le Chef de Division de ressources est chargé d'établir le compte d'exploitation de la PPA et de le soumettre à l'approbation du Médecin-Chef Délégué.

COMPTE D'EXPLOITATION DE LA PPA

ANNEE

| CHARGES | MONTANT | PRODUITS | MONTANT |
|---------------------------|---------|--|---------|
| <u>ACHATS</u> | | Vente des
des médicaments et
Matériels | |
| Médicaments | | | |
| Fournitures de bureau | | Vente des carnets de tickets | |
| Articles divers | | Interêts bancaires | |
| Carburant/lubrifiant | | subvention
d'exploitation | |
| <u>TRANSPORT</u> | | Produits divers | |
| Médicaments/matériels | | | |
| Déplacement/supervision | | | |
| <u>FRAIS DU PERSONNEL</u> | | | |
| Prime | | | |
| Indemnié | | | |
| Main d'oeuvre | | | |
| <u>SERVICES CONSOMMES</u> | | | |
| Eau/Electricité | | | |
| Entretien/Reparation | | | |
| Assurances | | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | | | |
| Poste/Téléphone/fax | | | |
| Résultat=bénéfice | | Résultat=perte | |

Date:
 Le Chef de Division des Ressources

Date:
 Médecin-Chef Délégué

EXERCICE (COMPTE D'EXPLOITATION DE LA PPA)

La PPA pour la période du 01 janvier au 31 décembre 1993 les opérations suivantes:

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Vente des tickets | 5.000.000 |
| Achat des médicaments | 500.000 |
| Fournitures de bureau | 50.000 |
| Indemnité | 100.000 |
| Déplacement/Supervision | 500.000 |
| Eau/Electricité | 200.000 |
| salaire | 100.000 |
| Prime | 50.000 |
| Entretien/Reparation | 250.000 |
| Poste/Téléphone | 150.000 |
| Subvention d'Exploitation | 1.500.000 |
| Transport des médicaments et vaccins | 305.000 |
| Vente des carnets de tickets | 105.000 |
| Interêts bancaires | 475.000 |

Faites le compte d'exploitation de cette association.

CORRIGE DE L'EXERCICE

| CHARGES | MONTANT | PRODUITS | MONTANT |
|---------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| ACHATS | | | |
| Médicaments/matériels | 4.500.000 | Vente des médicaments | 5.000.000 |
| Fourniture de bureau | 50.000 | Produits divers | |
| Mobylette | | Subvention d'exploitation | 1.500.000 |
| Articles divers | | Vente des carnets de tickets | 105.000 |
| Carburant/lubrifiant | | interêt bancaires | 475.000 |
| | | Autres | |
| TRANSPORT | | | |
| Médicaments/vaccins | 350.000 | | |
| Déplacement/supervision | 500.000 | | |
| | | | |
| FRAIS DU PERSONNEL | | | |
| Salaire | 100.000 | | |
| Indemnité | 100.000 | | |
| Prime | 50.000 | | |
| Main d'oeuvre | | | |
| | | | |
| SERVICE CONSOMMES | | | |
| Eau/Electricité | 200.000 | | |
| Entretien/Reparation | 250.000 | | |
| Assurance | | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | | | |
| Poste/téléphone | 150.000 | | |
| | | | |
| SOUS-TOTAL | 6.250.000 | | |
| BENEFICE | 830.000 | | |
| TOTAL | 7.080.000 | | 7.080.000 |

11.13 LE BILAN DE LA PPA

A la fin d'une période donnée, la PPA et la Division de Ressources doivent établir le bilan des activités financières. Le bilan est défini comme le résultat de l'inventaire des biens et des dettes de la PPA à une date précise.

Pour établir le bilan de la PPA, il convient de se poser deux questions:

- 1) D'où vient la richesse de la PPA? (dettes)
- 2) Où se trouve la richesse de la PPA? (biens)

Le tableau du bilan comporte deux grandes rubriques:

- l'actif: c'est à dire "où se trouve la richesse" (biens) de la PPA (mobiliers, stock de médicaments, dettes des clients, caisse, banque, perte du compte de résultat etc.)

- Le passif: c'est à dire "d'où vient la richesse de la PPA" (capital, subvention, dons, prêts, bénéfice du compte de résultat.

Il doit toujours exister une égalité entre l'actif et le passif parceque c'est la même richesse qui est ventilée entre deux colonnes précisant respectivement d'où vient-t-elle et où va-t-elle.

Le bilan est composé de quatres colonnes:

La 1ère colonne de l'actif donne la liste des biens de la PPA.

La 2ème colonne détermine la valeur des biens de la PPA.

La 3ème colonne indique la provenance de ces biens c'est à dire le passif du bilan.

La quatrième colonne donne la valeur de chaque élément de passif du bilan.

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
DIVISION DES RESSOURCES

UNITE – TRAVAIL – PROGRES

BILAN DE LA PPA

ANNEE

| <u>ACTIF(où se trouve la richesse)</u> | <u>MONTANT</u> | <u>PASSIF(d'où vient la richesse)</u> | <u>MONTANT</u> |
|--|----------------|---------------------------------------|----------------|
| <u>Mobiliers</u> | | <u>Capital</u> | |
| <u>Matériel</u> | | <u>Subvention</u> | |
| <u>Meubles</u> | | <u>Dettes aux fournisseurs</u> | |
| <hr/> | | <u>Bénéfice du compte de résultat</u> | |
| <u>Stock médicaments</u> | | | |
| <u>Caisse</u> | | | |
| <u>Banque</u> | | | |
| <u>Perte du compte de résultat</u> | | | |
| | | | |

Date:
Le Chef de Division de Ressources

Date:
Le Médecin – Chef Délégué

EXERCICE

Faites le bilan annuel de la PPA qui a réalisé au cours de l'année 93 les opérations suivantes:

| | |
|-------------------------|-----------|
| Achat matériels | 605.000 |
| Achat meubles | 310.000 |
| Subvention d'équipement | 500.000 |
| Stock médicament | 2.000.000 |
| Capital | 4.000.000 |
| Dettes des clients | 285.000 |
| Caisse | 400.000 |
| Banque | 2.530.000 |
| Dettes aux fournisseurs | 800.000 |

CORRIGE DE L'EXERCICE

BILAN ANNEE 1993

| ACTIFS(où se trouve la richesse) | MONTANT | PASSIF(d'où vient la richesse) | MONTANT |
|----------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
| IMMOBILIERS | | Capital | 4 000 000 |
| Terrain | | Subvention d'équipement | 500 000 |
| Bâtiments | | Don | |
| MOBILIERS | | Legs | |
| Matériels | 605 000 | Dettes aux fournisseurs | 800 000 |
| Meubles | 310 000 | Bénéfice | 830 000 |
| Stock médicament | 2 000 000 | | |
| Dettes des clients | 285 000 | | |
| Caisse | 400 000 | | |
| Banque | 2 530 000 | | |
| Total | 6 130 000 | | 6 130 000 |

**ANNEX 12: RAPPORT DE FORMATION AUX OUTILS ET PROCEDURES DE
GESTION DE RECOUVREMENT DE COUT (FORMATION DES
COMITES DE GESTION)**

Sarh, 11 Juin 1994

Au: Chef du PSET

S/c de: Médecin Planificateur

De: Comptable de Recouvrement de coûts *Sarh*

Objet: Rapport de formation des membres du comités de gestion des zones de responsabilités de Bégou/Baguirmi et de Kassai I/Kassai II sur les outils et procédures de gestion de recouvrement de coûts.

du 12 au 14 mai 1994 et du 6 au 8 juin 1994, ont eu lieu respectivement deux formations sur les outils et procédures de recouvrement de coûts au centre de formation de Sarh. L'une a été la formation des membres du comité de gestion des zones de responsabilité de Baguirmi et de Bégou et l'autre de Kassai I et Kassai II.

Du 12 au 14 mai 1994

Etaient présents à cette formation:

Formateurs

Dr Kanika Chef de district de Sarh.
Mr Mbaladoum, pharmacien de la délégation
Mr Mraringar, comptable de recouvrement de coût au PSET
Mr Nguékorta, Chef de zone du District de Sarh
Mr Ngamtébaye, Régisseur de la Délégation
Mr Pakouaré, Chef de centre de Bégou

Participants

Mr Djimingar Berassal, Président de l'association de santé communautaire (ASC) de Bégou
Mr Sartébaye Mbakbaye, Président de l'ASC de Baguirmi
Mr Bongo Sone, Commissaire aux comptes de l'ASC de Bégou
Mr Ousmane Ndôh, Commissaire aux comptes de l'ASC Baguirmi
Mme Tari Ruth, Caissière de l'ASC de Bégou
Mr Mohdé Nganga, Commissaire aux comptes de l'ASC Baguirmi
Mr Noubarangué Kouma, Secrétaire Général de l'ASC de Baguirmi
Mr Djimingar Menebaye, Trésorier de l'ASC de Baguirmi
Mr Nguéngar Julien, Trésorier de l'ASC de Bégou
Mr Mig Mbabou, Secrétaire Général de l'ASC de Bégou
Mr Ngomdjibaye Florent, Caissier de l'ASC de Baguirmi
Mr Kriga Nargaye, Commissaire aux comptes de l'ASC de Bégou
Mr Ngarmadji Tomadjibaye, Chef de centre de Baguirmi

Du 6 au 8 juin 1994

Etaient présents à cette formation

Formateurs

Dr Kanika Chef de district de Sarh.
Mr Mraringar, comptable de recouvrement de coût au PSET
Mr Nguékorta, Chef de zone du District de Sarh
Mr Ngamtébaye, Régisseur de la délégation

Participants

Mr Angam Abgoumsoum, Chef de centre de Kassai II
Mr Ngadjélé Naamoye, Chef de centre de Kassai I
Mr Dégoto Jean, Secrétaire Général de l'ASC de Kassai I

275

Mr Traingué Mbagra, Président de l'ASC de Kassaï I
Mr Togulyamta, Responsable consultation enfants/ SMI
Mr Tabla Lea, caissière de l'ASC de Kassaï I
Mr Nguéyam Ndadjingar, Commissaire aux comptes de l'ASC Kassaï II
Mr Nartoloum Madjongara, Président de l'ASC de Kassaï I
Mr sloudina Mirangaye, Secrétaire Général de Kassaï II
Mr Ngaba Jeremie, Commissaire aux comptes de l'ASC de Kassaï I
Mr Allah-Asra Djigol, Trésorier de l'ASC Kassaï I
Mr Madassoum Marc, Commissaire aux comptes de l'ASC Kassaï I
Mie Elizabeth Djimadoumngar, Caissière de l'ASC de Kassaï
Mr Toldita Motana, Infirmier à la SMI
Mr Tamyadi Ngakoutou, Commissaire aux comptes de l'ASC Kassaï II
Mr Chefou Habib, Trésorier de l'ASC de Kassaï II

De part et d'autre de deux de formations, le Délégué a ouvert ces formations en prononçant un mot de bienvenue à tous les participants. Le Délégué dans son allocution n'a pas toujours manqué au nom du Ministère de la Santé Publique de brosser le système de recouvrement de coûts qui a pour but principal la prise en charge de la santé par la population.

A l'accoutumé les participants pour mieux se connaître se sont présentés à la deuxième phase de la formation.

Le Dr Konaté, Planificateur du PSET de donner les objectifs de la formation dont l'un des principaux était qu'après la formation, les participants doivent remplir correctement les outils de gestion tant au niveau des centres de santé que des communautés.

Nous avons ensuite commencer par étudier les outils de gestion des médicaments dans l'intervention du Docteur Kanika et du pharmacien. Ces outils sont la fiche de commande et la fiche de stock.

Les outils de gestion financières ont été exposés par le comptable de recouvrement de coûts, ce sont: le cahier de recettes journalières, le journal de caisse, le bon de commande de divers, le reçu d'encaissement, le rapport financier mensuel, le budget, la liste des résidents.

Dans le domaine de la gestion des médicaments et des finances les formateurs se complètent dans leurs interventions pour répondre aux questions des participants ou expliquent davantage les outils de gestion.

Au fur et à mesure que nous avançons dans nos formations nous faisons toujours des exercices sur ces outils de gestion pour les faire mieux comprendre aux participants.

Aux derniers jours de deux formations ci-dessus, nous avons finalisé le règlement intérieur et le projet de statut cadre qui ont été préalablement adoptés par le comité de santé de la Préfecture sanitaire du Moyen-Chari.

Enfin nous avons esquissé ensemble avec les membres des ASC des zones de responsabilité et le personnel de la santé la convention de collaboration qui fixe les droits et les devoirs des uns vis à vis des autres.

Les Chefs d'arrondissement respectives des quatre zones de responsabilités citées ci-dessus ont pris part à la Clôture des deux formations sanctionnées par un apéritif à l'honneur de tous les participants.

Le Délégué a donc remercier le Projet représenté par le Dr Konaté pour l'organisation matérielle conduisant à la réussite des deux formations en rappelant toujours l'importance de ces formations dans le domaine de recouvrement de coûts pour la prise en charge du problème de santé par la population elle même.

27k

**ANNEX 13: GUIDE PRATIQUE DE GESTION DES MEDICAMENTS ET FINANCES
(NIVEAU CENTRE DE SANTE ET COMMUNAUTAIRE)**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD

RECouvreMENT DE COUTS

GUIDE PRATIQUE DE GESTION
DES MEDICAMENTS ET FINANCES

CENTRE DE SANTE ET COMMUNAUTES

TABLE DES MATIERES

| | PAGES |
|---|-------|
| <u>INTRODUCTION</u> | 1 |
|
 | |
| <u>CHAPITRE I</u> <u>GESTION DES MEDICAMENTS</u> | |
| 1.1 Fiche de commande et de livraison de médicaments | 3 |
| 1.2 Fiche de stock par médicament | 6 |
|
 | |
| <u>CHAPITRE II</u> <u>GESTION DES FINANCES</u> | |
| II.1 Le ticket de soins | 10 |
| II.2 Le cahier de recette journalière | 12 |
| II.3 Le journal de caisse | 15 |
| II.4 Le reçu d'encaissement | 18 |
| II.5 Le journal de banque | 21 |
| II.6 Bon de commande de divers | 25 |
| II.7 Le rapport financier mensuel | 28 |
| II.8 Le budget des associations | 31 |
| II.9 Liste des résidents des zones de responsabilité | 34 |

INTRODUCTION

Les communautés des Zones de Responsabilité, organisées en associations de santé communautaire reconnues, constituent des entités possédant une personnalité juridique, dotée de l'autonomie financière et de gestion. Les associations de santé communautaire peuvent de ce fait, avoir leur argent propre, pouvant provenir d'une part, des tarifications appliquées au niveau des centres de santé, et d'autre part, de cotisations, dons, legs etc. Cette approche cadre avec la politique de décentralisation prônée par le Gouvernement. Celui-ci a décidé que la participation des populations aux soins de santé se déroule à travers le système de recouvrement des coûts. Le système de recouvrement des coûts est une approche de gestion, devant permettre d'offrir des soins de qualité contre paiement par l'utilisateur des services de santé, d'une somme forfaitaire devant servir à couvrir les coûts des médicaments, leurs coûts de gestion et une partie des coûts de fonctionnement du centre de santé. Il apparaît donc que tous les coûts ne pourraient pas être pris en charge par ce seul système. L'intérêt entre autres des associations, est d'être en mesure de créer d'autres ressources capables de faire face aux autres charges. Pour qu'un tel système soit efficace et viable, il convient de mettre en place un système de gestion tant au niveau des centres socio-sanitaires que des associations.

Ce module de formation a pour but d'aider les comités de santé et de gestion des zones de responsabilité et le personnel des centres de santé à gérer les médicaments et les fonds provenant de la participation communautaire aux soins de santé. Le module ne s'adresse pas aux professionnels en gestion mais surtout aux communautés qui ont besoin d'une formation susceptible de les rendre capables de participer à la prise en charge de leurs problèmes de santé.

L'utilisation d'outils et de procédures de gestion simples et appropriés favorise une gestion efficace et transparente. Le présent module est composé de deux grands chapitres qui sont: LA GESTION DES MEDICAMENTS et LA GESTION FINANCIERE. La présentation de ce module est basée sur une approche pragmatique qui utilise des circuits de médicaments et d'argent préalablement adoptés par le comité de santé du Moyen-Chari. Il se prête aussi bien à la formation initiale qu'à celle continue. IL est en même temps un manuel de référence pratique aux mains des utilisateurs.

CHAPITRE I

GESTION DES MEDICAMENTS

1.1 FICHE DE COMMANDE ET DE LIVRAISON DE MEDICAMENTS ET MATERIELS.

Pour approvisionner leurs pharmacies, les centres de santé sont tenus de lancer à la Pharmacie Préfectorale d'Approvisionnement (PPA) leurs commandes de médicaments. Le responsable de la pharmacie doit remplir la fiche de commande en fonction des besoins exprimés. Cette fiche comprend sept (7) colonnes :

- La 1ère colonne Désignation comporte:
 - a) le nom du médicament ou du matériel médical. Les noms des médicaments doivent être inscrits sous forme générique ou dénomination commune internationale (DCI);
 - b) le dosage qui s'exprime le plus souvent en grammes (g), en milligrammes (mg), en millilitre (ml) ou en litres (l.) etc;
 - c) la présentation du médicament qui peut être en comprimé, en gélule, en tube, en ampoule, en flacon, etc.;

La 2ème colonne précise la nature du conditionnement, qui peut être exprimé en carton, en boîte, en fût ou en paquet etc;

- La 3ème colonne concerne la quantité de conditionnements à commander par médicament;

- La 4ème colonne contient la quantité à livrer par la PPA. Cette colonne est remplie par le pharmacien au moment de la livraison des médicaments. Les produits réceptionnés devraient être conformes à ceux livrés.

Le réceptionnaire doit veiller aussi à la qualité de la livraison et émettre le cas échéant les réserves qui s'imposent au moment de la réception.

- La 5ème colonne contient le prix unitaire des conditionnements commandés;

- La 6ème colonne donne des informations sur le prix total de conditionnements;

- La 7ème colonne observations, est réservée aux éventuelles remarques, commentaires ou précisions relatives à la commande et à la livraison.

En bas de fiche, le Chef de Centre porte son nom, la date de la commande et appose sa signature et le cachet. Le livreur et le réceptionnaire doivent mettre leurs noms et leurs signatures ainsi que la date de livraison.

La commande doit être toujours établie en double exemplaire. Une copie est à adresser à la PPA et l'autre sert pour le classement et le contrôle de la livraison. Celui-ci peut se faire sur place à la PPA avant l'enlèvement des colis.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
 DISTRICT DE: _____
 CENTRE DE SANTE DE: _____

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

FICHE DE COMMANDE ET DE LIVRAISON DE MEDICAMENTS ET MATERIELS

| NOM | DESIGNATIONS' | | (CONDITION-
NEMENT) | QUANTITE
COMMANDEE | QUANTITE
LIVREE | PRIX
UNITAIRE | PRIX
TOTAL | OBSERVATIONS. |
|-------|---------------|--------------|------------------------|-----------------------|--------------------|------------------|---------------|---------------|
| | DOSAGE | PRESENTATION | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Nom du Chef de Centre
 Signature:
 Date

Nom du Pharmacien
 Signature
 Date:

Nom du Livreur
 Signature
 Date:

Nom du Receptionnaire
 Signature
 Date:

HC/PSEY/USAID

'DESIGNATION = Nom Dosage Presentation

EXERCICE (FICHE DE COMMANDE ET DE LIVRAISON DE MEDICAMENTS)

Etablir la commande de médicaments selon les besoins suivants:

- 20 boîtes de 1000 comprimés d'acétylsalicylique acide de 500 mg à 1635 F l'une
- 2 boîtes de 100 flacons de chloroquine injectable de 100 mg/5ml à 10.000 F l'une.
- 5 sachets de sel de rehydratation orale (27,5 g/l) à 1.250 F l'unité
- 100 aiguilles UO LUER de 18 g 1½" (pièce) 100 F l'une.

CORRIGE DE L'EXERCICE

| NOMS | DOSAGE | PRESENTATION | CONDITIONNEMENT | QUANTITE COMMANDEE | QUANTITE LIVREE | PRIX UNITAIRE | PRIX TOTAL | OBSERVATIONS |
|--------------------------|-----------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------|------------|--------------|
| ACETYLSALICYCIQUE ACIDE | 500mg | cp | 1000 | 20 | | 1 635 | 32 700 | |
| CHLOROQUINE | 200mg/5ml | 1amp inj | 100 | 2 | | 10 000 | 20 000 | |
| SEL DE REHYDRATION ORALE | 27,5g/l | sachet | 1 | 5 | | 1 250 | 6 250 | |
| AIGUILLE UO LUER | 18G 1½" | pièce | 1 | 100 | | 100 | 10 000 | |
| TOTAL | | | | | | | 68 950 | |

Nom du Chef de centre

Nom du Pharmacien

Nom du Livreur

Signature

Signature

Signature

Date

Date:

Date

Nom du Président

Nom du Receptionnaire

Signature

Signature

Date

Date

1.2 FICHE DE STOCK PAR MEDICAMENT

Lorsque les médicaments commandés arrivent à destination, le Chef de centre ou le responsable de la pharmacie doit procéder à leur réception et à leur enregistrement sur la fiche de stock. Il fera de même pour les médicaments qui sortent de la pharmacie.

La fiche de stock permet également de déterminer la consommation journalière. Celle-ci apparaît dans la colonne sorties des médicaments.

A partir de la fiche de stock, l'infirmier peut déterminer à la fin de chaque mois la quantité de médicaments consommés étant donné que les médicaments inscrits en sortie dans la fiche de stock sont les médicaments consommés. Le calcul de cette consommation lui permettra de connaître la quantité à commander donc le volume de la commande.

De même l'inventaire se fait à partir des fiches de stock et permet de vérifier si le nombre inscrit sur la fiche de stock correspond à celui qui existe réellement en pharmacie. S'il y a une différence, les causes doivent être recherchées et pouvoir être expliquées. Il convient de bien calculer le stock en comptant bien les médicaments afin de connaître la situation réelle et éviter ainsi les erreurs. L'inventaire des médicaments ne consiste pas seulement à les compter mais sert aussi à vérifier l'état des emballages, les dates de péremption, etc. Il permet aussi de mettre de l'ordre dans la pharmacie.

L'inventaire consiste à compter à la fin d'une période déterminée, la quantité de chaque médicament qui reste en stock. Il est très important de noter sur la fiche de stock la date de l'inventaire.

La fiche de stock par médicament comprend 6 colonnes:

La 1ère colonne est réservée à l'écriture de la date des rations d'entrée et de sortie des médicaments.

La 2ème colonne sert à inscrire la quantité de produits reçue.

La 3ème colonne mentionne la quantité du produit sortie;

La 4ème colonne permet d'inscrire la quantité réelle par produit non sortie au niveau de la PPA. C'est le stock, c'est-à-dire la différence entre les entrées et les sorties de médicaments.

La situation du stock en fin de mois est à inscrire dans la case correspondant au mois respectif. Elle doit correspondre à la différence entre les entrées et les sorties effectués dans le même mois.

NB: L'observation de bonnes conditions de stockage des médicaments garantit leur qualité et leur efficacité. Il convient donc de veiller sur la propreté de la pharmacie. Les médicaments doivent être gardés dans un endroit sec, fermé à clé, à l'abri de l'humidité des fortes chaleurs, des insectes, des souris etc... Les médicaments doivent être rangés par ordre alphabétique afin d'éviter la perte de temps dans la recherche. Il est très important de ranger les médicaments nouvellement arrivés derrière ceux du stock précédent, afin qu'ils soient les premiers à être utilisés pour ne pas être périmés. C'est la formule du "Premier entré-Premier sorti".

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
DISTRICT DE:
CENTRE DE SANTE DE:

FICHE DE STOCK PAR MEDICAMENT

DESIGNATION :

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| ENTREES | | | | | | | | | | | | |
| SORTIES | | | | | | | | | | | | |
| STOCK | | | | | | | | | | | | |

| DATE | ENTREES | SORTIE | STOCK | OBSERVATIONS |
|------|---------|--------|-------|--------------|
| | | | | |

EXERCICE (FICHE DE STOCK PAR MEDICAMENT)

Un infirmier a acheté le 5 janvier 1993 15000 comprimés de diazepam oral de 5mg. Le même jour il sort 800 comprimés pour soigner les malades. Le 15 janvier 1993, il fait encore une sortie de 1000 comprimés. On a constaté au moment de l'inventaire que 100 comprimés sont abîmés.

Ayant encore en stock 50 ampoules d'adrenaline injectable de 1mg/1ml l'infirmier a utilisé 20 ampoules le 24 janvier 1993 et il en a acheté 15 autres le 28 janvier de la même année.

Le 30 janvier 1993 il a acheté 15 rouleaux de bande de gaze de 8cm x 4m. Le 31 janvier 1993, il en a utilisé 4 rouleaux. Remplissez la fiche de stock par médicament faites l'inventaire des médicaments à la fin du mois.

CORRIGE DE L'EXERCICE

Nom du médicament ou matériel Diazepam oral Dosage 5mg Présentation comprimés

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|------------------------|--------------------|-----|--------|-----|------------------|------|------|---------------------------------|------|-----|-----|-----|
| ENTREE | 15000 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 1800 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 13100 | | | | | | | | | | | |
| Date | Entree | | Sortie | | Stock | | | Observations | | | | |
| 05-01-93 | 15000 | | | | 15000 | | | Ouverture de stock | | | | |
| 05-01-93 | | | 800 | | 14200 | | | | | | | |
| 15-01-93 | | | 1000 | | 13200 | | | | | | | |
| Inventaire du 31-01-93 | janvier (en rouge) | | | | 13100 (en rouge) | | | 100 comprimés abîmés (en rouge) | | | | |

Nom du médicament ou matériel Adrenaline Dosage 1mg/1ml Présentation ampoules

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|----------|--------|-----|--------|-----|-------------------------------------|------|------|----------------------|------|-----|-----|-----|
| ENTREE | 65 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 20 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 45 | | | | | | | | | | | |
| Date | Entree | | Sortie | | Stock | | | Observations | | | | |
| 24-01-93 | 50 | | | | 50 | | | Ouverture de stock | | | | |
| 24-01-93 | | | 20 | | 30 | | | | | | | |
| 28-01-93 | 15 | | | | 45 OK | | | | | | | |
| | | | | | Inventaire du 31 janvier (en rouge) | | | Signature (en rouge) | | | | |

Nom du médicament ou matériel Bande de gaze Dosage 8cm x 4m Présentation rouleau

| MOIS | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|----------|--------|-----|--------|-----|-------|------|------|-------------------------------------|------|-----|-----|-----|
| ENTREE | 15 | | | | | | | | | | | |
| SORTIE | 4 | | | | | | | | | | | |
| STOCK | 11 | | | | | | | | | | | |
| Date | Entree | | Sortie | | Stock | | | Observations | | | | |
| 30-01-93 | 15 | | | | 15 | | | Ouverture de stock | | | | |
| 31-01-93 | | | 4 | | 11 OK | | | Inventaire du 31 janvier (en rouge) | | | | |
| | | | | | | | | Signature (en rouge) | | | | |

251

CHAPITRE II
GESTION DES FINANCES

II 1 LE TICKET DE SOINS (Ticket de consultation)

Le ticket de soin comporte trois volets: la souche, le volet 1 et le volet 2. Il est délivré sur achat par le malade au guichet du centre de santé. Le volet 1 et 2 sont remis au malade tandis que la souche reste au niveau du caissier. Le malade se présente à l'infirmier traitant avec les 2 volets. Celui-ci retient un volet à son niveau et remet l'autre volet au malade après la consultation.

BEST AVAILABLE COPY

| | | |
|--|--|--|
| MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI | MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI | MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI |
| DISTRICT DE | DISTRICT DE | DISTRICT DE |
| CENTRE DE SANTÉ DE | CENTRE DE SANTÉ DE | CENTRE DE SANTÉ DE |
| CONSULTATION | CONSULTATION | CONSULTATION |
| TARIF | TARIF | TARIF |
| NOM | NOM | NOM |
| VILLAGE | VILLAGE | VILLAGE |
| AGE | AGE | AGE |
| No | No | No |
| MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI | MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI | MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DE LÉGATION DE LA PRÉFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI |
| DISTRICT DE | DISTRICT DE | DISTRICT DE |
| CENTRE DE SANTÉ DE | CENTRE DE SANTÉ DE | CENTRE DE SANTÉ DE |
| CONSULTATION | CONSULTATION | CONSULTATION |
| TARIF | TARIF | TARIF |
| NOM | NOM | NOM |
| VILLAGE | VILLAGE | VILLAGE |
| AGE | AGE | AGE |
| No | No | No |

11.2 LE CAHIER DE RECETTE JOURNALIERE.

C'est un document comptable qui sert à enregistrer toutes les recettes effectuées au niveau du centre de santé à partir des tickets délivrés par le caissier. Le caissier qui est chargé de la vente des tickets de soins doit faire la situation journalière des recettes. Celle-ci se fait en fin de journée de travail, contradictoirement avec le chef de centre. Ils arrêtent la caisse en comptant ensemble le nombre de tickets se trouvant en possession de l'un et de l'autre et en vérifiant l'encaisse de la journée. S'il n'y a pas de divergence, ils procèdent, chacun en ce qui le concerne, à la signature du cahier de recette journalière. En cas de divergence irréductible, le contentieux est porté à la connaissance du trésorier.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
 DISTRICT DE:
ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE:

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

CAHIER DE RECETTE JOURNALIERE

| TYPE DE TICKETS | PRIX UNITAIRE | NOMBRE DE TICKETS | MONTANT |
|--------------------------|---------------|-------------------|---------|
| 0-4ans | | | |
| Adultes | | | |
| Hors zone | | | |
| Femmes enceintes | | | |
| Accouchement | | | |
| Malnutris | | | |
| Vaccination | | | |
| Total en caisse : | | | |

Nom du Chef de Centre de Santé

Nom du caissier

Signature

Signature

Date:

Date:

EXERCICE (CAHIER DE RECETTE JOURNALIERE)

Remplissez le cahier de recette journalière No 1 en sachant que le 1er mars 1993 le caissier d'un centre socio-sanitaire a vendu les tickets suivants:

- 20 tickets enfants(0-4ans) à 400 F l'un
- 10 tickets adultes à 700 F l'un
- 15 tickets hors zone à 1000 F l'un
- 24 tickets CPN à 200 F l'un
- 14 tickets accouchement à 500 F l'un
- 13 tickets malnutris à 400 F l'un
- 35 tickets vaccination à 200 F l'un

CORRIGE DE L'EXERCICE

| TYPE DE TICKETS | PRIX UNITAIRE | NOMBRE DE TICKETS | MONTANT TOTAL | OBSERVATIONS |
|-----------------|---------------|-------------------|---------------|--------------|
| 0-4ans | 400 | 20 | 8.000 | |
| Adultes | 700 | 10 | 7.000 | |
| Hors zones | 1000 | 15 | 15.000 | |
| CPN | 200 | 24 | 4.800 | |
| Accouchement | 500 | 14 | 7.000 | |
| Malnutris | 400 | 13 | 5.200 | |
| Vaccination | 200 | 25 | 5.000 | |
| Total | | | 52.000 | |

11.3 LE JOURNAL DE CAISSE

A la fin de la journée lorsque le caissier de l'association de santé communautaire totalise les recettes provenant de la vente des tickets, il doit les enregistrer dans son journal de caisse.

Le journal de caisse ou livre de caisse est un cahier sur lequel on enregistre toutes les entrées et les sorties de la caisse au fur et à mesure que se font les opérations.

Pour faire l'enregistrement de ces opérations, le caissier utilisera les pièces comptables de caisse telles que: reçus, factures, etc, qu'il numérotera selon l'ordre d'arrivée. Ces mêmes numéros doivent apparaître dans le journal de caisse. Le livre doit être rempli quotidiennement pour permettre de savoir la date à laquelle l'opération a été effectuée ainsi que le solde du journal. Ce solde doit correspondre à la somme totale disponible en caisse. Il est ensuite reportée à la page suivante pour continuer les enregistrements des opérations (Report).

Le journal de caisse est aussi un outil de contrôle qui indique pour une période donnée, les encaissements et les décaissements effectués. Il permet donc de connaître à tout moment le montant exact des sommes détenues par le Caissier. Le journal de caisse ne doit jamais avoir un solde négatif. Si c'était le cas, il est à considérer comme une erreur d'opération de calcul à corriger.

Le journal de caisse contient sept colonnes :

La 1ère colonne sert à noter dans l'ordre la date des opérations.

La 2ème colonne donne les numéros d'ordre que donne le caissier pendant l'enregistrement des pièces comptables.

La 3ème colonne sert à l'inscription de numéros donnés par le fournisseur aux pièces justificatives (facture) et des numéros d'autres pièces tenues par le caissier (reçus);

La 4ème colonne permet d'écrire la nature des opérations réalisées (achats, ventes etc);

La 5ème colonne sert à noter le montant d'argent qui rentre en caisse.

La 6ème colonne est réservée pour y noter ce qui sort de la caisse pour effectuer des dépenses;

La 7ème colonne permet d'inscrire le solde c'est-à-dire ce que contient la caisse après les mouvements d'entrée et de sortie.

EXERCICE (JOURNAL DE CAISSE)

Le 1er mars 1993 le caissier du centre de santé de Kounogo a fait une recette de 52.000 F provenant de la vente des tickets de soins
Le 2 mars 1993 il a fait encore une recette de 80 000 F et il a versé 106 000 F au tresorer de l'association de sante communautaire contre un reçu No 7

Le 5 mars 1993 il a versé au tresorer 15 000 F (reçu No 8) et a utilise le même jour 5 000 F pour l'achat de 25 cahiers de 100 pages (facture No 2). Le 6 mars 1993 il a achete 10 boules de savon pour une valeur de 2 000 F(facture No 4) Le 7 mars 1993 le caissier a fait une recette de 80 000 F et a effectue de nouveau un versement de 70 000 F au tresoner contre un reçu No 9 Le caissier n'etant pas attentif a commis une erreur en remplissant son journal de caisse au lieu de porter le chiffre de 80 000 F il a porte plutôt 8 000 F En tant que caissier du centre de santé de Kounogo, enregistrer ces operations dans votre journal de caisse

CORRIGE DE L'EXERCICE

| DATE | No D'ORDRE | NO DE PIECES | NATURE DES OPERATIONS | ENTREE | SORTIE | SOLDE |
|-------------------|------------|---------------|----------------------------------|--------|---------|---------|
| 01-03-93 | 1 | | Vente des tickets | 52 000 | | 52 000 |
| 02-03-93 | 2 | | Vente des tickets | 80 000 | | 132 000 |
| 02-03-93 | 3 | Reçu No 7 | Versement au tresoner de l'ASC | | 106 000 | 26 000 |
| 05-03-93 | 4 | Reçu No 8 | Versement au tresoner | | 15 000 | 11 000 |
| 05-03-93 | 5 | Facture No 2 | Achat de 25 cahiers de 100 pages | | 5 000 | 6 000 |
| 06-03-93 | 6 | Facture No 10 | Achat de 10 boules de savon | | 2.000 | 4 000 |
| 07-03-93 | 7 | | Vente des tickets de soins | 8 000 | | 12 000 |
| 07-03-92 | - | | Annulation de l'écriture No7 | | 8.000 | 4 000 |
| 07-03-93 | - | | vente de tickets | 80.000 | | 84 000 |
| 07-03-93 | 8 | Reçu No 9 | versement au tresoner | | 70 000 | 14.000 |
| Soleda a reporter | | | | | | 14.000 |

11.4 LE RECU D'ENCAISSEMENT

Il est un document qui, s'il était signé par les deux parties, attesterait que le caissier a remis la totalité de l'encaisse au trésorier. Le reçu ne mentionne pas la périodicité de cette opération.

Suivant une périodicité pré-établie par le comité de santé, le caissier doit remettre l'intégralité des recettes au trésorier du comité de gestion contre reçu d'encaissement. Le trésorier doit immédiatement verser l'encaisse à la banque ou dans un dépôt d'argent et en retour remettre le reçu de versement au caissier.

Le reçu d'encaissement comporte :

- 1) Le nom de celui qui verse l'argent avec son adresse complète;
- 2) le montant de la somme versée en chiffres et en toutes lettres;
- 3) La nature du versement;
- 4) La date du versement;
- 5) Le nom et la signature de celui qui reçoit l'argent (trésorier).

L'original du reçu est remis à celui qui verse l'argent et la copie en tant que pièce de caisse est destinée au classement. Le reçu d'encaissement peut servir à d'autres utilisations que celles se rapportant au trésorier.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

DELEGATION DE LA PREFECTURE

SANITAIRE DU MOYEN-CHARI

DISTRICT DE:

ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE

DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE:

RECU D'ENCAISSEMENT No _____

Reçu de Mr/Mme _____

(Adresse complète)

La somme de _____

CFA

(

En chiffres et toutes lettres) _____

Pour _____

Date: _____

Nom et Signature : _____

EXERCICE (REÇU D'ENCAISSEMENT)

Le trésorier de l'ASC de la zone de responsabilité de Bégou a reçu de Mr Ngartolan Jean, caissier du centre de santé une somme de 106.000 F provenant de la vente de tickets en date du 4 mars 1993: remplir le reçu d'encaissement.

CORRIGE DE L'EXERCICE

Reçu de Mr Ngartolan Jean caissier du centre de santé de Bégou

La somme de : 106.000 F cfa

(Cent six mille francs cfa)

Pour : Vente de tickets de soins

Date: 04-03-93

Nom et Signature

11.5 LE JOURNAL DE BANQUE

Le journal de banque rend compte de la trésorerie en banque ou dans tout dépôt en tenant lieu. Le journal de banque et celui de la caisse donnent ensemble une vue globale sur la trésorerie générale.

La banque ou dépôt, est une institution financière où les clients déposent leur argent pour le garder en sécurité. Il y a plusieurs façons de confier son argent à la banque, par exemple sous forme de compte d'épargne, qui produit des intérêts ou sous forme de compte courant, sans intérêts. Pour ouvrir un compte, l'association doit formuler à la banque la demande accompagnée de ses statuts. Elle précisera les personnes mandatées dont les signatures seront déposées pour effectuer des opérations bancaires. La banque fournit à son tour à l'association les documents suivants:

- Un chéquier comportant des chèques à remplir lorsqu'on veut effectuer des retraits d'argent (compte courant);
- Un chèque de guichet à remplir sur place accompagné de carnet d'épargne;
- Un reçu de versement remis, rempli et signé au guichet lorsqu'on veut effectuer des versements;

- L'avis de crédit informe le client lorsqu'il reçoit un transfert dans son compte;

- L'avis de débit, informe le client lorsqu'il fait un transfert de son compte au compte d'un tiers;

- Le relevé de compte, fournit mensuellement au client la situation de tous les mouvements effectués sur son compte (versements, retraits, transfert, virement),

La banque donnera des intérêts annuels aux associations ayant un compte d'épargne et déduira des agios du compte des associations ayant un compte courant.

Comme le journal de caisse, le journal de banque comporte également 7 colonnes dans lesquelles sont enregistrées de la même manière, les opérations à effectuer. Il est indispensable de vérifier au fur et à mesure le solde du journal de banque, surtout à la fin de chaque mois, et de le comparer au solde du relevé bancaire. Cette opération qui s'appelle le rapprochement bancaire permet de régler les différences d'appréciation entre le client et la banque.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
DISTRICT DE:
ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DE:

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

JOURNAL DE BANQUE

| DATE | No D'ORDRE | No DE PIECES JUSTIFICATIVES | LIBELLE (NATURE DES OPERATIONS) | ENTREE (VERSEMENT) | SORTIE RETRAIT | SOLDE |
|---|------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|-------|
| | | | | | | |
| <u>TOTAL</u>
<u>A</u>
<u>REPORTER</u> | | | | | | |

NOM DU CAISSIER

NOM DU COMMISSAIRE AUX COMPTES

SIGNATURE:

SIGNATURE

N.B: Comment corriger les erreurs d'enregistrement dans le journal de caisse et de banque?

Lorsqu'une erreur d'enregistrement est commise, on doit la corriger en procédant à l'annulation de l'opération fautive par sa réinscription dans la colonne correspondante, et en faisant passer celle qui est bonne dans la colonne appropriée. On ne doit jamais faire des surcharges, ni gommer, ni barrer.

Exp: Un caissier vend 10 tickets adultes le 6 septembre 1993 pour une valeur de 7000 F, 4 tickets enfants pour une valeur de 800 F, il achète un cahier de 100 pages à 200 f (facture No 10). Au moment de l'enregistrement de ces opérations dans le journal de caisse, au lieu de mentionner 4 tickets enfants à 800 F il a plutôt écrit 8000 F.

| Date | No D'ordre | No pièce | Libellé | Entrée | Sortie | Solde |
|----------|------------|----------------|-------------------------------|--------|--------|-------|
| 06-09-93 | 1 | | 10 tickets adultes | 7000 | | 7000 |
| 06-09-93 | 2 | | 4 tickets enfants | 8000 | | 15000 |
| 06-09-93 | 3 | Fac-ture No 10 | 1 cahier de 100 pages | | 200 | 14800 |
| 06-09-93 | - | | Annulation de l'écriture No 2 | | 8000 | 6800 |
| 06-09-93 | | | 4 tickets enfants | 800 | | 7600 |

Pour rectifier l'erreur, on corrige la fautive entrée de 8000 F en la réinscrivant en sortie. Je passe par la suite une écriture correcte de 800 F en entrée. Attention! le No de la pièce justificative reste le même lorsqu'on corrige l'erreur d'enregistrement.

EXERCICE 11 (JOURNAL DE BANQUE DES ASC)

Le 5 mars 1993 le trésorier de l'ASC de Baguirmi a effectué respectivement un versement de 125.000 F contre un reçu de versement No 85. Le 7 mars 1993 il a encore fait un versement de 90.000 F en banque contre un reçu de versement No 124. Le 30 mars 1993 il a retiré 150.000 F pour l'achat des médicaments (facture No 10) et 50.000 F pour les matériels divers (facture No 18). A la fin de chaque journée le trésorier remet toutes les pièces justificatives au caissier. En tant que caissier de l'ASC de Baguirmi enregistrer les opérations dans votre journal de banque.

CORRIGE DE L'EXERCICE 11

| DATE | No D'ORDRE | No DE PIECES | NATURE DES OPERATIONS | ENTREE | SORTIE | SOLDE |
|------------------|------------|---------------|---------------------------|---------|---------|---------|
| 05-03-93 | 1 | Reçu No 85 | Versement en banque | 125.000 | | 125.000 |
| 07-03-93 | 2 | Reçu No 124 | Versement en banque | 90.000 | | 215.000 |
| 30-03-93 | 3 | Facture No 10 | Achat de médicaments | | 150.000 | 65.000 |
| 30-03-93 | 4 | Facture No 18 | Achat de matériels divers | | 50.000 | 15.000 |
| Solde à reporter | | | | | | 15.000 |

NB: Les pièces justificatives sont les factures et les reçus de versement de la banque.

11.6 BON DE COMMANDE DE DIVERS

Dans le cadre de leur fonctionnement, les centres de santé procèdent à des achats de matériels divers tels que les fournitures de bureau, du savon, du pétrole etc...

Avant d'acheter ces matériels, il est nécessaire de remplir d'abord un bon de commande. Celui-ci doit être approuvé par le chef du centre. Le trésorier au vu du bon de commande, procède au décaissement et remet ensuite l'argent au caissier pour effectuer les dépenses afférentes. Le bon de commande de matériels divers est différent du bon de commande de médicaments

Le bon de commande de matériels divers comporte 5 colonnes:

Dans la 1ère colonne sont inscrits les noms des matériels à acheter

La 2ème colonne sert à exprimer la quantité du matériel à acheter

La 3ème colonne sert à inscrire le prix du matériel par unité

La 4ème colonne sert à l'inscription du prix total du matériel.

La 5ème colonne est réservée aux observations et aux recommandations éventuelles relatives à la commande.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU NOYEN-CHARI
DISTRICT DE:
CENTRE DE SANTE DE:

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

BON DE COMMANDE DE DIVERS

| DESIGNATIONS | QUANTITE | PRIX
UNITAIRE | PRIX
TOTAL | OBSERVATIONS |
|--------------|----------|------------------|---------------|--------------|
| | | | | |

Total Général

Date:
Nom du Chef de Centre
Signature

Date:
Nom du Trésorier
Signature

Date:
Nom du Président
Signature

EXERCICE (BON DE COMMANDE)

Le 1er janvier 1994 le centre de santé de Baguirmi a lancé la commande des matériels suivants:

- 1 rame de papier de 80g à 3.500 F

- 20 bics bleus à 50 F l'un

- 10 boules de savon à 200 l'unité

- 1 agrafeuse à 1.750 F l'unité

Faites le bon de commande du centre de santé de Baguirmi

CORRIGE DE L'EXERCICE 8

| DESIGNATIONS | QUANTITE | PRIX UNITAIRE | PRIX TOTAL | OBSERVATIONS |
|------------------------|----------|---------------|--------------|-------------------|
| Rame de papier de 80 g | 1 | 3 500 | 3 500 | |
| Bics bleus | 20 | 50 | 1 000 | |
| Boules de savon | 10 | 200 | 2 000 | savon coton-tchad |
| Agrafeuse | 1 | 1 750 | 1 750 | |
| Total | | | 8.250 | |

11.7 LE RAPPORT FINANCIER MENSUEL

Le rapport financier mensuel est un document de synthèse des opérations d'un mois donné. Il renseigne sur la manière dont les fonds sont gérés. C'est un récapitulatif des dépenses et des recettes à partir des documents comptables. Le rapport financier permet à l'Association de prendre connaissance des dépenses et des recettes et d'orienter les décisions futures en connaissance de cause. Il permet aussi de contrôler le volume des opérations financières du mois en faisant la balance entre le total des dépenses et celui des recettes. Il fournit en outre des informations sur la trésorerie de l'Association à la fin de chaque mois.

Le contenu du rapport financier comporte les chapitres des dépenses et des recettes avec leurs montants respectifs, et les rubriques, comme suit:

- Les dépenses par catégorie de fonctionnement;
- Les recettes par catégorie de recettes;
- Le total des recettes et le total des dépenses;
- La différence (ou solde) entre le total des recettes et des dépenses. Cette différence constitue le résultat des activités effectuées par et pour le compte de l'Association;
- Le solde réel en caisse;
- Le solde réel du compte en banque;
- La liquidité disponible, c'est-à-dire le total des soldes de caisse et de banque représentant la trésorerie générale de l'Association;
- La date de clôture du rapport financier;
- Le nom et la signature du trésorier;
- Le nom et la signature des Commissaires aux Comptes;
- Le nom et la signature du Président.

Il est recommandé que l'association ait à sa disposition à chaque fin de mois, la situation exacte de sa trésorerie.

A partir du rapport financier mensuel, les commissaires aux comptes présenteront aux associations le compte de l'exercice clos comme étant le bilan annuel. Ils expliqueront par conséquent toutes les rubriques des dépenses et des recettes mois par mois pour informer la population sur la situation financière annuelle.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
DISTRICT DE:
ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
LA ZONE DE RESPONSABILITE DE:

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

RAPPORT FINANCIER MENSUEL

MOIS DE:

| DEPENSES | MONTANT | RECETTES | MONTANT |
|------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| Médicaments | | Tickets de soins | |
| | | Carnets de soins | |
| SOUS-TOTAL: MEDICAMENTS | | SOUS-TOTAL: TICKETS/CARNETS | |
| Personnel | | Cotisation | |
| Réparation/entretien | | Autres recettes | |
| Deplacements | | | |
| Matériel/Fourniture de bureau | | | |
| Autres dépenses | | | |
| SOUS-TOTAL: AUTRES DEPENSES | | SOUS-TOTAL: AUTRES RECETTES | |
| TOTAL DES DEPENSES | | TOTAL DES RECETTES | |
| DIFFERENCE = | | | |

Date:

Nom et signature du Trésorier

Solde en caissé =

+

Nom et signature des
Commissaires aux comptes

Solde en banque =

Nom et signature du Président

liquidité disponible = _____

EXERCICE (Rapport financier)

En mars 1993 une ASC a effectué les opérations suivantes dans le cadre de ses activités:
Paiement du personnel: 33.500 F, achat de fourniture de bureau: 6.000 F, Cotisation des membres: 30.000 F, déplacement : 5.000 F, vente des tickets de soins: 200.000 F, achat de médicaments: 125.000, matériels et équipements:50.000 F, subvention:50.000 F; vente des carnets de soins:4500 . A la fin du mois l'association a dans sa caisse un solde de : 50.000 F et un solde banque de 54.000 F
Faites le rapport financier mensuel

CORRIGE DE L'EXERCICE 14

RAPPORT FINANCIEL MENSUEL MOIS DE MARS 1993

| DEPENSES | MONTANT | RECETTE | MONTANT |
|---------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| Paiement du personnel | 33 500 | Cotisation des membres | 30.000 |
| Fourniture de bureau | 6 000 | vente des tickets de soins | 200.000 |
| Deplacement | 5 000 | Subvention | 50.000 |
| Médicaments | 125 000 | Vente de carnets de soins | 4.500 |
| Matériels et équipements | 50 000 | | |
| TOTLA DES DEPENSES | 219 500 | TOTAL DES RECETTES | 284.500 |
| DIFFERENCE = 65000 | | | |

Nom et signature du Trésorier

Solde caisse = 50.000

Nom et signature du commissaire au Comptes

Solde banque = 54.000

Nom et signature du Président

Liquidité disponible =
104.000

NB: les pieces justificatives accompagnent le rapport financier mensuel.

11.8 LE BUDGET DES ASSOCIATIONS.

Les associations de santé communautaire qui oeuvrent pour donner des soins de qualité à leurs communautés, fonctionneront grâce à leurs moyens humains et financiers. Ainsi la gestion prévisionnelle est très importante pour la réalisation de leurs activités. Elles doivent être en mesure de déterminer les recettes et les dépenses à effectuer en fonction de la planification des activités de l'année à venir.

Le budget est un programme financier étalé sur une période donnée. C'est une prévision des recettes et des dépenses pour réaliser des activités en fonction des besoins et des objectifs préalablement fixés pour une période donnée.

Pour élaborer un budget, il faut connaître les activités à entreprendre, prévoir les dépenses et les recettes. Le budget se présente sous forme de tableau à deux colonnes dans lesquelles on inscrit les rubriques des dépenses d'une part et ceux des recettes d'autre part. Le budget détermine les limites des dépenses à ne pas dépasser et le minimum de recettes nécessaires à la réalisation des activités.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION DE LA PREFECTURE SANITAIRE
DU MOYEN-CHARI
DISTRICT DE:
ZONE DE RESPONSABILITE DE:
ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE:

BUDGET

ANNEE _____

| CHARGES | MONTANT | RECETTES | MONTANT |
|----------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| <u>ACHATS</u> | | Vente des tickets de soins | |
| Médicaments | | Vente des Carnets de soins | . |
| Fournitures de bureau | | Interêts bancaires | |
| Articles divers | | Subventions | |
| Carburant/lubrifiant | | Cotisations | |
| <u>TRANSPORT</u> | | Prêts | |
| Médicaments/matériels | | | |
| Déplacement/supervision | | | |
| <u>FRAIS DU PERSONNEL</u> | | | |
| Salaire | | | |
| Prime | | | |
| Indemnité | | | |
| Main d'oeuvre | | | |
| <u>SERVICES CONSOMMES</u> | | | |
| Eau/Electricité | | | |
| Entretien/Reparation | | | |
| Assurances | | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | | | |
| Poste/Téléphone/fax | | | |
| Imprevus | | | |
| TOTAL | | Total | |

Date:
Le Trésorier

Date:
Le Président

EXERCICE (BUDGET DES ASC)

L'ASC de Kassai I a prévu pour l'année 1993 les recettes et les dépenses suivantes pour le fonctionnement de son centre socio-sanitaire:

- Achat des médicaments 500.000; achat de fournitures de bureau 30.000; achat d'une mobylette 300.000; achat decarburant/lubrifiant 50.000; vente des tickets de soins 1.500.000; transport médicaments/vaccins 25.000; Déplacement/Supervision 45.000; Salaire 200.000; Prime 100.000; Main d'oeuvre 40.000; Subvention 700.000; Eau/electricité 80.000; assurance mobylette 10.000; Dons 5.000; Interêts bancaires 70.000; Charges diverses 55.000; Poste/téléphone 35.000; Legs 130.000; Amortissement 30 000; Imprévus 150.000

Etablir le budget de cette association.

CORRI GE DE L'EXERCICE**BUDGET****ANNEE 1993**

| DEPENSES | *MONTANT | RECETTEE | MONTANT |
|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| ACHATS | | | |
| Médicaments/matériels | 500.000 | Vente de tickets de soins | 1.500.000 |
| Fourniture de bureau | 30.000 | Interêts bancaires | 70.000 |
| Mobylette | 300.000 | Subvention | 700.000 |
| Articles divers | | Dons | 150.000 |
| Carburant/lubrifiant | 50.000 | Legs | 130.000 |
| | | Autres | |
| TRANSPORT | | | |
| Médicaments/vaccins | 25.000 | | |
| Déplacement/supervision | 45.000 | | |
| | | | |
| FRAIS DU PERSONNEL | | | |
| Salaire | 200.000 | | |
| Indemnit  | | | |
| Prime | 100.000 | | |
| Main d'oeuvre | 40.000 | | |
| | | | |
| SERVICE CONSOMMES | | | |
| Eau/Electrcit  | 80.000 | | |
| Entretien/Reparation | 200.000 | | |
| Assurance | 10.000 | | |
| Charges bancaires | | | |
| Charges diverses | 55.000 | | |
| Poste/t lephone | 35.000 | | |
| | | | |
| Amortissement | 300.000 | | |
| | | | |
| IMPREVUS | 150.000 | | |
| | | | |
| SOUS-TOTAL | 2.120.000 | | |
| | | | |
| RESULTAT (attendu) | 430.000 | | |
| | | | |
| TOTAL | 2.550.000 | TOTAL | 2.550.000 |

11.9 LISTE DES RESIDENTS DES ZONES DE RESPONSABILITES

Les habitants d'une zone de responsabilité sont membres de droit de l'association de cette zone. Il convient de procéder à leur recensement exhaustif pour des besoins de gestion des activités et des ressources.

La liste des résidents de la zone de responsabilité comporte 7 colonnes:

La première colonne concerne le numéro d'ordre d'enregistrement de chaque résident;

La deuxième colonne est réservée pour inscrire le nom du chef de famille. L'inscription du nom du chef de famille permet d'éviter la confusion entre des personnes qui portent le même nom;

La troisième colonne concerne les noms et prénoms des dépendants du chef de famille;

La quatrième colonne sert à identifier suivant le sexe de chaque personne.

La cinquième colonne contient l'adresse de chaque résident, (village ou carré où il habite).

La sixième colonne est très importante car elle permet d'identifier les résidents qui sont reconnus par le comité de santé comme ayant des revenus insuffisants ne permettant pas de payer les tarifs de soins. Elle permet aussi de connaître la quantité de médicaments utilisés gratuitement pour les soins des personnes indigentes.

La septième colonne concerne les observations éventuelles.

Cette liste peut se présenter sous forme de cahier en deux exemplaires à déposer au niveau du centre de santé et du comité de santé.

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DU MOYEN-CHARI

DISTRICT DE :

ZONE DE RESPONSABILITE DE :

LISTE DES RESIDENTS

| NO
D'ORDRE | NOM DU CHEF DE
FAMILLE | NOMS/ PRENOMS
DES DEPENDANTS | SEXE | ADRESSE
(village, carré) | EXONERES
DE PAIEMENT | OBSERVATIONS |
|---------------|---------------------------|---------------------------------|------|-----------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | | |

35

1/1/16

Le Chef de Centre

Le Président

EXERCICE (LISTE DES RESIDENTS DE LA ZONE DE RESPONSABILITE)

Après le recensement de la population de la zone de responsabilité de Koumra-Nord il ressort ce qui suit relativement à chaque famille.

1ere famille habitant le quartier Gor

Nom du chef de famille: Ngaradoumta Philippe

Nom des dépendants: Neloumngaye Celine

Ngueita Jonas

Rongar André

Ronel Suzanne

2eme famille habitant le quartier Mbaye

Nom Chef de famille: Beyangar Napoléon

Nom des dépendants: Remadji Juhienne

Ronel Suzanne

Yoyana Marcel qui est donc aveugle et par conséquent n'a pas de moyen pour payer le tarif de soins.

Nguemadji Justun

3eme famille habitant le quartier Bornou

Nom du chef de famille Abdelkerim Mahamat

Nom des dépendants: Zanaba Mariam

Younous Kahl

Abdoulaye Mbodou qui est paralysé et se trouve dans la même situation que Yoyana de la 2eme famille.

D'apres ces renseignements établissez la liste des residents de la zone de responsabilité de KOUMRA-NORD

CORRIGE DE L'EXERCICE

DELEGATION DE LA PREFECTURE SANTAIRE

DU MOYEN-CHARI

DISTRICT DE: KOUMRA

ZONE DE RESPONSABILITE DE: KOUMRA-NORD

LISTE DES RESIDENTS

| No D'ORDRE | NOM DU CHEF DE FAMILLE | NOMS ET PRENOMS DES DEPENDANTS | SEXE | ADRESSE | EXONORES DE PAIEMENT | OBSERVATIONS |
|------------|------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|----------------------|--------------|
| 1 | Ngaradoumta Philippe | | M(masculin) | quartier Gor | | |
| 2 | | Neloumngaye Celine | F(feminin) | quartier Gor | | |
| 3 | | Ngueita Jonas | M | quartier Gor | | |
| 4 | | Rongar Andre | M | quartier Gor | | |
| 5 | | Ronel Suzanne | F | quartier Gor | | |
| 6 | Beyangar Napoleon | | M | quartier Mbaye | | |
| 7 | | Remadji Juhienne | F | quartier Mbaye | | |
| 8 | | Ronel Suzanne | F | quartier Mbaye | | |
| 9 | | Yoyana Marcel | M | quartier Mbaye | x | Aveugle |
| 10 | | Nguemadji Justun | M | quartier Mbaye | | |
| 11 | Abdelkerim Mahamat | | M | quartier Bomou | | |
| 12 | | Zanaba manam | F | quartier Bomou | | |
| 13 | | Younous Kahl | M | quartier Bomou | | |
| 14 | | Abdoulaye Mbodou | M | quartier Bomou | x | Paralysé |

Le Chef de Centre

Le Président

**ANNEX 14: SCOPE OF WORK FOR THE CCSP PREFECTURAL BUDGET
CONSULTANT**

**Proposed SCOPE of WORK for the
CCSP Prefectural Budget Consultant
(In Sarh from May 7-28, 1994)**

I. BACKGROUND

During the meetings of the 'Comite de Direction' which led to the writing of the Prefectural Three-Year Plan and the yearly District Operational Plans, it appeared that neither the Prefecture nor the Districts have the experience, technical skills or appropriate methodology to prepare the budgets detailing the costs or planned activities. Only rough estimates of funding necessary for on-going expenditures could be produced. After careful analysis of the previous Prefectural master Plan, insufficient funds have been found to be one of the major constraints. Therefore, it is essential that the Delegate, the Planning Unit and the Resource Units be aware of the available financial resources in order to set realistic objectives for the years to come.

II. SCOPE OF WORK

Under the supervision of the CCSP COP/MCH coordinator and in close collaboration with the CCSP Health Planner, the Budget Consultant will:

- A. Organize a workshop which will bring together all parties/participants involved in planning at Prefectural and District levels.
- B. Assist these participants, prior to and during the workshop, in preparing a "fixed format" or standardized budget based on the respective plans for the Delegation, the Districts and for the attached Divisions.
- C. Determine all budget line-items with sufficient accuracy to facilitate the implementation of planned activities. Some plans will need to be modified as a result of previously undetected financial limitations.
- D. Propose a method and/or indicators to assist in evaluating the implementation of the Budget/Plans.
- E. Prepare a computer program to assist in constructing uniform/standardized Plans/Budgets for the Delegation, the Districts and attached Divisions.

III. SPECIFIC TASKS AND TIMEFRAME

The consultancy is planned for three weeks. The following tasks will be accomplished during this period:

- A. During the first week the consultant will work with the 'Divisions de Ressources et de Planification' at the Delegation. All existing documents and procedures will be discussed and a comprehensive budget methodology proposed for the Delegation, Districts and attached Divisions. A computerized budget blue-print will be worked out and provided.
- B. A workshop will be organized during the second week. Each district will produce a budget according to their operational plan and consistent with the agreed-upon budget methodology.
- C. The last week will be spent drafting the budget manual, printing the different plans and budgets, and writing the final report.
- D. At the end of each week, the consultant and Health Planner will discuss achievements and constraints encountered with the COP/MCH Coordinator.

IV. EXPECTED OUTPUT

At the end of the consultancy, the consultant will submit final budget/plans for each of district. for the Delegation and its attached Divisions as well a computerized program/budget blueprint.

V. MINIMUM QUALIFICATIONS AND EXPERIENCE

- A. Proven experience in planning and budgeting for French-Africa Public Service (Ministry of Health would be a preference).
- B. Proven experience in computerized budgeting.
- C. Willing to accept the living and working conditions of provincial Southern Chad as well as a six-day work week.
- D. Fluent in French; good interpersonal communications skills.

ANNEX 15: OUVERTURE DE COMPTE BANCAIRE POUR LE DISTRICT DE SARH

DISTRICT SANITAIRE DE SARH
ACTIVITES A EXECUTER DE JUILLET A OCTOBRE 1994

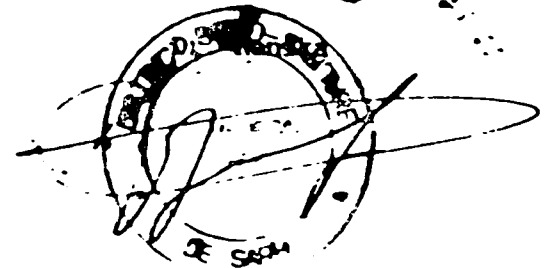
| No d'activités sur le plan d'action
Référence plan annuel 1994 | Incidence financière | Intervenant |
|---|----------------------|-------------|
| 2.2.1 | 223 750 | PSET |
| 2.2.2 | 99 400 | |
| 3.1.3 | 854 000 | |
| 3.2.1 | 44 000 | |
| 3.2.2 | 120 000 | |
| TOTAL | 1 341 150 | |

Arrêté le présent budget trimestriel à la somme suivante:
 Un million trois cent quarante un mille cent cinquante francs CFA

1 341 150 FCFA

Fait à Sarh, le 29.05.94

Le Médecin Chef de District de Sarh



**PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD
(PSET-U.S.A.I.D.)**

Sarh, le 29 Juin 1994

Mr. Neoudou Laoukoura
Directeur de l'Agence BIAT-Sarh
B.P. 240, Sarh

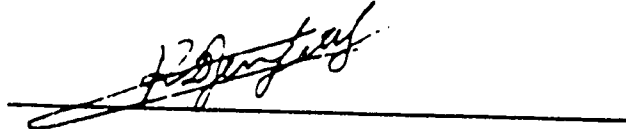
Cher Monsieur Laoukoura.

Je vous demande par la présente d'ouvrir aujourd'hui un compte intitulé 'PSET - Sarh' auprès de votre agence.

Ce compte aura deux signataires indépendants: Le Médecin Chef du District Sanitaire de Sarh, Dr. Kanika Djam Nargaye, et le Chef de Projet PSET, Dr. Vincent Joret.

Un exemple de signature des deux signataires est produit ci-dessous.

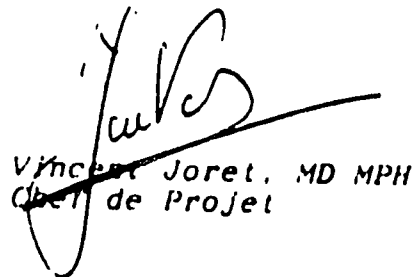
Le Dr. Kanika Djam Nargaye:



Le Dr. Vincent Joret:



En attente de votre réponse et en vous remerciant d'avance de votre aide, veuillez accepter Monsieur Laoukoura, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Vincent Joret, MD MPH
Chef de Projet

cc. Délégation Sanitaire du Moyen-Charl
TMG-washington

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD (PSET)
B.P. 193
SARH, TCHAD
AFRIQUE DE L'OUEST
TEL (+235) 66-14-93
FAX (+235) 66-11-06

THE MITCHELL GROUP, INC.
1816 11TH STREET, N.W.
WASHINGTON, D.C. 20001-5015
UNITED STATES OF AMERICA
TEL (+202) 745-1919
FAX (+202) 234-1697

321

ANNEX 16: MATERIEL MEDICAL PSET LIVRES AUX DISTRICT SANITAIRES

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE SARH

LIVRAISON DU 10/05/94 ET 30/06/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|--|----------|
| MICROSCOPES | 7 |
| TROUSSES D'URGENCE | 5 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 7 |
| TROUSSES MATRONE | 8 |
| PESE BEBE | 6 |
| BALANCE ADULTE | 6 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 1,13L | 7 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 0,945L | 7 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 14 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 475ML | 14 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 7 |
| TENSIOMETRES | 7 |
| OPHTALMOSCOPIES | 3 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 14 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 14 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 7 |
| PAIRES DE GANTS STERILISES | 80 |
| GANTS NON STERILISES PAQUETS DE 10 | 110 |
| THERMOMETRES | 40 |
| RECHAUD A PETROLE | 7 |
| SAVONS TOILETTE | 70 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 8 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50 | 14 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 600ML | 21 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 180ML | 14 |
| MESURE GRADUEE DIM. 500ML | 4 |
| BROSSES CHIRURGICALE A MAIN | 4 |
| STERILETS BOITES DE 25 | 5 |
| LO-FEMENAL+ FEROUS BOITES DE 100 | 2 |
| OVRETTES TABLETS BOITES DE 100 | 2 |
| VAGINAL SPERMICIDAL BOITES DE 100 | 10 |
| CONDOMS BOITES DE 100 | 10 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE KOUMRA.

LIVRAISON DU 09/05; 26/05 ET 27/06/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|---|----------|
| MICROSCOPES | 7 |
| TROUSSES D'URGENCE | 1 |
| PLATEAUX EN INOX DIM. 480X330 | 15 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63mm | 15 |
| TROUSSES MATRONE | 4 |
| PESE BEBE | 10 |
| BALANCES ADULTE | 13 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1,13L | 15 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0,945L | 15 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 15 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 475ML | 15 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 17 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 2 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 1 |
| TENSIOMETRE | 7 |
| OPHTALMOSCOPIES | 1 |
| FORCEP HEMOSTAT DIM. 140mm | 1 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 1 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 1 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 1 |
| PINCE CHIRURGICALE DIM.140mm | 1 |
| DIAGRAMME TAILLE/POIDS | 12 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 5 |
| PAQUETS POCHEttes EN PLASTIQUE | 10 |
| PAQUETS DE GANTS NON STERILISES | 125 |
| THERMOMETRE | 45 |
| RECHAUD A PETROLE | 8 |
| SAVONS TOILETTE | 100 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 15 |
| POISSONNIERE DIM. 125X50 | 15 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 600ML | 34 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 180ML | 34 |
| GOBELET IRRIGATEUR | 6 |
| BROSSES CHIRURGICAL A MAIN | 21 |
| BOITE DE 25 STERILETS | 1 |
| LO-FEMENAL+ FEROUS BOITE DE 100 | 2 |
| OVRETTE TABLET BOITE DE 100 | 2 |
| VAGINAL SPERMICIDAL BOITE DE 100 | 4 |
| CONDOMS UNITE | 3.500 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE KYABE

LIVRAISON DU 14/05/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|--|----------|
| MICROSCOPES | 3 |
| TROUSSES D'URGENCE | 8 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 8 |
| TROUSSES MATRONE | 6 |
| PESE BEBE | 3 |
| BALANCES ADULTE | 5 |
| PLATEAUX EN INOX DIM.480X330 | 13 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1,13L | 24 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0,945L | 12 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 36 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 475ML | 24 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 12 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63 | 6 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50 | 12 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM.600ML | 36 |
| Gobelet irrigateur de 1,5L | 12 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 12 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 24 |
| TENSIOMETRE | 3 |
| OPHTALMOSCOPE | 2 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 6 |
| FORCEP HEMOSTAT DIM. 140mm | 10 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 10 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 10 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 15 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 15 |
| BROSSE A MAIN | 12 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 5 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 4 |
| DIAGRAMME TAILLE/POIDS | 12 |
| PAQUETS Pochettes en plastique pour comprimé | 12 |
| THERMOMETRE | 50 |
| RECHAUD A PETROLE | 8 |
| SAVONS TOILETTE | 100 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 12 |
| LO-FEMENAL+ FERONS BOITE DE 100 | 2 |
| OVRETTE TABLET BOITE DE 100 | 2 |
| CONDOMS | 1000 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU CENTRE BAPTIST DE KOUMRA

LIVRAISON DU 28/05/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|--|----------|
| MICROSCOPES | 1 |
| TROUSSES D'URGENCE | 2 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 3 |
| TROUSSES MATRONE | 4 |
| PESE BEBE | 4 |
| BALANCE ADULTE | 4 |
| PLATEAUX EN INOX DIM. 480X330mm | 4 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 4 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63mm | 6 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 1,13L | 4 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 0,945L | 4 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DE 600ML | 4 |
| GOBELET IRRIGATEUR DE 1,5L | 4 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 4 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 6 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 4 |
| OPHTALMOSCOPIES | 4 |
| FORCEPS HEMOSTAT DIM. 140mm | 11 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 11 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 11 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 11 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 11 |
| BROSSE A MAIN CHIRURGICAL | 11 |
| DIAGRAMME TAILLE/POIDS | 3 |
| POCHETTES EN PLASTIQUE PAQUET DE 1000 | 3 |
| CARNETS DE CONSULTATION PAQUET DE 10 | 3 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 4 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 1 |
| THERMOMETRES | 20 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 12 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE MOISSALA

LIVRAISON DU 02/06/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|--|----------|
| MICROSCOPES | 5 |
| TROUSSES D'URGENCE | 10 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 10 |
| TROUSSES MATRONE | 10 |
| PESE BEBE | 10 |
| BALANCES ADULTE | 10 |
| PLATEAUX EN INOX DIM.480X330 | 13 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1,13L | 20 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0,945L | 20 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 20 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 475ML | 20 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 10 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63 | 10 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50 | 30 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM.600ML | 40 |
| Gobelet irrigateur de 1,5L | 10 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 15 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 20 |
| TENSIOMETRE | 10 |
| OPHTALMOSCOPE | 10 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 10 |
| FORCEP HEMOSTAT DIM. 140mm | 20 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 20 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 20 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 20 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 20 |
| BROSSE A MAIN | 20 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 10 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 5 |
| PAQUETS DE GANTS NON STERILISES | 50 |
| PAQUETS Pochettes en plastique pour comprimé | 10 |
| THERMOMETRE | 26 |
| RECHAUD A PETROLE | 10 |
| SAVONS TOILETTE | 50 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 10 |
| PAQUETS DE CARNET DE CONSULTATION | 10 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE A L'HOPITAL PREFECTORAL DE SARH

LIVRAISON DU 28/05/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|---|----------|
| MICROSCOPES | 8 |
| TROUSSES D'URGENCE | 10 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 10 |
| TROUSSES MATRONE | 10 |
| PESE BEBE | 6 |
| BALANCE ADULTE | 6 |
| PLATEAUX EN INOX DIM. 480X330MM | 4 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 40 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63MM | 10 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50MM | 10 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1,13L | 15 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0,945L | 20 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 600ML | 30 |
| GOBELET IRRIGATOR DE 1,5L | 10 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 10 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 20 |
| BASSIN HARICOT DE 825ml | 20 |
| BASSIN HARICOT DE 475ml | 20 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 10 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 10 |
| TENSIOMETRE | 10 |
| OPHTALMOSCOPIES | 8 |
| FORCEPS HEMOSTAT DIM.140mm | 5 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM.145mm | 20 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 20 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 20 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 20 |
| BROSSE A MAIN | 20 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 10 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 6 |
| DIAGRAMME TAILLE/POIDS | 10 |
| PAIRE DE GANT STERILISE | 20 |
| GANTS NON STERILISE PAQUETS DE 10 | 100 |
| POCHETTES EN PLASTIQUE BOITE DE 1000 | 10 |
| CARNET DE CONSULTATION PAQUETS DE 10 | 8 |
| THERMOMETRE | 80 |
| SERING JETABLE | 10 |
| RECHAUD A PETROLE | 10 |
| SAVONS TOILETTE | 100 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 20 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE GOUNDI

LIVRAISON DU 11/06/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|---|----------|
| MICROSCOPES | 10 |
| TROUSSES D'URGENCE | 15 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 3 |
| TROUSSES MATRONE | 10 |
| PESE BEBE | 5 |
| BALANCE ADULTE | 5 |
| PLATEAUX EN INOX DIM. 480X330MM | 6 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 10 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63MM | 6 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50MM | 20 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1.13L | 10 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0.945L | 10 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 600ML | 20 |
| GOBELET IRRIGATOR DE 1.5L | 10 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 7 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 40 |
| BASSIN HARICOT DE 825ml | 48 |
| BASSIN HARICOT DE 475ml | 13 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 10 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 15 |
| TENSIOMETRE | 12 |
| OPHTALMOSCOPIES | 6 |
| FORCEPS HEMOSTAT DIM.140mm | 43 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM.145mm | 30 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 32 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 42 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 64 |
| BROSSE A MAIN | 20 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 10 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 4 |
| GANTS NON STERILISES PAQUET DE 10 | 15 |
| POCHETTES EN PLASTIQUE BOITE DE 1000 | 12 |
| CARNETS DE CONSULTATION PAQUET DE 10 | 20 |
| THERMOMETRES | 24 |
| RECHAUD A PETROLE | 10 |
| SAVONS TOILETTE | 52 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 5 |
| SACHETS S.R.O | 1000 |
| OVRETTE TABLET PAQUETS DE 100 | 4 |
| LO_FEMENAL+ FEROUS PAQUETS DE 100 | 2 |
| CONCEPTROL PAQUETS DE 100 | 5 |
| CONDOMS UNITE | 6000 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL LIVRE AU DISTRICT SANITAIRE DE DANAMADJI**LIVRAISON DU 29/05/94**

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|---|----------|
| MICROSCOPES | 2 |
| TROUSSES D'URGENCE | 3 |
| TROUSSES INFIRMIERE | 3 |
| TROUSSES MATRONE | 3 |
| BALANCE ADULTE | 2 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 3 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 1,13L | 5 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE 0,945L | 3 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DIM. 600ML | 3 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 4 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 475ML | 4 |
| BOL EN INOX DE 180ML | 3 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 1 |
| TENSIOMETRE | 3 |
| OPHTALMOSCOPE | 1 |
| FORCEPS HEMOSTAT DIM. 140mm | 3 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 145mm | 3 |
| SCISEAUX CHIRURGICAL DIM. 120mm | 3 |
| PINCE DROIT DIM. 155mm | 3 |
| PINCE CHIRURGICAL DIM. 140mm | 4 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 3 |
| DIAGRAMME TAILLE/POIDS | 3 |
| GANTS NON STERILISES PAQUET DE 10 | 50 |
| SEAUX EN PLASTIQUE | 3 |
| BOITE POCHETTES EN PLASTIQUE | 6 |
| CARNETS DE CONSULTATION PAQUET DE 10 | 6 |
| THERMOMETRES | 51 |
| SERING JETABLE | 45 |
| RECHAUD A PETROLE | 3 |
| SAVONS TOILETTE | 60 |
| GUIDE DE RAITEMENT | 7 |
| SACHETS S.R.O | 500 |

LIVRAISON EFFECTUEE PAR: MOUSSA GAGNA

MATERIEL MEDICAL EN STOCK AU 30/06/94

| DESCRIPTION | QUANTITE |
|--|----------|
| MICROSCOPES | 12 |
| TROUSSES D'URGENCE | 4 |
| PESE BEBE | 9 |
| BALANCE ADULTE | 8 |
| BASSIN EN INOX DE 6L | 11 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 195X63mm | 5 |
| POISSONNIERE EN INOX DIM. 125X50mm | 24 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 2,13L | 10 |
| RECIPIENT EN INOX AVEC COUVERCLE DE 0,945L | 24 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DE 600ML | 32 |
| BOL EN INOX SANS COUVERCLE DE 180ML | 6 |
| GOBELET IRRIGATEUR DE 1,5L | 3 |
| MESURE GRADUEE DE 500ML | 1 |
| BASSIN HARICOT EN INOX DE 825ML | 9 |
| PULVERISATEUR MANUEL | 13 |
| ENSEMBLE TEST URINE | 20 |
| BROSSE CHIRURGICAL A MAIN | 4 |
| CONTAINER EN PLASTIQUE | 3 |
| GANTS NON STERILE PAQUETS DE 10 | 54 |
| CARNETS DE CONSULTATIN PAQUETS DE 10 | 10 |
| GUIDE DE TRAITEMENT | 13 |

PREPARER PAR: MOUSSA GAGNA

ANNEX 17: RAPPORT D'ACTIVITE PEV SECOND TRIMESTRE 1994

REPUBLIQUE DU TRCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE
DELEGATION DE LA PREFECTURE
SANITAIRE DU MOYEN-CHARI
SERVICE REGIONAL DU PEV
B.P.84 SARH

Unité - Travail - Progrès

R A P P O R T d ' A C T I V I T E

PROGRAMME ELARGI de VACCINATION

Deuxième Trimestre 1994

Responsable : Mr. ALLADOUMADJI NADJIMIA

VACCINS DISTRIBUES AU SECOND TRIMESTRE 1994

| DATES | CENTRES | BCG
DOSES | DTC
DOSES | POLIO
DOSES | AA
DOSES | ROUVAX
DOSES | VAT
DOSES | OSERV. |
|----------|------------|--------------|--------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|--------|
| 21.04.94 | Délégation | - | - | - | 130 | - | - | |
| AU | Baguirmi | 340 | 290 | 310 | 190 | 190 | 220 | |
| 30.04.94 | Bégo | 300 | - | 300 | - | - | 60 | |
| | Garnison | 60 | 240 | 240 | 40 | 50 | 100 | |
| | Kassaï I | 100 | 110 | 110 | 60 | 70 | 90 | |
| | Kassaï II | 640 | 500 | 870 | 210 | 210 | 640 | |
| | SMI | 200 | - | - | - | - | 500 | |
| | Bédaya | 200 | 1000 | 1100 | 400 | 300 | 2000 | |
| | Bessada | 200 | 500 | 500 | 100 | 200 | 1000 | |
| | Békamba | 400 | 1000 | 1600 | 400 | 300 | 2000 | |
| | Biobé S. | - | 1000 | 1500 | - | - | 2000 | |
| | Koumra N | - | - | - | - | - | 1000 | |
| | Nahim | 400 | - | 500 | - | - | - | |
| | Sonassut | 400 | 400 | 500 | - | 50 | 200 | |
| | Djoli | - | 300 | 300 | - | - | 300 | |
| | Danamadji | 200 | - | 200 | 100 | - | - | |
| | Balimba | 400 | - | - | 190 | 200 | - | |
| | | 3840 | 5340 | 8030 | 1520 | 1570 | 10110 | |

STOCK DES VACCINS

| Dates | Types de vaccins | Qté reçue pdt le 2ème trimestre en doses | Qté distribuée pdt le 2ème trimestre en doses | Stock en doses | Observation |
|-------|------------------|--|---|----------------|-------------|
| | BCG | 14 200 | 3 840 | 10 360 | |
| | DTC | 32 000 | 5 340 | 49 560 | |
| | POLIO | 16 000 | 8030 | 44 550 | |
| | AA | 7 000 | 1 520 | 5 480 | |
| | ROUVAX | 9 000 | 1 570 | 7 950 | |
| | VAT | 28 000 | 10 110 | 44 080 | |

Il n'y a pas eu de déplacement de distribution des vaccins pendant le deuxième trimestre 94. Certaines centres ce sont faits ravitaillés par l'intermédiaire de leurs médecins chefs de districts.

Le service PEV régional attend l'arrivée de carburant (ptrole_ du second semestre 94 pour faire un ravitaillement global (pétrole - vaccins et divers matériels PEV)

PETROLE

| Dates | Centres | Qté servie en litres | Stock en litres | Observation |
|----------|-------------------|----------------------|-----------------|-------------|
| 18.04.94 | Délégation | - | 2600 | |
| 19.05.94 | Danamadji | 200 | 2400 | |
| | Bendanan | 200 | 2200 | |
| | Maro | 200 | 2000 | |
| | Bedjondo | 200 | 1800 | |
| | Bebopen | 200 | 1600 | |
| | Doh | 200 | 1400 | |
| 04.06.94 | District de Kyabé | 1000 | 400 | |
| | | ----- | ----- | |
| | | 2 200 | 400 | |

Les quatre cents litres de pétrole en stock sont distribués à l'hôpital de Koumra pour le congélateur.

Selon le constat fait, ce congélateur en panne n'est pas utilisé dans le cadre du PEV, Nous avons distribué ces quatre cents litres aux centres urbains qui n'ont pas reçu

de dotation pour la stérilisation.

MECHES

| Dates | Centres | Quantité servie em U | Stock en U | Observation |
|----------|------------|----------------------|------------|-------------|
| 01.94 | Délégation | - | 54 | |
| 12.05.94 | Boum Kébir | 2 | 52 | |
| 03.06.94 | Gabian | 1 | 51 | |
| 04.06.94 | Kokaga | 1 | 50 | |
| | Maro | 1 | 49 | |
| | Bessada | 1 | 48 | |
| | Bedaya | 1 | 46 | |
| 17.06.94 | Moussafoyo | 2 | 44 | |
| | Doh | 1 | 43 | |
| | Bebopen | 1 | 42 | |
| 23.06.94 | Bedjondo | 1 | 41 | |
| | Balimba | 1 | 40 | |
| | | ----- | ----- | |
| | | 14 | 40 | |

Moussafoyo a consommé un peu plus de mèches parce qu le responsable a des problèmes d'utilisation de réfrigérateur. Il n'est pas formé et il faut du temps pour qu'il s'y mette.

CARTES DE VACCINATION ET Pochettes EN NYLON

| | | Cartes de vaccination | | Pochettes en nylon | |
|----------|---------------|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| Dates | Centres | Quantité servie | Stock | Quantité servie | Stock |
| 20.04.94 | Report | | 3 900 | | 1 683 |
| 04.05.94 | Maro | 500 | 3 400 | 300 | 1 383 |
| au | Biobé Singako | 500 | 2 900 | 500 | 983 |
| 30.06.94 | Balimba | 100 | 2 600 | 100 | 783 |
| | Garnison | 200 | 2 400 | 50 | 733 |
| | Baguirmi | 100 | 2 000 | 100 | 633 |
| | Sonasut | 100 | 1 500 | 400 | 233 |
| | Bégou | 200 | 1 300 | 33 | 200 |
| | SMI | 100 | 900 | 100 | 100 |
| | Kassā II | 100 | 500 | 100 | 0 |
| | Kassā I | 100 | 300 | 0 | 0 |
| | Bendanan | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 900 | 0 | 1683 | 0 |

AIGUILLES 22G/26G

| | | 22 G | 26 G | |
|----------|------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| Dates | Centres | Quantité servie unité | Quantité servie unité | Observation |
| 21.04.94 | Bekamba Peni | 144 | 144 | |
| au | Bedjondo | 60 | 60 | |
| 30.06.94 | Bendanan | 60 | 60 | |
| | SMI | 60 | 60 | |
| | Biobé Singako | 60 | 60 | |
| | Moussafoyo | 60 | 60 | |
| | Sonasut | 144 | - | |
| | Moïssala Hopital | 60 | 60 | |
| | Hakim | 72 | 72 | |
| | Bégou | 60 | 60 | |
| | | 780 | 636 | |

BRULEUR No 32

| | Centre | Quantité
servie | Stock | Observation |
|----------|--------|--------------------|-------------------------|-------------|
| 20.04.94 | Doh | 1

1 | 13
12

12 | |

VI - C O N S T A T

M A R O

Vieux réfrigérateur en mauvais état. Année de mise en marche 1986. Demande à être remplacé par un réfrigérateur neuf. Voir rapport de Monsieur MADJIMBAYE Technicien Chaîne de Froid PEV/LMD N'DJAMENA.

BEDAYA

Par négligence du Responsable de ce Centre de Santé, plusieurs doses de vaccins suivants ont été détruites :

| | |
|--------|-----------|
| BCG | 400 doses |
| DTC | 500 doses |
| POLIO | 600 doses |
| A. A. | 200 doses |
| ROUVAX | 300 doses |
| VAT | 800 doses |

Le Responsable a voyagé sans laisser de consigne à ses collaborateurs et le réfrigérateur était éteint pendant deux jours. Vaccins servis au premier trimestre.

DEPOT REGIONAL

Nos commandes en divers matériels de PEV (Rechaud - Minuterie - Verre No 32 - Diffuseur No 32 - Cremailleur No 23 et 32 - Coton - Compresse), lancée depuis le deuxième semestre 93 ne sont pas parvenues.

TRAVAUX EFFECTUES

La grande chambre froide de la Délégation tombée en panne depuis 6 mois et réfrigérateur de MOUSSAFOYO ont été remis en marche par Monsieur MBAYASSOUM ELIE frigoriste de P.S.E.T.

Fait à SARH, le 1 Juillet 1994

Le Responsable du PEV Régional
Délégation de la Préfecture Sanitaire
du Moyen-Chari.


Mr. ALLADOUMADJI NADJIMIA

**ANNEX 18: PROJET DE FORMATION A CONDUITE PRATIQUE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL A SARH, WELLSTART, DR. KOUNDE**

Projet de Formation a la Conduite Pratique de l'Allaitement Maternel a Sarh, Une Localité du Tchad

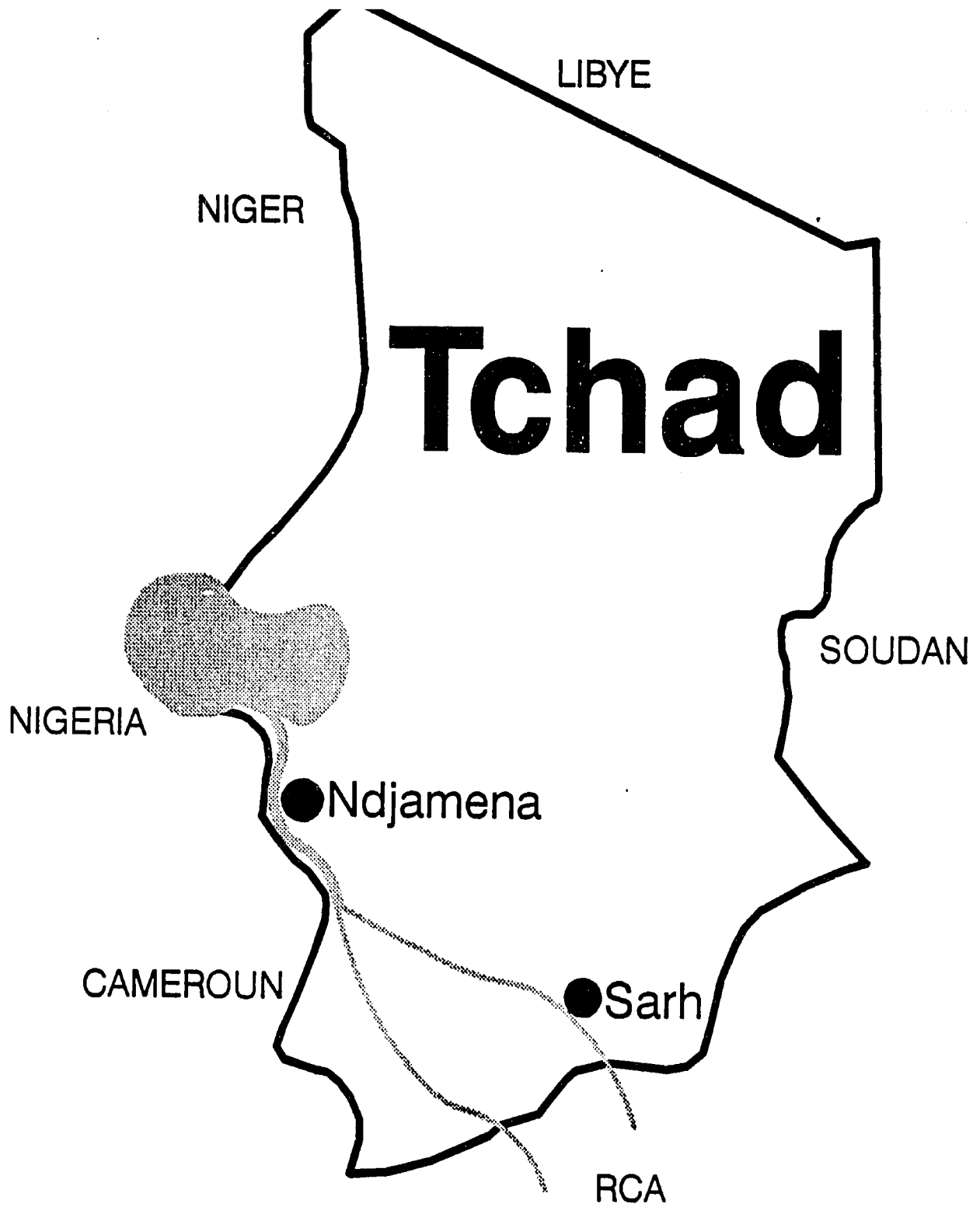
**Dr. Koumde Nenodji,
Médecin Pédiatre, Chef de Service de Pédiatrie
Hôpital de Sarh**

**Mme. Juliette Renta
Infirmière Pédiatrie
Hôpital de Sarh**

**Mme. Marthe Yahbera
Sage Femme
Hôpital de Sarh**

Présenté le 24 Juin 1994

**Développé avec la coopération de Wellstart International comme faisant partie du
Programme de Formation à la Conduite Pratique de l'Allaitement Maternel
Parrainé par USAID, Bureau de la Nutrition, DAN-5117-A-00-9099-00**



I. DONNEES GENERALES

- **Situation Actuelle**

Superficie: 1.284.000 Km carrés

Population: 5.800.000 habitants (données de 1993)

Espérance de vie: 47 ans (données de 1992)

Taux de mortalité infantile: 122 pour mille (données de 1992)

Taux de croissance: 2,5% (1985-1992)

Taux de fertilité: 5,9% (données de 1992)

Taux d'alphabétisation: 30% (1990)

Taux des femmes travailleuses: 21% (1992)

PNB: 210 \$US

Chef lieu de la Prefecture du Moyeu Chari, la ville de Sarh compte environ 80.000 habitants.

L'Hôpital Central du Sarh est l'hôpital préfectoral de référence et comprend quatre grands services:

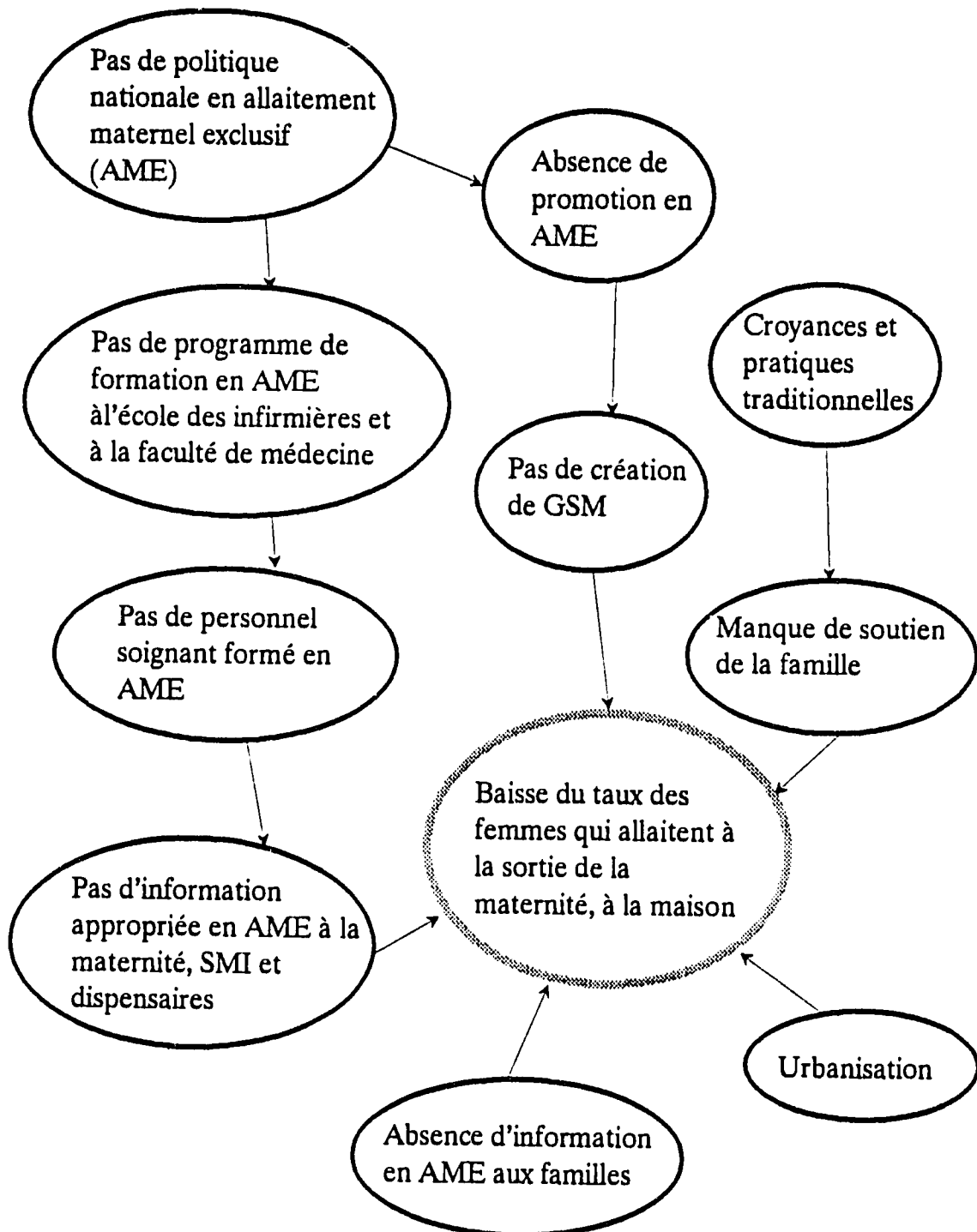
- Maternité avec 55 lits
- Chirurgie avec 80 lits
- Pédiatrie avec 32 lits
- Médecine avec 53 lits

L'Hôpital Central de Sarh n'a pas un service de soins prénataux, ni un service de néonatalogie.

Tableau des Activités de la Maternité de Sarh en 1993

| Statistiques de accouchement à la Maternité de Sarh | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | TOTAL |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Accouchements totaux | 138 | 140 | 188 | 163 | 191 | 187 | 159 | 198 | 195 | 195 | 206 | 186 | 2776 |
| Accouchements à la maternité | 135 | 123 | 177 | 161 | 188 | 176 | 139 | 176 | 178 | 178 | 188 | 176 | 2615 |
| Accouchements en ville | 3 | 17 | 11 | 7 | 18 | 11 | 11 | 22 | 17 | 17 | 18 | 9 | 161 |
| Jumeaux | 0 | 1 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 29 |
| Triplés | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfants vivants | 136 | 136 | 187 | 170 | 187 | 186 | 149 | 196 | 191 | 191 | 199 | 193 | 2720 |
| Enfants mort-nés | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 3 | 56 |
| Prématurés: P ≈ 1500-2500 | 8 | 9 | 9 | 11 | 13 | 17 | 18 | 27 | 13 | 9 | 30 | 19 | 164 |
| Césarienne | 6 | 11 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 6 | 4 | 14 | 8 | 72 |
| Décès femmes liés grossesse | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |

1.2 Diagramme du Problème



Legende:

AME: allaitement maternel exclusif

GSM: groupe de soutien aux mères

SMI: santé maternelle et infantile

Dans les communautés tchadiennes, l'allaitement au sein est une pratique courante qui dure de la naissance jusqu'à 24 mois et parfois plus. Mais des facteurs tels que les croyances et pratiques traditionnelles, les facteurs psychologiques, l'urbanisation, les publicités du lait artificiel, contribuent énormément au déclin de l'allaitement au sein.

Le Tchad par ailleurs n'a pas encore adopté la politique nationale en matière d'allaitement maternel exclusif et le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. Le manque du programme de formation en allaitement maternel exclusif à l'école des infirmières et à la faculté de médecine est une conséquence du non engagement de l'Etat à appliquer cette politique. De ce fait, les infirmiers et les médecins n'ont pas de connaissances et aptitudes nécessaires pour venir en aide à la mère qui allaite et résoudre les problèmes courants de lactation. En fait, leur formation les a bien souvent habitués à s'occuper d'enfants nourris au lait artificiel.

II. JUSTIFICATION DU PROGRAMME

2.1 Compte tenu des avantages que peut fournir l'allaitement maternel

2.1.1 au nourrisson

- baisse du taux de morbidité et de mortalité infantile grâce à ses composantes anti-infectieuses et anti-inflammatoires.
- développement psychomoteur et physique normal car riche en protéines, graisse, lactose, vitamines, sels minéraux, eau et autres.

2.1.2 pour la mère

- diminution des pathologies tels que le cancer du sein et des ovaires.
- effets contraceptifs naturels entraînant l'espacement des naissances, donc baisse du taux des grossesses à risque et de la mortalité maternelle.

2.1.3 pour les familles

- baisse du coût des frais médicaux.
- baisse du coût pour l'achat du lait artificiel.
- on peut utiliser cette somme pour résoudre d'autres problèmes.

2.2 Compte tenu de la situation économique mondiale au générale et du Tchad en particulier, aggravée par la récente dévaluation du Franc CFA, il lui serait très difficile de prendre en charge sur le plan sanitaire toute sa population comme à l'accoutumé.

Il est donc indispensable d'élaborer une politique nationale de protection, d'encouragement et de soutien en allaitement maternel pour les nourrissons jusqu'à 2 ans, avec un bon sevrage à partir de 4 à 6 mois.

III. BUT ET OBJECTIFS

3.1 But

Rehausser le pourcentage en allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à 4 à 6 mois et continuer l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans avec l'introduction appropriée du complément alimentaire des 5 à 6 mois.

3.2 Objectifs

3.2.1 Objectif général

A la fin de la 2^{ème} année du programme, le pourcentage des mères qui allaitent exclusivement à la sortie de l'hôpital augmenterait de 90% à 100%, et de 3% à 30% jusqu'à 4 à 6 mois.

3.2.2 Objectifs spécifiques

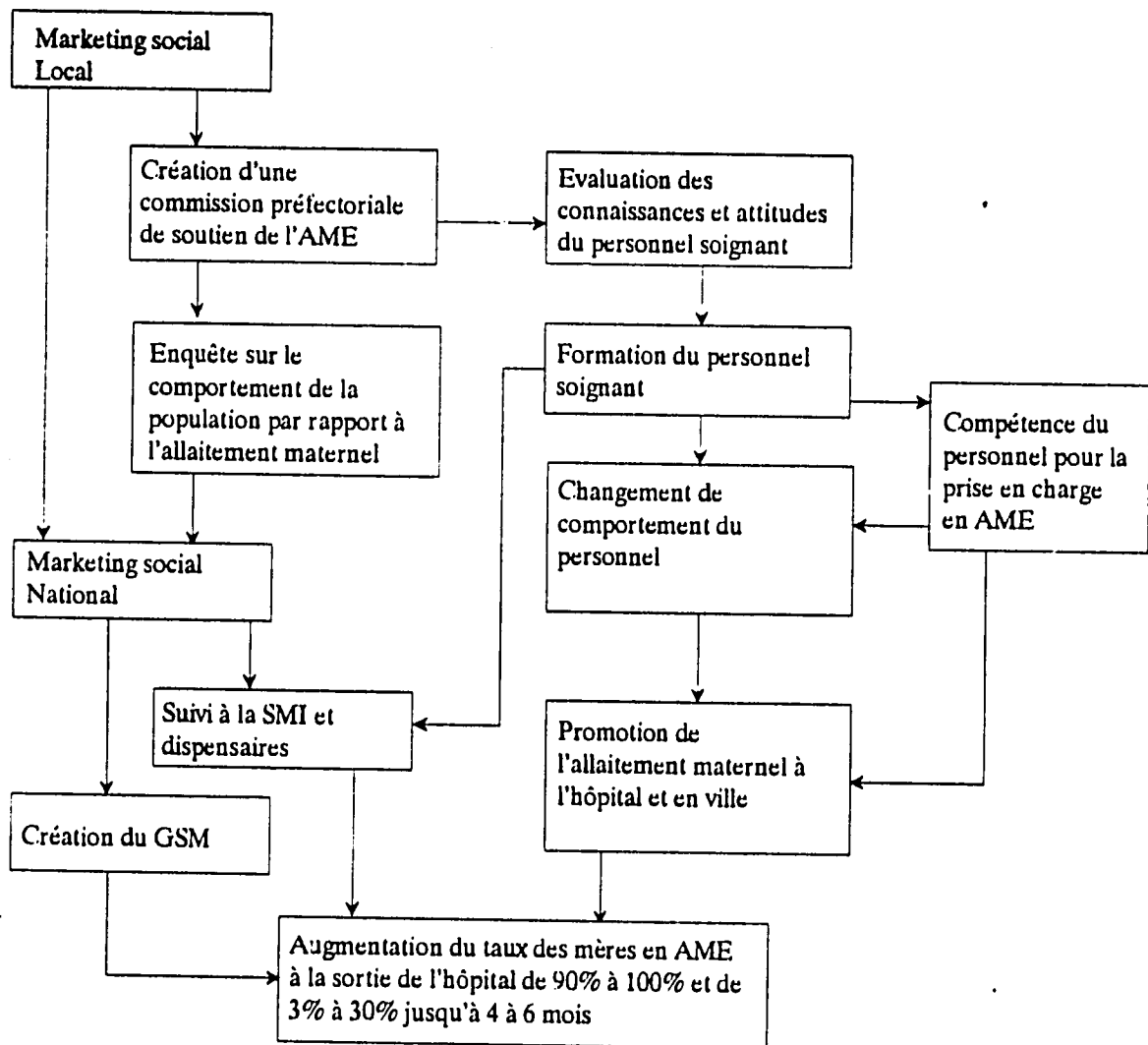
- A la fin de la 1^{ère} année du programme, former 100% du personnel des services de la maternité et de la pédiatrie de l'Hôpital Central de Sarh comme formateurs et éducateurs des mères en matière d'allaitement maternel.
- Informer au moins 50% de la population de Sarh des bien-fondés de l'allaitement maternel exclusif par les canaux existants.

IV. STRATEGIES ET ACTIVITES

- 4.1 Informer et sensibiliser les administrateurs de l'hôpital et de la ville pour avoir leur accord et appui a fin de promouvoir l'allaitement maternel exclusif à l'hôpital et dans la ville en organisant des tables rondes (Plaidoyers et Marketing Social).
- 4.2 Création d'une commission préfectorale pour le soutien de l'allaitement maternel exclusif.
- 4.3 Définir les indicateurs et designer les évaluateurs.
- 4.4 Enquête sur le comportement de la population par rapport à l'allaitement maternel exclusif.
- 4.5 Evaluation des connaissances et attitudes du personnel soignant.
- 4.6 Elaborer les modules des formations.
- 4.7 Former les 16 formateurs (1 médecin obstétricien, 5 sages femmes, 3 agents techniques de la maternité, 7 agents techniques de la pédiatrie).
- 4.8 Former 45 infirmiers et auxiliaires des autres formations sanitaires (SMI, dispensaires).
- 4.9 Elaborer le matériel de support IEC (messages radio, messages de conférences dans les égliser, les marquées, les établissements scolaires, les usines).

- 4.10 Promotion de l'allaitement maternel exclusif et activités d'éducation des mères prévues au sein de l'hôpital.
- 4.11 Promotion de l'allaitement maternel et activités d'éducation dans la communauté et dans les autres formations sanitaires.
- 4.12 Evaluation de fin de programme.

**MODELE OPERATIONNEL MONTRANT COMMENT
FONCTIONNERA LE PROGRAMME**



Légende:

AME = Allaitement Maternel Exclusif

GSM = Groupe de Soutien aux Mères

SMI = Santé Maternelle et Infantile

Marketing social local = Information et sensibilisation des responsables administratifs de l'hôpital et des administrateurs de la ville.

Marketing social national = Information et sensibilisation au niveau du Ministère de la Santé Publique et au niveau du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Fememine.

V. ORGANISATION DU PERSONNEL

5.1 Arrangements organisationnels

- UNICEF
- USAID
- OMS
- WELLSTART
- GOUVERNEMENT/Ministère de la Santé Publique
- Autres

5.2 Rôle de chaque organisation

- WELLSTART: assistance à la formation
- UNICEF: financement du programme de formation.
- OMS: financement du programme de formation.
- USAID/PSET: financement, apport didactique, gestion financière directe.
- UNICEF/OMS/USAID et autres: financement du budget total du programme.
- Ministère de la Santé Publique: législation, (protection et soutien du programme), désignation d'un coordinateur au niveau central entre les organismes, le Ministère de la Santé et les exécutants du programme.

5.3 Rôle de chaque personne

Personnes ressources du projet suivie de l'enfant:

5.3.1 Chef de Projet PSET: coordinateur entre les ONG

5.3.2 Chef de division et de planification du PSET: assistance dans la planification.

- Responsable de la formation de PSET: assistance dans l'élaboration des modules de formations.
- Coordinateur National: coordination entre les ONG et le Ministère de la Santé Publique.

Les trois formateurs principaux formés à WELLSTART sont les élaborateurs du programme et correspondants avec le siège de WELLSTART à San Diego en Californie (U.S.A). Les 3 responsables du programme IRA, LMD, BEF car l'allaitement maternel exclusif peut influencer positivement sur les mortalités des pathologies précitées.

VII. Projet de Budget (F.CFA)

| Activités | Période d'exécution | Côut | source de financement | Observations |
|--|---------------------------------|-----------|-----------------------|--------------|
| Enquête sur le comportement de la population par rapport à l'allaitement maternel | Octobre-Décembre 1994 | 1.000.000 | PSET
UNICEF
OMS | |
| Elaboration des modules des formations | de Novembre 1995 a Janvier 1995 | 500.00 | PSET
UNICEF | |
| Formation de 16 formateurs éducateurs en 6 jours | Février 1995 | 540.00 | PSET
UNICEF | |
| Formation de 45 infirmiers et auxiliaires en 18 jours | Mars 1995 | 2.925.000 | PSET
UNICEF | |
| Elaboration du support IEC | de Avril à Mai 1995 | 500.00 | PSET
UNICEF | |
| Promotion de l'allaitement et activités d'éducation au sein de la communauté et dans les formations sanitaires | de Avril à Juin 1995 | 2.500.000 | PSET
UNICEF
OMS | |
| Promotion de l'allaitement et activités au sein de l'hôpital | de Avril à Juin 1995 | 1.500.000 | PSET
UNICEF
OMS | |
| Evaluation finales | à partir de Juillet 1995 | 2.500.000 | PSET
UNICEF
OMS | |
| Imprevues | — | 500.000 | PSET
UNICEF
OMS | |

Justification du Budget

ACTIVITES

1. Enquête sur le comportement de la population:
4 arrondissements
 - 6 enquêteurs par arrondissements
durée d'enquête 10 jours
per diem 2.500 F.CFA/j
 $2.500 \times 6 \times 4 \times 10 = 600.00$
 - 4 superviseurs (1 par arrondissement)
per diem 5.000 F.CFA/j
 $5.000 \times 10 \times 4 = 200.000$
 - Achat rames de papier
impression de questionnaire
200.000

Total 1.000.000

2. Elaboration des modules
 - Achat rames de papier = 150.00
 - Impression et tirage = 250.000
 - Achat agrafeuses et autres matériels = 100.000

Total 500.000

3. Formation des 16 formateurs éducateurs
 - Per diem de participants
durée 6 jours
 $2.500 \times 16 \times 6 = 240.000$
 - Achat bic (bleu et rouge), crayons, taille-crayons, cahiers, gomme = 100.000
 - Pause café 6 j = 100.000
 - Per diem de encadreurs
 $5.000 \times 6 \times 6 = 180.000$

Total 620.000

4. Formation des 45 infirmiers
 - Durée: 18 jours
 - Per diem des participants 2.500/j
 $45 \times 18 \times 2.500 = 2.025.000$
 - Encadreurs: 6
Per diem: 5.000
 $6 \times 5.000 \times 18 = 540.000$
 - Achat matériel didactique = 800.000
 - Pause café: $1.000 \times 18 \times 45 = 810.000$

Total 3.675.000

5. Elaboration du support IEC
Achat des rames de papier et autres matériels, impression

Total 500.000

6. Promotion de l'allaitement et activités d'éducation des mères au sein de la communauté et dans les formateurs sanitaires

Total 5.000.000

7. Promotion de l'allaitement et activités d'éducation des mères prévues au sein de l'hôpital

Total 3.000.000

8. Imprevues

Total 500.000

Arrête le présent budget: 14.795.000

VIII. Evaluation

L'évaluation se fera aussi bien dans les formations sanitaires que dans la communauté. Elle utilisera les indicateurs de base de l'allaitement maternel de l'OMS et les méthodes particulières servant à les mesurer.

| Indicateurs | Méthodes de mesure |
|---|---|
| 1. Le pourcentage des mères qui allaitent exclusivement à la sortie de l'hôpital augmenterait de 90% à 100% | Enquête quantitative auprès des mères à la sortie de l'hôpital:
nourrissons de moins de 4 mois
nourris exclusivement au sein depuis la naissance
=
Nourrissons de moins de 4 mois |
| 2. Le pourcentage des mères qui poursuivent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4-6 mois augmenterait de 3 à 30% dans la communauté | Nourrissons de moins de 6 mois
nourris exclusivement au lait depuis la naissance
=
Nourrissons de moins de 6 mois |
| 3. Le pourcentage du personnel formé à la maternité et à la pédiatrie passeront de 0 à 100% | Entête quantitative du personnel avant et après la formation dans les 5 formations sanitaires |
| 4. Le pourcentage de la population informée sur les bien fondés de l'allaitement maternel exclusif passerait de 0% à 50% | Enquête quantitative dans la communauté au début et à la fin du programme |

ANNEXE 1

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

Le code s'adresse principalement aux gouvernements et aux fabricants. Les gouvernements doivent se servir du code comme "une exigence minimum" et l'exécuter "dans l'intégrité," soit en instituant des lois, soit en l'adoptant comme une mesure volontaire.

"Indépendamment de toute autre mesure prise en vue de la mise en œuvre de code" les fabricants et distributeurs doivent faire en sorte que "leur conduite à tous les niveaux soit conforme" aux dispositions du Code.

Resumé du Code International

Le code établit dix règles importantes:

1. Interdiction de la promotion au grand public.
2. Interdiction de donner des échantillons gratuits.
3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé.
4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mamans.
5. Pas de cadeaux ou d'échantillons personnels aux agents de santé.
6. Pas d'images de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
8. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
9. Pas de promotion du lait condensé, ou d'autres produits inappropriés comme aliment pour nourrissons.
10. Tous les produits doivent être de bonne qualité et les conditions climatiques ainsi que les conditions d'entreposage du pays concerné doivent être pris en considération.

DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT
MATERNEL
(OMS-UNICEF)

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'association de soutien à la allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Source: Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF, *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité*, 1989.

**ANNEX 19: LISTE DES PARTICIPANTS AUX SESSIONS DE FORMATION EN
TECHNIQUES DE BASE D'ENCADREMENT DE 23 AU 25 ET DE 26 AU
28 MAI 1994**

**FORMATION CONTINUE POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
FORMATION DES SAGE-FEMMES ET INFIRMIERS ACCOUCHEURS
EN TECHNIQUE DE BASE D'ENCADREMENT**

SESSIONS DU 23 AU 25, 26 AU 28 MAI 1994

1ER GROUPE

| NOM ET PRENOM | TITRE | PROVENANCE |
|-----------------------|--------------|-------------------|
| 1. AMOUR OUMAR | SF | SARH |
| 2. ROTEL BEATRICE | SF | SARH |
| 3. NOUDJOURN JULIENNE | AT | SARH |
| 4. MEMADJI YVETTE | IDE | SARH |
| 5. BIOMI MIGNETA ANNE | SF | KOUMRA |
| 6. MAIKIM SOLKAM | SF | MOISSALA |

2EME GROUPE

| NOM ET PRENOM | TITRE | PROVENANCE |
|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1. KOUNGAR ANNE | AT | SARH |
| 2. ABDELKADER LOUISE | IB | SARH |
| 3. PATRICIA NGONDEDJI | AUXILIAIRE OBS. | KOUMRA |
| 4. NDADENOUBA LYDIE | AUXILIAIRE OBS. | BALIMBA |
| 5. HAOUA ELISABETH | INFIRMIERE ACCOUH. | SARH |
| 6. DOUMDODJE NGARMAKY | IDEOGO | KYABE |

**ANNEX 20: 'HARMONISATION DE TECHNIQUES DE BASE D'ENCADREMENT DE
STAGE PRATIQUE POUR LA SANTE MATERNELLE MANUEL DU
PARTICIPANT**

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE

DELEGATION PREFECTORALE SANITAIRE DU MOYEN CHARI
CENTRE PREFECTORAL DE FORMATION, SARH

HARMONISATION
DES TECHNIQUES DE BASE
D'ENCADREMENT DE STAGE PRATIQUE
POUR LA SANTE MATERNELLE

MANUEL DU PARTICIPANT

PROJET SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD, USAID

Edition de Mai 1984

Cette session de formation se propose de répondre aux questions suivantes :

- 1) "Quelles sont les techniques pour dialoguer (communiquer) ?"
- 2) "Quelles sont les méthodes pour enseigner (encadrer) ?"
- 3) "Comment encadrer un stage en Santé Maternelle ?"
- 4) "Comment planifier, préparer, encadrer et évaluer une session de stage pratique pour les Soins Périnataux, l'Accouchement Normal, les Suites de Couches immédiates et de 48 jours ?"

LE GROUPE CIBLE DE CETTE SESSION :

LES SAGES - FEMMES ET LES INFIRMIERS - ACCOUCHEURS,
ENCADREURS DE STAGE DE LA PREFECTURE DU MOYEN CHARI

LES OBJECTIFS DE FORMATION :

- I. IDENTIFIER LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION INTER PERSONNELLE (CIP)
- II. IDENTIFIER LES METHODES EDUCATIVES
(ANDRAGOGIE, PEDAGOGIE, APPRENTISSAGE)
- III. UTILISER LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION
ET LES METHODES EDUCATIVES
LORS D'UNE SESSION DE STAGE PRATIQUE EN SANTE MATERNELLE
- IV. ORGANISER (PLANIFIER, PREPARER, CONDUIRE et EVALUER)
UNE SESSION DE STAGE PRATIQUE
 - . POUR LES SOINS PRENATAUX (trois visites de CPN)
 - . POUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL (y compris le suivi du Travail)
 - . POUR LES SUITES DE COUCHES IMMEDIATES
 - . POUR LES SUITES DE COUCHES DE 40 JOURS

"LE JEU DES CINQ POURQUOI"

Ce jeu est basé sur le principe disant que si l'on pose cinq fois la question "Pourquoi ?" on trouve généralement une véritable réponse à la première question posée.

UN EXEMPLE AVEC DES REPONSES:

1. **POURQUOI apprendre à communiquer (dialoguer) ?**
- Pour se faire comprendre
2. **POURQUOI se faire comprendre ?**
- Pour éviter les malentendus, les problèmes
3. **POURQUOI éviter les malentendus et problèmes ?**
- Pour mieux travailler, mieux coopérer
4. **POURQUOI mieux travailler, mieux coopérer ?**
- Pour rechercher la prospérité et la paix
5. **POURQUOI rechercher la prospérité et la paix ?**
- Pour avoir une vie agréable en société,
- Pour vivre ensemble dans l'harmonie et la sérénité.

QUESTION N°1: POURQUOI APPRENDRE A COMMUNIQUER ?

**UNE REPONSE: POUR VIVRE ENSEMBLE
 DANS L'HARMONIE ET LA SERENITE.**

Les techniques de communication inter personnelle nous sont utiles au travail comme dans notre vie privée.

FORMATION POUR LA SURVIE DE L'ENFANT: TECHNIQUES DE BASE D'ENCADREMENT DE STAGE
 EMPLOI DU TEMPS DETAILLE

(SARH, 2 sessions du 23 au 28 Mai 1994)

| HORAIRE | 1 er Jour | 2 ème Jour | 3 ème Jour |
|---------------|--|---|--|
| 08 00 - 08 20 | Bienvenue - Enregistrement | Résultats Pré-test et Informations | Informations administratives |
| 08 20 - 08 40 | Pré-test | Rapport sur le premier jour | Rapport sur le 2 ème jour |
| 08 45 - 09 05 | Présentation participants, formateurs | S'informer pour planifier | Organiser une session de stage pratique dans une maternité de District |
| 09 10 - 09 40 | Présentation des objectifs | Les postes de stage en Santé Maternelle | |
| 09 45 - 10 05 | Exercices de communication inter personnelle | Les tâches à un poste de stage | Etude de cas :
Planifier une session de stage pratique dans une maternité de District |
| 10 10 - 10 40 | Exercices de communication inter personnelle | Objectifs pour un poste de stage | |
| 10 45 - 11 00 | PAUSE | PAUSE | PAUSE |
| 11 05 - 11 25 | Perception - Comportement | Liste de contrôle : définition, usages | Etude de cas :
Préparer une session de stage pratique dans une maternité de District |
| 11 30 - 11 50 | Communication Verbale, Non Verbale | Jeux de rôles pour l'encadrement d'un stagiaire à un poste de stage | |
| 11 55 - 12 15 | Ecoute active, ouverture d'esprit et tolérance | | Etude de cas :
Encadrer et évaluer une session de stage pratique dans une maternité de District |
| 12 20 - 12 40 | Feed back positif (pratique et concret) | | |
| 12 45 - 13 00 | Règles de CIP lors du travail en équipe | | |
| | DEJEUNER | DEJEUNER | DEJEUNER |
| 16 00 - 16 20 | Méthodes éducatives : travaux de groupe | Travaux de groupe : | Post test |
| 16 25 - 16 45 | | Examen des listes de contrôles | Présentation des travaux de groupe, Synthèse |
| 16 45 - 17 00 | PAUSE | PAUSE | CLOTURE |
| 17 05 - 17 30 | Méthodes éducatives : séance plénière | Révision des listes de contrôle | |
| 17 35 - 18 00 | | Adoption des listes de contrôle | |

1. IDENTIFIER LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION INTER PERSONNELLE (CIP)

OBJECTIF N° 1.1. Etre conscient des différences de perception et de comportement

OBJECTIF N° 1.2. Définir les deux types de communication inter personnelle

OBJECTIF N° 1.3. Citer les principes de communication verbale

OBJECTIF N° 1.4. Connaître la méthode de l'écoute active

OBJECTIF N° 1.5. Identifier les règles du feed back positif

OBJECTIF N° 1.6. Identifier les règles de CIP lors du travail en équipe

OBJECTIF N° 1.1. IDENTIFIER PAR DES EXERCICES LES DIFFERENCES DE PERCEPTION

QUE FAUT IL RETENIR DES EXERCICES DE COMMUNICATION ?

Nous percevons différemment les choses et les situations.

**"Nous voyons le monde, non tel qu'il est,
mais tel que nous sommes"**

Tout individu a le droit d'avoir une perception différente qui est le résultat de ses valeurs et de ses principes. A cause des différences de valeurs et principes, nous choisissons de COMMUNIQUER EN TERMES SIMPLES COMPRIS DE TOUS, et de nous comporter de la manière la plus neutre et la plus objective.

**LA PERCEPTION SE FAIT PAR LES ORGANES SENSORIELS,
MAIS LA SIGNIFICATION DONNEE DEPEND DES VALEURS ET PRINCIPES INDIVIDUELS,
ET AUSSI DE LA MOTIVATION (INTENTIONS), DE L'AGE ET DE L'EXPERIENCE.**

LE COMPORTEMENT DEPEND DE LA PERCEPTION.

LE COMPORTEMENT DEPEND AUSSI DE L'EDUCATION ET DE L'ENVIRONNEMENT (CADRE DE VIE),

C'EST-A-DIRE LE COMPORTEMENT EST ACQUIS, APPRIS,

DONC IL EST POSSIBLE DE CHANGER;

C'EST LE FONDEMENT DE L'EDUCATION, DE LA FORMATION.

Nota Bene:

A. Dans la vie quotidienne, nous ne sommes pas conscients de ces valeurs, principes, et expérience, qui sous-tendent nos actions et nos réactions. Cependant, lorsque nous sommes dans une situation de crise, de conflit, lorsque quelqu'un se comporte différemment de nous, lorsque quelqu'un prend une décision qui ne nous plaît pas, alors nous devenons pleinement conscients de nos valeurs et principes, de notre expérience, qui influencent nos perceptions, comportements et attitudes.

B. Il existe des anomalies de la perception et du comportement :

Anomalies de la perception = Illusions et Hallucinations

Anomalies (fonctionnelles) du comportement = causées par des conflits, elles ont pour conséquences les frustrations.

OBJECTIF N° 1.2. Définir les deux types de communication inter personnelle

1. Communication Verbale

C'est le langage, les mots et paroles.

Il faut faire l'effort de communiquer en termes simples compris de tous.

En effet, on peut parler la même langue et ne pas se comprendre.

Parce que les personnes en présence donnent des significations différentes aux mêmes mots. Les choses se compliquent lorsqu'on ne parle pas la langue et qu'il faut communiquer à l'aide d'un interprète plus ou moins préparé à transmettre fidèlement ce qui est dit.

2. Communication Non Verbale

Ce sont les gestes, mimiques et expressions faciales qui accompagnent les mots et paroles, ou qui servent de réactions à ce qui est dit par l'interlocuteur. De nombreux exemples montrent que gestes, mimiques et expressions varient d'une culture à une autre, que d'une culture à une autre, les mêmes gestes peuvent avoir des significations différentes.

Nota Bene :

Lorsque les aides audio-visuelles sont neutres et objectives, elles sont très efficaces pour améliorer la communication inter personnelle.

OBJECTIF N° 1.3. CITER LES PRINCIPES DE LA COMMUNICATION VERBALE.

LA COMMUNICATION VERBALE EST MEILLEURE SI NOUS FAISONS UN EFFORT POUR

- ◆ Reconnaître les sentiments de l'autre (empathie)
- ◆ Ecouter activement, questionner efficacement
- ◆ Encourager à s'exprimer en étant positif, pratique, concret
- ◆ Vérifier la compréhension de ce que l'on a dit (message)
- ◆ Clarifier ce qui n'est pas compris
- ◆ Répondre aux attentes et aux besoins d'informations.

OBJECTIF N° 1.4. CONNAITRE LA METHODE DE L'ECOUTE ACTIVE

L'écoute active, c'est de prêter toute notre attention lorsque notre interlocuteur parle.

Comment écouter activement ?

- Ecouter attentivement ce que la personne dit, la façon dont elle le dit.
- Suivre le rythme de ses paroles, se mettre à la place de la personne qui parle, l'accepter telle qu'elle est, la traiter comme un individu responsable.
- Savoir quand garder le silence, donner à l'interlocuteur le temps de réfléchir, le temps de poser des questions.
- Répéter chaque point important pour vérifier auprès de la personne ce que nous avons compris.
- Eviter les mouvements qui peuvent distraire et regarder bien en face, avec sympathie, la personne qui nous fait l'honneur de demander notre service.
- Limiter au minimum la prise de notes, éviter de penser à la réponse que l'on va donner, éviter de regarder ailleurs, ou de regarder la montre.
- S'entretenir dans un endroit calme, chaque fois que c'est possible.

Il y a des personnes qui trouvent difficile de parler, de se confier, l'agent de santé, ou l'agent social, peut les aider en posant des questions.

- Questionner effectivement en termes simples clairs sans suggérer la réponse
- Poser des questions qui encouragent à parler, des questions auxquelles on ne peut pas répondre par " oui " ou " non ".
- Poser les questions de différentes façons si l'on pense que l'interlocuteur n'a pas compris.

OBJECTIF N° 1.5. IDENTIFIER LES REGLES DU FEED BACK POSITIF

LE FEED BACK POSITIF:

Le feed-back positif (ou rétro-information positive) c'est qu'il ne s'agit pas de jugement ou de conseil. Faire le feed-back c'est faire des propositions concrètes, objectives qui aideront l'interlocuteur à améliorer le comportement.

Le feed back positif se définit comme une méthode de donner et de recevoir des informations sur le comportement.

Comment recevoir le feed-back ?

- . Ecouter sans répondre
- . Ne pas essayer de justifier son comportement
- . Demander la clarification, si besoin
- . Remercier pour avoir donné le feed-back.

Comment donner le feed-back ?

- . Décrire de manière précise, spécifique, ce qui s'est passé, ce qui a été observé. Il s'agit de donner des informations sur le " quoi ", sur le " où ", les " comment " et " quand ".
- . Faire des propositions positives, c'est-à-dire concrètes et constructives, qui permettent de changer de comportement, d'obtenir le comportement souhaité.
- . Vérifier la compréhension du feed-back et ses conséquences.
- . Remercier pour avoir donné l'occasion de faire un feed-back.

OBJECTIF N° 1.6.**IDENTIFIER LES REGLES DE COMMUNICATION INTER PERSONNELLE
LORS DU TRAVAIL EN EQUIPE**

Un groupe est un rassemblement d'individus qui travaillent plus ou moins ensemble, pour une courte période, sur des tâches précises.

Tandis qu'une équipe est un groupe d'individus qui apportent différentes contributions pour atteindre un but, ou un objectif communs.

Le travail d'équipe joue un rôle important lors de la supervision formative pour améliorer la qualité des soins.

Travailler en équipe c'est:

- a. Mettre en commun les compétences, talents, idées et ressources pour améliorer le résultat et la prise de décision
- b. Donner à chacun des membres le bénéfice d'un soutien mutuel, pour maintenir l'enthousiasme, même lors des moments difficiles
- c. Soutenir ce qui a été développé ensemble, et renforcer les demandes et recommandations de l'équipe à toute occasion
- d. Multiplier les contacts et collaboration intra et inter sectoriels.

Des études analysant les qualités d'équipes hautement efficaces et qui fonctionnent bien ensemble révèlent que le mot "CONFIANCE" est utilisé le plus fréquemment pour décrire l'ambiance de travail.

Faire confiance c'est pratiquer l'interdépendance positive (l'entraide).

Pour travailler ensemble dans un climat de confiance, chaque membre de l'équipe s'appliquera aux règles de CIP suivants:

1. Honnêteté et intégrité: pas de mensonges, pas d'exagérations.
2. Franchise et volonté de partager, d'écouter, d'être sensible aux différences de perception et d'idées.
3. Cohérence, ou comportements et réactions prévisibles.
4. Respect = traiter les gens avec dignité et équité (justice).
5. Gestion transparente à tous les niveaux.

II. IDENTIFIER LES METHODES EDUCATIVES

OBJECTIF N° 2.1. Identifier les trois types d'interaction au cours de l'activité éducative

OBJECTIF N° 2.2. Décrire les fonctions et tâches de l'encadreur de stage

OBJECTIF N° 2.3. Expliquer le cycle de l'apprentissage par l'expérience

OBJECTIF N° 2.4. Identifier les trois domaines d'éducation et les méthodes éducatives indiquées

OBJECTIF N° 2.1. IDENTIFIER LES TROIS TYPES D'INTERACTION AU COURS DE L'ACTIVITE EDUCATIVE

Une personne qui apprend peut vivre les trois interactions (situations) suivantes :

1. Entre l'encadreur et l'apprenant
2. Entre l'apprenant et le matériel didactique
3. Entre les apprenants

Les trois situations varient selon que l'on se trouve dans la formation de base (Pédagogie), ou dans la formation en cours d'emploi (Andragogie)

Le Tableau suivant résume ce qu'il faut retenir des trois situations possibles :

| TYPE D'INTERACTION | PEDAGOGIE | ANDRAGOGIE |
|---|---|---|
| 1.
ENTRE L'ENCADREUR ET L'APPRENANT | Le formateur est la principale ressource pour assistance, feed back, renforcement, correction et récompense | Encadreurs et apprenants utilisent l'écoute active, le feed back positive pour mieux apprendre les uns des autres |
| 2.
ENTRE L'APPRENANT ET LE MATERIEL DIDACTIQUE | Matériel préparé pour acquérir des <u>connaissances</u> | le matériel est cohérent par rapport aux propos tenus par l'encadreur, le matériel est élaboré pour acquérir une <u>compétence, une aptitude</u> spécifique, il est organisé pour être utilisé soit individuellement, soit en groupe. |
| 3.
ENTRE LES APPRENANTS | Il y a compétition; chaque apprenant travaille dans son coin pour obtenir des meilleures notes et réussir aux examens

Pas d'interdépendance. | Travail en équipe;
Il y a Collaboration entre les apprenants qui s'entraident pour mieux accomplir les tâches

Il y a Interdépendance. |

OBJECTIF N° 2.2**DECRIRE LES FONCTIONS ET TACHES D'UN ENCADREUR DE STAGE EN SANTE MATERNELLE****I. Fonction d'encadrement**

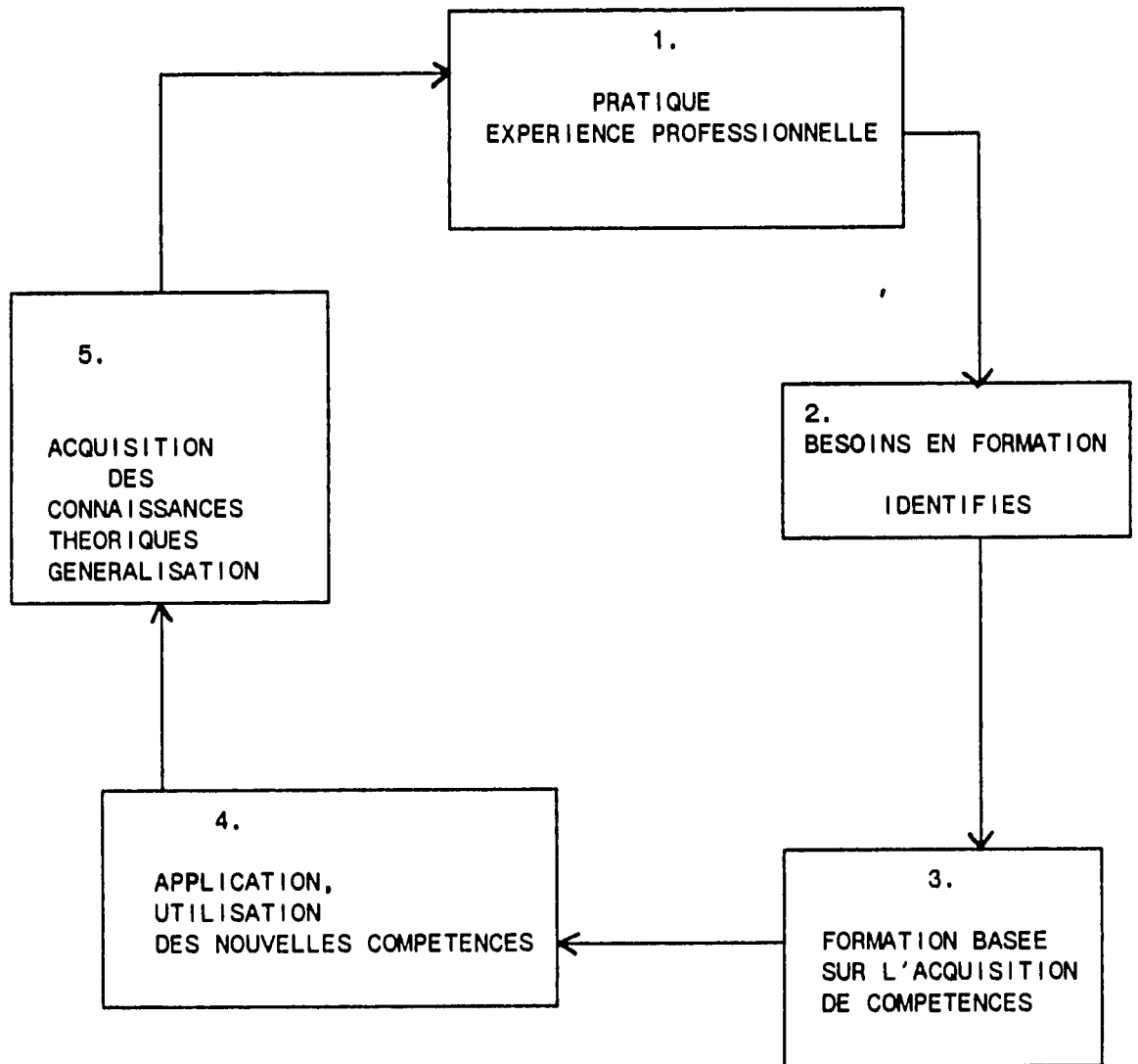
- 1.1. Décider avec l'Instructeur et le Médecin-Chef de District des compétences et aptitudes à acquérir à chaque poste de stage.
- 1.2. Aider le stagiaire à acquérir les compétences gestuelles et manuelles; utiliser à bon escient les méthodes andragogiques et pédagogiques.
- 1.3. Présenter au stagiaire le poste de stage.
- 1.4. Aider le stagiaire à se former en étant une personne ressource.
- 1.5. Renforcer les connaissances acquises durant les sessions théoriques
- 1.6. Montrer au stagiaire le fonctionnement, le rangement de l'équipement disponible.
- 1.7. Vérifier avec le stagiaire dans le carnet de stage les objectifs et la liste de contrôle correspondante.
- 1.8. Se comporter comme un membre d'une équipe préfectorale de formateurs et d'encadreurs (Voir page ... de ce manuel).
- 1.9. Vérifier par des questions si le stagiaire a des problèmes.
- 1.10. Répondre aux demandes d'informations du stagiaire.
- 1.11. Observer l'exécution des tâches sur la base de la liste de contrôle.
- 1.12. Observer l'utilisation de l'équipement disponible.
- 1.13. Faire la retro-information (feed-back) sur l'exécution des tâches, en se basant sur un document objectif tel qu'une liste de contrôle.

II. Fonction d'évaluation

- 2.1. Contrôler la performance d'une tâche après une retro-information objectivement faite (basée sur la liste de contrôle)
- 2.2. Vérifier avec chaque stagiaire l'atteinte des objectifs pour le poste donné.
- 2.3. Faire l'évaluation sommative des compétences pour un poste de stage avec le Chef de Service et de l'Instructeur.

EXERCICE : LIRE, COMMENTER ET COMPLETER LES FONCTIONS ET TACHES DE L'ENCADREUR DE STAGE

OBJECTIF N° 2.3. EXPLIQUER LE CYCLE DE L'APPRENTISSAGE PAR L'EXPERIENCE



OBJECTIF N° 2.4. IDENTIFIER LES TROIS DOMAINES D'EDUCATION, DE FORMATION.**1. SAVOIR (INFORMATIONS, CONNAISSANCES)**

- a. S'informer, Apprendre
- b. Arranger et expliquer les données
- c. Utiliser les données pour résoudre un problème, pour prendre une décision

2. SAVOIR FAIRE (COMPETENCES MANUELLE, GESTUELLE)

- a. Imiter (ex : Jeux de rôle, saynètes),
- b. Faire correctement (ex : Pratiques et stages)
- c. Faire vite et bien (ex : Démonstration, Encadrement)
- d. Savoir Faire Faire (ex : Supervision, Maîtrise)

3. SAVOIR ETRE (COMPORTEMENTS ET ATTITUDES)

- a. Ecouter activement, ouverture d'esprit et tolérance
- b. Bien communiquer pour maintenir le dialogue
- c. S'adapter au milieu
- d. Changer de comportement

III. UTILISER LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION ET LES METHODES EDUCATIVES LORS DU STAGE

OBJECTIF N° 3.1.

Citer les étapes d'un stage pratique en Santé Maternelle

OBJECTIF N° 3.2.

Planifier et préparer un poste de stage à partir d'un objectif

OBJECTIF N° 3.3.

Elaborer une liste de contrôle pour évaluer les acquisitions de stage

OBJECTIF N° 3.4.

Utiliser les techniques, méthodes et principes de CIP, d'éducation au cours de l'encadrement d'un stagiaire en Santé Maternelle
(sous forme de Jeu de rôles)

OBJECTIF N° 3.5.

Utiliser une liste de contrôle pour évaluer l'animation, l'encadrement d'un stagiaire à un poste de stage pour les Soins Périnataux
(sous forme de Jeu de rôles)

OBJECTIF N° 3.6.

Utiliser une liste de contrôle pour évaluer l'animation, l'encadrement d'un stagiaire à un poste de stage pour l'Accouchement Normal, y compris le suivi du Travail (sous forme de Jeu de rôles)

OBJECTIF N° 3.7.

Utiliser une liste de contrôle pour évaluer l'animation, l'encadrement d'un stagiaire à un poste de stage pour les Suites de Couches immédiates
(sous forme de Jeu de rôles)

OBJECTIF N° 3.8.

Utiliser une liste de contrôle pour évaluer l'animation, l'encadrement d'un stagiaire à un poste de stage pour les Suites de Couches de 40 jours
(sous forme de Jeu de rôles)

OBJECTIF N° 3.1. Citer les étapes d'un stage pratique en Santé Maternelle

EXERCICE EN TRAVAIL DE GROUPE :

Citer les étapes d'un stage pratique en Santé Maternelle en distinguant ce qu'il faut faire avant l'arrivée du stagiaire, durant le stage et à la suite du stage ?

OBJECTIF N° 3.2. Planifier et préparer un poste de stage à partir d'un objectif

EXERCICE EN TRAVAIL DE GROUPE :

1) Quels sont les quatre postes de stage en Santé Maternelle ?

2) A partir de l'objectif donné par le facilitateur, planifier et préparer un poste de stage, en distinguant ce qu'il faut faire avant l'arrivée du stagiaire, durant le stage et à la suite du stage ?

OBJECTIF N° 3.3. Elaborer une liste de contrôle pour évaluer les acquisitions de stage

DIRECTIVES POUR L'ELABORATION D'UNE LISTE DE CONTROLE :

L'APPRENTISSAGE EST CONTINU ET PROGRESSIF,

POUR POUVOIR EVALUER LES ACQUIS, L'ENCADREUR A BESOIN D'UNE REFERENCE OBJECTIVE QUELQUE CHOSE QUE TOUT LE MONDE PEUT COMPRENDRE ET UTILISER.
PAR EXEMPLE, UNE LISTE DE CONTROLE.

UNE LISTE DE CONTROLE EST OBJECTIVE SI ELLE CONTIENT UNIQUEMENT DES GESTES ET COMPORTEMENTS OBSERVABLES ET MESURABLES

UNE LISTE DE CONTROLE PEUT SERVIR POUR EXECUTER, OU POUR EVALUER.

UNE LISTE DE CONTROLE COMPORTE DES GESTES CLES (*),
ET DES COMPORTEMENTS CLES (*)

L'APPRECIATION DES GESTES ET COMPORTEMENTS EST FAITE SOIT PAR UNE ECHELLE CHIFFREE (NOTATION), OU PAR UNE ECHELLE QUALITATIVE (BON, MOYEN, MAUVAIS)

UNE LISTE DE CONTROLE EST APPELEE A CHANGER; ELLE EST ADAPTEE A LA REALITE, LES CHANGEMENTS SONT NECESSAIRES, PERIODIQUES, ET COMMUNIQUEES A TOUS CEUX ET TOUTES CELLES QUI PEUVENT UTILISER LA LISTE DE CONTROLE.

POUR CHAQUE POSTE DE STAGE, UNE LISTE DE CONTROLE A ETE ELABOREE ET SE TROUVENT DANS LES PAGES A DE CE MANUEL.

IV. ORGANISER (PLANIFIER, PREPARER, ENCADRER ET EVALUER) UNE SESSION DE STAGE (pour plusieurs stagiaires)

Les objectifs ci-après seront traités en travaux de groupe sous forme d'un étude de cas :

- OBJECTIF N° 4.1.**
Recueillir des informations pour une session de stage pratique
- OBJECTIF N° 4.2.**
Citer les principales activités pour planifier une session de stage pratique
- OBJECTIF N° 4.3.**
Citer les principales activités pour préparer d'une session de stage pratique
- OBJECTIF N° 4.4.**
Citer les étapes de l'analyse d'une tâche
- OBJECTIF N° 4.5.**
Citer les étapes de développement d'un carnet de stage pratique en Santé Maternelle
- OBJECTIF N° 4.6.**
Elaborer les objectifs de stage pour les Soins Périnataux (pour une des trois visites de CPN)
- OBJECTIF N° 4.7.**
Elaborer les objectifs de stage pour l'Accouchement Normal
- OBJECTIF N° 4.8.**
Elaborer les objectifs de stage pour les suites de couches immédiates
- OBJECTIF N° 4.9.**
Elaborer les objectifs de stage pour les suites de couches de 40 jours.

Etude de cas

Vous êtes une des Sage-Femmes affectées à la Maternité de Koumra, et formée à encadrer les stages pratiques de Santé Maternelle.

Lors de la réunion mensuelle des Responsables du District Sanitaire, le Médecin-Chef de District vous informe de l'arrivée, dans une dizaine de jours, des quatre infirmiers des Dispensaires de Doh, Bedaya, Nderguigui et Matekaga.

En tant qu'encadreur de stage vous êtes chargée d'organiser leur stage pratique qui durera un mois (soit 25 jours de travail). Chaque infirmier doit faire chacun des 4 postes de stage (CPN, Accouchement Normal, Suites de Couches Immédiates, et Suites de Couches de 40 jours).

REPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

1. Quelles sont les informations nécessaires pour organiser cette session de stage pratique ?
2. Comment planifier le séjour des 4 infirmiers ?
3. Comment préparer chaque poste pour accueillir l'infirmier stagiaire ?
4. Quels sont les objectifs de stage pour la visite prénatale en fin de grossesse ?
5. Quels sont les objectifs de stage pour le suivi du travail à l'aide du partogramme ?
6. Quels sont les objectifs de stage pour les suites de couches immédiates d'un accouchement normal ?
7. Elaborer les objectifs de stage pour les suites de couches de 40 jours d'un accouchement normal ?

La suite de ce manuel contient des informations utiles pour répondre aux questions de l'étude de cas.

PREPARATION D'UN STAGE PRATIQUE EN SANTE MATERNELLE

| ACTIVITES DE PREPARATION | RESPONSABLE (S) DE CETTE ACTIVITE DE PREPARATION DE STAGE | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------|--------|
| | FORMATEURS DU CENTRE ET INSTRUCTEUR | MEDECIN CHEF DE DISTRICT | ENCADREUR DE STAGE | AUTRES |
| 1. Etudier les tendances mensuelles des statistiques de service | | | | |
| 2. Communiquer les variations observées dans le service | | | | |
| 3. Vérifier que chaque stagiaire a les connaissances théoriques requises | | | | |
| 4. Vérifier que chaque stagiaire possède le carnet de stage et listes de contrôle | | | | |
| 5. Prévoir la logistique pour le séjour des stagiaires | | | | |
| 6. Informer les responsables des postes de stage | | | | |
| 7. Communiquer les plans de rotation des stagiaires aux responsables de postes de stage | | | | |
| 8. Vérifier la disponibilité de l'équipement aux postes de stage | | | | |

EXERCICE : LIRE, COMMENTER ET COMPLETER LES ACTIVITES DE PREPARATION DU STAGE.

COMMENT FAIRE L'ANALYSE D'UNE TACHE ?

1. Observer l'exécution de la tâche dans le contexte habituel
2. Ecrire de façon détaillée tous les gestes, comportements et attitudes pour exécuter la tâche dans le contexte habituel
3. Classer les gestes, comportements et attitudes que l'apprenant doit acquérir dans les trois domaines éducatifs, sous forme d'objectifs.

UN OBJECTIF EST UNE DESTINATION

C'EST LE RESULTAT, ou L'EFFET, ou L'IMPACT D'UNE ou PLUSIEURS ACTIVITES PLANIFIEES

UN OBJECTIF A CINQ QUALITES:

1. OBSERVABLE,
2. PRECIS,
3. MESURABLE,
4. REALISTE,
5. PERTINENT.

QUELS SONT LES TYPES D'OBJECTIFS ?

LES OBJECTIFS EDUCATIONNELS, ou D'ENSEIGNEMENT, PEUVENT ETRE DES:

- | | | |
|----|---|---------------------------|
| a. | OBJECTIFS DE CONNAISSANCES | (Domaine du Savoir) |
| b. | OBJECTIFS DE COMPETENCE A RESOUDRE UN PROBLEME, A DECIDER | (Domaine du Savoir) |
| c. | OBJECTIFS DE COMPETENCE GESTUELLE, COMPETENCE MANUELLE | (Domaine du Savoir Faire) |
| d. | OBJECTIFS DE COMMUNICATION INTER PERSONNELLE | (Domaine du Savoir Etre) |
| e. | OBJECTIFS DE COMPORTEMENT ET D'ATTITUDES | (Domaine du Savoir Etre) |

**LISTE DE CONTROLE POUR LA CONSULTATION PRENATALE
AU PREMIER TRIMESTRE**

1. Matériel

- ♥ Table d'examen gynécologique
- ♥ Table-bureau et chaise
- ♥ Pèse-personne
- ♥ Toise pour adulte
- ♥ Stéthoscope obstétrical (ou de Pinard)
- ♥ Mètre ruban
- ♥ Stéthoscope médical et tensiomètre
- ♥ Doigtiers, gants stériles
- ♥ Antiseptiques (savon liquide, Eau de Daquin, Bétadine)
- ♥ Boîte de spéculums
- ♥ Tambour de compresses de gaze
- ♥ Bandelettes d'examen d'urine
- ♥ Haricot
- ♥ Bassin de lit
- ♥ Fiches de consultations ou Registre
- ♥ Médicaments prophylactiques : Fer - Foldine - Chloroquine
- ♥ Aides audio visuelles et feuillets d'informations

2. Nettoyage du matériel et de la salle

- ♥ Nettoyer la salle au début et à la fin de la journée de travail
- ♥ Nettoyer et stériliser le matériel en fin de journée
- ♥ Respecter l'asepsie et disposer le matériel dans l'ordre d'utilisation

3. Accueil collectif

- ♥ Faire les Salutations habituelles
- ♥ Faire installer les consultantes
- ♥ Se montrer disponible
- ♥ Sélectionner les femmes enceintes (1er trim. et autres)
- ♥ Faire la séance d'Education collective
 - * Exemples de Thèmes :
 - . Hygiène alimentaire, corporelle, vestimentaire
 - . Hygiène environnementale (du cadre de vie, ou du milieu)
 - . Travaux ménagers et Grossesse
 - . Maladies Sexuellement Transmissibles
 - . Allaitement maternel, Conduite du Bon Sevrage
 - . Préparation à l'accouchement (psychoprophylaxie)
- ♥ Répartition des clientes par trimestre et pour la vaccination

4. Accueil individuel au Premier trimestre de grossesse

- ♥ Salutations habituelles
- ♥ Installation de la cliente
- ♥ Mise en confiance (rassurer la cliente que nous sommes disposés à écouter ses problèmes et à l'aide dans la mesure du possible et avec son concours)
- ♥ Constitution du dossier
- ♥ Faire connaissance (Faire l'Anamnèse, ou Interrogatoire)
 - . Plaintes ou motif de la consultation
 - . Antécédents personnels
 - * Médicaux :
 - . affections cardio-vasculaire, pulmonaire, métabolique (diabète, infection urinaire)
 - * Chirurgicaux :
 - . intervention chirurgicale (surtout sur bassin)
 - * Obstétricaux :
 - . nombre de gestations
 - . parité
 - . déroulement des grossesses et accouchements
 - . nombre d'enfants vivants et morts, forceps, ventouse, césarienne, symphysectomie, GEU, avortement ou fausses couches.

5. Examen clinique

- ♥ Expliquer chaque fois ce que nous voulons faire.
- ♥ Etat Général, état des Conjonctives
- ♥ Auscultation pulmonaire, cardiaque
- ♥ Poids, taille, tension artérielle, température.
- ♥ Examen gynécologique :
 - . Expliquer en quoi consiste cet examen
 - . Installer la cliente sur la table gynécologique (position gynécologique)
 - . Inspection de la vulve
 - . Pose du spéculum pour apprécier la muqueuse vaginale et la couleur, ainsi que le col, l'aspect des leucorrhées
 - . Faire le toucher vaginal pour apprécier l'état du col (mou, violacé), le volume et la position de l'utérus, la mobilité des annexes gauches et droites et le Douglas.
 - . Apprécier l'aspect du doigtier et l'odeur.
- Conclusion de l'examen
- . Infirmation, ou confirmation d'une grossesse
- . Si doute ==> référer
- ♥ Examen paracliniques : faire test de grossesse, VIH, BW
- ♥ Enregistrement de tous les renseignements sur carnet et registre de consultation

6. Education individuelle

- ♥ Si grossesse :
 - . Conseils sur les consultations prénatales, la fréquence (1er, 2eme, 3eme trimestre)
 - . Vaccination et types (périodicité et rappel)
 - . Conseils sur la prise des médicaments (ne prendre aucun médicament sans avis de la sage-femme ou l'infirmier)
 - . Conseils sur l'hémorragie vaginale ou perte d'eau (se présenter à l'hôpital aussitôt)
 - . Conseils sur les douleurs lombo-pelviennes (se présenter à l'hôpital)
 - . Conseils sur l'hygiène alimentaire (protéines, lipides, glucides), les troubles sympathiques (ex: nervosité)
 - . Médicaments traditionnels, tabous et coutumes.

LISTE DE CONTROLE POUR LA CONSULTATION PRE-NATALE
AU 2 EME TRIMESTRE

1. Matériel

- ♥ Idem même matériel qu'au 1er trimestre.

2. Nettoyage du matériel et de la salle

- ♥ Idem (voir nettoyage au 1er trimestre)

3. Accueil individuel

- ♥ Salutation habituelles
- ♥ Installation de la cliente
- ♥ Mise en confiance (voir au 1er trimestre)
- ♥ Examen du dossier (voir contenu de la constitution du dossier au 1er trimestre)
- ♥ Plaintes.

5. Examen clinique

- ♥ Etat général, état des conjonctives (colorées, pâles)
- ♥ Auscultation pulmonaire, cardiaque
- ♥ Poids, tension artérielle, température
- ♥ Examen obstétrical
 - . Vérifier que la vessie est vidée
 - . Installation de la cliente sur la table (position gynécologique)
 - . Expliquer ce que nous voulons faire
 - . Inspection du périnée, de la vulve, de l'abdomen (mouvement foetaux, cicatrice, vergetures)

- Palper pour rechercher les pôles foetaux
- Mesurer la hauteur utérine
- Auscultation du bruits de coeur foetal
- Toucher vaginal si possible

Liste des facteurs de risque (à rechercher pour une CAT)

Taille, âge, multiparité, primiparité, ATCD de césarienne, ventouse, forceps, mort-nés (causes), mort périnatale (causes), éclampsie, cardiopathie, asthme et autres maladies chroniques, anémie, avortements à répétition, béance du col, bassin rétréci...

Education individuelle

Idem (voir éducation individuelle au 1er trimestre)

Conseils pour prévenir l'anémie (Fer, Foldine) et le paludisme (Chloroquine)

Se référer au protocole de chimioprophylaxie du paludisme.

Examiner ensemble certaines habitudes alimentaires pouvant nuire.

Conclusion

Donner un rendez-vous pour les résultats des examens et prescriptions des médicaments si nécessaire.

Donner un rendez-vous pour la CPN prochaine.

Enregistrer tous les renseignements sur le carnet et registre.

Référer si possible le cas dépassant sa compétence.

6. Examens paracliniques

- ♥ Groupe sanguin - Rhéus
- ♥ VIH, BW si non faits à la 1ère consultation
- ♥ Glycosurie - Albuminurie
- ♥ Selles, KOP

**LISTE DE CONTROLE POUR LA CONSULTATION PRE-NATALE
AU 3 EME TRIMESTRE**

1. Matériel
 - ♥ Idem (même matériel qu'au 1er trimestre)
2. Nettoyage du matériel et de la salle
 - ♥ Idem (voir nettoyage au 1er trimestre)
3. Accueil collectif
 - ♥ Idem (voir accueil collectif au 1er trimestre)
4. Accueil individuel
 - ♥ Salutations individuelles
 - ♥ Installation de la cliente
 - ♥ Mise en confiance (voir au 1er trimestre)
 - ♥ Examen du dossier (voir contenu de la constitution du dossier au 1er trimestre, les plaintes, l'examen clinique et la liste des facteurs de risque au 2ème trimestre)
5. Examen clinique
 - ♥ Etat général, état des conjonctives (colorées, pâles)
 - ♥ Oedèmes des membres inférieurs (signe du godet)
 - ♥ Auscultation pulmonaire, cardiaque
 - ♥ Poids, tension artérielle, température
 - ♥ Examen obstétrical
 - . Vérifier que la vessie est vidée
 - . Installation de la cliente sur la table (position gynécologique)
 - . Expliquer ce que nous voulons faire
 - . Inspecter l'abdomen (mouvements actifs du foetus, cicatrice, vergetures, forme de l'utérus)
 - . Palper pour rechercher la position et la présentation du foetus
 - . Mesurer la hauteur utérine
 - . Ausculter les bruits de coeur foetal
 - . Faire le toucher vaginal pour rechercher :
 - * état du col (fermé, ouvert, long, court)
 - * présentation (céphalique, siège), mobile, fixée
 - * poche des eaux
 - * état du bassin
 - * tonicité du périnée
 - * état de la vulve
 - . apprécier l'aspect, l'odeur des pertes au doigtier.

Education Individuelle

- ♥ Respecter le rendez-vous pour la vaccination
- ♥ Conseiller pour accoucher à l'hôpital/la maternité
- ♥ Expliquer les risques de l'accouchement à domicile : manque d'hygiène et infection du cordon, hémorragie par rétention du placenta
- ♥ Hygiène alimentaire (faire attention aux aliments qui font grossir) ne pas trop grossir car le bébé participe à l'augmentation du poids.
- ♥ Hygiène vestimentaire (s'habiller amplement et chaussures plates)
- ♥ Faire de la marche surtout pour faciliter le travail
- ♥ Expliquer les signes d'alerte : Douleur lombo-pelvienne, oedèmes et vertiges, céphalées, hémorragie, perte des eaux, un travail qui dure plus de 24 heures
- ♥ Ordonnance des médicaments pour l'accouchement
- ♥ Préparer le matériel pour le bébé et pour elle-même (alcool, layette + garnitures propres et repassées au fer)
- ♥ Prise de Fer, Foldine et Nivaquine (selon le protocole de prévention)
- ♥ Psychoprophylaxie, une respiration calme et profonde avec concentration permet de garder son calme et permet à l'enfant de mieux "respirer" dans l'utérus (oxygénation). Une expiration suivie d'une inspiration profonde avec blocage aide à mieux pousser sans risquer de provoquer un gonflement de la face.
- ♥ Préparer l'allaitement maternel (nettoyage des bouts des seins, ramollissement par la vaseline pour éviter les gerçures)
- ♥ Porter tous les renseignements sur le registre et carnet.
- ♥ Référer la cliente à la salle de travail en cas de contraction utérines intenses, de perte d'eau, de bouchon muqueux, de sang ou d'absence de mouvements actifs du fœtus

Conclusion

- ♥ Référer la cliente si :
 - doute pour accoucher normalement (accouchement gémellaire, bassin rétréci, bassin limite, siège, prématurité, problème de Rhésus.

6. Examens paracliniques

- ♥ Rechercher le sucre et l'albumine
- ♥ Demander ou faire d'autres examens si autres problèmes (douleurs abdominales, mictionnelles, constipation excessive, leucorrhées fétides)

LISTE DE CONTROLE POUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL

1. Matériel

- ♥ Table d'accouchement couverte de toile cirée
- ♥ Table-bureau et chaise
- ♥ Toise pour adulte
- ♥ Pèse-personne et pèse-bébé
- ♥ Source de lumière en état de marche
- ♥ Sonde vésicale
- ♥ Haricot
- ♥ Bassin de lit
- ♥ Stéthoscope et Tensiomètre
- ♥ Stéthoscope obstétrical
- ♥ Thermomètre
- ♥ Mètre ruban
- ♥ Tensiomètre
- ♥ Feuille de Partogramme
- ♥ Plateau
- ♥ Antisoptiques
- ♥ Gants doigtiers stériles
- ♥ Tambours de compresses
- ♥ Tambour de champs stériles
- ♥ Fils à suture
- ♥ 1 boîte d'accouchement contenant 2 pinces Kocher, 1/2 Kocher, 1 paire de ciseaux
- ♥ Fils pour ligature du cordon (laine, synthétique, nylon)
- ♥ Argyrol ou Nitrate d'Argent
- ♥ 1 boîte à suture contenant 1 porte aiguille courbée ou droite ou aiguilles à chais, pinces à disséquer, pince à griffe
- ♥ Bock pour toilette vulvaire (+ raccord)
- ♥ Garnitures

2. Nettoyage de la salle et du matériel

- ♥ Laver la salle
- ♥ Laver et stériliser le matériel (instruments, compresses + coton)

3. Accueillir la parturiente

- ♥ Se montrer aimable, disponible
- ♥ Installer la parturiente
- ♥ Interrogatoire
- ♥ Plaintes
- ♥ Consultation du carnet de CPN

4. Examen clinique

- ♥ Rassurer la parturiente
- ♥ Laver les mains au savon et à l'eau
- ♥ Tension Artérielle / Pouls
- ♥ Poids/taille
- ♥ Faire vider la vessie
- ♥ Inspection de l'abdomen, de la vulve (recherche infection, anomalies)
- ♥ Toilette vulvaire

Examen obstétrical

- ♥ Palper - position + présentation de l'enfant - mouvement de l'enfant
- ♥ Bruit de coeur
- ♥ Toucher vaginal : Gestes faits avec asepsie
 - . Col : dilatation, aspect (rigide, non, souple, oedématié)
 - . Présentation : céphalique ou siège, haute, mobile, fixée, engagée
 - . Poche des eaux : intacte ou rompue, liquide clair ou teinté
 - . Bassin normal, limite, rétréci (accès au promontoire, épines sciatiques).

5. Décision

- ♥ Remplissage du partogramme et planification des examens de surveillance du travail
- ♥ Suivi de la parturiente par le partogramme
- ♥ Education de la parturiente
 - . Rassurer la parturiente chaque fois que c'est nécessaire.
 - . Respiration par le nez au moment des contractions utérines pour oxygéner l'enfant
 - . Relaxation générale des muscles pendant et en dehors des contractions
 - . La manière de pousser (efforts expulsifs) au moment de la dilatation complète : "inspiration profonde, bloquer la respiration et pousser"
 - . Etre à côté d'elle ou demander à un membre de la famille d'être à côté
 - . Si l'accouchement s'avère dystoclique ==> référer
 - . Prendre la tension artérielle à chaque examen et avant l'accouchement.

6. Accouchement normal

- ♥ Vider la vessie et le rectum (sondage vésical et lavement évacuateur)
- ♥ Dégager en protégeant la périnée
 - . Ne pas retrousser la périnée
 - . Si tête, la remonter par la main gauche à travers la périnée
 - . Faire une épisiotomie pendant les efforts expulsifs à 45° à partir de la fourchette vulvaire si nécessaire
 - . Tenir l'enfant après dégagement tête en bas pour faire sortir les mucosités.
- ♥ Clamper le cordon à 5 - 10 cm de l'ombilic à l'aide des 2 pinces Kocher et laisser 2 cm entre les 2 pinces.
- ♥ Sectionner entre les 2 pinces et ligaturer le cordon en formant 2 noeuds.
- ♥ Déposer le cordon du placenta sur l'abdomen de la mère.
- ♥ Aspirer l'enfant
- ♥ Vérifier la présence des 2 artères et une veine et surveiller la présence des vaisseaux si absence de l'un des vaisseaux.
- ♥ Peser l'enfant
- ♥ Mesurer taille, tête de l'enfant
- ♥ Faire le pansement
- ♥ Faire une petite toilette à l'enfant
- ♥ Habiller et couvrir l'enfant
- ♥ Mettre une goutte d'Argyrol ou de Nitrate d'Argent dans les yeux
- ♥ Déposer l'enfant dans un coin propre où il ne peut pas tomber.

7. Délivrance

- ♥ Observer le décollement placentaire
 - . Sang à la vulve
 - . Utérus se contracte
 - . Mère sent les douleurs
- ♥ Prendre le cordon du placenta par le bout de la pince.
- ♥ Effectuer une petite dépression au niveau du bord supérieur de la symphyse pelvienne
 - . Si le cordon remonte ==> placenta pas décollé
 - . Si le cordon ne remonte pas ==> placenta décollé.
 - . Faire délivrance artificielle et révision utérine si nécessaire (asepsie +++)
- ♥ Empaumer le fond utérin et exercer une forte expression (du fond utérin vers la vulve)
- ♥ Lâcher si la mère a mal et répéter jusqu'à ce que le placenta sorte.

- ♥ Ne pas tirer sur le cordon
- ♥ Surveiller les membranes pour qu'elles ne se déchirent pas et restent dans l'utérus.
- ♥ Après expulsion du placenta : appuyer une fois encore sur le fond utérin pour faire sortir les caillots
- ♥ Mettre la garniture
- ♥ Réinstaller la mère
- ♥ Prendre sa tension artérielle
- ♥ Vérifier l'intégrité du placenta : mettre le placenta à plat dans un plateau ou sur pailleasse et reconstituer le placenta (face maternelle et foetale)
- ♥ Peser le placenta
- ♥ Evacuer la quantité de sang perdu
- ♥ Faire la suture en 3 plans (asepsie +++)

8. Reporter tous les renseignements sur le partogramme et carnet de consultation et registre d'accouchement

- ♥ Date, heure, accouchement normal, état de la mère délivrance (normale ou artificielle), placenta complet ou pas, sexe du N-Né, Apgar, poids de l'enfant, taille, périmètre crânien, médicaments.
- ♥ Surveiller l'état de l'accouchée (choc éventuel)
- ♥ Examiner l'accouchée deux heures après l'accouchement : tension artérielle, utérus, état général. Si état normal, examiner toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures.

**LISTE DE CONTROLE POUR LES SUITES DE COUCHES
IMMEDIATES (24 à 48 HEURES)**

1. Matériel

- ♥ Thermomètre
- ♥ Tensiomètre et stéthoscope
- ♥ Pèse-personne
- ♥ Table gynécologique
- ♥ Bock pour toilette vulvaire (+ raccord)
- ♥ Bassin de lit
- ♥ Antiseptique (septol, savon liquide)
- ♥ Tambour de gants + doigtiers
- ♥ Tambour de compresse de gaze
- ♥ Instruments pour pansement
- ♥ Boîte pour suture (et ablation des fils)
- ♥ Tambour à garniture

2. Nettoyage + stérilisation du matériel

- ♥ Lavage du matériel et stérilisation
- ♥ Nettoyage de la salle

3. Accueil de la cliente

- ♥ Se montrer aimable, disponible
- ♥ Installer la cliente
- ♥ Interrogatoire
 - plaintes
 - consultation du carnet ou dossier d'accouchement

4. Examen clinique

- ♥ Laver les mains
- ♥ Tension Artérielle, Température
- ♥ Regarder les pouls et poids
- ♥ Réchauffer le nouveau-né (sous la lampe) ou l'habiller
- ♥ Désinfecter les yeux du nouveau-né.
- ♥ Vérifier le réflexe de succion du nouveau-né
- ♥ Mettre le nouveau-né au sein durant la 1ère heure après l'accouchement pour stimuler la montée laiteuse, et l'involution utérine
- ♥ Inspection de l'abdomen (ballonnement)
- ♥ Palper pour savoir s'il y a une involution utérine, si la vessie est vide ou pleine (empêche involution) si constipation (parfois) ou si tranchées
- ♥ Evaluer l'aspect, la quantité et l'odeur des lochies (pertes après accouchement hémorragie de la délivrance)
- ♥ Examiner l'état de réparation des déchirures ou de l'épisiotomie.
- ♥ Administrer les utéro-tonique (Méthergin ou syntocinon) après avoir vérifié la tension artérielle.
- ♥ Allaiter l'enfant immédiatement
- ♥ Palper seins pour rechercher la montée laiteuse
- ♥ Surveiller la vessie (qu'elle ne soit pas pleine)
- ♥ Regarder le pansement ombilical (saignement quelque fois)
- ♥ Faire l'examen somatique du nouveau-né pour rechercher les anomalies

5. Faire la toilette vulvaire à l'antiseptique (savon liquide) sécher, tamponner à la Bétadine s'il y a épisiotomie ou déchirure de la vulve
- ♥ Couvrir le périnée avec une garniture
 - ♥ Faire les injections s'il y en a
 - ♥ Donner du fer et foldine
6. Report de tous les renseignements sur le carnet ou la fiche d'accouchement
7. Eduquer la mère
- ♥ Revenir prendre le bulletin de naissance
 - ♥ Hygiène alimentaire (aliments qu'il faut pour éviter l'anémie.
 - ♥ Hygiène vestimentaire (camisole et soutien-gorge si possible + propreté des habits du nouveau-né)
 - ♥ Hygiène corporelle (laver seins avant chaque tétée)
 - ♥ Référer la mère vers un service de planning familial avec le mari.
 - ♥ Eviter les relations sexuelles durant les 40 jours suivants jusqu'à ce que les organes génitaux reprennent leur forme et pour éviter une grossesse, une infection (endométriale avec septicémie)
 - ♥ Faire vacciner l'enfant
 - ♥ Faire peser l'enfant 1 fois/semaine puis tous les mois
 - ♥ Allaiter au sein et à la demande si possible sans donner de l'eau
 - ♥ Faire le pansement du cordon à l'alcool ou à l'eau de Cologne et non masser ou appliquer du déchets d'animaux (tétanos)
 - ♥ Eviter de baigner l'enfant complètement jusqu'à ce que le cordon tombe.

**LISTE DE CONTROLE POUR LES SUITES
DE COUCHES TARDIVES (48 JOURS)**

1. Matériel
 - ♥ Idem pour les suites de couches immédiates
2. Nettoyage et stérilisation du matériel
 - ♥ Idem pour les suites de couches immédiates
3. Accueil de la cliente
 - ♥ Idem
4. Examen clinique
 - ♥ Interrogatoire (retour des couches)
 - ♥ Laver les mains
 - ♥ TA, température, pouls, poids
 - ♥ Conjonctives (rechercher l'anémie)
 - ♥ Rechercher les oedèmes à l'abdomen, pieds
 - ♥ Palpation des seins pour rechercher mastite, abcès gerçures aux mamelons
 - ♥ Inspection de l'abdomen (ballonnement, vessie pleine)
 - ♥ Palper pour savoir si l'utérus est bien rétracté ou non.
 - ♥ Evaluer l'aspect, la quantité, l'odeur des lochies (s'il y a encore des pertes)
 - ♥ Examiner l'état du périnée (cicatrice de l'épisiotomie ou déchirure réparée)
 - ♥ Faire un toucher vaginal pour apprécier l'état du col (fermé, court, ou long), l'utérus (douloureux, gros ou rétracté), les annexes (sensibles, libres) afin de rechercher une infection du post-partum
5. Ecrire les renseignements dans carnet et registre
6. Eduquer la mère
 - ♥ Se faire vacciner, faire vacciner l'enfant
 - ♥ Peser l'enfant régulièrement
 - ♥ Allaiter au sein exclusivement
 - ♥ Hygiène des seins
 - ♥ Hygiène vestimentaire et environnemental
 - ♥ Venir à un rendez-vous avec le mari (pour présenter les différentes méthodes de planification familiale)
 - ♥ Eviter l'automédication .
 - ♥ Informer sur les maladies du N-Né : Diarrhées, IRA, Malnutrition, Rougeole.

ANNEX 21: SCOPE OF WORK FOR THE CCSP COMPUTER CONSULTANT

STATEMENT OF WORK FOR THE CCSP COMPUTER CONSULTANT
(March 28 - April 30, 1994)

I. BACKGROUND

The CCSP has, since the beginning of the project, relied heavily on computer technology. The extreme working condition in Sarh as well as the "non-professional" installation of hardware and software by long-term TA, short term consultants, and PCVs is starting to have a negative impact on equipment/software performance, including repeated computer breakdowns, burned out UPS, etc. Not only do these problems slow down project out-put, they are also costly as a result of the requirement to replace expensive equipment.

When problems have occurred, helpful visitors and consultants have questioned the original set-up of the machines. Others have expressed the opinion that the existing configuration (including RAM) is insufficient to run the available software. Having no computer specialist in the CCSP long term TA team, the project had no other alternative than to accept whatever advice was being given. The project therefore needs expert advice on installing/re-installing, repairing, upgrading and organizing existing equipment.

To improve, at minimal cost and disruption, the performance of the local staff (project and Prefecture), different levels of training have to be organized in different specialized software packages. Prior to the arrival of the consultant, a list of personnel to be trained as well as training priorities will have been agreed upon by the Prefecture and the CCSP and an inventory of hardware and software will be provided. The consultant will bring appropriate training materials/manuals to be duplicated according to needs.

At the end of each week, problems and solutions will be discussed between consultant, PCV and COP.

II. SCOPE OF WORK

Under the supervision of the CCSP COP/MCH Coordinator and in close collaboration with the PCV attached to the Prefectural Training Center, the Computer Consultant will:

- A. Install all newly arrived CCSP computer hardware
- B. Upgrade and de-bug all previously installed hardware, as required.
- C. Install appropriate software on all Project/Prefectural computers
- D. Organize appropriate Computer training for Project and Prefectural personnel.

III. SPECIFIC TASKS AND TIME FRAME

A. Before arrival (March 28 - 31 at TMG/MCDD), the consultant will:

- Review the inventory of existing hardware (both in service and enroute) and available software.
- Submit recommendations for hardware and software upgrades, changes or additions to best meet Project and Prefectural needs while emphasizing user friendliness.

B. During the first week (April 6 - 13 in Sarh), the consultant will:

- Make a complete inventory of computer hardware and software in the CCSP office as well as in the Training Center.
- Install/repair the hardware/software according to project needs
- Interview Prefectural and project personnel who require computer training and organize them in homogeneous groups.
- Prepare for the training sessions of the next two weeks.

C. During the second and third weeks (April 14 - 27 in Sarh), four three day training sessions will be organized in specific software packages. Topics for sessions can be appropriate Data-Base, Spreadsheets, Graphic software.

IV. MINIMUM QUALIFICATIONS AND EXPERIENCE

- A. Proven experience in installing/repairing lap- and desk-top, IBM compatible hardware and software.
- B. Proven computer teaching experience.
- C. Willing to accept the living and working conditions of provincial Southern Chad as well as a six day work week.
- D. Fluent in French, good interpersonal communication skills.

ANNEX 22: TRIP REPORT OF MR. JOHN BARTON (APRIL 12 - MAY 15, 1994)

HMIS CONSULTANCY

April 12, 1994 - May 15, 1994

CHAD CHILD SURVIVAL PROJECT

(CCSP/PSET*USAID)

**The Mitchell Group
1816 11th Street, NW
Washington, D.C. 20001
Telephone (202) 745-1919**

**Medical Care Development International
1742 R Street, NW
Washington, D.C. 20009
Telephone (202) 462-1920**

1/86

Completion of Assignment Report
John Barton - HMIS Consultant/USAID Chad Child Survival Project
April 12, 1994 - May 15, 1994

The scope of work proposed for this assignment called for the completion of four major tasks. These tasks and a brief description of the work accomplished are described below.

A. INSTALLATION OF NEW COMPUTER HARDWARE

Electrical protection equipment

Given the poor quality of electricity provided by the local power company, protection of the computer equipment is perhaps the most important task. The installation of the five new APC Smart-UPS was the first task. Installation was completed as follows:

1. Two Smart-UPS were installed in the computer room and connected to two computers each. One new voltage stabilizer was connected to the dot matrix printer in this room.
2. The APC Back-UPS used to protect the computer and printer of the project accountant was replaced with a new Smart-UPS. This was done because the Smart-UPS provides better protect against long periods of high or low voltage and a longer life span for the batteries.
3. A Smart-UPS was installed in the office of the project secretary to protect the computer and dot matrix printer.
4. The computer and printer of the project administrator received the Back-UPS formally used by the secretary.
5. The Back-UPS from the accountant's office was installed to protect the computer and printer installed in the Delegation Secretariat.
6. The training center secretary's computer and dot matrix printer received one of the new Smart-UPS.
7. The computer and printer installed in the office of the training center director and administrator are protected with the old Back-UPS from the training center secretary's office.

RECOMMENDATIONS: All computer equipment except the laser printers is protected against surges and brown-outs. The two lasers printers, because of large power requirements, should have separate power lines from the main circuit panel and be protect with a stabilizer/surge protector. The batteries in the Back-Ups are likely to begin losing their effectiveness before the end of the project (normal battery life is 3-5 years under ideal conditions, in Sarh I would predict 2-3 years at most). Consideration should be given to replacement batteries or new UPS when the older Back-UPS begin to fail.

4/1

Computers Equipment

The two new Dell 450/ME computer were setup temporarily in the computer room. A copy of all official software was installed on each computer. After testing of software, tape backup system, and CD-ROM drive one computer was installed in the office of the Project secretary and one in the office of the training center secretary.

Laser Printers and Switch Boxes

The HP Laserjet 4 printer have special power requirements. As a result I installed only one for the project secretary. Setup of the second is, however, is completed awaiting installation of a separate electrical line from the main circuit panel (see recommendations under electrical protection). Setup involved both hardware and software adjustments. Hardware setup involved installation of two position switch boxes to enable the secretaries to switch between their dot matrix and laser printers. Installation of a third switch box in the computer room, connecting the four computers to one printer, frees printers for use with the new computer locations (Delegation Secretariat and Training Center Administration). Setting up the software for using the laser printers was more involved because, by default, the english language version of all software programs default to US standard paper in printing. The project uses A4 paper and French software defaults to this size. The printers and all software were configured to accept the A4 standard paper. Although I successfully printed a document from each software package time did not permit complete testing of all possible combinations (portrait and landscape formats). If printing problems occur reverting back to the dot matrix printer may be required.

B. UPGRADE AND DE-BUG ALL PREVIOUSLY INSTALLED HARDWARE, AS REQUIRED.

Additional memory was installed in four computers based on the uses of individual computers. The project accountant's computer was changed with one in the computer room which had a math co-processing chip (80387). This will speed up his use of programs which require a lot of mathematical calculations.

One of the Epson Equity computers reported as not working was repaired and appropriated software installed. A second Epson Equity computer, found in the warehouse on the last day of my stay in Sarh, was not installed because it appears to be 110 volts. A step down transformer will be required.

All computers have standard US keyboards although almost all documents are produced in French. Batch files to allow easily changing between the two were created. Decals showing both French and English keys have been ordered for all computers.

Two computers were found to have corrupt program files, probably to electrical surges. Hard disk drives were checked for permanent damaged and effected software reinstalled. Installation of UPS should prevent this problem in the future.

C. INSTALL APPROPRIATE SOFTWARE ON ALL PROJECT/PREFECTURAL COMPUTERS.

A standardized menu system was installed on all computers. Unused programs and data were removed from the hard disk drives of all computers.

A standardized set of software was installed on all computers according to the needs of the primary users. Where possible the French version of the software package was installed and the English version removed. Tutorial programs, when available were installed and added to the main menu to encourage self paced learning of the major programs.

D. ORGANIZE APPROPRIATE COMPUTER TRAINING FOR PROJECT AND PREFECTURAL PERSONNEL.

Training consisted of formal classes, practice workshops and individual work sessions.

1. Two classes in introduction to WordPerfect were held one hour per day for six days. These classes were enforced by two hour practice workshops in the afternoons. A total of 17 people completed these classes.
2. A class in data base software was held one hour per day for six days. This class was also support with practice workshops. Q&A was used because of its ease in designing files and reports. Seven people attended this class.
3. A two hour afternoon class in introduction to Windows was open to all. Six people attended.
4. The project secretary and secretary from the training center received special training in advanced Wordperfect, WordPerfect macros, use of their new computers, tape backup procedures, methods of keeping track of files, and use of the laser printer.
5. Two people were given advance training in DOS, Norton Utilities, and Norton Commander.
6. One person was selected and trained in basic hardware/software troubleshooting and maintenance. One person at the training center was trained in basic hardware maintenance.
7. Time was spent with the Delegation Statistician on problems he was having with the HIS. This appeared to be caused by corrupted dBase files and has been corrected.

413

8. Additional work was done with the project logistician and his assistant on the inventory data base. The data base was converted to Q&A format and output reports were prepared.

RECOMMENDATIONS: Those who have taken the course(s) need to be able to practice what they have learned and be able to learn more. At least one computer should be dedicated to training. Reference books should be more readily available. Additional training should be arranged if possible (using existing, more experienced, staff?)