

PROGRAMME DE SANTE COMMUNAUTAIRE DANS LES COMMUNAUTES RURALES DE FONGOLIMBI, MEDINA BAFTE ET DIMBOLI DU DEPARTEMENT DE KEDOUGOU.

A. LE CONTEXTE REGIONAL ET DEPARTEMENTAL

1 - Aspects géographiques, démographiques et économiques:

La Région de Tambacounda est située à l'extrême Sud-Est du Sénégal (Sénégal Oriental). Elle est limitée sur le plan extérieur par la Mauritanie, le Mali et la Guinée Conakry et sur le plan intérieur par les Régions de Louga et du Fleuve au Nord, le Sine Saloum à l'Ouest, la Gambie et Kolda au Sud. Elle est constituée de trois Départements qui sont ceux de Tambacounda, Bakel et Kédougou qui en occupe la partie la plus orientale. Ils sont chacun administré par un préfet qui dépend lui même du Gouverneur de Région. Sa superficie est de 59 602 km², soit un tiers du territoire national, pour une population de 459 541 habitants, soit moins de 6 % de la population totale du Sénégal. La densité est de 7,7 habitants au km² avec une répartition inégale:

- concentration de population dans les villes de Tambacounda, Bakel, Goudiry, Kédougou et Kidira.
- faible densité dans la zone du Parc Niokolo-Koba, au Nord de la région et dans les zones de socles ou d'absence de points d'eau.

Le Département de Kédougou a une superficie de 16 896 km² soit 28,34 % de celle de la région. Sa population est estimée en 1997 à 74.897 habitants soit une densité de 4,4 hbts au km². La population est à majorité musulmane et se compose de plusieurs ethnies dont les principales sont les Peulhs, les Malinkés, les Diakhanké, les Bassaris, les Bédicks et dans une moindre mesure les Sérères et les Ouolofs avec le développement du commerce et de la recherche aurifère.

Le climat est de type soudano-sahélien avec des amplitudes thermiques de 12 à 20 degrés et une température maximale variant entre 27 et 45°, selon les saisons. La pluviométrie varie entre 600 et 1.300 mm d'eau par an selon les localités, avec des pluies qui surviennent de juin à octobre.

Il existe un important déficit des voies de communications intérieures et extérieures d'autant plus que de nombreuses pistes sont difficilement praticables durant la saison des pluies. Les ressources économiques sont essentiellement agricoles et minières. Les principales cultures sont vivrières (mil, maïs, sorgho) à côté de celles de l'arachide, du coton et de la banane. L'élevage est mené de manière extensive et représente le système traditionnel d'épargne des populations.

2 - Aspects Sanitaires:

Le découpage sanitaire du district correspond au découpage administratif. En effet le Médecin -Chef du district et le Superviseur appuyé par les autres membres de l'équipe cadre ont en charge la coordination et l'harmonisation des différentes activités sanitaires menées dans le district. La pyramide sanitaire opérationnelle et de prise en charge des patients est composée de haut en bas par:

- l'Hôpital régional basé à Tambacounda situé à 233 km.
- le Centre de Santé avec un Médecin-Chef et son équipe.
- les Postes de Santé avec un Infirmier Chef de Poste. Il y a 15 au Total dont 3 fermés, 2 dispensaires itinérants catholiques et 2 infirmerie militaire (Kédougou et Patassy).

- les Maternités Rurales rattachées au Poste de Santé (5 dont aucune n'est fonctionnelle soit par manque d'équipement ou infrastructure en mauvais état).
- les Cases de Santé avec les agents de santé communautaire et/ou les matrones villageoises (il y a en 35 fonctionnelles tenues par 42 ASC et 24 MATRONES)

Ces cases de santé sont gérées par la Mission Catholique de Sélémata et Kédougou. Chaque village est supervisé tous les 15 jours de façon régulière durant la période de décembre à Juin. Il existe une Maternité au Centre de Santé tenue par 2 Sages-femmes et 5 Matrones. Dans certains Poste de Santé les ICP sont épaulés par une matrone pour mener les activités de santé maternelle et infantile.

Sur le plan des ressources humaines, les différentes structures disposent en général du personnel minimum. Cependant un certain déficit existe en raison du cumul de fonction par certaines personnes et un effectif insuffisant en sages-femmes et infirmiers surtout dans la zone concernée de la Communauté Rurale de Médina Baffé ou les 2 Postes de Santé (Saroudia et Missira Dantila) sont fermés par manque de personnel infirmier.

Sur le plan de la morbidité, le relevé des données sanitaires montre que le paludisme est la première cause de consultation. Il est suivi d'assez loin, par les affections respiratoires, diarrhéiques et cutanées.

Les parasitoses intestinales occupent également une place non négligeable dans les pathologies rencontrées au sein du district. On retrouve aussi les endémies locales telles que l'onchocercose ou cécité des rivières ainsi que la dracunculose ou ver de guinée dont aucun cas n'est recensé depuis 1996.

En ce qui concerne la mortalité (hospitalière*), les principales causes de décès sont les suivants :

causes de décès	1995	1996	1997
Neuro-paludisme	8,5%	14,28 %	23 %
Syndrome Infectieux	13 %	9,5 %	17 %
Pneumopathie	11 %	9,5 %	6,38 %
Diarrhée/Déshydratation	11 %	0 %	8,5 %
Méningite C S	2,12 &	4,8 %	6,38 %
Anémie	2.12 %	4,8 %	6,38 %
TOTAL	47,74 %	42,88 %	67,64 %

*Ces six principales causes de décès répertoriées représentent près de la moitié (plus en 97 : 67,64%) des décès. Il est important cependant de signaler que le nombre de décès enregistrés n'est pas le reflet de la mortalité réelle au sein de la population puisqu'il ne prend en compte que des décès survenus parmi les malades hospitalisés au niveau du Centre de Santé .

Sur la plan de la Santé Maternelle et Infantile :

Produits de la Grossesse	1995	1996	1997*
Total Accouchement	724	918	547
Accouchement Maternité	402 (55,5 %)	495 (54 %)	286 (52,3 %)
Accouchement à Domicile	322 (44,5 %)	423 (46 %)	261 (47,7 %)
Naissances vivantes	703	876	485
Morts nés	41	70	42
Décès Maternels**	16	12	17
Ratio de mortalité maternel	2276/100.000 N.V	1370/100.000 N.V	3505/100.000 N.V

*Taux de recouvrement des rapports assez faible pour l'année 97.

** Ne concerne que les décès maternels survenus au niveau des formations sanitaires.

N.B : Il faut signaler pour ces 3 années que moins de 35 % des accouchements attendus sont notifiés. Cela est lié à une insuffisance du système d'information sanitaire au niveau communautaire.

Les principales difficultés pour le secteur de la santé face aux contraintes climatiques et géographiques sont les suivantes :

- enclavement du département par un relief accidenté,
- déficit en voies de communication et renaissance de cours d'eau réduisant l'accessibilité de certaines zones durant la saison des pluies,
- superficie très importante pour une faible densité de population,
- dispersion des villages,
- rudesse du climat et déficit en points d'eau potable,
- saisonnalité des revenus issus essentiellement des produits agricoles et hétérogénéité des ressources financières.

Les pathologies les plus fréquentes et les plus meurtrières (paludisme, diarrhée, affections respiratoires) peuvent être traitées de façon simple et efficace si elles sont diagnostiquées à temps.

C'est pourquoi, le développement de la santé communautaire apparaît comme une priorité dans cette zone étant donné qu'elle semble être actuellement la seule alternative possible pour améliorer la couverture sanitaire et, par conséquent, l'état de santé de la population. C'est une intervention qui fait l'objet d'une demande issue aussi bien de la part des autorités sanitaires que des populations rurales.

B - JUSTIFICATION:

La création de cases de santé se justifie par l'impossibilité de couvrir l'ensemble des villages par les structures de santé publiques. C'est ainsi que dans le Département de Kédougou, plus de 60 % de la population est située à plus de quinze kilomètres d'un Poste de Santé avec des difficultés supplémentaires relatives à la rareté des infrastructures routières quand elles sont praticables et des moyens de transport, plus en prime un relief accidenté.

Pour le Département de Kédougou, il existe plus de 300 villages répartis sur un tiers de la superficie de la région de Tambacounda qui couvre le tiers du territoire du Sénégal. Cela représente une population estimée à environ 75.000 habitants très dispersée correspondant à une densité de 4,4 habitants/km². Bien que la norme de l'OMS qui est de un poste de santé pour 1000 habitants soit ici respectée, la demande de soins n'est pas satisfaite du fait de l'étendue importante du district pour une faible densité de population. Ainsi, la majorité des habitants du département peuvent difficilement bénéficier des prestations de services proposées par les structures de santé publique, sachant qu'il faudrait plus de six heures de marche pour faire le trajet aller-retour. Et cela sera d'autant plus difficile, si le patient est un nourrisson qui doit être porté par sa mère ou une femme en état de grossesse devant suivre ses consultations prénatales.

Par ailleurs, l'enclavement de la majorité des villages durant la saison des pluies, faute de voies de communication suffisamment développées ou praticables, réduit fortement l'accès déjà très faible de ces populations, aux prestations de santé.

La mise en place de structures de santé communautaire permet d'améliorer la couverture sanitaire pour la prise en charge des affections courantes et les accouchements, tout en les positionnant de fait, comme des centres secondaires de vaccination et de consultation prénatale, lors des passages des infirmiers responsables de la zone.

Elle permet également de créer des relais sanitaires de proximité qui sont formés pour l'identification des affections graves nécessitant une évacuation au niveau de la structure de référence et mener des activités de surveillance nutritionnelle communautaire ou de sensibilisation des populations.

C - EXPERIENCES ANTERIEURES:

Au début des années 80, l'AFVP (Association Française des Volontaires du Progrès) a mis en place un programme d'implantation de 200 cases dans la région pour améliorer l'état de santé des populations en facilitant leur accès aux soins. Mais pour diverses raisons dont celles de mauvaises gestion et surtout d'insuffisance de supervision très peu sont encore fonctionnelles.

L'aspect positif de cette première expérience est d'avoir permis aux populations rurales isolées de bénéficier de structures de soins accessibles, notamment durant la période d'hivernage et de leur faire entrevoir les bienfaits de la médecine moderne (un cultivateur qui tombe malade pendant la saison des pluies aura un rendement agricole d'autant plus faible que sa durée d'incapacité au travail sera plus longue). Elle a probablement contribué à l'évolution des mentalités en ce qui concerne les problèmes de santé. C'est ainsi que l'on a actuellement des demandes de créations de cases de plus en plus importantes de la part des populations.

Un deuxième programme est en cours depuis 1994 avec les spécificités suivantes:

- Collaboration avec la SODEFITEX (société de développement des fibres textiles) dans le choix des sites d'implantation des cases de santé,
- Redynamisation des structures déjà existantes (bien réussie dans les zones d'interventions de la mission catholique)
- Conception de modules de formation pour les agents de santé communautaire en majorité alphabétisés,
- Collaboration étroite entre les ICP et le District en ce qui concerne la préparation de la formation des ASC (qui a été faite elle-même par les ICP), le recueil et l'analyse des données sanitaires des postes et des cases de santé, la gestion des médicaments,
- Mise en place d'un système de gestion des Postes de Santé par le Monitoring semestriel (recouvrement du coût des médicaments, suivi des indicateurs pour les activités prioritaires)

Ce programme n'a pas connu le succès escompté par manque d'investissement. (voir PDDS)

Cependant dans un souci de pérennisation et d'extension de cette expérience, plusieurs documents ont été élaborés grâce à la collaboration des différents partenaires :

- Module de formation des Agents de Santé Communautaire, AFVP, Mars 1995
- Module de formation des Matrones, AFVP, 1995
- Module de formation des Agents de Santé Communautaire, VISA-SANTE, 1998

Ces différents documents vont servir de référence pour ce présent programme axé sur la poursuite du développement de la santé communautaire dans le District de Kédougou.

D - ROLE DU DISTRICT SANITAIRE ET DES PARTENAIRES.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	ACTIVITES
Déterminer les sites pour lesquels la mise en place de case est requise en collaboration avec les équipes médicales.	<ul style="list-style-type: none"> -Participer aux réunions de coordination pour déterminer les sites avec l'équipe cadre du District et les ICP. -Discuter du choix avec les responsables du projet et les communautés rurales.
Evaluer si le degré de dynamisme et de cohésion du village permet d'espérer une pérennité de la structure communautaire	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une enquête sur chaque site afin de dresser son profil organisationnel et associatif.
Apprécier le degré d'opérationnalité de l'infirmier responsable de la zone (logistique, organisation, implication)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le diagnostic fonctionnel de la structure de référence qu'est le poste de santé sur le terrain et en collaboration avec l'équipe cadre du district
Appuyer les postes de santé sur le plan logistique pour un suivi correct des Cases de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer à travers le cadre de concertation, les besoins en investissement sur la logistique. - Faire participer le comité de santé à hauteur de 20% de l'investissement. -Faire l'investissement. -Accorder aux infirmiers une dotation en carburant pour la supervision des cases.
Réhabiliter et / ou équiper les postes de santé en vue d'améliorer l'opérationnalité des infirmiers Chefs de Poste	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer en collaboration avec les différents partenaires, les besoins en investissements sur les infrastructures. - Faire participer les comités à hauteur de 20 % de l'investissement. - Réaliser l'investissement. - S'assurer du suivi par les membres du comité des décisions prises.
Participer à la formation des hygiénistes et matrones par les infirmiers et les sages-femmes de la maternité de référence.	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les cycles de formation avec les infirmiers, la maîtresse sage -femme et les populations des villages. - Suivre la formation dans les différents centres. -Evaluer les formations par l'appréciation des attitudes pratique face à différents cas.
Aider les villageois à réhabiliter et rééquiper les unités de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter la construction et la réhabilitation des cases par les populations. - Evaluer les besoins de réfection secondaires en fonction des sites et si leur fonctionnement est satisfaisant. - Assurer le rééquipement des structures.
Participer au suivi et à la formation continue des ASC.	<ul style="list-style-type: none"> - Relever les données à partir de la grille de supervision remplie par les infirmiers. (ICP) - Capitaliser et déterminer les axes de formation continue. - Suivre la formation continue réalisée par les Infirmiers .(ICP)
Améliorer les capacités de prise en charge des patients par les ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Apprécier les attitudes et comportements des ASC face aux différentes situations thérapeutiques. - Identifier les besoins en formation complémentaire. -Organiser avec les ICP les axes de formation continue, surtout pour les Matrones

Améliorer les capacités d'éducation pour la santé au niveau des agents de santé communautaire (SIDA, MST, CPN , NUTRITION).	- Equiper les ASC en boîtes à images. - Mener des activités d'éducation pour la santé avec l'unité audiovisuelle du District avec les ASC comme animateurs.
Consolider le système de contrôle de gestion par les membres du comité de santé.	- Suivre les activités financières à travers les rapports des ICP. - Contrôler au niveau des sites, l'adéquation des recettes avec les prestations effectuées et les sorties de médicaments. - Transférer le contrôle au niveau des membres du comité de santé par la répétition des procédures en leur présence. - Suivre le transfert d'information du comité à toute la population
Evaluer l'impact du programme	-Déterminer les critères d'évaluation. - Choisir la structure qui mènera l'enquête. - Appliquer les actions correctrices

E - LES COMPOSANTES DU PROGRAMME

IL s'agira d'un programme de santé communautaire avec trois composantes :

- la formation de 28 ASC et 28 Matrones.
- la construction et l'équipement de 28 Cases de Santé.
- la dotation d'un fonds de roulement à chaque unité destiné à l'achat de médicaments essentiels

PLANIFICATION DES ACTIVITES DE FORMATION DES ASC/MATRONES ET DE MISE EN PLACE DES CASES DE SANTE.

Communautés Rurales	Anné 1	Année 2	Année 3
FONGOLIMBI	Madihou Koboye Toumania	Sambagal Marougou Kounsi	Sodioré
MEDINA BAFFE	Guémédji Noumoufoukha Tamiguédia Sékhoto Samécouta	Moulounga Médina Baffé Toubacouta Saroudia *	Dindiari Sakhouya
DIMBOLI	Fodécounda Diam Héry Yorota Vélingara Malème	Kafory M'bara Bamboya	Magnafé Dimboli Madinatou

*Pour Saroudia il y a déjà deux unités construites qu'il faut simplement rendre fonctionnel

BUDGETISATION ET PLANIFICATION FINANCIERE DE LA FORMATION

ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
<p>A. FORMATION THEORIQUE DES ASC La formation durera 10 et se fera au niveau de 2 centres: <u>CENTRE DE FONGOLIMBI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000 F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 7 ASC x 3.500 F x 10 jours = 245.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 7 ASC X 3.000 F = 21.000 F Sous-total =653.500 F <u>CENTRE DE NAFADJI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 5 ASC x 3500 F x 10 jours = 175.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 5 ASC X 3.000 F = 15.000 F Sous-total = 557.500 F</p>	<p>A. FORMATION THEORIQUE DES ASC La formation durera 10 et se fera au niveau de 2 centres: <u>CENTRE DE FONGOLIMBI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000 F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 6 ASC x 3.500 F x 10 jours = 210.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 6 ASC X 3.000 F = 18.000 F Sous-total =615.500 F <u>CENTRE DE NAFADJI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 4 ASC x 3500 F x 10 jours = 140.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 4 ASC X 3.000 F = 12.000 F Sous-total = 539.500 F</p>	<p>A. FORMATION THEORIQUE DES ASC La formation durera 10 et se fera au niveau de 2 centres: <u>CENTRE DE FONGOLIMBI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000 F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 11 ASC x 3.500 F x 10 jours = 385.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 11 ASC X 3.000 F = 33.000 F Sous-total = 805.500 F <u>CENTRE DE NAFADJI:</u></p> <p>FORMATEURS DISTRICT: 3 Personnes x 11.250 F x 10 jours = 337.500 F FACILITATEURS: 1 ICP X 5.000 F X 10 jours = 50.000F PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS : 7 ASC x 3500 F x 10 jours = 245.000 F TRANSPORT DES PARTICIPANTS : 7 ASC X 3.000 F = 21.000 F Sous-total = 653.500 F</p>
<p>B. FORMATION PRATIQUE DES ASC:</p> <p>12 ASC X 7.500 F X 3 Mois = 270.000 F</p>	<p>B. FORMATION PRATIQUE DES ASC:</p> <p>10 ASC X 7.500 F X 3 Mois = 225.000 F</p>	<p>B. FORMATION PRATIQUE DES ASC:</p> <p>6 ASC X 7.500 F X 3 Mois = 135.000 F</p>
<p>TOTAL FORMATION DES ASC = 1.481.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION DES ASC = 1.380.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION DES ASC = 1.594.000 F</p>

<p>C. FORMATION THEORIQUE DES MATRONES :</p> <p>La formation se fera dans un Centre Unique à Kédougou</p> <p>PRISE EN CHARGE DES FORMATEURS :</p> <p>4 FORMATEURS X 11.250 F X 10 JOURS = 450.000 F</p> <p>PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTES:</p> <p>12 MATRONES X 3.500 F X 10 JOURS = 420.000 F</p> <p>TRANSPORT DES PARTICIPANTES:</p> <p>12 MATRONES X 3.000 F = 36.000 F</p>	<p>C. FORMATION THEORIQUE DES MATRONES :</p> <p>La formation se fera dans un Centre Unique à Kédougou</p> <p>PRISE EN CHARGE DES FORMATEURS :</p> <p>4 FORMATEURS X 11.250 F X 10 JOURS = 450.000 F</p> <p>PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTES:</p> <p>10 MATRONES X 3.500 F X 10 JOURS = 350.000 F</p> <p>TRANSPORT DES PARTICIPANTES:</p> <p>10 MATRONES X 3.000 F = 30.000 F</p>	<p>C. FORMATION THEORIQUE DES MATRONES :</p> <p>La formation se fera dans un Centre Unique à Kédougou</p> <p>PRISE EN CHARGE DES FORMATEURS :</p> <p>4 FORMATEURS X 11.250 F X 10 JOURS = 450.000 F</p> <p>PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTES:</p> <p>18 MATRONES X 3.500 F X 10 JOURS = 630.000 F</p> <p>TRANSPORT DES PARTICIPANTES:</p> <p>18 MATRONES X 3.000 F = 54.000 F</p>
<p>D. FORMATION PRATIQUE DES MATRONES :</p> <p>12 MATRONES X 10.000F X 6 Mois = 720.000 F</p>	<p>D. FORMATION PRATIQUE DES MATRONES :</p> <p>10 MATRONES X 10.000F X 6 Mois = 600.000 F</p>	<p>D. FORMATION PRATIQUE DES MATRONES :</p> <p>6 MATRONES X 10.000F X 6 Mois = 360.000 F</p>
<p>TOTAL FORMATION DES MATRONES = 1.626.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION DES MATRONES = 1.430.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION DES MATRONES = 1.494.000 F</p>
<p>TOTAL FORMATION 3.107.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION 2.810.000 F</p>	<p>TOTAL FORMATION 3.088.000 F</p>

N.B. = Pour l'Année 3 la formation théorique va inclure le recyclage des ASC et MATRONES formés durant la première Année. Ceux formés pendant l'Année 2 devront être recyclés durant la 4ème Année du Projet.

FAIT A KEDOUGOU, LE 03 JUILLET 1998

Elimane N'DOYE

Superviseur des SSP



Le Médecin-Chef de District

Dr Moussa Dieng SARR



ANNEXES

1 - LISTE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS:

PRODUITS	QUANTITE	COUT	OBSERVATIONS
- Chloroquine Comprimés	2 boîtes/1000	11.640	
- Chloroquine Sirop	40 flacons	12.000	
- Acide Acétyl Salicyllique	2 boîtes /1000	7.800	
- Mébendazole Comprimés	1 boîte /1000	6.050	
- Fer -Folate Comprimés	5 boîtes/1000	16.050	
- Sel de Réhydratation Orale	200 Sachets	8.780	
- Tétracycline Pde 3 %	10 Tubes	2.300	
- Tétracycline Pde 1 %	10 Tubes	800	
- Argyrol Collyre	10 Flacons	7.600	
- Ascabiol Solution	5 Litres	12.425	
- Eosine Solution	2 Litres	-	Coût à compléter
- Mercurochrome	2 Litres	-	"
- Bleu de Méthylène	1 Litre	-	"
- Alcool Chirurgical à 70 °	5 Litres	3.500	
- Dakin Solution	5 Litres	5.000	
- Bandes de Gaz	100 Bandes	9.530	
- Compresses Stériles	10 boîtes/100	8.000	
- Coton Hydrophylle	1 Kg	2.730	
- Paracétamol Sirop	20 Flacons	6.200	
- Doitiers	2 boîtes/100	800	
- Gants Chirurgicalaux	20 Paires	3.200	
- Sparadrap	1 Rouleau GM	3000	
	TOTAL	134.905 F	

2 - EQUIPEMENT CASE DE SANTE:

- 1 Table métallique ou en bois
- 1 Chaise métallique ou en bois
- 2 Tabourets
- 1 Armoire métallique ou en bois
- 1 Lit + 1 Matelas housé
- 1 Lampe tempête
- 1 Poubelle
- 2 Plateaux rectangulaire inox
- 2 Hairicots
- 3 Pissettes à alcool
- 5 Thermomètre médicaux
- 3 Pinces Kocher
- 1 Pince à servir
- 1 Pince à disséquer avec griffes
- 1 Pince à disséquer sans griffes
- 2 Paire de ciseaux droits
- 2 Boîtes à instruments
- 1 Tambour

3 - EQUIPEMENT MATRONE :

- 1 Pèse personne
- 1 Pèse bébé
- 2 Boîtes d'accouchement *
- 3 Alèzes en plastique
- 2 Sondes urinaires métalliques
- 1 Cenimètre souple
- 1 Sthétoscopes obstétrical
- 2 Plateaux rectangulaires
- 2 Pissettes à alcool
- 1 Haricot
- 1 Lampe Tempête

* COMPOSITION DE LA BOITE D'ACCOUCHEMENT :

- 2 Pinces Kocher
- 1 Paire de ciseaux droits
- 1 Rouleau de fil coton pour ligature cordon
- 1 Boîte métallique

4 - OUTILS DE GESTION CASE DE SANTE:

- 1 REGISTRE OU CAHIER DE CONSULTATION
- 1 REGISTRE OU CAHIER DE BILAN RECETTES ET DEPENSES
- 1 REGISTRE OU CAHIER DE STOCK DE MEDICAMENT
- 1 REGISTRE OU CAHIER D'ENREGISTREMENT DES EVENEMENTS (Naissances , Décès)

5 - OUTILS DE GESTION MATRONE :

- 1 REGISTRE OU CAHIER D' ACCOUCHEMENTS
- 1 REGISTRE OU CAHIER DE CONSULTATION

6 - MATERIEL DIDACTIQUE POUR LA FORMATION DES ASC /MATRONES :

ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
1 ROULEAU PHILIP SHART	1 ROULEAU PHILIP SHART	1 ROULEAU PHILIP SHART
1 PAQUET TRANSPARENT	1 PAQUET TRANSPARENT	1 PAQUET TRANSPARENT
24 CAHIERS DE 100 PAGES	20 CAHIERS DE 100 PAGES	36 CAHIERS DE 100 PAGES
24 BICS BLEUS	20 BICS BLEUS	36 BICS BLEUS
24 BICS ROUGES	20 BICS ROUGES	36 BICS ROUGES
TOTAL	TOTAL	TOTAL