



© AVSF

Le service mixte de **santé humaine et animale** en zone pastorale : une expérience innovante et prometteuse

Isabelle Tourette-Diop

Appolinaire Ragounandea

Novembre 2010

Agronomes et Vétérinaires Sans Frontières

18 rue de Gerland - 69 007 Lyon / Tél. : 33 (0)4 78 69 79 59 / Fax : 33 (0)4 78 69 79 56
45 bis, av. de la Belle Gabrielle - 94 736 Nogent sur Marne Cx / Tél. : 33 (0)1 43 94 72 01 / Fax : 33 (0)1 43 94 72 17
Courriel : avsf@avsf.org / Internet : www.avsf.org / Association Reconnue d'Utilité Publique

Cette capitalisation s'inspire du travail réalisé entre 2004 et 2011 dans la région de Tombouctou et plus précisément dans les communes de Ber et de Salam (Cercle de Tombouctou).

L'expérience ici présentée n'aurait été possible sans les partenariats techniques établis avec :



l'ONG ADESAH (Association pour le Développement Endogène au Sahel)



Médecins sans frontières Luxembourg

*Le Centre de santé de Référence de Tombouctou, le Service local Vétérinaire
et le Bureau de la Coopération Suisse*

Avec le soutien financier de :



Rhône-Alpes Région



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Direction du développement
et de la coopération DDC



SOMMAIRE

1. DES IMMENSITES PASTORALES OU LA SANTE EST INACCESSIBLE	3
2. UNE EXPERIENCE INNOVANTE DE SERVICE MOBILE DE SANTE	5
2.1. UN SERVICE DE SANTE MIXTE DE PROXIMITE	5
2.2. UN SERVICE MOBILE DE SANTE MIXTE	6
2.3. L'IMPLICATION DES COLLECTIVITES LOCALES	6
2.4. L'ACTION DE SENSIBILISATION	7
3. RESULTATS, COUTS ET ECONOMIE D'ECHELLE	7
3.1. AVANTAGES D'UN SERVICE MOBILE MIXTE DE SANTE	8
3.2. LIMITES D'UN SERVICE MOBILE MIXTE DE SANTE	9
3.3. PERENNITE	9
CONCLUSION	10

Ce document présente brièvement une leçon d'expérience tirée de deux projets menés par AVSF :

- Le Projet de Sécurisation des Systèmes Pastoraux N'Gourti-Termit (PSSP NT), mis en œuvre par AVSF en partenariat avec l'ONG Karkara au Nord de la région de Zinder dans les communes de N'gourti et Tesker, Nord-Est Niger. Mis en œuvre pendant trois ans à partir du 31 Décembre 2003, le coût global de ce projet s'élevait à 1 446 404 €, cofinancé par la Commission européenne et l'Agence française de développement.
- Le Programme de sécurité alimentaire des populations et du cheptel en milieu nomade (PNT), mis en œuvre par AVSF en partenariat avec l'ONG ADESAH dans les communes de Ber et Salam, cercle de Tombouctou, Nord Mali. Le PNT a eu une durée de 3 années, de 2008 à 2010. Il est financé pour un montant de 960 000 € par la Commission Européenne, la Région Rhône-Alpes et la Coopération suisse.

La particularité de ces deux projets a été de mettre en place un service mixte de santé (animale et humaine) en zone pastorale.

1. Des immensités pastorales où la santé est inaccessible

Les zones de ces deux projets sont des zones pastorales caractérisées par :

- Une grande difficulté d'accès physique (pistes) et des moyens de communication déficients pour des zones immenses (par exemple, la zone couverte dans la région de Tombouctou fait 40 000 km², soit la taille de la Suisse).
- L'absence quasi-totale des services de base (santé animale, santé humaine, éducation) et des services étatiques très peu présents, faute de moyens.
- L'absence d'opérateurs privés : les vétérinaires qui ont pu s'installer dans ces zones ne sont pas restés, l'activité étant extrêmement difficile et peu rentable au vu des longues distances.
- Une population extrêmement dispersée (0.5 à 2 habitants / km²) peuhl, touareg et maure, et mobile, avec pour activité principale l'élevage pastoral transhumant de bovins, ovins, caprins et camélidés.
- Un accès difficile à l'eau : les familles font jusqu'à 10 km pour aller chercher de l'eau à des puits pastoraux ou des mares temporaires ; en saison sèche la priorité est donnée aux animaux.

- Des traditions socioculturelles fortes.
- Une forte proximité entre hommes et animaux, qui accroît le risque d'incidence des maladies zoonotiques.

Les problèmes sanitaires rencontrés dans ces zones pastorales sont liés à l'absence des services de base qui permettent une sensibilisation à l'hygiène, la lutte contre la malnutrition et la prévention des pathologies pré et post natales. Mais il le sont également par la proximité homme / animal qui favorise l'incidence des zoonoses (charbon bactérien ou anthrax, parasitisme, tuberculose, brucellose).

Les mortalités infantiles et maternelles¹ y sont les plus élevées d'Afrique de l'Ouest et les populations sont très peu vaccinées. Les populations animales ne sont également pas vaccinées ou trop faiblement pour une protection efficace. Or on recense des pathologies extrêmement contagieuses comme la Péripleurite Contagieuse Bovine, la Dermatose Nodulaire Contagieuse, la clavelée pour les animaux et la rougeole, la tuberculose, la méningite pour les hommes.

Etant données les caractéristiques physiques et sociales de ces zones pastorales, un service mixte de santé mobile permet de réaliser une économie des coûts de structure. En outre, au vu de la forte interdépendance entre les hommes et les animaux, il est difficile de soigner les humains sans les troupeaux et inversement.

Témoignage de Monsieur Zeini Ould Jalalah, chef traditionnel dans la région de Tombouctou et président du comité de surveillance de l'ASACO.

« Je tiens à remercier ADESAH et AVSF pour leurs actions dans nos zones et je rappelle que nous n'avons et ne connaissons aucune autre ONG qui intervienne dans notre zone que ces deux là. Pour cela, ce n'est jamais trop parler que de leur témoigner notre gratitude.

Concernant la santé mobile, je pense personnellement que le système doit continuer mais doit aussi être amélioré à travers la mise en place de cases de santé sur certains sites avec du personnel local formé par l'équipe et qui va servir, non seulement à assurer la continuité du service mobile (conseils pour la prise des médicaments, suivi des malades, soins courants, ...), mais aussi à appuyer l'équipe mobile dans son travail. L'équipe a déjà formé des femmes accoucheuses et sait ce que cela lui apporte en termes d'appui et de facilitation du travail.

Aujourd'hui, nous devons réfléchir à cela pour assurer la permanence des soins dans nos zones et cela ne peut se faire que pendant que l'équipe mobile dispose encore d'un financement. Certains sites sont devenus de vrais villages grâce à l'appui de ces ONG (AVSF/ADESAH). Nous étions comme des bagages poussiéreux mais aujourd'hui notre éveil s'accélère et pour qu'il soit viable, il faut penser à ce genre d'activités. »

¹ Au nord Mali, 55 enfants pour 1 000 décèdent pendant la période pré ou post-accouchement et 6 femmes sur 1 000 décèdent en couches des suites de complications.

Dans un tel contexte, comment appuyer les services de santé ? Comment mettre en place un service de santé animale et humaine opérationnel ?

2. Une expérience innovante de service mobile de santé

Il s'agit d'un service mixte de santé humaine et animale. Une partie de ce service est assurée par des auxiliaires d'élevage et des matrones², acteurs fixes issus du milieu et formés par les projets. L'autre composante du service est mobile via des tournées dans les campements³ proposant des activités préventives, curatives et de sensibilisation. C'est une démarche innovante engageant une réflexion sur le « couplage » santé animale et santé humaine. Le couplage a pour objectifs de rendre accessibles les soins de santé, notamment la prophylaxie, aux populations nomades et à leur bétail et d'améliorer leurs pratiques sanitaires par la sensibilisation.

2.1. Un service de santé mixte de proximité

Les deux projets s'appuient sur des personnes relais qui assurent un service de santé de base entre deux passages des équipes mobiles. Ces relais, selon leur niveau de formation, réalisent le dépistage précoce de la malnutrition, identifient et suivent les femmes enceintes, identifient les populations non vaccinées (qui seront donc ciblées par être vaccinées) et, pour le bétail, assurent le déparasitage externe et interne. Ces relais sont issus des communautés et rendent un service payant. Leur répartition géographique est guidée par un découpage participatif visant à couvrir une immense zone pastorale. Dans le cas du Niger, les auxiliaires d'élevage sont des éleveurs formés et équipés pour dispenser des soins aux animaux et sensibiliser leurs pairs à l'importance de la santé animale. Les matrones secouristes sont formées par des sages-femmes ; elles s'occupent de la santé des femmes enceintes et des enfants.

Cet ancrage permet de proposer un réel service de santé de proximité à effet multiplicateur (formation d'autres éleveurs, sensibilisations, conseils sur la santé et les pratiques d'hygiène). L'activité des matrones et auxiliaires d'élevage améliore la situation sanitaire et facilite l'accès aux traitements pour les maladies récurrentes ; les cas les plus difficiles sont orientés vers les structures de santé les plus proches. Ces dernières, impliquées dans la formation et le suivi, reconnaissent la fonctionnalité de ce service de proximité, soulignent le rôle positif joué par les matrones et observent que le nombre de consultations prénatales augmente auprès de populations nomades auparavant réticentes.

Enfin, les matrones et auxiliaires sont des personnes relais pour les caravanes mixtes de santé mobile.

² Une matrone est une personne de la communauté formée aux bases du suivi pré et post natal.

³ Un campement est un groupe de 4 à 10 familles, géré par un chef de campement.

2.2. Un service mobile de santé mixte

Le service mobile s'organise de manière différente sur les deux projets.

Au Mali, l'équipe mobile a des points de chute définis de manière participative avec les chefs de fraction et vient sur site le même jour de chaque mois (par exemple du 14 au 19 à Hassi Kayar). Les points de chute doivent permettre de couvrir la zone sans faire redondance avec les structures de santé existantes. Chaque trimestre, l'Association de Santé Communautaire (ASACO), constituée des leaders communautaires, définit les points de chute pour les trimestres suivants : cela permet de tenir compte de la mobilité des campements.

La tournée de l'équipe mobile se déroule sur 1 mois à raison de 21 jours de travail de terrain sur 7 sites.

Au Niger, seules deux campagnes mobiles ont été organisées dans le contexte de la sécheresse de 2005 et en 2006. Les équipes étaient constituées par des fonctionnaires des services techniques de la santé et, pour la partie vétérinaire, par des vétérinaires privés. Pour les soins aux animaux, les éleveurs formés ont assisté les vétérinaires sur la contention et le traitement des animaux. Les points de chute ont été définis par les leaders communautaires de la zone d'intervention. Pour la mise en place de cette action, un document cadre « couplage santé humaine santé animale » a été signé par la Direction de la Santé et la Direction de la Santé Animale.

2.3. L'implication des collectivités locales

Au Mali, les collectivités locales et les services techniques déconcentrés (services vétérinaires, centres de santé) sont fortement impliqués dans la réflexion et la mise en œuvre du service mixte de santé. Un comité de pilotage composé de ces structures avec les représentants de l'ASACO⁴ évalue les résultats de l'équipe mobile tant sur le plan technique que social et économique.

L'ASACO :

- assure une gestion communautaire et le suivi du service mobile : l'ASACO recrute l'équipe mobile et la supervise,
- implique et responsabilise la population sur les questions de prise en charge de la santé : définition du prix des consultations, contrôle de l'activité, de la caisse et des pharmacies humaine et vétérinaire,
- engage des démarches pour pérenniser ce système novateur d'accès à la santé ; elle négocie notamment l'inscription de l'équipe mobile dans le plan annuel opérationnel de la santé au niveau régional, ce qui permet d'accéder aux dotations gratuites des programmes nationaux (moustiquaire, fer et vitamine A pour les femmes).

⁴ ASACO : Association de Santé Communautaire gérant institutionnellement les structures de santé de base au Mali

Le projet ne joue que le rôle de catalyseur en mettant à disposition des équipes les moyens nécessaires, permettant ainsi l'appropriation des actions par les services techniques. Quant à la collectivité locale, elle coordonne les activités. Les produits pharmaceutiques et vétérinaires proviennent de prestataires privés (santé animale) ou de programmes (santé humaine).

Au Niger, les collectivités ont participé à l'élaboration des calendriers de sortie avec les services techniques (en particulier, le service de la santé fortement impliqué du fait que ses agents faisaient partie des tournées) et les leaders communautaires.

2.4. L'action de sensibilisation

La sensibilisation est une composante primordiale de l'activité du service mixte ; elle permet d'accroître l'impact en touchant des populations *a priori* réticentes. Elle est d'une importance majeure pour le succès du service. Les séances de sensibilisations visent à améliorer les pratiques et les comportements des populations, notamment pour la santé humaine et animale et l'éducation des enfants. Elles sont réalisées par l'équipe mobile au moment des tournées. Cette sensibilisation peut également être faite par des leaders communautaires. Par exemple, au Mali, certaines familles réticentes à la vaccination et aux consultations prénatales ont pu être convaincues par des leaders communautaires. Les services techniques forment régulièrement l'équipe mobile sur les modules à diffuser sur le terrain.

3. Résultats, coûts et économie d'échelle

L'organisation des équipes mobiles de santé mixte a rapproché les services de santé de base des populations nomades difficiles à toucher. Elles permettent d'augmenter très fortement les taux de vaccination des populations humaines (facteur 1 à 6 par rapport aux structures préexistantes dans les cas où elles existaient). Le dispositif sanitaire mis en place a permis d'atteindre les populations les plus enclavées de la zone.

Dans la région de Tombouctou au Mali, le coût annuel d'une équipe mobile (1 chauffeur, 1 guide facilitateur issu des communautés, 1 infirmier, 1 aide soignant, 1 technicien d'élevage + amortissement du véhicule, entretien et carburants + matériel technique) est de 29 000 euros environ. Le prix d'une consultation en santé humaine est facturé 500 FCFA soit 2 fois plus que dans une structure fixe. Ce montant a été fixé par les communautés elles-mêmes afin d'améliorer la rentrée d'argent dans la caisse de l'ASACO. Les consultations prénatales sont gratuites, conformément à la politique nationale du Mali. Les produits pharmaceutiques sont cédés aux mêmes prix que ceux de la pharmacie régionale.

En santé animale, les coûts sont entièrement pris en charge par les populations (acte facturé 50 FCFA par tête ; prix des produits vétérinaires légèrement majorés pour prévoir les pertes et l'acheminement sur Tombouctou lorsque l'approvisionnement se fera directement par l'ASACO).

Les produits et services présentés aux populations sont d'un coût abordable (médicaments génériques) ; les bénéficiaires disposent de moyens financiers pour assurer leur couverture sanitaire

et celle des animaux (grâce à l'entraide sociale : un notable peut payer pour une personne qui n'a pas les moyens financiers de se soigner). Par exemple dans la zone d'intervention à Tombouctou, en cas de problème de santé pour les hommes ou pour les animaux, il fallait dépenser au minimum 200 000 FCFA (305 €) pour le déplacement d'un agent technique (location de véhicule + carburant + prestations) alors qu'avec l'équipe mobile, cela revient à 500 FCFA (moins de 1 euro). Les coûts d'intervention restent prohibitifs pour les cas d'urgence et en dehors du passage de l'équipe mobile.

Par ailleurs, il faut noter qu'avant l'intervention des équipes mobiles, le service était peu existant sur ces zones notamment en terme de prophylaxie (vaccination et consultations prénatales en particulier) tant en santé humaine que vétérinaire.

Le couplage permet une réduction des coûts des interventions de 45% par rapport aux stratégies sectorielles : on aurait ainsi un coût augmenté de 45% si on rendait le même service avec deux équipes distinctes pour les santés humaine et animale. L'économie est essentiellement réalisée sur le déplacement et l'amortissement du véhicule, qui sont les dépenses les plus importantes en milieu pastoral.

3.1. Avantages d'un service mobile mixte de santé

Pour la population, le couplage est une action salutaire tant pour la mise en place du dispositif de proximité (auxiliaires d'élevage et matrones) que pour l'organisation du service mobile, qui leur permettent d'accéder au service de santé. En effet, faire intervenir un médecin ou un vétérinaire coûte extrêmement cher dans ces zones.

Pour les services de la santé, les avantages du couplage sont divers : échanges d'expériences, mise en commun des moyens, approfondissement des connaissances, amélioration de la couverture sanitaire, accès aux zones difficiles, renforcement des activités de service, sensibilisation, etc. Le service de proximité et le service mobile permettent de rendre la santé accessible et d'entretenir l'habitude des consultations médicales et des soins aux animaux.

D'autre part, le pilotage de ce service rapproche les différentes parties (services techniques, collectivités, communautés) autour d'une action fédératrice. Ainsi, si au démarrage de l'action les griefs des uns envers les autres étaient nombreux (inefficacité des uns, réticence des autres, etc.), cette action a permis à chacun de mieux connaître et comprendre les contraintes des différents acteurs.

Enfin, d'un point de vue institutionnel, ces opérations ont permis des avancées significatives :

- Au Niger, un document cadre pour le couplage de la santé humaine avec la santé vétérinaire a été signé.
- Au Mali, seule l'ASACO de Tombouctou a dans ses statuts la gestion d'un service mixte et les communes de Ber et de Salam ont constitué un syndicat intercommunal pour gérer ce service.

L'intérêt porté par les populations du Nord Mali à ce service a permis, dans le cadre de la sécheresse de 2010 sur le Nord Mali, de déployer 10 équipes mobiles supplémentaires sur 3 mois pour couvrir

un besoin conjoncturel (avec l'appui des services techniques, de l'Union Européenne / ECHO et de l'Ambassade de France au Mali).

3.2. Limites d'un service mobile mixte de santé

La fréquence mensuelle de passage sur chaque site permet en principe d'effectuer les rappels de vaccination en santé humaine. Toutefois, en cas de sécheresse, les mouvements des populations, très importants et dispersés, ne permettent pas d'effectuer les rappels de vaccination dans les temps. L'équipe mobile ne peut par ailleurs pas effectuer d'intervention chirurgicale et doit, en cas d'urgence, amener le malade à l'hôpital, ce qui pose alors à nouveau le problème du coût de déplacement.

3.3. Pérennité

La pérennité d'un tel service est bien le point défaillant de ces expériences ! Pour la santé humaine, et malgré l'engouement de la population, il reste bien difficile de collecter les fonds d'adhésion des membres destinés à assurer le renouvellement des stocks de médicaments et de faire inscrire les salariés médecins et infirmiers sur les budgets de l'Etat. La politique nationale de la santé ne prend pas en compte la mobilité. Pour la santé animale, un opérateur privé ne pourrait rendre ce service de manière pérenne que si ses frais de carburant et amortissement de véhicule étaient pris en charge ...

Au niveau ministériel, cette action de décloisonnement des santés humaine et animale demande un travail d'accompagnement de longue durée et une approche institutionnelle forte.

La pérennisation du couplage passe forcément par le renforcement de la collaboration entre les deux services (santé humaine et vétérinaire), l'accompagnement des comités de pilotage regroupant les différents acteurs et la mise en place d'un fonds suffisant pour supporter ce service. Au Niger, un document cadre a été élaboré par les 2 directions de santé pour définir les lignes directrices de mise en œuvre du couplage dans les zones pastorales ; ce document cadre n'a pas encore été signé au moment de la rédaction de ce document.

Les contraintes en santé humaine et animale ne sont par ailleurs pas toujours les mêmes. En santé humaine, les fonctionnaires dépendent de 2 services différents. En santé vétérinaire, l'approvisionnement en médicaments n'est pas au point.

D'après l'expérience de Tombouctou, les comités de pilotage sont indispensables pour créer une synergie. En effet si le thème est fédérateur, la synergie est loin d'être acquise du fait des préoccupations et du passif des différents acteurs et si un des acteurs bloque, c'est tout le service qui est remis en cause. Enfin, les populations ciblées ne peuvent généralement pas prendre en charge les coûts de déplacement et de salaire des équipes mobiles. Si l'on souhaite un accès à la santé pour tous, l'Etat doit trouver les ressources financières nécessaires. Or le contexte général fait ressortir régulièrement un manque de moyens humains et logistiques, ne serait-ce que pour assurer le service nécessaire pour les centres urbains secondaires ! Une politique volontariste de la part des Etats et de leurs partenaires financiers est alors indispensable à la couverture des besoins de santé des zones pastorales sahélo sahariennes.

Conclusion

Dans ces expériences, le couplage de la santé animale et de la santé humaine, permet de réduire significativement les coûts du service et de le rendre disponible dans des zones enclavées à forte mobilité des populations.

Il incombe aux Etats de fournir un service de santé de base à leurs populations. Cela est d'ailleurs pris en compte dans les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté de plusieurs pays et fait l'objet d'un paragraphe spécifique des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Or, les Etats Ouest Africains et leurs collectivités ne disposent pas actuellement de moyens financiers suffisants. La pérennisation financière et la diffusion de ce modèle de service à toute la bande sahélo saharienne ne peuvent donc se faire que sur décision institutionnelle nationale (voire sous-régionale) avec la mobilisation des bailleurs de fonds.

En outre, cette problématique dépasse la préoccupation des seuls Etats de la sous-région. En effet, l'immensité sahélo-saharienne abrite des populations humaines et animales importantes qui ne sont pas vaccinées et pour lesquelles les activités d'épidémiologie sont inexistantes. Cela représente un risque majeur pour l'incidence de maladies et leur expansion transfrontalière.

Enfin, la sensibilisation doit permettre de diminuer l'incidence des maladies humaines et animales. Les pratiques de consommation des produits animaux (lait cru notamment) et d'eau (puits traditionnels de faible profondeur, souillés, etc.) sont des axes de réflexion pour des solutions simples en vue d'améliorer la santé de la population par des changements de comportement et ainsi réduire les taux de morbidité et mortalité.

Cette expérience, très appréciée par la population et moins coûteuse que l'approche classique sectorisée, mérite d'être améliorée et intégrée dans les plans de développement sanitaire pour les zones pastorales car elle est prometteuse et s'accommode avec les réalités du terrain.

© VSF-CICDA - Agronomes et Vétérinaires sans frontières, Lyon - France, 2010



Association française de solidarité internationale reconnue d'utilité publique, *Agronomes et Vétérinaires sans frontières* agit depuis plus de 30 ans avec les communautés paysannes des pays en développement pour résoudre la question alimentaire. L'association met à leur service les compétences de professionnels de l'agriculture, de l'élevage et de la santé animale : aide technique, financière, formation, accès aux

marchés... Reconnue d'utilité publique, Agronomes et Vétérinaires Sans Frontières mène plus de 70 programmes de coopération dans 20 pays d'Amérique Centrale et du Sud, d'Asie et d'Afrique, au côté des sociétés paysannes pour lesquelles l'activité agricole et d'élevage reste un élément fondamental de sécurisation alimentaire et de développement économique et social.

www.avsf.org



RURALTER est un programme d'*Agronomes et Vétérinaires sans frontières* qui appuie les initiatives de capitalisation d'expériences

et diffusion de méthodologies et de référentiels technico-économiques utiles aux acteurs du développement rural, qu'ils soient techniciens d'institutions et de collectivités territoriales ou dirigeants paysans. RURALTER diffuse ses productions sous le label éditorial du même nom.

www.ruralter.org