



Stratégies de subventions ciblées pour des programmes de moustiquaires imprégnées d'insecticide à l'échelle nationale –
Principes et méthodes



**Organisation
mondiale de la Santé**





***STRATÉGIES DE SUBVENTION CIBLÉES
POUR DES PROGRAMMES DE
MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE
À L'ÉCHELLE NATIONALE
Principes et méthodes***



**Organisation
mondiale de la Santé**

Faire reculer le paludisme (RBM – Roll Back Malaria) est un partenariat mondial constitué par les autorités de pays victimes du paludisme, par l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Banque mondiale et le Programme des Nations Unies pour le Développement. Son objectif est de réduire de moitié la charge de la maladie d'ici à 2010 en sauvant des vies, en réduisant la pauvreté, en améliorant la fréquentation scolaire et les conditions de vie de millions de personnes dans des pays pauvres, en particulier en Afrique.

Le présent document a été financé par l'USAID (United States Agency for International Development) pour RBM. Il a été rédigé par Renata Seidel, Academy for Educational Development (Washington, DC). Les donateurs sont notamment les nombreux participants à l'atelier RBM sur le *Mapping models for targeted ITN subsidies* (Élaboration de modèles applicables aux subventions prioritaires pour MII) tenu à Lusaka (Zambie) en mai 2003, en particulier ceux qui ont présenté les études de cas par pays (Annexe B). Les examinateurs étaient notamment des membres du Groupe de travail RBM sur les MII, en particulier Dennis Carroll (USAID), Mohammadou Kabir Cham (OMS), Des Chavasse (Population Services International), Don de Savigny (International Development Research Centre et London School of Hygiene and Tropical Medicine), Christian Lengeler (Institut tropical suisse) et Melanie Renshaw (Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance).

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Les auteurs cités nommément sont seuls responsables des vues exprimées dans le présent document.

FAIRE RECULER LE PALUDISME
Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

Fax : (+41) 22 791 4824
Mél : rbm@who.int
Internet : <http://www.rbm.who.int/>



Sommaire

Abréviations et acronymes	iv
Avant-propos	v
Résumé d'orientation	vii
1. Introduction : cadre d'action	1
2. Principes de fonctionnement	5
2.1 Échange des données d'expérience	5
2.2 Éléments déterminants des subventions ciblées	8
2.3 Variables et étapes-clés de la conception du programme	11
3. Méthodes et meilleures pratiques	19
3.1 Moustiquaires gratuites fournies par le biais des services de santé	20
3.2 Moustiquaires subventionnées vendues par le biais des services de santé	32
3.3 Moustiquaires subventionnées vendues par le biais des communautés	41
3.4 Bons pour moustiquaires fournis par le biais des services de santé	48
3.5 Autres méthodes	61
4. Questions de portée générale	63
4.1 Politiques et programmes – et ensuite ?	63
4.2 Pendant combien de temps ?	64
4.3 Les moustiquaires dans l'habitation – et ensuite ?	65
4.4 Suivi et évaluation	66
4.5 Calcul des coûts	68
5. Conclusion	73
Annexes	75
Annexe A	75
Annexe B	80
Annexe C	84

Abréviations et acronymes

DFID	Département pour le développement international (Royaume-Uni)
vaccin DTC	vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EPI	Programme élargi de Vaccination de l'OMS
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
IEC	information, éducation, communication
KMIS	service d'information du Kenya sur le paludisme
MII	moustiquaire imprégnée d'insecticide
ONG	organisation non gouvernementale
PSI	Population Services International
RBM	Faire reculer le paludisme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WV	World Vision



Avant-propos

Il est urgent de pouvoir bénéficier de l'expérience pratique et des enseignements tirés de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) pour informer les pays africains et la communauté des donateurs sur la réduction du nombre de décès dus au paludisme, nombre qui s'élève actuellement à plus d'un million par an.

En 2000, les chefs d'État africains ont décidé que 60% des femmes enceintes et des enfants devraient avoir des MII en 2005,¹ objectif qui constitue un immense défi pour les États, les donateurs et les communautés.

Pour établir une base systématique sur laquelle il est possible d'étendre les programmes de MII à grande échelle, le partenariat Faire reculer le paludisme (RBM) a adopté, en 2002, le « développement de programmes de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique : un cadre stratégique pour une action nationale coordonnée ». ² Le cadre, qui a été établi par le Réseau des support techniques sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide, contient les principes d'une couverture durable et équitable des populations dans le besoin. Deux éléments décisifs sont les fonds publics pour garantir aux plus vulnérables l'accès aux MII, et un marché commercial proposant des MII à un prix abordable à la population en général. La combinaison de ces deux

¹ Les objectifs fixés à Abuja (Nigéria) sont : (i) 60% de ceux qui souffrent du paludisme reçoivent un traitement approprié dans les 24 heures; (ii) 60% des personnes à risque de paludisme, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, bénéficient de l'association la plus appropriée de mesures de protection personnelles et communautaires telles que les moustiquaires imprégnées; (iii) 60% de toutes les femmes enceintes bénéficient d'une chimioprophylaxie ou d'un traitement préventif intermittent. *La Déclaration d'Abuja et le Plan d'Action : Extrait du Sommet africain pour faire reculer le paludisme, Abuja, 25 avril 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/RBM/2003.46).

² *Scaling-up insecticide-treated netting programmes in Africa: A strategic framework for coordinated national action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (WHO/CDS/RBM/2002.43).

éléments, par la coordination des activités des secteurs public et privé, est le pilier du cadre stratégique du RBM.

L'exposé détaillé de tels éléments dans un document et leur application sur le terrain sont toutefois deux tâches très différentes. On trouvera dans les pages qui suivent la contribution du Groupe de travail RBM sur les MII qui vise à faire comprendre comment ces recommandations peuvent être appliquées dans les contextes national, du district et communautaire. En mai 2003, sous la direction du Dr Fatoumata Nafou-Traoré, Secrétaire exécutif du RBM, le groupe de travail a réuni les représentants de 12 ministères africains de la santé et de programmes nationaux de lutte antipaludique, les principaux donateurs ainsi que des organisations non gouvernementales et privées, pour partager les résultats et les enseignements sur les subventions prioritaires pour les MII. Le présent document est une des réalisations de cet atelier.³

Dans une certaine mesure, les « meilleures pratiques » ou méthodes examinées à Lusaka et résumées ci-après soulignent les questions qui doivent encore être résolues. Les efforts entrepris pour concevoir des programmes de MII de grande envergure sont récents et continuent d'évoluer. Simultanément, on espère que les connaissances actuelles s'avéreront utiles aux pays pour évaluer leurs propres besoins et établir des programmes de planification répondant aux réalités locales. Les partenaires du RBM attendent avec impatience les résultats des stratégies pour des moustiquaires subventionnées et la poursuite de leur diffusion.

³ Les exposés et les rapports complets des groupes de travail de la conférence sont disponibles sur CD-Rom auprès du NetMark Project (e-mail: behaviorchange.aed.org).



Résumé d'orientation

Le présent document a pour but d'aider toutes les personnes qui interviennent dans la promotion et l'exécution de programmes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à prendre des décisions méthodiques sur la manière de cibler efficacement les fonds publics. Il se base sur une semaine de dialogue intensif, mettant en évidence les actions entreprises sur le terrain par 12 pays africains dans le cadre de l'atelier *Mapping models for targeted ITN subsidies* chargé de dégager des modèles pour les MII subventionnées.

On trouvera dans les pages qui suivent des principes et des méthodes dont il conviendra que les pays et les donateurs tiennent compte lorsqu'ils envisagent une intervention MII visant l'ensemble d'une population en difficulté, à long terme et par une utilisation efficace des ressources. Les différents moyens de cibler les ressources ainsi que les effets de ces décisions, non seulement sur l'*utilisation* des MII mais aussi sur leur *approvisionnement* et leur *distribution* seront examinés ensuite. Enfin, le document conclut que le suivi des effets et l'ajustement des programmes en fonction de l'évolution des conditions (et du marché) sont la clé d'une couverture équitable et durable.

Point important : les expériences sur le terrain ont montré que des efforts très engagés en faveur de la santé publique peuvent se nuire comme ils peuvent s'avérer utiles. Seules les stratégies qui sont coordonnées au stade de la planification et qui se complètent réciproquement sur le terrain permettent de protéger efficacement les maigres ressources des foyers, des systèmes de santé et des marchés africains.

La première partie du présent document (*Introduction – Cadre d'action*) présente la base du consensus sur lequel se sont appuyés les débats sur les stratégies et les principes. Ce consensus avait été élaboré dans le document RBM intitulé *Scaling-up insecticide-treated netting programmes in Africa : A strategic framework for*

coordinated national action.⁴ Ce cadre préconise que tout effort purement local ou limité dans le temps doit être justifié en termes de logique d'un programme à long terme. Il laisse entendre qu'il faut rechercher l'équilibre entre les trois stratégies intrinsèques de tout programme complet : les subventions prioritaires à long terme pour les groupes les plus vulnérables, les subventions temporaires pour renforcer l'approvisionnement et un marché commercial viable.

La deuxième partie (*Principes opérationnels*) présente des indications pratiques sur la mise en œuvre des programmes qui ont été débattus à Lusaka, en mai 2003. Il s'agit des variables-clés de la conception des programmes qui ont émergé des présentations faites par les divers pays. Ces variables sont notamment la maturité du marché, la segmentation des groupes visés ainsi que les questions relatives au système de santé, en particulier la capacité du système et la possibilité pour le groupe visé d'y accéder. Cette partie contient aussi une analyse des diverses composantes d'un programme subventionné et des propositions d'orientation génériques de la planification. Celle-ci commence par une évaluation des facteurs locaux et se poursuit jusqu'à une stratégie de sortie répondant au besoin de changement positif des marchés de MII locaux.

La troisième partie (*Méthodes et meilleures pratiques*) est un résumé des quatre formules différentes de subventions prioritaires pour les MII. Ces formules, illustrées par les exemples présentés à Lusaka, sont les suivantes :

- les moustiquaires distribuées gratuitement au cours d'un contact spécifique, limité dans le temps, avec le système de santé ;
- les moustiquaires vendues à des prix subventionnés à des bénéficiaires ayant les qualifications requises dans les centres de santé du secteur public dans le contexte d'un service régulier ;
- les moustiquaires vendues à des prix subventionnés par le biais de groupes communautaires ;
- les bons distribués par le biais du système de santé donnant un rabais sur les MII disponibles dans le commerce.

⁴ Généralement appelé *cadre stratégique* dans le présent document.

Ces méthodes et leurs variantes, qui s'appliquent selon les contextes des différents pays, sont présentées ci-après par leur ordre de pertinence vis-à-vis des conditions de maturité croissante du marché. Elles ne se veulent ni définitives, ni prescriptives. Les avantages et les difficultés de chacune sont examinés du point de vue de la couverture et de l'équité, des effets sur d'autres programmes MII et sur les systèmes de santé, de la fraude et des pertes, des changements de comportement ainsi que des stratégies de sortie.

La quatrième partie (*Questions de portée générale*) souligne quelques-uns des éternels soucis qui sont apparus au cours des nombreuses discussions et dans les groupes de travail. Le présent document porte avant tout sur les projets, à savoir la manière de les cibler, de les programmer et de passer de l'un à l'autre. Dans un programme de lutte antipaludique, le rôle principal d'un État et de ses partenaires est d'envisager l'avenir au-delà des projets et des efforts isolés. La question du paludisme nécessite une démarche portant sur le cycle de vie, une perspective couvrant l'ensemble du marché et une stratégie à long terme. Le document traite aussi largement de la distribution. Cependant, la promotion des MII est une intervention comportementale, qui englobe non seulement l'utilisation appropriée des moustiquaires mais aussi leur réimprégnation adéquate. La nécessité de tenir compte de ces comportements, surtout en ce qui concerne la réimprégnation, doit être soulignée.

La surveillance et l'évaluation des programmes MII sont complexes car elles doivent porter sur les changements constatés sur les marchés subventionnés et ceux qui ne le sont pas. Le Groupe de travail RBM sur les MII a proposé une série d'indicateurs servant de guides dans ce processus. Le sujet qui est sans doute le plus difficile à surveiller est celui du coût. Le document ne compare pas le coût des différentes méthodes étant donné l'absence de données précises. Néanmoins, le calcul du nombre de vies sauvées, ou potentiellement sauvées, par un programme MII est un des arguments que les partenaires africains doivent utiliser pour montrer que les pays ne peuvent pas se permettre de voir même un nombre modéré d'individus s'endormir le soir sans une MII.



1. Introduction : cadre d'action

Il y a sept ans, la communauté scientifique a présenté des études d'efficacité montrant que les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) permettent de sauver des vies humaines en grand nombre en les protégeant contre le paludisme. On sait aujourd'hui qu'il est possible de prévenir pratiquement la moitié des cas de paludisme par l'utilisation des MII. Or, à l'heure actuelle, 2% seulement des Africains les plus exposés dorment sous de telles moustiquaires traitées.

Ni l'efficacité ni l'urgence de cette technique de santé apparemment simple n'ont été traduites dans les plans stratégiques dont les pays ont besoin pour produire les MII, pour les fournir à la population et pour faire en sorte qu'elles soient utilisées correctement. Le chemin du fabricant jusqu'à l'utilisateur varie considérablement selon les pays ; il dépend de questions complexes telles que l'écologie du paludisme, les taxes et les droits de douane, la maturité des marchés commerciaux, la force des divers systèmes de distribution, les programmes des différents partenaires et, comme toujours, le financement.

Le Groupe de travail RBM a diffusé un « Cadre stratégique pour une action nationale coordonnée » (*Strategic framework for coordinated national action*) visant à aider les pays à concevoir des programmes MII efficaces. Ce cadre résume les principes fondamentaux et les stratégies recommandées (voir l'encadré de la page 2).

La coordination est le principe fondamental proposé dans ce cadre. Une force d'intervention MII nationale ou un comité directeur (comprenant notamment les pouvoirs publics, les donateurs, les partenaires privés non gouvernementaux et commerciaux) peut faire en sorte que les objectifs immédiats et à long terme soient tous deux traités, que les programmes soient synergiques en

Principes du cadre stratégique RBM

Un groupe d'action MII national, dans lequel sont représentés tous les partenaires, joue un rôle déterminant en ce sens qu'il coordonne et stimule l'élargissement de la couverture en MII.

Deux éléments-clés de l'élargissement sont les subventions, visant des groupes bien définis et la participation croissante du secteur privé.

Réaliser la complémentarité des secteurs public et privé est la clé du succès. Les subventions doivent renforcer ou compléter le secteur privé et non le concurrencer.

Un milieu porteur, réalisé avec l'aide des pouvoirs publics, qui se caractérise notamment par la suppression des obstacles tarifaires et de taxation et l'enregistrement simplifié des insecticides. Les activités visant à stimuler la demande axées sur des comportements spécifiques appropriés sont indispensables pour encourager l'utilisation des MII dans les habitations.

Le renforcement des programmes nationaux fait intervenir trois démarches fondamentales: les subventions prioritaires à long terme, les subventions à court terme pour stimuler la croissance du marché ainsi qu'un développement commercial non subventionné pour soutenir l'activité. Les stratégies à court terme, ou « amorces de marché » sont les plus utiles là où n'existe aucune activité commerciale. De telles activités doivent être limitées dans le temps et planifiées avec des stratégies de sortie claires.

Le ciblage biologique (c'est-à-dire les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans) présente l'avantage de toucher des groupes vulnérables bien définis au moyen des mécanismes de distribution existants.

La subvention peut être fournie sous la forme de biens (moustiquaires ou insecticides) ou de bons. Ceux-ci permettent d'éviter les coûts, les risques et les problèmes de manutention, mais il faut que les moustiquaires et insecticides puissent être achetés sur place.

Les abus sont le grand danger de tout système de subvention, par exemple quand des personnes extérieures au groupe visé bénéficient de subventions qui ne leur sont pas destinées. Les abus concernent aussi bien les bons que les prix subventionnés.

L'« évincement » a été négligé dans la plupart des programmes MII. Le problème se pose quand un système de distribution subventionnée n'est pas ou est mal ciblé. Si l'un des objectifs du projet est de renforcer le marché MII, la vente de moustiquaires subventionnées au grand public peut aller à l'encontre du résultat recherché.

Les systèmes subventionnés se sont avérés onéreux dans la pratique. Beaucoup de ces systèmes s'articulent autour d'un fonds de roulement communautaire ou de district. La majorité de ces projets ne parviennent pas à couvrir les coûts d'exploitation et ne peuvent pas subsister après le retrait des financements extérieurs.

L'emploi d'insecticides pour traiter les moustiquaires n'est pas encore bien connu en Afrique. La disponibilité commerciale des insecticides demeure très limitée, et les propriétaires de moustiquaires ne sont pas toujours convaincus de leur utilité. La subvention des insecticides pourrait être plus utile que celle des moustiquaires.

termes de groupes cibles, que les marchés soient renforcés et que les financements provenant des diverses sources aient un effet maximal sur la santé publique.

La *complémentarité* des programmes nécessite un lien clairement articulé entre les *subventions durables* ciblées sur les plus vulnérables et un *marché commercial élargi* desservant ceux qui ont les moyens d'acheter des moustiquaires. Ce lien nécessite un degré élevé de planification commune entre les partenaires des secteurs public et privé.

Le secteur public a la responsabilité d'entretenir un *milieu porteur* qui stimule l'émergence d'une « culture de la moustiquaire » à plusieurs niveaux. La suppression des obstacles tarifaires et de taxation est souhaitable pour que les marchés MII puissent devenir viables. Les autorités et autres partenaires doivent avoir des activités visant à créer la demande et encourager l'utilisation appropriée des moustiquaires dans les habitations. Il faut aussi veiller à la sécurité chimique par un enregistrement simplifié des insecticides et par la surveillance de la résistance à ces insecticides.

Au sein des stratégies du secteur public, on entend par complémentarité l'association appropriée de subventions à court et à long termes ayant pour but que les moustiquaires soient à la fois abordables et accessibles, et le deviennent de plus en plus avec le temps. Des *actions à court terme* seront éventuellement nécessaires pour renforcer les systèmes de distribution ou les réseaux de fourniture destinés à ceux qui n'ont pas d'accès. La plupart de ces subventions ont pour but « d'amorcer le marché » et peuvent être progressivement abandonnées à mesure que le marché non subventionné grandit et que les prix diminuent. Les plans relatifs à ces activités devraient comporter notamment des délais et des stratégies de sortie. Parallèlement, il faut établir des *subventions à long terme* pour ceux qui ne pourront jamais acquérir de moustiquaires, indépendamment du prix. Les résultats de ces activités seront différents selon les pays, comme ils le seront pour les moustiquaires et les insecticides.

Le *ciblage des subventions* en faveur de groupes vulnérables clairement définis permet de faire en sorte que les ressources limitées dont on dispose profitent à ceux qui en ont le plus besoin et qu'ils répondent efficacement aux besoins de couverture nationale à long

terme. Le premier objectif de l'atelier de Lusaka a été d'établir, dans le contexte des programmes MII de pays spécifiques, qui devait en bénéficier et comment procéder. C'est aussi l'objet de la suite du présent document.



2. Principes de fonctionnement

2.1 Échange des données d'expérience

L'atelier de Lusaka a mieux fait comprendre les programmes MII en dépassant le *cadre stratégique* en termes de problèmes tactiques et pratiques. Les contextes varient toujours en fonction du pays, mais aussi en fonction du temps. De telles évidences, comme d'autres, sont devenues très claires dans les exposés (voir page 9). On trouvera ci-après une description des éléments-clés des subventions prioritaires, tels qu'ils ont été examinés par les participants, et les étapes élémentaires de la conception du programme.

Le prix de la prévention

Quel que soit l'angle sous lequel on les considère, les MII sont un bien de santé publique. Pour les familles africaines comme pour les autorités, l'utilisation des moustiquaires présente aussi un intérêt économique. Les journées de travail productif perdues en raison du paludisme, majorées des coûts du traitement, ont privé ces pays d'une partie du PIB estimée à 32% ces 35 dernières années. Il est clair que le coût ne doit pas être un obstacle à l'achat de moustiquaires par les populations exposées.

Toutefois, comme dans tout programme de santé publique, le coût n'est pas le seul obstacle. Dans un programme de moustiquaires, le premier obstacle sera sans doute celui de la difficulté d'obtenir un approvisionnement *adéquat*. L'accès à cet approvisionnement adéquat est souvent le deuxième obstacle, surtout dans les zones rurales où le paludisme est parfois endémique. La *volonté de les acquérir* en est un troisième (Les gens veulent-ils réellement des moustiquaires ? Quel genre de moustiquaire ? Croient-ils que les moustiquaires protègent contre le paludisme, ou simplement contre

les piqûres de moustiques?). Lorsque les moustiquaires sont disponibles et qu'il y a une demande, c'est l'*accessibilité économique* qui devient le problème à résoudre. D'autres questions relatives aux utilisateurs peuvent se poser (Ces moustiquaires seront-elles correctement utilisées? Par les personnes de la famille qui sont les plus exposées? Seront-elles convenablement réimprégnées?).

Au cours du trajet complexe des moustiquaires entre le fabricant et l'utilisateur, les subventions peuvent prendre différentes formes comme le montrent les programmes présentés dans la troisième partie. Les subventions peuvent intervenir en différents points, et les montants, les bénéficiaires et les systèmes d'administration qui les apporteront pourront varier. La notion de subvention ciblée est, au départ, simple. *Qui sera le bénéficiaire?* Sans nul doute, c'est là la question-clé du *ciblage*. Cette question en pose directement beaucoup d'autres, tout aussi importantes: *Que* va-t-on subventionner? *Quand et comment* pourra-t-on en bénéficier? *Comment* la subvention sera-t-elle remise? Autant de questions de conception pratique auxquelles il faut répondre pour tout programme MII.

Le programme d'aujourd'hui, le besoin de demain

Au-delà de ces premières questions qui se posent d'emblée, il y en a d'autres auxquelles il est encore plus difficile de répondre. Pour les programmes de simple lutte contre la maladie, plutôt que d'éradication, il faut se poser la question « pendant combien de temps? » quand on propose d'autres aspects complexes d'une intervention. Même les moustiquaires distribuées actuellement devront être remplacées dans les deux à quatre ans. Un des premiers défis d'une stratégie MII consiste à déterminer comment sauver les mères et les enfants les plus vulnérables au moyen d'un programme prévoyant aussi de protéger ceux qui seront exposés demain. La réalisation d'un tel équilibre délicat, entre le caractère équitable et durable d'une intervention, est à la base de toute action de santé publique.

Le *cadre stratégique* suggère qu'un marché commercial viable est un élément important de toute vision à long terme des moustiquaires « pour tous ». Les méthodes de segmentation peuvent tirer profit d'un tel marché par l'augmentation du *nombre de personnes* pouvant être aidées au moyen de fonds publics. La disponibilité de MII commerciales empêche que des moustiquaires subventionnées ne soient obtenues par des gens qui ont les moyens de

payer, ce qui fait qu'il en reste davantage pour les plus démunis. Elle constitue aussi une source d'approvisionnement en moustiquaires pour les personnes qui ne présentent pas un risque maximal mais qui doivent néanmoins être protégées. Par ailleurs, à mesure que la concurrence augmente, le prix des moustiquaires baisse, la vente au détail se développe progressivement et les MII deviennent plus accessibles à un prix plus abordable (l'exemple d'un programme de bons en Zambie a montré avec quelle rapidité le marché peut répondre à la concurrence). Les dépenses publiques consacrées aux populations vulnérables peuvent diminuer en proportion directe avec une telle croissance. Dans ces conditions, la *durée* pendant laquelle les subventions peuvent être maintenues devient un problème nettement moins difficile à résoudre même si, avec le temps, les fonds publics et des donateurs diminuent. Dans la pratique, l'intégration des intérêts privés et publics est toujours complexe.

Ne pas porter préjudice

Étant un type d'intervention relativement récent, la promotion et la distribution de MII cherche toujours sa place dans la structure globale des services de santé. De nombreuses innovations se greffent sur un système existant qui atteint déjà les groupes vulnérables. Les exposés de Lusaka ont évoqué la fourniture de MII dans le cadre de la vaccination antirougeoleuse pendant des campagnes de prévention de masse, dans le contexte des soins prénatals lors des consultations normales, ainsi qu'à l'occasion de la fourniture d'une aide alimentaire ou autre au cours d'une mobilisation en situation d'urgence.

L'intégration dans d'autres systèmes de distribution assure un certain niveau de couverture à un programme MII, mais elle impose aussi une charge nouvelle à des services éventuellement fragiles. En conditions optimales, chaque intervention attire l'attention sur d'autres besoins et crée la demande correspondante, et les fournisseurs de services ne sont pas sollicités au-delà de leur capacité à se charger de tâches multiples. Cet aspect aussi requiert une coordination. Des recherches opérationnelles seront nécessaires pour aider à comprendre le meilleur moyen de réaliser cette synergie et comment éviter de causer un préjudice.

2.2 Éléments déterminants des subventions ciblées

Par définition, tous les programmes de santé publique sont subventionnés, les prestations de santé étant assurées par des fonds publics. Pour que ces fonds soient utilisés de manière efficace, ces programmes visent généralement (ou se limitent à) des *groupes de population* spécifiques. Ils ciblent également (où se concentrent sur) des aspects spécifiques du *processus* de prévention/traitement liés à un problème de santé. Dans une opération MII, les éléments déterminants du ciblage sont :

Qui ? – le groupe cible

La plupart des programmes MII visent les *groupes biologiques* présentant le plus grand risque de mortalité et de morbidité associées au paludisme. Il s'agit du groupe formé des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, en particulier les nourrissons.⁵ La plupart des programmes visent aussi les *pauvres*. Beaucoup le font en ciblant les populations dans les zones rurales où vivent les plus démunis. Le *cadre stratégique* laisse entendre que le ciblage par statut socio-économique est difficile. (Quels critères convient-il d'utiliser ? Comment opérer le tri de la population ?). Une stratégie a consisté à concevoir un produit ou un service qui incitait les pauvres à se sélectionner eux-mêmes (ou plutôt à décourager les groupes plus aisés du fait de la moindre qualité des produits). Une autre encore a consisté à laisser les communautés décider elles-mêmes quelles étaient les personnes les plus vulnérables en fonction de critères jugés équitables par tous. Il s'agit d'une forme de segmentation *sociale*.

Un ciblage *géographique* peut s'imposer dans des situations d'urgence ou de réfugiés. Généralement, cependant, l'écologie du paludisme dans les pays africains rend le ciblage géographique peu pratique (contrairement à ce qui se produit, par exemple, en Asie du Sud, où l'endémicité varie).

⁵ Des participants ont fait savoir que de nombreux agents de santé demandent maintenant que les patients atteints de VIH/SIDA ou de tuberculose bénéficient aussi de moustiquaires en raison de leur immunité réduite.

Enseignements tirés des programmes de subvention ciblés

Les contextes varient. Tous les programmes doivent être réalisés sur mesure et ajustés en fonction de l'écologie du paludisme dans le pays, des politiques nationales, des caractéristiques de la population, de la solidité des systèmes de santé et des autres canaux, ainsi que de la maturité du marché commercial des MII.

Les contextes varient dans le temps. Les programmes doivent évoluer à mesure que les marchés (ainsi que les systèmes de santé et programmes qui se greffent sur un système préexistant) se développent. Ils doivent aussi pouvoir répondre aux changements des besoins de couverture afin de rester axés sur ceux qui sont vulnérables.

La coordination est une rencontre de mentalités différentes. Chaque partie prenante a sa priorité (bénéfice, réduction de la mortalité, engagement communautaire, etc.) qui doit être respectée pour qu'un programme puisse bénéficier de forces complémentaires.

L'approvisionnement est le point vulnérable de la plupart des programmes. L'approvisionnement et la distribution ont de nombreuses facettes (du fabricant au distributeur et ensuite au détaillant situé à distance). L'appui à la distribution (y compris les stratégies de microcrédit) peut être déterminant pour l'expansion. Les innovations sont nécessaires, surtout pour atteindre les plus vulnérables.

Mesurer tant les effets voulus que les effets non intentionnels (pour que les changements soient positifs et pour éviter l'éviction). Examiner la couverture/fourniture de produits subventionnés mais aussi celle des produits qui ne le sont pas. Comment le programme influence-t-il d'autres programmes? Comment intervient-il sur le marché? Comment influence-t-il le système de santé?

Une stratégie pour des moustiquaires nécessite aussi une stratégie des insecticides. On est peut-être encore loin de moustiquaires qui restent durablement imprégnées dans la plupart des pays. Même dans les régions où les moustiquaires sont très utilisées, la réimprégnation est peu fréquente. Les stratégies de réimprégnation peuvent aussi aider à renforcer la demande de moustiquaires.

Localiser les pertes et les utilisations abusives. Les abus sont plus préjudiciables en amont qu'en aval. Il convient de mettre au point des systèmes de suivi et d'ajustement des procédures.

Rechercher les carences. Tout programme n'atteint pas une certaine partie du groupe cible, et il s'agit généralement du groupe le plus vulnérable. La stratégie peut-elle être adaptée pour y remédier (le ciblage des derniers 10 à 20% nécessite proportionnellement davantage de ressources, mais c'est ainsi qu'on peut atteindre les groupes présentant le plus grand risque de mortalité) ?

La modestie au départ, l'ambition ensuite. Les programmes de subvention ciblés doivent être éprouvés au niveau pilote (pour estimer le niveau de la subvention, les obstacles à l'approvisionnement, les procédures d'amortissement ainsi que les questions d'abus et de fraude). Même les projets-pilotes ne doivent comporter que des événements pouvant être développés et « assumés » par les systèmes existants.

La complémentarité est la clé de la couverture. Un programme national nécessite plusieurs stratégies, qui doivent se compléter et non s'opposer. Chaque stratégie doit prévoir les besoins de sa propre transition vers un rôle plus efficace dans l'ensemble.

Mesurer les coûts, mais aussi la couverture et la fourniture afin de surveiller l'efficacité des subventions et d'être en mesure de défendre l'intervention auprès des pouvoirs publics et des donateurs.

- Quoi ?**
- **Le produit et/ou son système de distribution**
 - **Le service de santé**
 - **Le milieu porteur (par ex. la création de la demande)**

Les objets les plus tangibles de la subvention sont la moustiquaire et/ou l'insecticide proprement dits. Tous deux peuvent être proposés à des prix avantageux, voire gratuitement. La subvention peut aussi être séparée du produit (par la distribution de bons, par exemple). Toutefois, étant donné que la fourniture est souvent problématique, certains programmes sociaux visent particulièrement la distribution de moustiquaires (le transport, le stockage, la recherche de revendeurs). D'autres programmes subventionnent le matériel de réimprégnation ou des processus de distribution de ce matériel. Quelques programmes subventionnent un service plutôt qu'un produit ; ils prennent en charge la réimprégnation de moustiquaires dans le contexte des consultations prénatales, par exemple, ou au niveau de la communauté. Pratiquement toutes les interventions MII comprennent des fonds pour la formation et la création de la demande.

- Comment ?**
- **Le réseau de distribution**
 - **Le système de gestion**

Où et quand ? Les programmes basés sur le ciblage biologique atteignent habituellement les populations visées par le biais du système de santé – centres de consultation prénatale, sites des campagnes de vaccination etc. – et la *fréquence* avec laquelle les groupes cibles sont atteints est également influencée par cette décision. Les organisations non gouvernementales (ONG) peuvent offrir un réseau de distribution communautaire (par exemple les groupements de femmes). Les produits du marketing social peuvent être disponibles en des endroits spécifiques. Si le produit subventionné est une moustiquaire commerciale (achetée au moyen d'un bon ou d'un coupon, par exemple), on peut utiliser les réseaux du secteur privé. Certains programmes subventionnent le réseau proprement dit. À titre d'exemple, on peut offrir des primes aux agents de santé pour la distribution des moustiquaires ; ou des commissions aux détaillants pour traiter les bons ou les coupons.

Par qui ? Plusieurs partenaires sont susceptibles d'être chargés de la gestion des divers aspects d'un programme de subvention ciblée. Les solutions actuelles font intervenir divers groupes et,

dans ce cas, la coordination des rôles et des responsabilités devient un impératif majeur.

Combien de bénéficiaires – pendant combien de temps ?

Combien y aura-t-il de bénéficiaires (autrement dit quelle sera l'échelle du programme)? La réponse dépend de la capacité de couverture du système de distribution utilisé ainsi que des fonds disponibles à cet effet. Le *temps* pendant lequel la prestation pourra être fournie dépendra aussi de la source de financement et du système d'approvisionnement. Ainsi, la fréquence et la durée des programmes MII qui se greffent sur des campagnes de prévention de la rougeole seront directement liées à de tels efforts de rattrapage.

Parmi les questions fondamentales qui animent tous les programmes, la première qui se pose est de savoir qui seront les bénéficiaires. Tous les autres aspects du programme sont fondés sur la détermination du groupe cible. Quel est l'accès de ces personnes aux produits et services? Quelle est la capacité relative des systèmes de distribution qui les desservent déjà? Que peuvent-elles payer? Que souhaitent-elles?

2.3 Variables et étapes-clés de la conception du programme

Variables-clés de la conception

Trois questions contextuelles examinées en détail à Lusaka influencent la conception d'un programme MII ciblé.

La maturité du marché. L'approvisionnement proprement dit est l'élément central de toute stratégie MII. Les moustiquaires doivent être livrées, tout comme l'insecticide. Souvent ces deux éléments sont initialement réunis, mais il faut aussi des insecticides plus tard pour la réimprégnation. La fourniture est le point potentiellement vulnérable de tout programme MII. On estime que les objectifs d'Abuja nécessiteront la distribution annuelle de 32 millions de moustiquaires. Or les moustiquaires sont encombrantes et difficiles à transporter et à stocker. Comme leurs prix se situent dans une fourchette de l'équivalent de US\$ 1–15, elles représen-

tent un investissement majeur pour l'Africain moyen tout comme pour le magasinier moyen, ce qui fait de la sécurité de l'approvisionnement une question très importante.

Le secteur privé a l'expérience de l'approvisionnement, du stockage, de la distribution et de l'établissement de prix compétitifs pour ces produits. Dans la mesure où un marché commercial peut répondre aux besoins d'un nombre croissant de gens, le secteur public aura moins à intervenir. Le contexte économique dans un pays donné est dès lors une variable déterminante de tout programme MII subventionné.

La figure 1 donne un aperçu d'une combinaison de types de marchés. On trouve à gauche les pays ne disposant de pratiquement aucun marché MII commercial : seuls les plus riches pourront trouver des moustiquaires et en payer le prix, le secteur public devant intervenir pour que le reste de la population en reçoive. A droite se trouvent les pays dont les marchés commerciaux sont arrivés à maturité. On trouve des moustiquaires jusque dans les zones rurales et les prix compétitifs les rendent accessibles à tous sauf aux plus démunis. La barre horizontale représente ceux qui ne seront jamais en mesure d'acquérir des moustiquaires, indépendamment du prix.

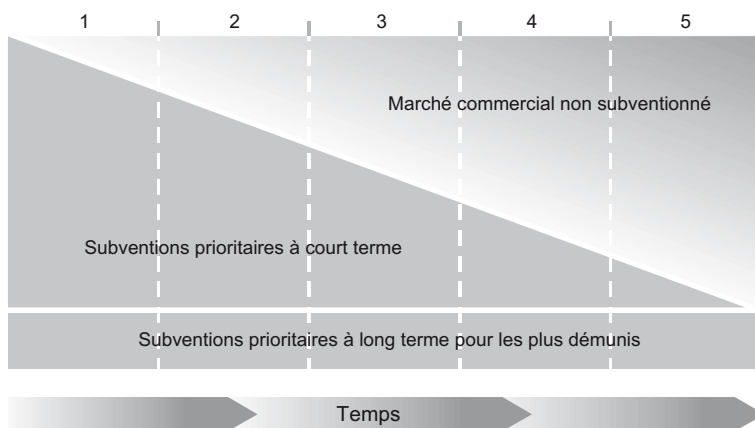


Figure 1. Stratégie RBM pour développer l'utilisation des MII⁶

La plupart des pays africains se situent environ à mi-chemin, s'appuyant sur une combinaison de stratégies pour utiliser efficacement les fonds tout en atteignant les divers segments du groupe cible.

⁶ Adapté du *Cadre stratégique*.

Il peut être difficile de progresser de la gauche vers la droite du diagramme. Le passage à des marchés plus efficaces et de plus grande maturité nécessite :

- **des politiques nationales d'appui (ou produisant des conditions favorables)** (une structure fiscale et tarifaire qui ne décourage pas les producteurs et les fournisseurs de MII)
- **des stratégies de segmentation** (qui n'offrent pas de moustiquaires subventionnées à ceux qui ont les moyens de les acheter – éliminant ainsi le marché commercial)
- **des stratégies d'amorçage** (qui créent la demande de moustiquaires, laquelle incite les producteurs à se lancer et à développer la distribution)
- **la surveillance des effets de l'intervention** (portant sur les segments subventionné et non subventionné, pour s'assurer que la population à risque est desservie et que les marchés se renforcent).

Les stratégies de transition peuvent comporter le co-marquage et le transfert éventuel d'un produit de vente subventionnée au secteur commercial (ce qui est la voie choisie avec l'étiquetage des préservatifs dans de nombreux programmes de planification familiale). Cela peut avoir pour effet de transformer un programme subventionné de moustiquaires gratuites en système d'échange contre des bons dans les zones où le secteur commercial est suffisamment développé pour réagir. Il peut s'agir d'un appui de courte durée permettant aux unités mobiles d'« amorcer » les détaillants ruraux ou pour établir des liens entre les groupements de femmes au moyen de programmes de microcrédit afin de transférer la charge de l'approvisionnement des moustiquaires, ainsi que les recettes, aux communautés locales.

Segmentation de la population ou du marché. Le ciblage sous-entend la segmentation. Un programme MII ciblé ne représente qu'une partie d'un effort de prévention plus large. Les coordonnateurs de programmes nationaux sont chargés de déterminer de quelle manière les groupes biologiquement vulnérables seront atteints. Ils doivent s'assurer que les zones urbaines et rurales seront toutes deux desservies, décider du degré des abus par des groupes plus aisés et de la proportion des non-desservis qui seront jugés supportables dans les zones d'accès difficile, et veiller à ce que ceux qui n'ont pas bénéficié de subventions aient néanmoins

accès aux MII. La justification d'un programme doit être déterminée dans le contexte de cette stratégie globale.

La segmentation du groupe cible est toujours liée à la question de la maturité du marché. Qui a les moyens de s'offrir quoi et comment l'obtenir ? Une segmentation efficace et réelle suppose aussi une surveillance attentive d'autres aspects. Par exemple, les groupes des individus biologiquement vulnérables et des économiquement faibles se recoupent-ils suffisamment pour que la couverture puisse être assurée au moyen d'une seule stratégie ? (Qui fréquente réellement le centre de consultation prénatale ? Quel est le pourcentage d'enfants se présentant pour une vaccination DTC3 ?).⁷ La population cible des campagnes de rattrapage de la vaccination contre la rougeole (jusqu'à l'âge de 15 ans) est différente de celle d'un programme MII. Quel est le chevauchement des groupes des moins de cinq ans d'une campagne à l'autre ? Quels sont ceux qu'on n'atteint pas ? Autant de questions qui deviennent de plus en plus pertinentes à mesure que la base de couverture initiale est atteinte, et non le contraire.

Questions relatives au système de santé. L'accès de la population cible à un système de prestation des soins de santé est une variable essentielle pour la conception de nombreux programmes. L'intérêt porté à cette question peut également en faire ignorer une autre tout aussi importante : la capacité des systèmes de santé à distribuer les produits. Les infrastructures de santé africaines sont pauvres et la situation s'aggrave, surtout depuis la propagation du VIH/SIDA. Se greffer sur ces systèmes de distribution peut se révéler impossible sans l'offre d'une rémunération additionnelle (comme cela a été souligné dans plusieurs exposés à l'atelier). Le surcroît de travail peut selon le cas affaiblir les services habituels et avoir des répercussions. De tels effets non intentionnels sont rarement surveillés et doivent être mieux compris.

La longévité des différents systèmes, de même que leur capacité et leur portée, varie. Les campagnes de vaccination antirougeoleuse de rattrapage peuvent être une occasion pour fournir des MII (ou remettre des bons) au cours des quelques années à venir. Mais ces campagnes sont appelées à disparaître.

⁷ En Afrique subsaharienne, l'utilisation des services de santé par les quintiles les plus nantis est deux fois plus importante que celle des plus pauvres. Ceux qui n'ont pas bénéficié des interventions dans les centres de santé sont dès lors probablement les plus vulnérables. Parmi ceux qui se sont présentés mais qui ont manqué le jour de la distribution, les plus pauvres auront plus de mal à revenir (Source : OMS et UNICEF. *The Africa Malaria Report 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/MAL/2003.1093).)

Étapes de base de la conception d'une stratégie de subvention

La conception d'une stratégie de subvention ciblée peut être considérée comme un processus en 10 étapes comme celui illustré à la figure 2. Un programme solide nécessite un lien entre les besoins et les ressources (montré au bas de l'illustration) ; il s'agit aussi de savoir quels sont les avantages qu'il conviendrait d'apporter et la manière de le faire. Le processus est aussi itératif : la surveillance doit conduire à une réévaluation permanente des stratégies, et en fin de compte au passage à un autre programme.

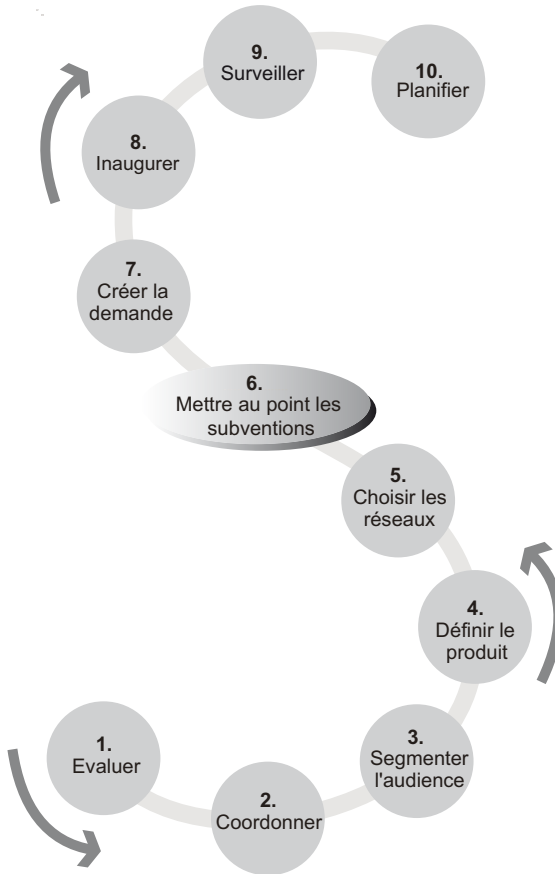


Figure 2. Étapes de la subvention ciblée

Étape 1 – Évaluer

Examiner les groupes cibles et les programmes actuels visant à les atteindre, la maturité du marché, les politiques officielles, les systèmes de distribution possibles, la mesure dans laquelle la moustiquaire est entrée dans les mœurs, les obstacles et les encouragements à l'utilisation des MII et à la réimprégnation, ainsi que les ressources disponibles.

Étape 2 – Renforcer l'engagement, coordonner

Lancer le processus de coordination avec les partenaires. Pour réaliser un partenariat mixte, commencer le processus très tôt, au niveau de la conception (plutôt que de la réalisation). Ratisser large. Faire des rencontres face à face. Plaider la cause des MII auprès des pouvoirs publics selon les besoins. Associer le secteur privé. Avoir des contacts fréquents pour s'assurer que les responsabilités sont claires et que les différents calendriers seront respectés.

Étape 3 – Segmenter le groupe cible (*Qui ?*)

Décrire avec précision les populations bénéficiaires. Analyser comment les différents segments peuvent ou ne peuvent pas se recouper (les plus exposés biologiquement et les plus désavantagés du point de vue socio-économique). Estimer les abus (MII obtenues par des gens relativement aisés) et le pourcentage de ceux qui en ont particulièrement besoin et qui risquent de ne pas en recevoir (non-bénéficiaires à haut risque). Justifier cette segmentation dans le contexte d'autres stratégies existantes. Tenir compte de ceux qui sont exclus des subventions.

Étape 4 – Définir le produit ou le service (*Quoi ?*)

Décrire le produit et/ou le système de distribution, le service ainsi que les éventuelles activités d'appui qui seront subventionnés.

Étape 5 – Choisir les réseaux de distribution et des responsabilités administratives (*Comment ?*)

Indiquer à quel endroit et à quel moment le groupe cible sera atteint (ainsi que le réseau de distribution choisi) et quels seront les partenaires responsables.

Étape 6 – Mettre au point le mode de subvention

Spécifier la forme et l'importance de la subvention ainsi que les sources de financement, préciser tout nouveau processus (lié à la subvention) qui doit venir compléter les systèmes en cours pour assurer la distribution et le suivi de la subvention. Établir le coût du programme (le coût du lancement ainsi que des coûts projetés à moyen et à long termes pour évaluer la pérennité). Prendre les décisions dans le cadre d'un processus conjoint avec les partenaires.

Étape 7 – Assurer la formation et les essais et créer la demande

Élaborer le système permettant de remettre la subvention et de servir les bénéficiaires. Les préparer à demander et à utiliser la subvention. Ajuster les systèmes compte tenu des réactions obtenues pendant cette phase préparatoire.

Étape 8 – Lancer et gérer le programme

S'assurer que toutes les composantes du système sont synchronisées, se comprennent et comprennent leurs rôles respectifs. Réaliser une mise en œuvre progressive, coordonnée, avec des acteurs motivés.

Étape 9 – Surveiller et ajuster le programme

Suivre les progrès accomplis et souligner ce qui fonctionne et ce qu'il y a lieu de changer. Choisir des indicateurs pour examiner la couverture (marchés subventionnés et non subventionnés); l'origine des produits (subventionnés et non subventionnés); les effets sur le système de distribution et l'approvisionnement; le coût; les abus et la fraude.

Étape 10 – Planifier la stratégie de sortie/transition

Déterminer *à quel moment* la stratégie ne sera plus nécessaire, appropriée ou exécutable (au moyen d'indicateurs-clés ou de la suppression progressive). Proposer des variantes de la stratégie qui permettront un passage en douceur à une couverture plus efficace du groupe cible. Ces différentes étapes sont exposées en détail à l'Annexe A.



3. Méthodes et meilleures pratiques

Quatre méthodes mises en évidence à Lusaka sont examinées ci-dessous en tant qu'exemples au niveau pays. Elles ne sont pas exhaustives, mais représentent un choix des tentatives qui ont été faites dans une série limitée de conditions locales.

Un grand nombre des situations présentées ci-dessous était des programmes-pilotes ou à échelle réduite. Les réalités de la mise en œuvre de la plupart des programmes au niveau national ne sont pas encore connues. De plus, les données relatives aux coûts associés aux méthodes ne se prêtent pas à des comparaisons utiles. Néanmoins, on peut tirer des succès et des carences des divers programmes des enseignements qui sont analysés ci-dessous à la lumière des principes exposés dans le *cadre stratégique*. Ce sont en particulier les considérations de *couverture et de répartition équitable*, d'*effets du marché* ainsi que le résumé final des *avantages et des difficultés* que reflète ce débat général.

Les méthodes ont été classées par ordre de maturité du marché des MII, autrement dit, en partant du côté gauche de la figure 2. Aucune ne se rapporte à la situation des moustiquaires gratuites pour tous (ce qui pourrait se produire, par exemple, dans une situation d'urgence au niveau de la première étape). Par ailleurs, aucune ne concerne l'étape 5 (dans laquelle des produits commerciaux peu coûteux pourraient être achetés par tous). Toutes les méthodes visent le même but : atteindre des segments spécifiques de la population d'un pays dans le contexte d'un marché mixte en mutation.

3.1 Moustiquaires gratuites fournies par le biais des services de santé

Description – (qui, quoi, comment ?)

Dans cette première méthode, les moustiquaires sont achetées sur le marché international au moyen de fonds provenant de donateurs, pour être ensuite livrées dans les zones périphériques et distribuées gratuitement aux groupes biologiquement vulnérables à l'occasion de contacts spécifiques, limités dans le temps, avec le système de santé. Les variantes décrites à Lusaka sont notamment :

- la fourniture gratuite de MII aux personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans pendant les campagnes de vaccination antirougeoleuse ;
- la fourniture gratuite de MII aux femmes enceintes à l'occasion d'une consultation prénatale.

La subvention (fonds publics et fournis par les donateurs) couvre le prix total des moustiquaires imprégnées, l'achat et l'acheminement aux bénéficiaires et, dans une certaine mesure, l'information de la communauté et la création de la demande.

Théoriquement, les exemples présentés à Lusaka pourraient être étendus au niveau national. Or les programmes nationaux s'écarteraient de ces programmes-pilotes à différents titres. En particulier la distribution lors d'une consultation prénatale serait un processus continu, alors que l'exemple donné est celui d'une campagne limitée dans le temps. La distribution occasionnelle ou sporadique de moustiquaires gratuites est difficile à réaliser dans le cadre d'un service systématique car les femmes ne se rendent généralement à la consultation prénatale qu'une ou deux fois en fin de grossesse. Un système de distribution permanent permettrait d'atteindre davantage de femmes, mais il nécessiterait aussi davantage de fonctions à assumer, comme le stockage des moustiquaires, leur livraison et des systèmes administratifs, ainsi que l'incorporation dans les méthodes de formation et les activités quotidiennes des centres de soins prénatals. La distribution de MII dans le contexte de campagnes de prévention de la rougeole ne varierait pas spécialement lors d'un passage à l'échelle nationale

³ Toutes les présentations et rapports des groupes de travail sont disponibles sur le CD-Rom du projet NetMark (mél: behaviorchange.aed.org).

étant donné qu'il s'agit d'une stratégie qui est déjà coordonnée avec un effort de mobilisation périodique. Cependant, même considérée à l'échelle nationale, la question de la « durée » se poserait toujours du fait de la suppression progressive des programmes de vaccination anti-rougeoleuse de rattrapage.

Le financement nécessaire à un programme de moustiquaires gratuites à grande échelle ne serait pas possible avec le niveau d'engagement actuel des donateurs. Des programmes de moustiquaires gratuites au niveau national ne sont donc guère probables à l'heure actuelle.⁸ La fourniture de moustiquaires gratuites est généralement limitée dans le temps et dans l'espace par les intérêts et les priorités des donateurs. La fourniture coïncide plus ou moins bien avec des besoins convenablement circonscrits. Un aspect important consiste à bien tirer profit d'une subvention ponctuelle assez importante en l'intégrant dans une stratégie à long terme. L'examen qui suit traite de la méthode des moustiquaires gratuites dans ce contexte complexe.

Contexte : les éléments essentiels

La distribution gratuite de MII par ce type de réseau aux groupes biologiquement visés peut être particulièrement efficace dans les régions connaissant un faible niveau de développement du marché commercial et du marché subventionné mais des services de santé relativement efficaces. Les programmes de santé sous-jacents doivent atteindre des pourcentages élevés de la population cible pour que l'investissement en faveur des MII permette d'atteindre un degré de couverture élevé.

Un autre élément essentiel est un système de fournitures médicales approprié. La réussite dépend de la distribution efficace, massive, du niveau central au niveau périphérique (un programme sera pour cette raison nettement moins onéreux s'il peut se greffer sur un système d'approvisionnement existant).

Les moustiquaires étant distribuées gratuitement dans une zone restreinte et pendant une période limitée, les planificateurs doivent examiner les effets éventuels sur tout autre programme de

⁸ Le présent document ne traite pas du dialogue continu au sein de la communauté des donateurs en ce qui concerne les questions éthiques et économiques liées à la fourniture gratuite de MII (soit à des segments spécifiques ou à l'ensemble de la population). On soutient souvent que les MII devraient être fournies à grande échelle et durablement par les autorités et les donateurs de la même façon par exemple que d'autres services prénatals et les vaccins de l'enfant.

MII (système à base communautaire ou marché commercial naissant). Un ciblage sérieux doublé de communications efficaces peut considérablement limiter les effets sur d'autres systèmes de distribution. Lorsque les MII sont distribuées dans une zone restreinte, il faut aussi prévoir des plans pour faire face à d'éventuelles répercussions politiques ou sociales (on voudra savoir pourquoi un certain groupe reçoit des moustiquaires et pas un autre, comme cela s'est produit dans les exemples présentés ici).

Enfin, un programme de MII qui se greffe sur d'autres systèmes peut avoir des effets tant négatifs que positifs sur les programmes de santé existants. Le fait d'anticiper et de surveiller les nouveaux avantages comme les nouveaux inconvénients résultant de l'adjonction de l'approvisionnement de MII contribuera à atteindre l'effet de synergie.

Exemples: le Ghana et le Kenya (voir encadré)

Les participants ont donné deux exemples :

Ghana – atteindre les enfants de moins de cinq ans lors d'une campagne de prévention de la rougeole dans un district ayant une population totale de 90 642 personnes (population cible des moins de cinq ans : 28 973).

Kenya – atteindre les femmes enceintes à l'occasion des consultations prénatales dans 35 (des 72) districts, pour une population totale de 17 187 976 personnes (population cible de 864 900 femmes enceintes).⁹

Couverture et répartition équitable

Atteindre les enfants. La distribution équitable de MII lors d'une campagne de prévention de la rougeole présente un grand potentiel en raison de la couverture en moyenne élevée des campagnes de rattrapage en Afrique (plus de 90%). Pour cela, il faut :

- calculer le nombre de moustiquaires nécessaires dans les centres de santé individuels ou les centres extérieurs (si les réserves s'épuisent, cela peut aussi compromettre

⁹ Kenya Malaria Information Service (KMIS). Données pour 2002. KMIS, Division of Malaria Control/MOH. www.KMIS.org (accès le 9 novembre 2003).

Exemples

GHANA – Atteindre les enfants dans le cadre d'une campagne de prévention de la rougeole

En décembre 2002, un projet pilote dans le district de Lawra a permis de distribuer gratuitement, au cours d'une campagne de prévention de la rougeole, 14 600 MII. Parmi les donateurs figuraient le service de santé du Ghana, la Croix-Rouge ghanéenne, la Croix-Rouge américaine, les Rotarians Against Malaria, ExxonMobil, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et Agrimat Ltd. Les deux derniers groupes ont acheté les moustiquaires et les ont acheminées du Viet Nam à Accra. Des véhicules de la Croix-Rouge ont distribué les moustiquaires au district et dans les 10 sous-districts. Le personnel de santé local a ensuite rassemblé les moustiquaires et les a acheminées par les moyens de transport locaux (motos ou véhicules tout terrain) aux 28 centres de vaccination.

Il s'agissait de 4520 moustiquaires de longue durée et de 10090 moustiquaires préalablement imprégnées d'insecticide. La Croix-Rouge a formé des volontaires à distribuer une moustiquaire par famille ayant un enfant de moins de cinq ans. Pendant les entretiens de fin de campagne, 78,7% des familles entrant en ligne de compte ont indiqué avoir reçu une moustiquaire.

KENYA—Atteindre les femmes enceintes lors des consultations prénatales

En mai 2002 le Gouvernement du Kenya, l'UNICEF et l'OMS ont coopéré dans le but d'offrir des moustiquaires gratuites aux femmes se présentant dans les centres de consultation prénatale de 35 districts. L'UNICEF avait acheté les moustiquaires en République-Unie de Tanzanie et le projet DELIVER de l'USAID les a transportées jusqu'aux districts. Le personnel des centres a pris livraison des moustiquaires et les a transportées (par autobus public ou par moto) jusqu'aux centres.

L'opération portait sur 70000 moustiquaires et nécessaires de réimprégnation. Chaque district a reçu 2000 moustiquaires. Les centres se sont chargés de l'imprégnation; certains ont procédé par trempages avant la distribution, d'autres ont donné aux mères les moustiquaires avec l'insecticide et les instructions nécessaires. Près de 15% des moustiquaires ont été distribuées sans avoir été imprégnées ou accompagnées d'insecticide.

En 12 semaines, 53% des moustiquaires ont été distribuées aux utilisateurs, et on estime que près de la moitié des MII restantes ont atteint les centres.

la demande concernant l'autre intervention, comme cela s'est produit dans un cas);

- décider du nombre de moustiquaires à remettre par famille, de la nécessité de les inscrire et de la façon de procéder (une moustiquaire par famille ou une par enfant? Inscription sur la carte de vaccination?);

- concevoir une stratégie de couverture à long terme pour ce groupe d'âge (parce que les campagnes de prévention de la rougeole sont intermittentes et sont appelées à disparaître progressivement).

Dans le projet-pilote du Ghana, 93,2% des enfants concernés ont été vaccinés contre la rougeole pendant la campagne.¹⁰ Pendant les entretiens de sortie, 78,7% des mères ayant un enfant de moins de cinq ans ont déclaré avoir reçu une moustiquaire. Parmi les personnes s'occupant d'enfants (interrogées lors d'une étude post-campagne sur les ménages) qui avaient reçu une moustiquaire, 60,2% affirmaient que leur benjamin avait passé la nuit précédente sous la moustiquaire.¹¹ Le premier problème semble concerner la fourniture et la distribution, le deuxième la communication et le comportement (voir ci-dessous).

Atteindre les femmes enceintes. La distribution de moustiquaires par la voie des centres de soins prénatals se heurte au problème des femmes qui, d'ordinaire, se rendent dans les centres à différentes périodes de l'année (comme indiqué précédemment, cette considération serait très différente si la distribution de moustiquaires gratuites était intégrée dans un service de distribution courant). Les considérations liées à la couverture sont les suivantes :

- une population qui change (chaque mois un nouveau groupe entre en considération pour une période de neuf mois) ;
- les différences, selon les cultures, en ce qui concerne les mois pendant lesquels les femmes se rendent à la consultation prénatale. (Dans certains pays, les femmes ne parlent pas de leur grossesse tant qu'elle n'est pas visible, ce qui réduit encore plus la durée de la période de fréquentation des centres.¹² Toutefois, dans certains pays, la fourniture de MII a incité des femmes à se manifester plus tôt).

¹⁰ Sauf indication contraire, toutes les données relatives aux manières de procéder ont été fournies par les orateurs participant à l'atelier au sujet de leurs propres programmes.

¹¹ Grabowsky M et al. *Mass distribution of insecticide-treated bednets during a measles vaccination campaign: methods and cost* (manuscrit non publié).

¹² En Afrique, près de 40% des femmes enceintes se rendent pour la première fois dans un centre de soins prénatals pendant le deuxième trimestre de la grossesse, environ 25% dans le troisième (Source: UNICEF, OMS. *Antenatal care in developing countries: promises, achievements, and missed opportunities. An analysis of levels, trends, and differentials, 1990–2001*. Genève, UNICEF, OMS, 2003.)

- l'évaluation correcte, dans ce contexte, du nombre de moustiquaires nécessaires pour chaque centre.

Au Kenya, chaque district concerné s'est vu attribuer 2 000 moustiquaires à distribuer par les centres, vers la fin du mois de mai 2002 (afin de commémorer la Journée africaine du paludisme). Chaque district a également décidé de la manière d'attribuer ses moustiquaires aux différents centres. Sur les moustiquaires achetées, 53% avaient été distribuées à des femmes vers la mi-juillet; 77% des moustiquaires qui étaient arrivées dans le district avaient, estimait-on, été distribuées aux centres à ce stade.¹³ Parmi les femmes interrogées qui s'étaient rendues dans le centre les semaines où les moustiquaires étaient disponibles, quatre sur cinq ont dit qu'elles avaient reçu des moustiquaires. Il est difficile de déterminer la proportion de femmes entrant en ligne de compte dans chacun des différents districts qui ont effectivement reçu des moustiquaires (dans ces districts, il y a eu 864 904 grossesses en 2002¹⁴). A la suite de divers problèmes de distribution, cinq districts n'ont pas été desservis.

La plupart des centres n'avaient pas assez de moustiquaires pour en donner à tous les visiteurs pendant la campagne, ce qui a amené certaines infirmières à n'en remettre qu'aux femmes venant de zones où le risque de paludisme était élevé.

Dans les deux cas, la fourniture, les problèmes de transport et la difficulté d'estimer la quantité de moustiquaires par centre de consultation a beaucoup influencé le degré de couverture atteint. Les deux campagnes étaient des actions isolées visant à tester certaines stratégies et à encourager la poursuite d'une extension du programme.

Effets sur d'autres programmes MII (et sur la maturité du marché)

Cette méthode fournit gratuitement des moustiquaires à un groupe biologique complet (sans distinction socio-économique) et pourrait de ce fait influencer négativement d'autres programmes de fourniture de moustiquaires dans la région. Théoriquement, elle

¹³ Guyatt HL et al. Free bednets to pregnant women through antenatal clinics in Kenya: a cheap, simple and equitable approach to delivery. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:409-420.

¹⁴ KMIS, 2002.

se prête aux régions dépourvues de tout marché commercial de moustiquaires ou dont le marché est appelé à se développer. Dans ces conditions un financement important et durable est indispensable pour maintenir le degré de couverture.

La distribution publique à grande échelle de moustiquaires sur une courte période tend à sensibiliser la population au problème et peut contribuer à faire entrer la moustiquaire dans les mœurs. Lorsque les campagnes se terminent, elles laissent probablement derrière elles une demande accrue, et dans ces conditions elles servent à amorcer le marché (du côté du consommateur) à moyen terme mais freineront probablement le développement d'autres sources à court terme.

Paradoxalement, un programme de distribution gratuite de moustiquaires dont le succès n'est que partiel coexistera mieux avec un autre programme MII dans la région. À titre d'exemple, le personnel du programme kényen estimait que le nombre de moustiquaires distribuées était trop faible pour remplacer les ventes potentielles. En un sens le programme était principalement destiné à la sensibilisation et pouvait donc stimuler les ventes. Cela dit, un programme gratuit qui crée une demande impossible à satisfaire compromet la crédibilité du système de santé.

Étant donné le coût des programmes de moustiquaires gratuites et la difficulté de les rendre permanents, une solution consiste à distribuer des MII uniquement dans les régions qui en ont un besoin urgent. Cela peut cependant soulever des problèmes, à moins que la région soit relativement isolée (ou clairement reconnue comme étant dans une situation d'urgence). Au Ghana, les planificateurs envisageaient de distribuer des moustiquaires dans certains sous-districts seulement, mais l'assemblée des districts a considéré que cette manière de procéder était politiquement inacceptable (en fait, d'autres districts s'étaient plaints d'être exclus).

Effets sur le système de santé

Le lancement d'une campagne coordonnée faisant intervenir différents secteurs du système de santé ainsi que plusieurs groupes non gouvernementaux est une entreprise de taille. Les réalisateurs des programmes ghanéen et kenyan estimaient que la planification aurait pu commencer plus tôt et que les face à face des représentants jouent un rôle déterminant. Dans les deux cas, des

équipes extérieures aux pouvoirs publics se sont chargées des achats et des aspects les plus lourds de la distribution. DELIVER (un projet USAID) s'est occupé du transport au Kenya, la Croix-Rouge au Ghana. Cela a diminué les coûts et considérablement réduit le poids de la logistique.

Le système de santé local doit être préparé à gérer la masse, souvent inattendue, de moustiquaires et au minimum la dernière partie du transport. Dans les deux pays, les agents de santé ont transporté ces moustiquaires sur des bus, des motos et des véhicules tout-terrains. Dans toute campagne, les agents de santé doivent suspendre leurs activités normales et se charger de beaucoup de tâches nouvelles. On peut diminuer la charge supplémentaire causée par la distribution des MII si, comme cela s'est fait au Ghana, on forme des volontaires qui auront des contacts avec les clients bénéficiaires, distribueront des moustiquaires et tiendront les dossiers.

En théorie, la livraison simultanée de deux types de biens ou services recherchés en un même lieu devrait créer une demande supplémentaire pour les deux produits. Or, le programme ghanéen a permis de constater que 24,8% de ceux qui s'étaient rendus dans les centres de vaccination avaient été motivés par la promesse de recevoir une MII.¹⁵ Le programme kenyan n'a pas permis de constater un tel effet, mais il ne comprenait aucune activité de stimulation de la demande.

Abus et fraude

Comme dans la plupart des programmes de fourniture de moustiquaires, la fraude a tendance à être plus grave aux niveaux supérieurs du système. Le transport de quantités importantes de moustiquaires peut représenter des difficultés particulières mais aussi des tentations. Lors d'une campagne, le respect de délais de livraison serrés exige un suivi fastidieux.

Le principal problème constaté au Ghana et au Kenya était la non-livraison des moustiquaires pour de simples problèmes de transport (dans un district, le responsable de la santé avait pensé à tort qu'il pouvait transporter des moustiquaires sur son cyclomoteur).

¹⁵ Grabowsky M. Linking distribution of insecticide-treated nets to a measles vaccination campaign achieves high, equitable and rapid coverage at low cost (*Bulletin of the World Health Organization*, March 2005, 83 (3)).

Les deux programmes ont aussi permis de constater que les abus se produisaient « à l'intérieur du système » et résultaient dans une large mesure de priorités en concurrence. Un district du Kenya a décidé de donner des moustiquaires aux personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans (alors qu'elles étaient destinées aux femmes enceintes). La plus grande partie des abus non comptabilisés a eu lieu dans les grands hôpitaux de district. Au niveau des centres de soins prénatals, 4% seulement des moustiquaires ont disparu.

Le suivi des moustiquaires est, lui aussi, important. Dans ces pays, les agents de santé ont utilisé les listes de bénéficiaires disponibles pour consigner les distributions de moustiquaires. Au Kenya, les surveillants comparaient les registres des visiteurs dans les centres de soins prénatals au nombre de moustiquaires distribuées afin de détecter les problèmes. Au Ghana, une étude de suivi effectuée environ 11 mois plus tard a permis de constater que 2% des bénéficiaires interrogés avaient vendu leur moustiquaire. Ce problème risque de s'aggraver à mesure que le nombre de familles détenant au moins une moustiquaire augmente.

La remise à un autre bénéficiaire est un autre problème courant qui doit être traité au moyen de messages de communication.

Promotion et changement de comportements

La moustiquaire est un produit apprécié dans pratiquement tous les pays africains. La nouvelle d'une distribution gratuite peut suffire pour attirer la foule. Or, l'utilisation correcte des moustiquaires peut présenter des problèmes. Les points-clés sont les suivants :

- à qui est destinée la moustiquaire (qui entre en ligne de compte) ?
- à quel membre de la famille faut-il donner la priorité ?
- à quel moment faut-il utiliser la moustiquaire (toute l'année) ?
- comment mettre la moustiquaire en place ?
- comment imprégner ou réimprégner la moustiquaire ?

Pendant les campagnes, les simples difficultés logistiques du transport, et le peu de temps que passe le préposé à la distribution avec

Réflexions sur la méthode

Avantages

Les avantages sont notamment les suivants :

- accès à un groupe cible, biologique, vulnérable, spécifique ;
- répartition équitable de la couverture, pouvant être la même que pour des interventions de santé continues ;
- gratuité pour les bénéficiaires ;
- coûts de distribution réduits (au niveau périphérique) car on se greffe sur un autre programme ;
- potentiel synergique de création de la demande pour les MII et pour d'autres interventions de santé ;
- prise de conscience et création de la demande (à la suite de l'apparition de nombreuses moustiquaires dans la communauté) ;
- possibilité de donner des directives sur l'utilisation et le traitement des moustiquaires.

On a suggéré que la fourniture de moustiquaires renforce également le système de l'intervention initiale. Cela reste à démontrer, et l'inverse est également possible. Il est important de surveiller l'établissement de synergies entre les interventions.

Principales difficultés

Les principales difficultés sont les suivantes :

- le prix d'achat et l'acquisition des moustiquaires (au-delà de ce qui peut être géré par un ministère de la santé) ;
 - la livraison à délai critique de moustiquaires en grand nombre par le fabricant au niveau périphérique ;
 - la participation des agents de santé à la dernière étape du transport des moustiquaires ;
 - une coordination et une communication intensives entre les nombreux partenaires ;
 - la formation et une charge additionnelle pour les agents de santé (appelés à assurer des tâches multiples auxquelles viendrait peut-être s'ajouter la réimprégnation des moustiquaires) ;
 - une bonne mobilisation communautaire et une information appropriée sur l'utilisation des moustiquaires ;
 - les effets sur d'autres programmes qui risquent d'être relégués au second plan ;
 - la difficulté de passer à d'autres méthodes.
-

le bénéficiaire, peuvent souvent nuire aux communications en matière de comportement. Les messages vagues ou non éprouvés sont également néfastes.

Le programme kényen a été confronté à certaines de ces difficultés. Les communautés n'ont pas été informées du programme en soi mais au moyen de messages sur les moustiquaires en général à l'occasion de la Journée africaine du paludisme. L'évaluation a montré qu'un tiers seulement des femmes qui se rendaient à la consultation prénatale pendant la période de distribution savaient que des moustiquaires allaient leur être proposées. Environ 21% des femmes qui ont reçu une moustiquaire ne l'ont pas utilisée avant la naissance de leur enfant parce que l'infirmière leur avait dit qu'elle était « pour le bébé ».¹⁶ La moitié seulement de celles qui ont reçu une moustiquaire ont été informées de la nécessité d'une réimprégnation.

Une évaluation faite 11 mois plus tard a permis de constater que 90% des moustiquaires distribuées étaient toujours dans l'habitation. Dans un district à risque de paludisme élevé, 84% des femmes ayant reçu des moustiquaires les ont utilisées pendant la grossesse, et 91% des nourrissons ont été protégés; dans un district à faible risque de paludisme, 58% des femmes et 80% des nourrissons dormaient sous la moustiquaire.¹⁷

Au Ghana, la préparation préliminaire de la campagne englobait des visites dans chaque habitation par des volontaires de la Croix-Rouge. Une étude portant sur les ménages effectuée cinq mois après la campagne a cependant montré que parmi les familles déclarant avoir reçu une moustiquaire, 60,2% disaient qu'elle était utilisée par le plus jeune des enfants. Ceci pouvait en partie résulter de la saison (les moustiquaires avaient été distribuées pendant la saison sèche) et parce qu'on n'avait pas compris que les moustiquaires devaient être utilisées à longueur d'année. Mais cela peut aussi montrer les difficultés de cibler les enfants de moins de cinq ans. Un autre problème était qu'on avait distribué deux types de moustiquaires préalablement imprégnées et imprégnées d'insecticide à effet particulièrement rémanent, empêchant ainsi la diffusion d'un message uniforme.

¹⁶ Guyatt H, Ochola S. Use of bednets given free to pregnant women in Kenya. *Lancet*, 2003, 362:1549-1550.

¹⁷ Ibid. Seules les femmes qui n'avaient pas eu de moustiquaire auparavant ont été invitées à répondre.

Les agents de santé doivent bénéficier d'une formation pour comprendre quels doivent être les bénéficiaires, et tenir à jour les registres et connaître les points à aborder avec les bénéficiaires, notamment les informations sur la moustiquaire et sa réimprégnation. Les préposés à la distribution doivent aussi être formés à la manière de traiter les moustiquaires et de les réimprégner dans les centres de soins prénatals. Au Kenya, la distribution a été retardée dans certains centres en raison du temps nécessaire pour imprégner des moustiquaires et le manque occasionnel d'eau.

Les campagnes qui se greffent sur d'autres peuvent être organisées pendant la saison la plus favorable ou au contraire ne pas avoir lieu durant la saison la plus appropriée, ce qui soulève d'autres questions comportementales. Les programmes de réimprégnation communautaires ont généralement lieu à l'occasion de la Journée africaine du paludisme, alors que ce n'est pas le cas des campagnes de prévention de la rougeole.

Stratégies de sortie ou de transition

Les stratégies de moustiquaires gratuites peuvent être suivies de périodes difficiles car d'autres programmes et d'autres sources de moustiquaires peuvent être relégués au second plan. Une fois lancées, il est par ailleurs difficile de réduire leur ampleur, pour des raisons politiques. En fait, les programmes de moustiquaires gratuites sont généralement dictés par l'intérêt des donateurs et leur couverture est limitée (approvisionnement, financement incertain). Tant au Ghana qu'au Kenya, ces campagnes ont été des opérations ponctuelles.

Les planificateurs de programmes de lutte antipaludique peuvent s'adresser aux donateurs pour le financement des campagnes de moustiquaires gratuites. Mais les difficultés qui surgissent dans ce cas sont tout aussi grandes, à savoir qu'il faut anticiper les répercussions dans les zones où la population n'a pas, ou pas assez de moustiquaires, examiner les options qui se présentent pour la période *qui suivra* celle de la gratuité des moustiquaires et prendre les dispositions voulues pour que les groupes qui ne bénéficient pas de la distribution gratuite puissent aussi avoir accès à des MII.

Variantes de la méthode

Insecticides pour la réimprégnation obtenus et distribués gratuitement lors d'un contact spécifique avec le système de santé

La distribution gratuite, intensive, d'insecticide par un même type de programme présente à peu près les mêmes avantages mais moins de difficultés que la distribution de moustiquaires (la méthode a été utilisée dans le projet national tanzanien). Les principales différences sont les suivantes :

- l'achat et la distribution peuvent être financés directement par le système de santé (le coût de la réimprégnation est de loin inférieur à celui des moustiquaires, et le matériel de réimprégnation peut être acheminé par la poste) ;
- la distribution complète plutôt qu'elle ne supplante les autres programmes en cours, y compris la distribution commerciale ;
- le fait de concentrer les activités d'information et de création de la demande sur la réimprégnation permet de mettre l'accent sur un message souvent ignoré ;
- les programmes de réimprégnation éveillent l'intérêt pour les moustiquaires et créent la demande (l'inverse n'est pas nécessairement vrai).

3.2 Moustiquaires subventionnées vendues par le biais des services de santé

Description – (qui, quoi, comment ?)

Dans le cadre de cette méthode, les moustiquaires sont achetées sur le marché international avec des fonds provenant de donateurs. Elles sont ensuite emballées, avec un insecticide, sous la forme d'un produit spécifique, stockées dans un système spécial d'entrepôts et distribuées aux centres de santé publique pour être ensuite vendues à des prix subventionnés à des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de cinq ans dans le contexte du service de distribution normal.

La subvention englobe le coût des moustiquaires et de leur emballage, l'acquisition, le stockage et la livraison des moustiquaires aux clients, la formation des agents de santé, la gestion des stocks et la gestion financière et, dans une certaine mesure, l'information communautaire et les activités relatives à la demande.

Dans l'exemple examiné à Lusaka, le système des deux marques a représenté un aspect important de la méthode. Le premier produit était une moustiquaire fortement subventionnée vendue dans les centres de santé ; le deuxième, une moustiquaire destinée à être vendue au détail en milieu urbain. Cette stratégie de segmentation peut contribuer à réduire le problème des moustiquaires subventionnées profitant à des groupes aisés. Elle s'appuie à la fois sur le choix (des groupes différents recherchent un produit différent) et sur l'hypothèse d'un important écart socio-économique entre les zones urbaines et rurales (les différents groupes ont accédé à des produits différents). La moustiquaire plus coûteuse rapporte de l'argent, ce qui permet de contribuer à couvrir les coûts du programme.

Dans l'exemple présenté à Lusaka, l'ONG internationale Population Services International (PSI) a mis au point les deux marques et les a fait connaître. Dans les pays où il existe un marché commercial dans les zones urbaines, seule la marque subventionnée serait nécessaire. Toutefois, la perte de l'autre marque entraînerait une perte de revenus.

Contexte – les points essentiels

La méthode peut se révéler concluante dans les régions où le marché commercial est peu développé mais qui disposent de suffisamment de centres de consultation prénatale et pour enfants de moins de cinq ans dans l'ensemble du pays (surtout dans les zones rurales, où se trouvent les populations les plus vulnérables).

Dans cette méthode de PSI, le programme construit et dote en personnel son propre système de distribution jusqu'au niveau périphérique. Les coûts du lancement peuvent être substantiels (entrepôts, camions et système de stockage complet) mais sont du même ordre que ceux d'une opération du secteur commercial. Les agents de santé locaux sont des membres indispensables de l'équipe. Ils reçoivent une formation et un coffre-fort est construit au centre de santé pour contenir l'argent recueilli auprès des

mères. La réussite dépend beaucoup de l'engagement du personnel de santé local et à cet égard une commission sur les ventes peut faciliter les choses (les effets non intentionnels des tâches supplémentaires, ainsi que l'incitation financière, nécessitent un complément d'étude).

Un autre élément décisif de la méthode est la surveillance régulière sur le terrain. Dans l'exemple du Malawi, les responsables de la santé dans les districts sont des partenaires dans le processus; la gestion totale par les pouvoirs publics nécessiterait trop de main-d'œuvre pour la plupart des pays. La méthode nécessite donc l'engagement durable d'une entreprise ou d'une ONG internationale. Ces coûts sont un facteur à prendre en considération pour la subvention.

Exemple – Le Malawi (voir encadré page suivante)

Les participants ont donné un exemple :

Femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans atteints lors de consultations ambulatoires–Malawi : déploiement dans 26 districts répartis dans le pays, principalement dans les zones rurales – Population totale du pays, 11,7 millions d'habitants (pour 676 250 grossesses annuelles et 2,23 millions d'enfants de moins de cinq ans).¹⁸

Couverture et répartition équitable

La méthode vise à toucher un groupe cible biologique mais aussi des groupes socio-économiques défavorisés au moyen d'une segmentation ville/campagne bien marquée. Les questions de couverture sont notamment les suivantes :

- la capacité d'assurer la même couverture dans le groupe cible biologique que par le système de santé ordinaire ;
- la capacité d'atteindre une répartition aussi équitable qu'avec le système de services ordinaire ;
- la nécessité d'une stratégie pour atteindre les membres du groupe cible « manqués » par le système ordinaire

¹⁸ EHP Working Group. *The Malawi essential health package, 2002/3 FY Plan of Action*. Malawi, EHP Working Group, Ministry of Health and Population, 2002 (les données sont des projections pour 2003 telles qu'annoncées par le Bureau national de la Statistique).

Exemple

Le programme national du Malawi

Contexte. Au Malawi, 90% des femmes enceintes se rendent dans un centre de soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. La couverture du vaccin DTC3 atteint 88%, et 80% de la population vit en milieu rural. Récemment encore, un droit de 35% prélevé sur les importations de textiles entravait la croissance d'un marché commercial de moustiquaires.

Gestion et échelle. S'appuyant sur un district pilote en 1998, Population Services International (PSI) a lancé en 2000 son programme de MII pour la distribution dans des centres, l'ensemble du pays étant couvert en 2002. Le programme a permis de former 280 membres du personnel du district et 1 832 infirmières.

Subventions croisées des moustiquaires. Le programme assure une partie de ses frais d'exploitation grâce à la vente d'une moustiquaire conique bleue portant une marque (attirant les clients aisés) dans les points de vente urbains. Les dispensaires vendent une moustiquaire carrée, verte, portant également une marque, à un prix subventionné (le nécessaire de réimprégnation est également vendu dans ces deux cas). A ce jour, près de 100 000 moustiquaires bleues et 1 million de moustiquaires vertes ont été vendues, dont 374 461 en 2002. Près de 40% des recettes provenaient des ventes de moustiquaires bleues.

Distribution et gestion. Les moustiquaires sont achetées et données par l'UNICEF. Ensuite, PSI gère le système complexe de livraison, de stockage et de distribution, disposant de quatre entrepôts spéciaux, trois camions de cinq tonnes, six véhicules tout-terrains, avec 12 employés à plein-temps et six personnes à temps partiel. PSI assure aussi la formation dans les centres de soins prénatals, supervise le rapprochement des relevés des centres, collecte régulièrement des fonds et verse les commissions aux infirmières.

Approvisionnement et couverture. Depuis mai 2003, on a vendu quelque 100 000 moustiquaires par mois (dont 90% de vertes). La demande réelle au prix **actuel** est estimée à 150 000–200 000 moustiquaires par mois pour au moins un an. Dans l'ensemble du pays, environ 25% des familles ont maintenant au moins une moustiquaire (contre 7% environ en 1998).

(10% des femmes enceintes ou davantage – environ 12% des moins de cinq ans);

- la nécessité d'une stratégie complémentaire pour atteindre les pauvres n'appartenant pas au groupe biologique dans les zones rurales.

Une couverture importante dépend beaucoup du prix de la moustiquaire, qui doit être équitable. Au Malawi, le prix des MII a

progressivement été ramené de US\$ 2 à US\$ 0,65 la pièce. Après la dernière baisse, la demande a fortement augmenté.

La régularité de l'approvisionnement a un effet considérable sur la couverture comme sur l'équité de la répartition. Même dans le cas d'un contrat international, l'approvisionnement peut poser des problèmes. Au Malawi, certains centres connaissaient de longues ruptures de stock (alors même que depuis mai 2003 le fabricant livre plus de 100 000 moustiquaires par mois). Le réseau de distribution influence lui aussi l'équité. Comme les femmes enceintes sont susceptibles de ne se présenter qu'à une seule consultation prénatale, cette visite *doit* coïncider avec un jour où les moustiquaires sont disponibles. Celles qui vivent près du centre (et qui sont dès lors déjà moins vulnérables) ont de plus grandes chances de pouvoir revenir une autre fois. Au Malawi, les moustiquaires sont livrées une fois par mois et le stock est généralement épuisé en deux à cinq jours.

Comme toujours, des enquêtes sur la couverture des ménages doivent être effectuées pour déterminer comment se sont déroulées les ventes, d'autant plus que l'approvisionnement peut être intermittent. (Le système permet-il d'atteindre les enfants de moins de cinq ans au même titre que de femmes enceintes ? Achète-t-on plus de moustiquaires lorsqu'on habite près du centre de soins prénatals que lorsqu'on en est plus éloigné ? Que se passe-t-il quand la couverture augmente et que certaines familles remplissent les conditions requises pour obtenir une deuxième ou une troisième moustiquaire ?)

Effets sur d'autres programmes MII (et sur la maturité du marché)

Les ventes de moustiquaires (et, dans le cas du Malawi, une forte promotion des ventes de MII haut de gamme) contribuent à faire entrer la moustiquaire dans les mœurs et encouragent les achats de MII par tous les groupes. Chacun des produits bénéficie de la disponibilité (et de la visibilité) de l'autre. Au Malawi, à mesure que les moustiquaires subventionnées étaient de plus en plus disponibles dans l'ensemble du pays, les ventes de la marque non subventionnée ont également augmenté. (En 2003, les ventes avaient progressé de 30% par rapport à 2002, constituant ainsi des recettes toujours plus importantes pour couvrir les frais de fonctionnement du programme.)

Toutefois, la méthode des deux marques et le recours à l'interfinancement rendent la concurrence (y compris celle du secteur privé) indésirable.

Comme la vente au détail de la marque subventionnée est strictement interdite, il faut une stratégie complémentaire pour desservir les groupes défavorisés qui n'ont pas accès aux centres de santé (ou qui ne sont pas concernés du point de vue biologique). Au Malawi, une approche communautaire assurée par des ONG (et présentée dans la section suivante) a été utilisée pour remédier au problème.

Effets sur le système de santé

Tant les effets positifs que les effets négatifs de la méthode sur la fourniture systématique des services de santé ont été envisagés, et il est important de surveiller les effets intentionnels ou non.

Comme pour les méthodes des moustiquaires gratuites décrites précédemment, certains partent de l'hypothèse que la demande de MII entraîne aussi une utilisation accrue des autres services de santé. On ne possède cependant pas d'informations permettant de savoir si ceux qui viennent acheter des moustiquaires viennent aussi pour obtenir d'autres services, ou si le fait de devoir s'occuper des moustiquaires détourne les infirmières de leurs autres tâches. En toute logique, on pourrait penser que le surcroît de travail et la prime présentent un risque à cet égard. Dans le cas d'une femme qui ne se rend qu'une seule fois à la consultation prénatale, le jour de la distribution des moustiquaires peut coïncider avec le jour où les autres services sont les plus sollicités.

PSI estime qu'au Malawi, la vente des MII n'a pas de répercussions sur les soins de santé dispensés. L'UNICEF, le Programme national de lutte antipaludique, PSI et l'OMS procèdent actuellement à une étude qualitative de terrain portant sur ces questions pratiques.

Dans ce système, on estime que les primes sont indispensables pour motiver les infirmières et leur apporter une compensation. Au Malawi, l'infirmière en chef touche une commission de 20% sur chaque moustiquaire vendue. Le programme traite uniquement avec cette personne, qui décide ensuite de la répartition. Cela simplifie la gestion, et l'on suppose que l'infirmière en chef rétribue correctement ses collègues afin de préserver leur motivation. On ne voit pas clairement dans quelle mesure le système est équi-

table dans les divers centres et quelles sont les répercussions sur les relations au sein du personnel. Au Malawi, on n'a fait état d'aucun effet particulier résultant de l'attribution de primes aux infirmières. Il s'agit d'un autre aspect qui pourrait faire l'objet d'une surveillance et/ou de travaux de recherche opérationnelle.

Lorsqu'elle est confiée à un organisme extérieur, la méthode n'impose pas de lourdes charges aux autres niveaux du système de santé. Un certain engagement est indispensable pour que les pouvoirs publics puissent garder le contrôle du programme. Au Malawi, chaque visite de supervision doit être faite par une équipe mixte PSI/services de santé du district (ces derniers participant à près de 70% des visites). Cela permet de veiller à ce que les équipes de gestion de la santé des districts s'identifient au programme et à ce que les infirmières comprennent qu'elles ne travaillent pas pour PSI mais que PSI soutient une activité des services de santé du district.

Abus et fraude

La méthode nécessite un contrôle très strict des stocks, la gestion de quantités importantes d'argent liquide réparties dans les zones périphériques et un suivi à tous les niveaux. Dans les centres, il convient de respecter des procédures précises pour garantir :

- qu'une seule moustiquaire puisse être vendue par carte de santé valable ;
- que chaque carte de santé soit tamponnée au moment de l'achat ;
- qu'un reçu soit délivré pour chaque moustiquaire vendue et que les invendus ne quittent pas le centre ;
- que l'argent liquide soit conservé dans un coffre-fort spécial, intégré dans le sol du centre ;
- que le rapprochement trésorerie/stock soit effectué avant le versement des primes.

Au Malawi, les recettes provenant de la vente des moustiquaires sont encaissées à l'occasion des visites de surveillance, une ou deux fois par mois. L'approvisionnement de quelques petits centres de consultation a été suspendu parce que les relevés ne concordaient pas. Jusqu'à présent, les infirmières n'ont pas vendu de moustiquaires à des gens qui n'y avaient pas droit, l'approvision-

Réflexions sur la méthode

Avantages

Les avantages sont notamment les suivants :

- accès à un groupe cible biologique spécifique vulnérable ;
- répartition équitable de la couverture pouvant être la même que pour des interventions de santé continues ;
- point de vente (centre de soins) facilitant le dialogue dispensateur-client sur l'utilisation correcte et la prévention du paludisme ;
- faible coût pour les groupes vulnérables ;
- frais de fonctionnement diminuant à mesure que la couverture s'étend ;
- interfinancement contribuant à amortir les frais de fonctionnement du programme ;
- méthode déjà lancée et fonctionnant en vraie grandeur.

Principales difficultés

Les principales difficultés sont les suivantes :

- le prix d'achat et l'acquisition des moustiquaires (au-delà de ce qui peut être géré par un ministère de la santé) ;
 - le système de distribution et de supervision complexe dépassant la capacité des pouvoirs publics ;
 - le système des deux marques et les subventions croisées dépendent du monopole du marché des MII ;
 - l'effet de la charge supplémentaire imposée aux agents de santé (et leur motivation) est inconnu (examen en cours) ;
 - la fourniture parfois interrompue aux femmes enceintes qui ne savent pas que la distribution mensuelle n'a lieu qu'une fois par mois dans le cadre d'un service de soins qui lui est continu ;
 - la nécessité de disposer d'un programme complémentaire pour les groupes vulnérables pour des raisons autres que biologiques (parce que le marché commercial ne se développera pas) ;
 - il y a lieu de surveiller les détournements vers d'autres pays.
-

nement n'ayant pas permis de satisfaire la demande du groupe cible biologique. Les choses pourront changer en fonction de l'évolution de la situation (si les moustiquaires destinées aux groupes biologiques atteignent le seuil de remplacement ou que l'approvisionnement s'améliore).

Il n'y a pas eu de détournement vers le secteur commercial local en raison des marques distinctives utilisées. Chaque MII subventionnée porte la mention « interdit à la vente », et les quelques exemplaires subventionnés que l'on a retrouvés dans certains magasins ont été confisqués. On a toutefois trouvé quelques mous-

tiquaires dans un pays voisin. Le problème du marché noir transfrontalier de moustiquaires bon marché pourrait se présenter et doit donc être attentivement surveillé.

Promotion et changement de comportements

La présence de MII dans un centre de consultation accroît leur importance, tant pour ceux qui assurent les services que pour ceux qui les reçoivent. La distribution offre aussi de nombreuses opportunités de dialogue.

La formation du personnel de santé doit consacrer une part importante à la gestion de l'approvisionnement et des stocks. Au Malawi, la formation au niveau du district prend une journée complète, tout comme la formation donnée aux infirmières. Cette formation met aussi l'accent sur les questions comportementales.

Au Malawi, seul le produit commercial bénéficie d'une forte promotion. On part de l'hypothèse que le produit subventionné se vendra en raison de son faible prix. Le matériel de réimprégnation ne s'est pas bien vendu. Comme dans tout programme de distribution de moustiquaires, les messages relatifs à la réimprégnation tendent à se perdre ou à être relégués au second plan (le Malawi se dirige vers une approche fondée sur des campagnes pour le problème de la réimprégnation).

Stratégies de sortie et de transition

Les stratégies de transition peuvent avoir pour but :

- d'ouvrir la voie à la croissance d'un marché commercial des MII ;
- de transférer aux pouvoirs publics la gestion d'un programme assurée par une ONG ;
- de réduire la charge imposée aux agents de santé.¹⁹

Dans cette méthode, le coût par MII diminue à mesure que le programme se développe. L'investissement initial d'infrastructure peut être amorti sur une longue période. Le coût du produit diminue avec des achats en gros de lots de plus en plus importants. Selon

¹⁹ Au Kenya, par exemple, les agents de santé distribuent des bons pour un produit subventionné (et ne manipulent donc pas de moustiquaires ou d'argent). Les bons peuvent être échangés dans les points de vente au détail, sur lesquels le programme oriente principalement ses efforts de distribution.

PSI, le coût par moustiquaire livrée au Malawi est désormais inférieur à US\$ 2,00, aucun autre programme n'ayant encore fait mieux.²⁰ Les frais de fonctionnement du programme continuent d'être compensés par l'interfinancement qui générera probablement des recettes croissantes, une situation qui prévaudra tant que les ventes ne souffriront pas de l'apparition d'autres marques. Le Malawi vient d'abaisser les tarifs douaniers sur les importations de textiles ; il sera intéressant de voir comment le marché répondra et comment le programme s'adaptera.

La méthode s'appuie sur des moustiquaires fournies par des donateurs lesquels financent l'ensemble du système de l'approvisionnement, du stockage, de la distribution des primes, mais aussi une gestion efficace. On ne connaît pas à ce jour de programme de même nature géré par des organisations locales (publiques ou privées). Généralement les pouvoirs publics ne disposent pas des ressources humaines et de l'expérience nécessaires pour gérer une telle opération. En théorie, cependant, une gestion locale diminuerait, dans une certaine mesure, la dépendance à long terme vis-à-vis des donateurs.

3.3 Moustiquaires subventionnées vendues par le biais des communautés

Description – (qui, quoi, comment ?)

Dans le cadre de cette méthode, les moustiquaires sont achetées et fournies à des organisations à base communautaire (généralement en passant par une ou plusieurs ONG mères), puis vendues aux groupes vulnérables à des prix subventionnés. Le choix des groupes cibles varie (selon un critère biologique ou social/socio-économique). Une commission fixée en pourcentage des ventes est versée aux groupes locaux, qui reçoivent aussi une formation, généralement assurée par l'ONG concernée et le groupe principal de gestion des MII.

Les participants ont décrit un système fondé sur l'achat centralisé par un donateur de moustiquaires, qui sont ensuite acheminées vers des entrepôts spéciaux (où elles sont emballées avec l'insecticide)

²⁰ Ce prix englobe celui des moustiquaires groupées et toutes les dépenses courantes du programme. Il tient aussi compte des recettes secondaires. Il n'englobe pas les investissements initiaux de lancement du programme.

relevant d'un organisme extérieur, pour être ensuite prises en charge par la ou les ONG concernées et distribuées à la communauté. Une variante de cette méthode prévoit une formation et un appui administratif par des équipes de gestion de la santé des districts.

Plusieurs programmes communautaires sont appliqués un peu partout en Afrique. D'autres variantes courantes se caractérisent par une acquisition et une distribution moins centralisées (il arrive même que les moustiquaires soient fabriquées par des membres du groupe) et de nombreux autres systèmes de remboursement des coûts (fonds renouvelables, formules à durée limitée, micro-crédit et ainsi de suite). Ces variantes influencent bien entendu le coût du programme.

Contexte – les points essentiels

Cette méthode convient particulièrement dans les régions où il n'y a que peu de possibilités d'acquérir des moustiquaires sur le marché à un prix abordable et dans lesquelles l'accès aux centres de santé est plus ou moins difficile. On l'utilise parfois pour compléter la distribution dans les centres et résoudre le problème de l'accès aux moustiquaires par certains groupes. Généralement, le choix des bénéficiaires est une affaire locale. Le ciblage peut-être biologique ou établi en fonction de critères de vulnérabilité fixés par l'ONG concernée ou par la communauté locale (il peut aussi être défini dans le plan stratégique national MII).

La méthode vise généralement à donner à la communauté les moyens d'agir et de décider. De même, les décisions à prendre au sujet des commissions perçues sur les ventes de moustiquaires relèvent généralement des groupes communautaires.

Les ONG sont réputées pour leur capacité à atteindre ceux qui n'ont pas accès aux systèmes officiels. Dans certaines situations, cependant, on peut avoir de nombreuses raisons de coopérer avec des ONG au-delà de la nécessité de combler une insuffisance de la couverture. Leur crédibilité auprès des groupements locaux ainsi que les partenariats établis avec les pouvoirs publics peuvent être des raisons de souhaiter leur collaboration dans la distribution des MII.

Dans les exemples ci-dessous, les programmes bénéficient d'un bon système d'approvisionnement qui s'étend du centre aux zones

périphériques. Par ailleurs, la collaboration d'une organisation mère forte est essentielle pour le réseau des groupes communautaires. La responsabilité de la gestion financière et de la comptabilité est avant tout du ressort de l'organisation concernée.

Exemples – Le Mozambique et le Malawi (voir encadré page suivante)

Les participants à l'atelier de Lusaka ont présenté deux exemples :

- **Au Mozambique, populations rurales peu accessibles, desservies par des groupes communautaires** (deux districts de la province de Zambezia ; zone rurale reculée ; population totale de 400 000 personnes).
- **Au Malawi, populations rurales peu accessibles, desservies par des groupes communautaires** (essentiellement dans des zones rurales reculées ; programme axé sur les 10% de la population n'ayant pas accès à des installations de santé ; population nationale totale d'environ 11,6 millions d'habitants, dont 1 million de personnes sont visées par le programme).

Couverture et répartition équitable

Par définition, les programmes communautaires déterminent les groupes cibles sur une base locale avant tout. La couverture souhaitée (des groupes vulnérables) est ensuite précisée en fonction de critères fixés par l'ONG ou le groupe local (voire par les pouvoirs publics). Ces facteurs déterminent les *bénéficiaires potentiels* et le caractère *équitable de la répartition* potentielle de la couverture ainsi que le nombre de personnes visées.

La réussite d'un programme ne se traduit pas nécessairement par une couverture élevée en valeur absolue. Les personnes les *plus difficiles à atteindre* présentent toujours un problème, mais celles qui sont atteintes peuvent aussi être *les plus vulnérables*, ce qui conduit à un nombre disproportionné de vies sauvées. Une organisation locale peut aussi prendre d'autres mesures qualitatives pour atteindre le but fixé. Il est donc important, dans le cadre d'un partenariat, de bien s'entendre sur les divers objectifs, de mettre au point des procédures et les indicateurs de résultats appropriés, et de négocier la façon de les mesurer.

A Lusaka, les participants ont présenté deux programmes axés sur une couverture différente. Au Malawi, quelque 90% des femmes se rendent au moins une fois à la consultation prénatale au cours d'une grossesse. Les 10% de femmes qui échappent au programme vivent généralement dans des zones reculées et peu-

Exemples

Mozambique

A peine 40% de la population rurale du Mozambique vit dans un rayon de 20 km autour d'un centre de santé. Face à cette situation, les ventes de MII ont été introduites dans la province de Zambezia comme une option pour les conseils communautaires. Leurs ventes complètent celles effectuées dans les centres de soins prénatals et par la voie du marketing social. Le projet-pilote a été lancé dans deux districts en mai 2000 et a récemment été élargi à cinq autres districts. Le programme regroupe le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni, l'UNICEF, World Vision (WV), PSI et les autorités provinciales.

Intégrer l'activité de développement. World Vision agit au niveau local par l'intermédiaire des conseils communautaires formés initialement pour le développement local (un travail de renforcement des capacités). Les conseils communautaires sont composés de volontaires qui suivent plusieurs mois de formation aux méthodes participatives pour évaluer les besoins et déterminer les activités prioritaires. Les conseils communautaires se trouvent tous dans des zones rurales reculées, situées en principe à 15 km ou davantage des centres de santé.

Responsabilité locale. L'UNICEF fournit des moustiquaires et des insecticides et les livre dans un entrepôt PSI, qui se charge du conditionnement et du stockage. World Vision, chargée de rassembler les moustiquaires et de les distribuer aux centres communautaires, gère également le programme au niveau communautaire, recueille le produit des ventes, remet aux conseils communautaires les commissions sur les ventes et supervise l'ensemble de la comptabilité.

Malawi

PSI et l'UNICEF contribuent à un programme communautaire au Malawi visant à desservir une portion d'environ 10% des communautés rurales qui n'ont pas accès aux centres de santé. Par ce programme communautaire, on vend quelques 100 000 moustiquaires par an.

L'achat, la livraison et le stockage sont gérés selon le même principe que pour la méthode s'appuyant sur les installations. Mais cette fois, les ONG et les équipes de gestion de santé des districts réunissent des moustiquaires et les livrent aux communautés locales. Les moustiquaires sont ensuite vendues par les comités de santé des villages ou par des groupes associés aux ONG locales.

Le produit est livré en lots et sans marque. La subvention correspond à la moitié de celle des moustiquaires distribuées dans les centres de santé, l'idée étant que les bénéficiaires sont des groupes non biologiques.

vent bénéficier d'un appui communautaire. Dans la province de Zambezia (au Mozambique), 40% seulement de la population urbaine vit dans un rayon de 20 km autour d'un centre de santé. La possibilité d'obtenir des MII dans le cadre d'un système communautaire est un besoin prioritaire et non secondaire.

Au Mozambique, World Vision collabore avec les conseils communautaires (CC) mis en place conformément aux principes de leur programme de développement régional (et l'approche de programmation de l'UNICEF fondée sur les droits de l'homme). Les conseils communautaires ont été constitués dans deux districts de la province de Zambezia à partir de la deuxième moitié de 2001. Le groupe cible était constitué d'environ 90 000 femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans. En avril 2003, 29% du groupe cible avaient reçu une moustiquaire. Le taux de couverture, qui a varié considérablement selon les régions, dépendait beaucoup de la durée d'activité des conseils communautaires. Dans le district de Qelimane, on a atteint 62% du groupe cible ; dans celui de Mocuba, 25%. Les conseils communautaires sont fondés sur un système de roulement, et la formation ainsi que la préparation communautaire se font quatre mois avant la vente des moustiquaires. Ce type de préparation intensive et le démarrage lent sont typiques des activités participatives au niveau communautaire.

Au Malawi, le programme communautaire fournit des moustiquaires subventionnées aux équipes de santé des districts (en vue de leur distribution aux comités de santé des villages) ainsi qu'aux ONG. Environ 10% de toutes les moustiquaires au Malawi sont vendues au travers de ces groupes.

Effets sur d'autres programmes MII

Généralement, les programmes communautaires sont mis sur pied dans des zones reculées précisément en raison de l'absence de toute autre source de moustiquaires. Il est donc peu probable qu'ils aient un effet négatif sur le marché commercial des moustiquaires ou sur d'autres activités MII. Par contre, les programmes communautaires peuvent être mis en danger par des campagnes de distribution gratuite massives (associées, par exemple, à des campagnes de prévention de la rougeole) en cas de chevauchement des zones concernées.

Effets sur le système de santé

Beaucoup de programmes MII communautaires sont conçus pour compléter le système de santé local et, en fait, pour le soulager quelque peu. Au Mozambique, la direction de la santé de la province de Zambezia aide à choisir les communautés, qui feront souvent l'objet du futur programme de distribution antipaludique du ministère de la santé.

Des équipes de santé des districts sont parfois chargées d'assurer le transport des moustiquaires du district aux zones périphériques et de s'occuper des recettes et des commissions. C'est le cas pour certains programmes au Malawi, où les conseils de santé des villages coordonnent les ventes locales de moustiquaires. Le bon déroulement du transport et des fonctions administratives est une activité qui demande beaucoup d'attention.

Abus et fraude

C'est l'ONG mère (ou parfois l'équipe de district) qui est responsable au niveau communautaire. Ces groupes n'ont pas toujours l'expérience du suivi et de l'efficacité de l'approvisionnement et de la vente de produits. On dispose de peu d'informations sur l'importance et les types de fraude auxquels ces programmes peuvent être confrontés. S'il y a des détournements au profit d'autres groupes que les groupes cibles au niveau communautaire, il est toutefois probable que les moustiquaires seront utilisées en fin de compte par des gens très pauvres car les programmes sont mis en œuvre dans les zones reculées. Mais comme dans tout programme MII, il faut surveiller les abus et ajuster les méthodes pour que les moustiquaires soient utilisées par les bénéficiaires prévus.

Promotion et changement de comportements

Comme dans tout programme de distribution de moustiquaires, la logistique de la gestion des marchandises et du suivi des ventes et des commissions est complexe, surtout dans les zones reculées. Or les mêmes volontaires doivent aussi promouvoir les MII et communiquer les messages appropriés sur l'utilisation correcte des moustiquaires et leur réimprégnation. Dans l'intervalle, les groupes cibles difficiles à atteindre sont les moins susceptibles d'avoir reçu des messages génériques sur les moustiquaires.

Réflexions sur la méthode

Avantages

- assure une pénétration rurale permettant de toucher les personnes difficiles à atteindre;
- comble les vides laissés par d'autres systèmes de distribution;
- s'appuie sur les structures locales et sur des volontaires locaux
- n'occasionne aucune charge pour le système de santé en place (sauf si on a recours aux équipes de gestion sanitaire des districts);
- assure une organisation administrative (p. ex une ONG) fondée sur la connaissance de la communauté et crédible;
- s'appuie sur les systèmes en place pour identifier les groupes vulnérables;
- abordable pour la plupart des gens;
- facilite la création d'une demande locale (et interpersonnelle) de MII;
- complète d'autres aspects du développement (habilitation locale, production de recettes);
- politiquement sensible.

Principales difficultés

- difficulté de passer à une échelle plus grande (portée généralement limitée à celle des ONG, à leur capacité de formation et à des programmes locaux);
 - nécessite beaucoup de main-d'œuvre; période de formation longue pour tenir compte des divers programmes;
 - la cible des subventions *peut* varier en fonction de critères locaux de vulnérabilité (ce qui rend la couverture plus difficile à mesurer);
 - l'achat et la distribution des moustiquaires nécessitent la coordination de plusieurs partenaires (donateurs, organisations chargées du conditionnement et du stockage, ONG capables de transporter les moustiquaires dans des zones reculées).
-

Une bonne formation des volontaires, axée sur les comportements, est dès lors vitale.

La distribution de MII doit aussi prévoir la promotion des traitements de réimprégnation et l'approvisionnement en insecticides. Le groupe cible étant totalement dépendant du groupe communautaire (en ce sens qu'il n'a pas d'autre accès aux moustiquaires), tous les aspects du programme peuvent être gérés par le groupe local.²¹

Cette association de tâches représente une lourde responsabilité pour les volontaires de la communauté et comporte des difficultés

²¹ Les exposés sur cette méthode n'ont pas mentionné d'activités de promotion (pour les MII ou la réimprégnation) ou au sujet des comportements au niveau des ménages dans les deux programmes.

au niveau de la formation et de la supervision pour tous les groupes qui administrent les programmes.

Stratégies de sortie et de transition

À échelle réduite ou localisée, cette méthode ne menace pas le développement des ventes commerciales et n'impose aucune charge à l'État. Elle fait néanmoins appel à plusieurs systèmes préexistants notamment pour l'achat et la distribution centralisés de moustiquaires et souvent pour la supervision ou la gestion d'une ONG. Généralement, le programme disparaîtra progressivement à mesure que les autres structures cessent d'exister, perdent leur financement ou changent leurs priorités. Comme la méthode s'adresse aux populations d'accès difficile, une approche de ce type sera toujours nécessaire. Les difficultés tiennent aux restrictions de la couverture et à d'autres problèmes de manque d'efficacité (comme de longs délais de mise en route) inhérents aux méthodes participatives, de même que les difficultés rencontrées par les ONG pour passer à des échelles supérieures.

3.4 Bons pour moustiquaires fournis par le biais des services de santé

Description – (qui, quoi, comment ?)

Dans le cadre de cette méthode, les groupes cibles reçoivent des coupons ou des bons permettant d'acheter à prix réduit des moustiquaires sur le marché commercial local. Les bons ont été distribués par divers services de santé aux femmes enceintes et aux personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans. On veut ainsi garantir que les bénéficiaires visés aient les moyens d'acheter les moustiquaires vendues sur le marché dans leurs propres communautés. La subvention stimule donc à la fois l'utilisation des MII et la croissance d'un marché fondé sur la concurrence.

Plusieurs méthodes ont été suivies dans différents marchés. Les facteurs locaux sont notamment :

- le nombre de marques commerciales vendues dans la zone (pour lesquelles les bons peuvent être utilisés) ;

- la fiabilité de la distribution commerciale dans les zones reculées et les solutions retenues pour résoudre les problèmes éventuels ;
- le recours au marketing social pour une marque dans une zone, la décision des pouvoirs publics d'accepter ou non l'utilisation des bons pour l'achat de cette marque.

Tous les programmes de bons nécessitent des *systèmes efficaces d'échange et de remboursement* pour que les détaillants et les distributeurs acceptant les bons reçoivent rapidement la compensation à laquelle ils ont droit. Il faut aussi des *systèmes de suivi vigilants* pour prévenir les abus et l'utilisation frauduleuse des bons. Tous ceux qui participent au programme – agents de santé, distributeurs, détaillants – doivent être formés à l'utilisation de ces nouvelles procédures.

Selon l'état du marché local, les programmes de bons supposent aussi un *amorçage des systèmes de distribution* pour que l'approvisionnement dans les zones reculées permette de satisfaire la demande (surtout dans les phases initiales).

Contexte – les points essentiels

Pour cette méthode, il faut un marché commercial de MII bien développé ainsi qu'une bonne coopération entre les secteurs public et privé et l'acceptation de leurs rôles respectifs. Un réseau de distributeurs de moustiquaires solide, qui communique bien avec les détaillants, est primordial. Un approvisionnement fiable en bons pour les groupes cibles et un processus intégré de remboursement pour les détaillants sont tout aussi nécessaires. Il faut des systèmes administratifs simples mais robustes pour établir la confiance entre les partenaires.

Jusqu'à présent, les programmes de bons se sont greffés sur le système de santé pour atteindre les mères et les enfants (par les centres de consultation prénatale et les campagnes de prévention de la rougeole). Comme les bons sont bien plus simples à distribuer que les moustiquaires, on peut utiliser beaucoup d'autres canaux. Les grands employeurs et les ONG, par exemple, pourraient remettre des bons aux plus vulnérables qui dépendent d'eux et participer à la subvention. Le bon peut aussi être un moyen promotionnel pour l'organisme de financement.

Exemples – Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie (voir encadrés)

A Lusaka, les participants ont présenté quatre exemples, deux programmes-pilotes et deux programmes nationaux planifiés. Tous sont basés sur la remise de bons aux femmes enceintes et aux personnes s'occupant de jeunes enfants à l'occasion de consultations régulières. Les quatre solutions distinctes reflètent des marchés spécifiques et des manières différentes d'aborder le problème des MII et de l'approvisionnement au niveau local.

Programme-pilote

Zambie

Le Zambian National Malaria Control Centre a collaboré avec le NetMark Project de l'USAID pour réaliser un programme-pilote fondé sur des bons dans 24 centres de soins prénatals dans les districts de Kabwe et de Lusaka. On a testé et amélioré les aspects cliniques et commerciaux du programme sur une période de six mois à partir d'octobre 2002.

Se prévaloir des points forts du secteur privé. Un des objectifs du programme était de mettre en place des systèmes administratifs qui contribueraient aux fonctions normales des distributeurs commerciaux et des détaillants (et non de les remplacer). Deux partenaires commerciaux concurrents ont accepté d'acheter, de stocker et de vendre des MII dans plusieurs points de vente proches des centres de consultation. Une fois par mois, les distributeurs visitaient les points de vente au détail pour récupérer les bons et rembourser les détaillants. Leurs propres agents ont certifié que les procédures ont été correctement respectées. Les distributeurs ont soumis les bons et les relevés à NetMark, qui les a remboursés dans les deux semaines. Les partenaires commerciaux étaient satisfaits par l'augmentation de la demande et n'ont pas demandé de commission. En fait, la concurrence pour les bons a fait baisser les prix de deux produits en quelques semaines à peine.

Gérer des produits multiples. Les responsables du programme cherchaient à tirer profit des produits multiples disponibles sur le marché, à donner un choix aux femmes et à stimuler la concurrence entre les marques. Pour cette raison, ils ont créé pour les distributeurs participants une étiquette NetMark à apposer sur les MII pour lesquels les bons pourraient être utilisés. L'étiquette servait à la fois de cachet de qualité et de moyen de traçage.

Anticiper les creux. Les responsables ont constaté que le premier problème était celui de l'approvisionnement. Des « fournisseurs itinérants » ont été engagés pour inciter davantage de détaillants à acheter des moustiquaires en prévision de l'augmentation de la demande. Après l'approvisionnement initial, les détaillants devaient s'approvisionner auprès des distributeurs participant au programme.

Programme pilote

République-Unie de Tanzanie (Projet KINET)

De 1997 à 2000, le projet KINET a distribué des bons pour l'achat de MII aux femmes enceintes et aux mères fréquentant 80 centres de consultation dans les districts de Kilombero et d'Ulanga. La Coopération suisse au développement, les autorités et le Ifakara Health Research and Development Centre ont coopéré à cet effort dans le pays.

Transition à partir d'un programme de marketing social. Le programme de bons a utilisé comme point de départ un système existant, subventionné, de marketing social. Le projet KINET avait initialement mis au point le produit *Zuia Mbu* et assurait sa distribution par des points de vente publics et privés. Dans le programme-pilote de bons, les grossistes achetaient au projet les moustiquaires spécialement étiquetées (pouvant être achetées en échange du bon qui constituait aussi un moyen de traçage).

Des commissions pour stimuler la vente. Les grossistes et les détaillants intervenant dans le programme ont reçu des commissions (ou des crédits à valoir sur l'achat d'autres moustiquaires) en fonction du nombre de bons utilisés. Ils ont aussi reçu une modeste indemnité pour chaque bon. Les grossistes étaient chargés de la collecte des bons et des relevés établis par les détaillants et de gérer les remboursements, ainsi que pour acheminer les bons et les relevés aux responsables du projet. Des agents de vente employés par le projet se sont rendus dans les points de vente pour effectuer des contrôles ponctuels.

- **Projet-pilote en Zambie (zones desservies par 24 centres de deux districts différents) :** Ce projet offrait des bons permettant d'acheter à prix réduit différentes marques de MII par le biais de réseaux de distribution commerciaux habituels. Des fournisseurs itinérants ont assuré quelques approvisionnements ponctuels pour encourager de nouveaux détaillants.
- **Projet-pilote en République-Unie de Tanzanie – Projet KINET (zones desservies par 80 centres de consultation dans deux districts ; population totale : environ 400 000) :** Ce programme offrait des bons permettant d'acheter une marque soumise au marketing social (déjà subventionnée). Il s'appuyait sur des réseaux de distribution et des détaillants établis, initialement avec l'aide du secteur public pour cette marque.
- **Programme national de bons de la République-Unie de Tanzanie (programme prévu–population nationale 33,5 millions ; environ 1,4 million de grossesses par an et cinq millions de moins de cinq ans) :** Les bons seront valables pour les trois marques locales concurrentes. Une unité de logistique centrale veillera à l'approvisionnement avec la coordination des agents

de distribution régionaux et des entrepôts de district désignés (non affiliés à une marque déterminée).

- **Programme national de bons de l'Ouganda** (*programme prévu–population nationale : 21,1 millions ; environ 1,3 million de grossesses annuelles et 5,1 millions de moins de cinq ans*): Les bons permettront d'acheter plusieurs marques concurrentes (importées) qui sont distribuées par des réseaux commerciaux en place ayant des liens particuliers avec les marques. Une unité de gestion centrale s'occupera des stocks et de leur gestion ainsi que du suivi des mouvements de tous les produits et bons.

Les deux projets-pilotes ont été évalués et les enseignements sont présentés ci-après. Étant donné qu'aucun programme de bons pour MII n'a encore été appliqué à grande échelle, les enseignements attendus seront importants. Les propositions de stratégies pour les plans nationaux sont également présentées ci-après.

Couverture et distribution équitable

Les taux de couverture obtenus par les programmes de bons dépendent des mêmes facteurs de base que dans le cas des autres méthodes : prix abordable, accès et demande. Les programmes de bons ajoutent une dimension supplémentaire à chacun de ces éléments.

Coût. Dans les projets-pilotes en Zambie et en République-Unie de Tanzanie (KINET), le prix était un élément décisif. La Zambie a basé sa subvention sur les données relatives à la disponibilité à payer recueillies auprès du groupe cible. Près de 75% de l'ensemble des coupons ont été utilisés. Parmi les femmes qui ne les ont pas utilisés, un tiers environ a dit qu'elles n'avaient pas les moyens et un autre tiers a dit « qu'elles attendaient leur mari ».

En République-Unie de Tanzanie, 97% des bons distribués ont été échangés contre des moustiquaires.²² Cependant, les agents de santé n'ont remis des bons qu'aux femmes qui se disaient disposées à les employer. Les responsables du programme sont partis de l'hypothèse que la plupart des autres ne pouvaient pas se permettre d'acheter une moustiquaire, même à prix réduit grâce à l'utilisation du bon. Une enquête sur les ménages a montré qu'aucune des femmes les plus pauvres de la région n'avait utilisé de

²² Musi A et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount system in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2003, 18(2):163–171.

bon.²³ La sensibilisation à ce système et l'utilisation des bons restaient faibles chez l'ensemble des bénéficiaires potentiels après deux ans d'application du programme. On ne sait donc pas exactement dans quelle mesure d'autres facteurs et le prix peuvent avoir joué un rôle.²⁴

Comme pour le marketing social, les programmes de bons devront peut-être ajuster le niveau de la subvention après vérification du taux d'utilisation des bons et après un examen des autres obstacles.

Contexte. Le « montant qu'on est disposé à payer » est fonction de nombreux facteurs intéressants. En Zambie, les enquêteurs ont parlé à des mères qui avaient reçu des bons au cours des 30 jours précédents. Dans un délai de 30 jours, certaines femmes « qui attendaient leur mari » auraient pu recevoir le montant complémentaire nécessaire pour utiliser leur bon. Les agents de santé auraient aussi pu encourager les femmes à chercher à convaincre leur mari, ou à conserver le bon jusqu'à ce qu'elles aient réuni le montant suffisant pour l'utiliser. En République-Unie de Tanzanie et en Zambie, les agents de santé ont préféré sans attendre écartier du programme les femmes qui n'étaient pas immédiatement intéressées par l'achat d'une moustiquaire (la Zambie a mis fin à cette pratique après un examen de suivi).

Les deux programmes ont permis d'établir que les femmes jeunes, non mariées, se heurtaient à des difficultés particulières. Il est très difficile pour elles de négocier sur des questions d'argent, et souvent elles ne sont pas inscrites—condition bureaucratique qu'il faut remplir dans les programmes de bons (afin que le détaillant puisse être remboursé). Adapter le système de manière à tenir compte de ce groupe à haut risque pourrait augmenter la couverture.

Approvisionnement. Un approvisionnement accessible est l'élément le plus complexe qui conditionne la couverture, et chaque système de bons est différent. Chacun des quatre programmes examinés à Lusaka a étudié cette question de façon approfondie et élaboré des moyens de surveiller et d'améliorer l'approvisionnement de MII à toutes les zones dans lesquelles un centre de consultation aurait à distribuer des bons.

²³ Le plan national relève la subvention de TShs 500 to TShs 2 500. Le prix total d'une MII était d'environ TShs 3000, soit environ US \$ 4,20 (en dollars de 1999).

²⁴ Musi 2003. Au bout de deux ans, 43% des femmes bénéficiaires potentiels avaient entendu parler du programme et 12% disaient avoir reçu et utilisé des bons.

Effets sur d'autres programmes MII (et sur la maturité du marché)

L'introduction d'un programme de bons aura un effet marqué sur tout programme commercial *ou* public de moustiquaires du voisinage. Les effets positifs d'un programme de bons sur le marché commercial peuvent être rapides. Même dans la petite zone-pilote zambienne, les détaillants ont signalé que 50% de leurs ventes de MII étaient dues à l'utilisation des bons dans les deux mois qui ont suivi le lancement du programme. Parallèlement, la concurrence au niveau de ces ventes a aussi influencé les prix (les deux marques les plus chères ont baissé leurs prix pour pouvoir concurrencer la troisième).

La stabilisation d'approvisionnement accru peut prendre plus de temps. Le marché doit réagir à plusieurs niveaux. Les premiers entretiens avec les fabricants, les distributeurs et les détaillants retenus permettent d'identifier les goulets d'étranglement possibles, et les secteurs public et privé peuvent tous deux offrir des moyens de favoriser l'expansion. Tous les programmes de bons doivent être novateurs. En Zambie, les fournisseurs itinérants ont aidé à « amorcer la pompe » jusqu'au moment où l'approvisionnement en moustiquaires s'est stabilisé. L'unité de gestion centrale de l'Ouganda, chargée du suivi des stocks dans l'ensemble du système, constitue une méthode plus radicale. Les équipes régionales et les installations de vente dans les districts envisagés en République-Unie de Tanzanie sont des efforts de coordination avec les réseaux commerciaux de distribution qui encouragent la transition vers une approche exclusivement privée.

Inversement, les programmes de bons qui ne sont valables que pour quelques marques ou quelques points de vente auront pour effet d'écartier les autres. La Zambie a constaté qu'un seul agent de santé peut irriter (ou désavantager) des commerçants locaux en orientant les mères vers des points de vente particuliers. L'établissement de listes de points de vente que les fournisseurs remettront aux clients donnera à ceux-ci des informations utiles tout en évitant le favoritisme (ou la corruption).

À l'évidence, un programme de bons axé sur un seul produit éliminera les autres. Le fait de n'avoir recours qu'à quelques détaillants et distributeurs particuliers affaiblira également la concurrence et restreindra la croissance du marché, à moins de

disposer d'une structure ouverte et énergique pour l'accueil de nouveaux partenaires.

Effets sur le système de santé

Pour le système de santé, le système de bons revient à distribuer des bouts de papier au lieu de transporter des moustiquaires. La composante monétaire disparaît. La tenue des dossiers reste importante (en Zambie, les agents de santé ont dit qu'il leur fallait de deux à cinq minutes par client ; en République-Unie de Tanzanie, cinq à huit minutes). Les avantages de la distribution d'un produit recherché demeurent. Les mères peuvent être attirées au centre de santé par la perspective de recevoir un bon, alors que les agents de santé ont ainsi une cible importante pour leurs messages sur le paludisme.

Les primes ne doivent pas poser de problème. Si l'agent de santé qui distribue des moustiquaires doit recevoir une commission, les projets-pilotes (Zambie et KINET) ont permis de constater que quelques-uns seulement avaient demandé si une telle commission était prévue et qu'ils étaient prêts à participer au programme même en l'absence de prime.

Abus et fraude

Prévention de la fraude. Les programmes de bons peuvent offrir des occasions de fraude. Dans une communauté-type, un bon peut représenter l'équivalent d'un salaire journalier. Étant une forme de monnaie, le bon est beaucoup plus facile à *transporter* qu'une moustiquaire. Il est aussi plus facile à transférer contre un objet autre qu'une moustiquaire. Il peut aussi sembler se prêter à un transfert entre un bénéficiaire prévu et un qui ne l'est pas.

On a conçu, pour chacun des quatre programmes, cinq niveaux de sécurité des bons. Les principes de base sont les suivants :

- **La moustiquaire.** Une étiquette autocollante est apposée sur chaque moustiquaire (par le distributeur ou dans un entrepôt central). Cet autocollant doit être transféré sur le bon à titre de preuve de l'achat lors de l'échange contre une moustiquaire.

- **Le bon.** Il doit être difficile à imiter (par la présence d'un hologramme ou d'un filigrane). Le bon doit pouvoir être tracé jusqu'au centre de consultation. Un système de numéros doit permettre d'établir le lien avec le centre concerné.
- **La procédure suivie au centre de consultation.** La carte de santé du bénéficiaire est tamponnée. Le numéro du bon est inscrit dans un registre au centre de consultation. Le nom du bénéficiaire et d'autres précisions sont inscrits sur le bon. Des informations de même nature sont inscrites sur le talon du bon (ou dans un registre approprié).
- **La procédure suivie pour l'utilisation.** Le détaillant confirme que le bon appartient à l'acheteur et inscrit les informations d'identification de celui-ci au dos du bon ; l'autocollant de la moustiquaire est ensuite appliqué sur le bon.
- **Le processus de remboursement.** Le distributeur vérifie les bons, et compare le nombre des « moustiquaires avec autocollant » invendues aux marchandises fournies et aux bons utilisés. La gestion centrale vérifie les registres des distributeurs et effectue les remboursements.

En Ouganda, l'ensemble du processus est suivi au moyen de codes-barres sur les bons et sur les moustiquaires afin qu'en cas d'irrégularité on puisse remonter jusqu'au détaillant individuel et au bénéficiaire prévu.

Il faut aussi se protéger contre l'ingéniosité de certains participants au programme : en Zambie, un magasin a été rayé de la liste des établissements retenus après avoir remis des moustiquaires à des militaires qui prétextaient que leur épouse n'osait pas sortir. Un centre de consultation avait créé son propre magasin de vente. Un autre encore a demandé conseil après l'apparition d'une figure religieuse qui lui aurait demandé de remettre une certaine quantité de bons à des femmes détenues.

Prévention des abus. Les abus peuvent se produire en amont (certains bons ne donnent jamais lieu à l'achat d'une moustiquaire) ou plus bas (moustiquaires à prix réduit dont profitent des personnes n'appartenant pas au groupe cible). Comme pour d'autres méthodes, ce dernier cas de figure est un inconvénient moindre

Deux propositions de programme national

République-Unie de Tanzanie

En janvier 2004, un système de bons a été introduit dans les centres de soins prénatals et de santé de l'enfant dans tout le pays grâce au financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM). Les bons peuvent être utilisés indifféremment pour les trois marques de moustiquaires produites par des entreprises tanzaniennes (et pour le nécessaire de réimprégnation gratuit), ce qui constitue aussi un appui non négligeable à l'économie nationale.

Aide maximale et distorsion minimale. Le programme vise à stimuler la croissance du secteur commercial tout en garantissant la disponibilité des moustiquaires et des nécessaires de réimprégnation là où les bons sont proposés. Pour garantir l'approvisionnement, les responsables du programme ont conçu plusieurs systèmes de gestion des stocks et d'appui à la distribution :

- **des points de vente fixes** au niveau des districts permettront de maintenir les stocks de moustiquaires et de collecter les bons;
- **des agents principaux** (entrepreneurs) dans chaque région fourniront des moustiquaires aux districts et aux unités mobiles, collecteront les bons et tiendront les registres;
- **une entreprise de logistique** (choisie après un appel d'offres) gèrera le personnel, les véhicules, les systèmes de contrôle et de remboursement des bons, et la formation des détaillants;
- **des équipes régionales** (gérées par l'entreprise de logistique) garantiront les points de vente au détail dans l'ensemble du pays.

Le programme cherche à concilier un appui limité dans le temps, un lien avec le secteur commercial pour garantir la disponibilité des moustiquaires et les efforts pour éviter d'affaiblir les forces du marché libre.

Ouganda

Ce pays se prépare aussi à lancer un système national de bons avec l'aide du GFATM, après l'expérience acquise dans deux districts-pilotes. Les bénéficiaires seront notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans qui pourront être atteints par le système de santé et par d'autres moyens. Le programme fera appel à des distributeurs indépendants (disposant de leur propre réseau de détaillants) mais aussi à un entrepôt et un système de gestion officiels centralisés.

Établissement d'un système intégré. Le ministère de la santé établira une unité de gestion centrale qui supervisera le codage initial par codes-barres et l'acheminement aux distributeurs des MII achetées au niveau international. Il se chargera aussi d'obtenir des bons et de les faire parvenir aux centres de santé, de marquer les bons et les moustiquaires au moyen d'un système d'information et de stockage de pointe, ainsi que du remboursement des distributeurs.

Motivation des distributeurs. Les distributeurs seront chargés de gérer les relations avec leurs détaillants bien établis et du remboursement pour la collecte des bons. Les autorités accorderont des primes aux distributeurs desservant des zones difficiles d'accès ainsi que des subventions pour la publicité en fonction du nombre de moustiquaires vendues.

lorsque la couverture des MII est encore faible, car les moustiquaires finissent généralement par servir à d'autres personnes vulnérables. Mais les planificateurs n'envisagent généralement les programmes de bons qu'une fois le marché bien implanté et avec une demande croissante de moustiquaires.

Pour cette raison, les programmes de bons doivent être accompagnés d'un examen attentif des données issues d'enquêtes sur les ménages afin de déterminer qui est protégé en fin de compte par une moustiquaire achetée à prix réduit. Comme pour les autres types de programme, on évitera d'appliquer les programmes de bons à grande échelle avant d'avoir éprouvé sur le terrain si les différents systèmes ne présentent pas de points faibles et d'avoir pu constater comment la population réagit.

Promotion et changement de comportements

Dans cette méthode, la connaissance et les comportements du groupe cible, du soignant, des agents de santé, des détaillants et des distributeurs sont tous importants.

Un programme de bons efficace comporte un volet consacré à la formation des soignants, tant au niveau du fonctionnement du système que de l'utilisation du bon comme outil éducatif. Dans ce programme, il faut déterminer comment les détaillants seront informés des détails du système (par la voie de leurs distributeurs ? par des visites chez les agents de vente ?). Il faut préserver la motivation des distributeurs et des détaillants si l'on veut maintenir un approvisionnement adéquat des zones cibles. Le programme-pilote zambien a fait imprimer des autocollants et du matériel pour les points de vente afin d'aider la population à repérer ceux qui participent aux programmes et d'augmenter les ventes.

Comme pour les programmes de distribution de moustiquaires, les visites de surveillance et des contrôles inopinés dans les centres de santé et les points de vente aident à identifier les problèmes.

Ce seront toujours les groupes les plus vulnérables qui auront le plus de mal à supporter le coût résiduel qui s'ajoute au montant de la subvention représentée par le bon. Même si les informations concernant les bons se diffusent vite (comme cela s'est produit en Zambie), il est primordial de faire savoir à la communauté à quoi servent ces bons, comment le système fonctionne et pourquoi il est

Réflexions sur la méthode

Avantages

- la méthode favorise la croissance du marché commercial, la concurrence et l'abaissement des prix;
- une grande partie des fonds peut être consacrée directement à la subvention (plutôt qu'au transport, au stockage et à la gestion);
- faible charge de travail imposée au système de santé;
- le système de santé continue de bénéficier de l'attrait potentiel de la subvention (la méthode peut augmenter le nombre de consultations prénatales et améliorer la couverture vaccinale);
- l'éducation pour la santé et le point de contact d'IEC (information, éducation, communication) peuvent s'intéresser à la méthode qui peut être discutée en famille.

Bien qu'à ce jour les bons aient été distribués par le système de santé, ils peuvent aussi l'être par un canal ayant accès à un groupe vulnérable (employeurs, ONG, etc.) Le système de bons offre aussi un moyen efficace pour coordonner les financements de plusieurs donateurs et pour stimuler les contributions privées.

Principales difficultés

Comme aucun programme de bons n'a été appliqué à grande échelle, il reste beaucoup d'inconnues. On sait cependant que:

- la coordination entre les partenaires publics et privés, notamment entre les différents niveaux du marché libre de la moustiquaire, doit être ouverte, créatrice et constante;
 - la fixation du niveau de la subvention est très importante et peut prendre du temps;
 - le coût n'est pas nécessairement le seul obstacle et il convient aussi de surveiller les obstacles en général;
 - les programmes de bons donnent de meilleurs résultats sur des marchés commerciaux arrivés à maturité, mais ceux-ci restent peu nombreux; les programmes sont généralement lancés avant que les conditions soient idéales;
 - l'approvisionnement est à surveiller; le cas échéant, les programmes doivent prévoir l'amorçage du marché dans les zones reculées;
 - les risques de fraude et d'abus varient selon le contexte et nécessitent des systèmes de surveillance adéquats;
 - il faudra lancer et éprouver des méthodes de gestion rationnelles applicables à plus grande échelle.
-

si important et des messages explicites sont indispensables pour les familles qui en ont le plus besoin. Deux ans après le lancement du projet KINET, une enquête sur les ménages a permis de constater que 43% seulement des femmes étaient au courant du

programme. Parmi les bénéficiaires potentiels qui n'avaient pas pris de bon, 63% disaient qu'elles n'avaient pas les moyens de payer la différence. Sans un examen du comportement des autres groupes concernés, on ne peut pas savoir dans quelle mesure le prix et les stratégies de communication ont pu avoir une influence.

Stratégies de sortie et de transition

Les programmes de bons posent deux questions majeures concernant la transition :

Des éléments restrictifs (produits ou moyens de distribution limités) peuvent sembler nécessaires pour des raisons de gestion, afin d'assurer le contrôle de la qualité des moustiquaires et l'approvisionnement adéquat et de rendre gérable la procédure d'échange. Or, ces mêmes éléments peuvent freiner la croissance du marché. Le programme doit comporter un plan pour éliminer progressivement ces restrictions et s'ouvrir davantage aux forces du marché, à mesure que cela devient possible.

Un programme de bons correctement conçu est susceptible d'empiéter sur les ventes d'autres programmes de moustiquaires subventionnées car il permet un choix entre plusieurs produits. De tels effets peuvent être ressentis rapidement. Pendant le projet pilote zambien, par exemple, des centres proches qui vendaient des moustiquaires subventionnées dans le cadre d'un projet CARE ont observé une chute marquée de la demande. Comme c'est le cas avec toutes ces méthodes il faut, au moment de concevoir un programme de bons, réexaminer tous les programmes en vigueur dans la même région afin qu'ils se complètent les uns les autres et que les transitions puissent être planifiées conjointement.

Variante de la méthode

Le bon pour insecticide gratuit, utilisable dans le secteur privé, distribué à l'occasion de contacts spécifiques avec le système de santé

La distribution de nécessaires de réimprégnation n'est pas, au point de vue logistique, aussi difficile que la distribution des moustiquaires. Toutefois, si ces nécessaires sont disponibles dans le secteur privé, le fait de les remettre aux femmes par un système de bons diminue la charge imposée au système de santé. Comme

les nécessaires de réimprégnation n'ont pas la même valeur que les moustiquaires (environ 1/10 du prix), les fraudes et les abus ne sont pas des problèmes majeurs et la tenue des registres ne doit pas être aussi complexe que pour les bons concernant les moustiquaires.

3.5 Autres méthodes

Les méthodes présentées à Lusaka offrent un éventail des expériences nationales et non un répertoire exhaustif. D'autres méthodes ciblées sont notamment les programmes de distribution d'urgence pour les populations de réfugiés, les programmes relevant des employeurs (comme celui de Konkola Copper Mines, en Zambie) destinés à des employés vulnérables, et divers programmes communautaires. Quelques programmes novateurs visent à améliorer l'approvisionnement dans les zones rurales, un problème particulièrement ardu. Par exemple, les boutiques Sustained Health Effort en Afrique orientale offrent aux commerçants des crédits pour distribuer des produits de santé publique tels que les MII. D'autres systèmes de microcrédit liés à l'autonomisation des femmes offrent également des possibilités d'associer une activité lucrative et des objectifs de santé publique.

Il faut d'urgence des méthodes efficaces de réimprégnation des moustiquaires à grande échelle pour tous les programmes MII. Le programme national de la République-Unie de Tanzanie offrira des bons permettant d'obtenir gratuitement des nécessaires de réimprégnation aux personnes amenant leurs enfants pour les faire vacciner. D'autres solutions ont aussi été proposées et consistent à offrir des nécessaires ou des bons lors des semaines consacrées à la santé de l'enfant. Les méthodes du « cycle de vie » visent à avoir plusieurs contacts avec les groupes biologiquement vulnérables pour leur proposer des moustiquaires et un traitement.



4. Questions de portée générale

4.1 Politiques et programmes – et ensuite ?

La majeure partie du présent document a été consacrée aux projets, à la manière de les cibler, de les planifier et de faire ensuite la transition nécessaire. Cependant, à Lusaka, les participants ont admis que la tâche la plus importante des pouvoirs publics et de leurs partenaires était la suite à donner aux projets.

Les *politiques* décident de ce qui est possible pour tout programme ciblé de MII. La première priorité d'un État est de faire en sorte que les politiques nationales en matière de taxes et de tarifs douaniers, la simplification des règlements sur les insecticides et les contrôles de qualité des moustiquaires vont dans le sens des objectifs des programmes nationaux de lutte antipaludique. Les économies liées à la prévention du paludisme justifient la fourniture des produits visés.

La taxation des importations peut protéger les économies locales naissantes. Toutefois, de simples aménagements, tels que la suppression des taxes sur le pourcentage de fil utilisé pour fabriquer les MII peut rendre ces dernières plus accessibles. Les procédés transparents, tels que les appels d'offres concernant l'achat de lots importants de moustiquaires, peuvent contribuer à la croissance des fabricants locaux. Ajouter des insecticides appropriés à la liste des médicaments essentiels aidera à résoudre le difficile problème de la réimprégnation.

Avant tout, il faut que les partenaires de RBM s'engagent à coopérer pour fournir des moustiquaires à la population, et cela à long terme. Les programmes au coup par coup échouent non seulement parce qu'ils n'atteignent pas la couverture nécessaire, mais aussi parce qu'ils se nuisent les uns les autres et affaiblissent souvent le marché local des moustiquaires. Ils peuvent aussi semer

la confusion dans les groupes cibles si les messages sont peu clairs ou n'ont pas été correctement éprouvés, si les communautés voisines semblent traitées de manière inéquitable, ou si la distribution des moustiquaires n'intervient pas dans le cadre d'un plan ou n'est pas accompagnée de messages relatifs à la réimprégnation. Enfin, les services proposés un jour et pas le suivant peuvent saper la crédibilité du système de santé. L'objectif doit être l'établissement de programmes complets dont les activités complémentaires reposent sur une justification explicite.

Des programmes-pilotes sont essentiels pour tester les stratégies et définir des méthodes sûres. Mais pour être réellement efficaces, ces programmes devraient pouvoir être reproduits tels quels, ou du moins avec un minimum de changements, dans des conditions réelles et à plus grande échelle.

4.2 Pendant combien de temps ?

Les objectifs à court terme déjà fixés à Abuja pour 2005 par les Chefs d'État africains ont aidé les autorités nationales et les donateurs à mettre l'accent sur la mortalité due au paludisme. Pour de nombreux pays le plus urgent est non seulement de sauver des vies humaines mais aussi de faire preuve de la capacité d'appliquer des programmes efficaces. Le paludisme est actuellement une des deux ou trois principales priorités pour les grands mécanismes de financement internationaux.

À Lusaka, il a beaucoup été question de l'intérêt actuel des donateurs pour la lutte contre le paludisme et de son caractère durable ou non. Des comparaisons ont été faites avec la priorité accordée par les donateurs à la vaccination de l'enfant. L'enseignement tiré de cet effort-là est qu'en dépit de l'attention accordée par les donateurs à des vaccins spécifiques, la couverture par le DTC3 a stagné ou même reculé dans toute l'Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie. Il faut qu'en Afrique le véritable objectif soit, comme dans le reste du monde, l'amélioration de la fourniture systématique des services. Les donateurs aussi sont responsables. À moins qu'ils n'envisagent de financer et de fournir des moustiquaires destinées à tous les citoyens africains, il est prudent de considérer les campagnes et autres activités à court terme comme des occasions spéciales dans le contexte des plans à long terme et non des initiatives visant à les remplacer.

4.3 Les moustiquaires dans l'habitation – et ensuite ?

Le présent document traite aussi en grande partie de l'approvisionnement. Les moustiquaires sont un produit. La première tâche est de les acquérir et de les distribuer. Leur utilisation, qui vient ensuite, est une intervention qui relève du comportement. La complexité de ces comportements est un aspect qu'on a souvent tendance à perdre de vue en s'efforçant de veiller au transport des moustiquaires d'un point à un autre à un prix abordable.

Tout projet, toute communauté confrontée au paludisme, doit aussi sensibiliser et créer une demande, tout en faisant entrer la moustiquaire dans les mœurs. Aucun opprobre n'est lié au paludisme, mais il existe une certaine indifférence. Chaque femme enceinte et chaque enfant ont le droit de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, et l'urgence de cette question doit être soulignée à tous les niveaux.

La demande est également liée au prix. Mais le fait de se concentrer sur le prix revient aussi à ignorer d'autres contraintes. Il est extrêmement difficile de savoir quel est le rôle joué par le coût dans une transaction qui ne se fait pas. Toutefois, il est clair que les groupes cibles occupent le niveau le plus bas de la famille et de la société, et que le processus de décision familiale est déterminant. La recherche qualitative peut aider à identifier les principaux avantages et motivations pouvant induire un changement du comportement dans la famille. Un mot d'encouragement entre femmes, un message clairement conçu pour le mari ou le père peuvent faire la différence. Même les messages en apparence les plus anodins qui n'ont pas été préalablement testés peuvent conduire à des malentendus et se révéler néfastes.

On admet par hypothèse que la plupart des communautés savent que les jeunes enfants et les femmes enceintes devraient dormir sous des moustiquaires distribuées dans le cadre d'un programme, et l'on considère souvent qu'une moustiquaire vendue sera toujours utilisée. La réalité démontre souvent le contraire. Une fois de plus, les obstacles varient et doivent être compris.²⁵ Trop souvent, on part du principe que la distribution de nécessaires de réimprégnation – gratuite ou à un prix modique – aboutit automatiquement à l'imprégnation, mais là aussi la réalité s'avère souvent différente.

²⁵ Ils changent aussi constamment. Au Ghana, certains ont mis en place les moustiquaires mais n'ont pas dormi dessous, croyant qu'il suffisait pour être protégé de dormir à proximité.

Bien que la réimprégnation soit plutôt considérée comme une question qui se pose « en aval », l'imprégnation n'en demeure pas moins l'*élément central* tant que l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet prolongé à un prix abordable ne sera pas généralisé. Les moustiquaires non imprégnées ne tuent pas les moustiques et leur effet sur la communauté est nul. On n'accorde pas suffisamment d'attention à l'approvisionnement ou aux questions comportementales entourant l'imprégnation. Les MII ont remplacé en tant qu'objectif les pratiques consistant à tremper des rideaux, des draps de lit ou autres. Il reste que pour ceux qui n'ont pas de moustiquaire, de telles pratiques restent valables. Une préparation soignée des messages et une mobilisation efficace permettraient à tous les bénéficiaires potentiels de tirer profit de la distribution gratuite de nécessaires d'imprégnation ou d'un trempage communautaire subventionné, qu'ils aient ou non une moustiquaire.

4.4 Suivi et évaluation

Pour planifier, évaluer et ajuster les programmes de MII dans le temps, il faut disposer de données fiables. Tant les données sur les aspects *approvisionnement* (informations sur la distribution et l'accessibilité des moustiquaires) et *consommateur* (informations sur la propriété et l'utilisation par les familles) doivent être obtenues aux niveaux national et de district.

Le premier objectif d'un programme national MII est la couverture des groupes vulnérables. Les indicateurs fondamentaux de RBM sont utiles à cet égard (voir encadré).²⁶ Pour comprendre les questions de couverture et interpréter la manière dont les programmes doivent y répondre, les données doivent être dissociées en fonction de la situation économique et sociale, de la répartition urbaine/rurale et de la zone géographique. Cette image globale révèle des besoins réels et devrait conditionner le ciblage du programme.

Pour savoir qui dort sous une MII et si la moustiquaire a été imprégnée, ainsi que pour répondre aux questions et « pourquoi » et « pourquoi pas », on a souvent besoin d'informations qualitatives.

²⁶ Stratégie de subvention ciblées pour des programmes de moustiquaires imprégnées d'insecticide à l'échelle nationale

Indicateurs

Le Groupe de travail RBM chargé de la recherche sur le suivi et l'évaluation a mis au point une matrice des indicateurs d'impact et des méthodes destinés à la collecte d'informations sur l'ensemble des questions relatives aux subventions ciblées découlant du *cadre stratégique* RBM. Les domaines de mesure fondamentaux, en plus des trois énumérés ci-dessous, sont l'amorçage du marché, le secteur privé, le milieu favorable et les situations d'urgence.

1. Propriété et utilisation

- % des ménages ayant au moins une moustiquaire.
- % d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire ou une MII, la nuit précédente.
- % de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire ou une MII, la nuit précédente.
- % de femmes en âge de procréer ayant dormi sous une moustiquaire ou une MII, la nuit précédente.
- nombre de moustiquaires par famille propriétaire de moustiquaires.
- % de moustiquaires distribuées par le secteur public, le secteur privé et les ONG.

2. Réimprégnation

- % de moustiquaires réimprégnées une fois/plusieurs fois/au cours des 6–12 derniers mois (conformément aux recommandations).

3. Apport de subventions ciblées

- % du groupe cible qui utilise des produits subventionnés.
- % du groupe cible indiquant qu'ils n'ont plus de moustiquaires parce qu'elles sont trop chères.

A) Produits subventionnés

- % de points de vente potentiels qui reçoivent effectivement les produits.
- % de produits arrivant jusqu'aux points de vente.
- % du groupe cible recevant effectivement des produits.
- % de produits subventionnés qui parviennent au groupe cible.
- % de produits subventionnés reçus par des personnes n'appartenant pas au groupe cible pertes.

B) Bons et systèmes analogues

- % des points de vente offrant ou acceptant des bons.
- % du groupe cible se présentant dans les centres de consultation [a].
- % des personnes du groupe ci-dessus qui reçoivent des bons [b].
- % des bons acceptés par le groupe cible (fonction de [a] × [b]).
- % des bons utilisés pour obtenir un produit MII.
- % des bons utilisés pour obtenir un autre produit.

C) Impact des subventions sur le marché commercial

- % des points de vente stockant des produits MII.
 - % des points de vente prêts à vendre des produits MII contre des bons.
-

Une des plus grandes difficultés de la surveillance tient à ce que les données réunies sur un certain programme et ses bénéficiaires cibles (sans aucune information concernant la situation plus générale) peuvent induire en erreur. Une seule habitation peut être un microcosme de beaucoup d'effets du marché. Les mesures concernant l'approvisionnement doivent tenir compte de la distribution par le secteur public et de la distribution commerciale dans une région donnée, car les deux types de distribution s'influencent constamment. Les mesures concernant les ménages doivent examiner la propriété et l'utilisation familiales, aussi bien des produits subventionnés que de l'ensemble des moustiquaires.

Par ailleurs, l'approvisionnement n'est pas seulement une question de nombre de MII ou de nécessaires de réimprégnation dénombrés par les audits des ventes au détail, des centres de consultation et des ventes en gros. Les enquêtes sur les ménages doivent indiquer clairement l'accessibilité des produits. À quelle distance le groupe cible se trouve-t-il du point de distribution de MII le plus proche ?

Enfin, il faut des procédures de surveillance bien conçues. Les visites d'encadrement, l'examen des stocks et procédures des centres de consultation et des détaillants, ainsi que les observations effectuées dans les habitations sont plus révélateurs que les chiffres.

4.5 Calcul des coûts

Les autorités, les donateurs et le public en général veulent que les programmes soient rentables. La tâche la plus évidente consiste à déterminer la subvention appropriée pour une moustiquaire donnée. Il apparaît qu'aucun programme n'y parvient du premier coup. Il est très important de partir de données réelles sur les consommateurs. Il faut aussi savoir ce qu'ils consacrent déjà aux antipaludiques et quel est l'impact économique des épisodes de paludisme sur les ménages. On doit demander aux consommateurs le montant qu'ils sont disposés à consacrer à l'achat d'une moustiquaire. On aboutit ainsi à un premier compromis en fonction des fonds dont on dispose pour atteindre le groupe cible. Ensuite, c'est le suivi qui doit prendre le relais.

Commencer à un niveau élevé, en captant ainsi les premiers utilisateurs parmi les groupes les plus aisés mais aussi les plus

Coûts monétaires – Le départ

Les coûts monétaires d'un programme MII réunissent souvent des contributions des pouvoirs publics et des donateurs. Selon le type de programme, ceux-ci peuvent englober:

Le coût des politiques et des partenariats

- Réunions des parties intéressées pour clarifier et affiner les politiques; pour coordonner les plans de programmes et leur lancement.

Les produits et leur gestion

- Processus d'achat des moustiquaires (lancement et évaluation des offres) et le coût des moustiquaires elles-mêmes.
- Achat des nécessaires de réimprégnation.
- Conditionnement et éventuellement groupage.
- Conception et impression des bons.
- Transport des moustiquaires (international, dédouanement, mouvement vers les districts et les centres de santé ou d'autres points de vente).
- Stockage/sécurité des moustiquaires aux endroits de stockage avant la livraison.
- L'établissement des procédures de stockage et de suivi, matériel pour la tenue des dossiers.
- Gestion de la trésorerie et des bons et procédures de vérification.
- Activités d'amorçage du marché (par ex. appui de la distribution commerciale).

Personnel, motivation, formation et supervision

- Conception et établissement des programmes/matériels de formation (logistique/administration et communication).
- Salaires et primes.
- Commissions sur les moustiquaires (pour les distributeurs, les agents de santé, les communautés).

Création et stimulation de la demande

- Conception et fourniture des stratégies/matériels.

Recherche et surveillance continue

- Consommateur, couverture et diverses enquêtes de marché.
- Recherche opérationnelle pour tester les stratégies et surveiller les contraintes ainsi que les effets indésirables.

Administration et assistance

- Autres frais directs et indirects et frais généraux locaux.
- Aide de consultants internationaux/ONG, frais de fonctionnement et frais généraux associés aux programmes.

susceptibles d'adopter un nouveau comportement, constitue une méthode classique et systématique. En effet, on peut toujours baisser les prix par la suite, alors qu'il est beaucoup plus difficile de les relever (ce principe s'applique aussi, bien sûr, aux opérations concernant les moustiquaires gratuites car l'abandon de la « gratuité » se révélera politiquement délicat). Lorsque le programme prend de l'ampleur, les économies d'échelle feront baisser les prix. Les responsables du programme doivent être prêts à réévaluer le niveau des subventions compte tenu de beaucoup de facteurs tout au long de l'exécution du programme.

Si les familles sont intéressées par le prix d'une moustiquaire, les autorités et les donateurs se préoccupent plutôt du *coût du programme par MII livrée*. C'est ce coût qu'on évalue généralement pour déterminer le rapport coût-efficacité, même si l'on sait très bien qu'il est difficile à établir avec précision. C'est là une tâche qu'il convient de confier à des économistes de la santé, qui doivent aussi participer à la planification du programme ainsi qu'à son évaluation. Les comptes doivent être établis de manière à ce que les coûts puissent faire partie intégrante d'une surveillance systématique du programme.

Le coût réel des activités englobe les coûts directs et indirects (ainsi que les frais généraux) de tous les partenaires, ainsi que les coûts d'opportunité pour les partenaires et les bénéficiaires. Les coûts monétaires directs à tout point de l'évolution d'une activité sont complexes (voir encadré). Dans les programmes MII, le temps et les coûts d'opportunité que demandent les divers partenaires peuvent être cruciaux pour le fonctionnement de base du programme. Un programme qui se greffe sur le système de santé imposera à celui-ci des contraintes difficilement chiffrables sans une surveillance effective des pratiques et des effets indésirables. Les contributions des consultants internationaux et des ONG, qui sont probablement financées par une association de donateurs, peuvent être décisives pour la conception, l'exécution et le caractère durable d'une opération donnée.

Le coût d'un programme varie dans le temps. La conception et le lancement des activités comportent de nombreuses dépenses ponctuelles. Pour que l'analyse soit précise, elles devraient être amorties sur la durée totale du programme. Ne serait-ce que pour cette raison, le coût par moustiquaire devrait diminuer avec le temps. Les coûts du programme varient également en fonction de

l'échelle des activités. Même s'il faut plus de fonds pour atteindre davantage de bénéficiaires, les économies d'échelle devraient rendre le programme de plus en plus rentable à mesure qu'il se développe. Parallèlement, ce développement risque d'absorber une part excessive des ressources disponibles et conduire à un degré de simplification préjudiciable à l'impact du programme. Les derniers à en bénéficier risquent alors d'être exposés aux plus grandes contraintes. Les formes nouvelles pourront donner lieu à des abus. Les effets conjugués de ces différentes forces sont difficiles à prévoir.

Enfin, le coût d'un programme doit aussi tenir compte des effets sur d'autres activités relatives aux moustiquaires dans la région. Quel est l'effet global sur la couverture et sur la force du marché ?

Vu la complexité de ces questions et l'absence de données précises sur les coûts des programmes à grande échelle, on a évité dans le présent document de comparer les coûts des différentes méthodes suivies. Dans les divers exposés présentés à Lusaka, on a souvent avancé des chiffres relatifs à des composantes de programme pendant une période et pour une échelle données. Or, les éléments de coût envisagés n'étaient pas comparables entre les programmes. De plus, les différences d'échelle et de durée rendraient de telles comparaisons illusoire de toute façon. Cela dit, l'évaluation du coût des vies sauvées, ou potentiellement sauvées, au moyen d'un programme MII est l'argument déterminant à faire valoir auprès des autorités et des organismes de financement. Des données précises sur le coût et les avantages prouveront aussi que les pays concernés ne peuvent se permettre de laisser, même une petite partie de la population, sans la protection de MII.



5. Conclusion

Le titre du présent document est en soi l'un des objectifs premiers des programmes nationaux de lutte antipaludique : les stratégies à suivre pour que les MII soient accessibles à un prix abordable à *grande échelle*. Or on comprend encore assez mal comment il faut appliquer les méthodes suivies car on manque d'expérience. Bon nombre d'activités présentées dans le document relevaient de programmes ou de plans-pilotes. Ces « meilleures pratiques » donnent un aperçu de ce qui a donné satisfaction, des difficultés rencontrées et de la manière d'améliorer la planification.

On peut tirer deux enseignements majeurs des exposés présentés à Lusaka. Le premier est que les responsables de programmes sont toujours en train d'apprendre au sujet de ce qui fonctionne et doivent rester ouverts pour apprendre les uns des autres. Toute expérience sur le terrain donne des informations d'une valeur inestimable sur la complexité du comportement des usagers, sur le fonctionnement du marché, les systèmes de santé et la manière de les superviser. Il ne s'agit aucunement de favoriser une concurrence entre les stratégies, mais de rechercher les caractéristiques propres à assurer des programmes durables et équitables.

Le deuxième enseignement est que ce qui donne satisfaction dans un pays, *avec le temps*, est souvent une association de stratégies adaptées aux réalités locales plutôt qu'une méthode donnée immuable. Un programme concluant permettra une transition vers une association de plus en plus rentable d'activités à mesure que les détenteurs de MII deviennent de plus en plus nombreux et que le marché correspondant évolue. La surveillance des indicateurs-clés guidera ce processus d'ajustement et d'innovation, qui doit se refléter dans l'équilibre entre les rôles des secteurs public et privé et des donateurs. Pour les gestionnaires des programmes, le plus difficile est peut-être de faire preuve à la fois de la clairvoyance et de la réactivité nécessaires – pour répondre aux besoins des enfants d'aujourd'hui comme de demain – pour répondre aux besoins des enfants d'aujourd'hui comme de demain même si les stratégies qui conviennent le mieux peuvent à chaque méthode peuvent initialement sembler contradictoires.



Annexes

Annexe A

Étapes fondamentales pour la conception d'une stratégie de subvention en faveur de groupes cibles

Étape I – Évaluer

Examiner les groupes cibles et les programmes actuels visant à les atteindre; la maturité du marché; les politiques officielles; les systèmes de distribution possibles; la mesure dans laquelle la moustiquaire est entrée dans les mœurs; les obstacles et les encouragements à l'utilisation des MII et à la réimprégnation; ainsi que les ressources disponibles.

Qui est vulnérable? Quelle est la couverture actuelle?

Écologie du paludisme, degré d'immunité; qui est vulnérable et à quel moment de l'année?

Programmes actuels de MII et de réimprégnation

Détenteurs actuels de moustiquaires

Taux de réimprégnation actuels

Capacité/intention de payer à l'heure actuelle

Nature du marché

Quantité de moustiquaires disponibles sur le marché et leur(s) origine(s)

Approvisionnement/disponibilité des moustiquaires dans les différentes régions

Type de produits (regroupés avec des nécessaires de réimprégnation?)

Moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet prolongé?)

Prix

Politiques

Taxes et tarifs douaniers sur les importations de produits textiles

Règlements relatifs aux insecticides (et classement éventuel parmi les médicaments essentiels)

Autres politiques relatives aux groupes cibles, aux coûts, etc.

État des systèmes d'approvisionnement existants et potentiels

Importance et portée des points de vente au détail

Systèmes de santé – centres de soins prénatals, programme élargi de vaccination, autres (utilisation par les groupes vulnérables, par les groupes socio-économiques défavorisés, capacité d'absorber une charge supplémentaire, longévité)

Systèmes communautaires (ONG, organisations de la société civile et groupements de femmes)

Utilisation des moustiquaires et mesure dans laquelle elles sont entrées dans les mœurs

Obstacles/incitations à l'utilisation appropriée des MII (par les femmes et les enfants)

Habitudes d'utiliser les moustiquaires et degré de « normalité »

Obstacles à la réimprégnation

Principaux obstacles à l'acquisition de moustiquaires/insecticides

Coût, caractère saisonnier des ressources?

Offre/accessibilité?

Sensibilisation?

Volonté d'acquiescer/demande?

Ressources

Force des différents partenaires, fonds disponibles

Étape 2 – Renforcer l'engagement, coordonner

Lancer le processus de coordination avec les partenaires. Pour réaliser un partenariat mixte, commencer le processus très tôt, au niveau de la conception (plutôt que de la réalisation). Ratisser large. Faire des rencontres individuelles. Plaider la cause des MII auprès des pouvoirs publics selon les besoins. Associer le secteur privé.

Avoir des contacts fréquents pour s'assurer que les responsabilités sont claires et que les différents calendriers seront respectés:

Donateurs

Pouvoirs publics (équipes de gestion de district, secteurs pertinents du système de santé)

ONG et organismes de la société civile

Secteur commercial (producteurs, grossistes, distributeurs)

Autres aspects du secteur privé (tels que contributeurs et grands employeurs)

Étape 3 – Segmenter/choisir le groupe cible (« Qui? »)

Décrire avec précision les bénéficiaires. Analyser comment les différents segments peuvent ou ne peuvent pas se recouper (les plus exposés biologiquement et les plus désavantagés du point de vue socio-économique). Estimer les abus (MIII obtenues par des gens relativement aisés) et le pourcentage de ceux qui en ont particulièrement besoin et risquent de ne pas en recevoir. Justifier cette segmentation dans le contexte d'autres stratégies existantes. Tenir compte de ceux qui sont exclus des subventions.

Groupe biologique (femmes enceintes? enfants?)

Recouvrements avec les segments socio-économiques appropriés?

Couverture urbaine/rurale?

Accent mis sur une zone géographique/sur les situations d'urgence?

Couverture des exclus (moustiquaires de sécurité pour le segment des non-participants exposés à risque élevé?)

Couverture des exclus (marché de moustiquaires non subventionnées disponibles à un prix abordable pour les sujets exposés à un moindre risque?)

Étape 4 – Définir le produit ou le service (« Quoi? »)

Décrire le produit et/ou le système de distribution, le service ainsi que les éventuelles activités d'appui qui seront subventionnés.

Produits

Moustiquaires (groupées avec insecticide, marques spécifiques ou plusieurs marques, produits génériques)?

Nécessaires de réimprégnation d'insecticide?

Prix? réseau d'approvisionnement/de distribution?

Service ou activité d'appui

Réimprégnation dans un centre ou communautaire?

Formation?

Création de la demande?

Étape 5 – Choisir le réseau de distribution et les responsabilités administratives

(« Comment? »)

Indiquer à quel endroit et à quel moment le groupe cible sera atteint (ainsi que le réseau de distribution choisi) et quels seront les partenaires responsables.

Où/quand?

Centres de soins prénatals?

Campagnes de vaccination?

Points de vente spécifiques?

Approvisionnement communautaire? (p. ex. groupes de femmes?)

Par qui?

Responsabilités pour l'administration, la mise en œuvre

Étape 6 – Mettre au point le mode de subvention

Spécifier la forme et l'importance de la subvention ainsi que les sources de financement, et préciser tout nouveau processus (lié à la subvention) qui doit venir compléter les systèmes en cours pour assurer la fourniture et le suivi de la subvention. Prendre les décisions dans le cadre d'un processus conjoint avec les partenaires.

S'occuper de l'obstacle principal (coût? offre? demande?) par l'appui à une composante spécifique du programme

Définir la forme de la subvention; indiquer sa taille/sa portée/sa valeur

Identifier les sources de financement pour chaque élément (et le temps de disponibilité)

Concevoir le système de gestion (logistique de l'approvisionnement?)

Analyser le pour et le contre des incitations (agents de santé? communautés? chaîne d'approvisionnement commercial?)

Prévoir les types de fraude possibles et établir des systèmes de traçage

Établir le coût du programme (coûts de lancement et coûts projetés à moyen et à long termes pour évaluer la durabilité)

Étape 7 – Assurer la formation et les essais et créer la demande

Élaborer le système permettant de remettre la subvention et de servir les bénéficiaires. Les préparer à demander et à utiliser la subvention. Ajuster les systèmes compte tenu des réactions obtenues pendant cette phase préparatoire.

Concevoir, essayer et distribuer les matériaux

Assurer la formation des groupes les plus importants

Ajuster le système en fonction des réactions

Étape 8 – Lancer et gérer le programme

S'assurer que toutes les composantes du système sont synchronisées, se comprennent et comprennent leurs rôles respectifs. Réaliser une mise en œuvre progressive, cordonnée, avec des acteurs motivés.

Motiver les partenaires, les fournisseurs, les clients

Anticiper les problèmes/effets négatifs possibles

S'assurer que les systèmes de réaction sont en place et que le contrôle en cas de crise sera rapide

Étape 9 – Surveiller et ajuster le programme

Suivre les progrès accomplis et souligner ce qui fonctionne et ce qu'il y a lieu de changer. Choisir des indicateurs pour examiner la couverture (marchés subventionnés et non subventionnés); l'origine des produits (subventionnés et non subventionnés); les effets sur le système de distribution et sur l'approvisionnement; les coûts; les abus et la fraude.

Concevoir des systèmes pour suivre les éléments de la subvention (surveiller l'efficacité et la fraude)

Mesurer les effets sur la distribution subventionnée et la distribution non subventionnée

Mesurer les effets positifs et négatifs sur le système de distribution (par exemple le système de santé)

Étape 10 – Planifier la stratégie de sortie/transition

Déterminer à *quel moment* la stratégie ne sera plus nécessaire ou appropriée (au moyen d'indicateurs ou par la suppression progressive) et proposer des manières de traiter le groupe cible au cours de la phase suivante.

Annexe B

Exposés et participants

*Modèles applicables aux subventions ciblées concernant
les moustiquaires imprégnées d'insecticides
Atelier de mai 2003 à Lusaka, Zambie*

Présentateurs/ auteurs des exposés mentionnés dans le document

*Improving ITN coverage through mass
immunization campaigns—
The Ghana Experience*
Dr Constance Marfo et
Mme Aba Baffoe-Wilmot*

*UNICEF-supported ITN programmes
(Etudes de cas – Kenya et Mozambique)*
Dr Melanie Renshaw*

*Targeting malaria risk groups with
subsidized ITNs in Malawi*
Dr Charles Yuma et
Dr Desmond Chavasse*

*Case study : KINET Project, United
Republic of Tanzania*
Dr Haji Mponda*, Joanna Schellenberg,
Adiel Mushi, Christian Lengeler

ITN targeted subsidies in Zambia
Dr John Chimumbwa* et
Dr Halima Abdullah Mwenesi

*Tanzanian ITN voucher scheme:
experiences and lessons to date*
Dr Alex Mwita* et Programme
national de lutte antipaludique

*Uganda national vouchers scheme
for accessing subsidized ITNs
to vulnerable groups*
Dr Peter Langi*

*Présentateur

Invités et participants à l'atelier de Lusaka

Invités d'honneur, dignitaires

Honorable Rosemary Chipampe,
membre du Parlement, Vice-Ministre
de la Santé, Présidente du Groupe
spécial Faire reculer le paludisme,
Zambie

Honorable Julien Chisupa
Vice-Ministre du Sport, de la Jeunesse
et du Développement de l'enfant,
Zambie

Honorable Gunston Chola
Vice-Ministre du Développement
communautaire, Zambie

Honorable Simon Miti
Secrétaire permanent, ministère de la
Santé, Zambie

Honorable M. Mulyokela
Vice-Ministre de la Défense, Zambie

Honorable Felix Mutati,
Membre du Parlement
Vice-Ministre des Finances et du
Développement national, Zambie

Dr Fatoumata Nafo-Traoré
Secrétaire exécutif, Partenariat RBM
de l'OMS, Suisse

Honorable Neddy Nzowa
Vice-Ministre de l'Environnement et
des Ressources naturelles, Zambie

Dr Rosemary Sunkutu
Director, Public Health and Research,
Central Board of Health, Zambie

Participants

Dr Ominde Achola

Coordinator, Family & Reproductive Health, Commonwealth Regional Health Community Secretariat, République-Unie de Tanzanie

Dr Petas Enagnon Akogbeto

Ministère de la Santé, PNLP (Programme de Lutte contre le Paludisme), Bénin

Mme Doreen Ali

Deputy, Malaria Programme Manager, Community Health Sciences Unit, Ministry of Health and Population, Malawi

Mme Chioma N. Amajoh

Assistant Director, Public Health, Federal Ministry of Health, Nigéria

Dr Birkinesh Ameneshewa

Entomologist, Vector Biology and Control, WHO, Zimbabwe

Professeur K.S. Baboo,

Department of Community Medicine, University of Zambia, Lusaka, Zambie

Mme Aba Baffoe-Wilmot

Vector Control/MII Focal Person, Disease Control Unit/NMCP, Ghana Health Service, Ghana

Mme Connie Balayo

Environmental Health Officer (MIs), Disease Control (Malaria Control Programme), MOH, Ouganda

Mme Mary Banda

MSH/Youth Coordinator, LUDHMT, Ministry of Health, Zambie

Dr James Banda

Conseiller principal, OMS/RBM, Suisse

Dr Mohammadou Kabir Cham

Conseiller principal, Département de la lutte antipaludique, OMS, Suisse

Dr Des Chavasse

Director, PSI, Malawi

Dr John Chimumbwa

Programme Manager, MOH, NMCP, Zambie

Dr B.U. Chirwa,

Director General of the Central Board of Health, Zambie

Mme Rodio Diallo

Représentante dans le pays, PSI, Mali

M. Joseph Diederich

Regional Business Manager, NetMark, (Academy for Educational Development), Afrique du Sud

Dr Mbaye Faye

Médecin Chef du district Quakam de Dakar, NMCP, Sénégal

Dr Nils Gabe

Society for Family Health, Zambie

Dr Khoti Gausi

OMS, Zimbabwe

Dr Emmanuel Gemade

Project Officer Health, Health and Nutrition (SECC), UNICEF, Nigéria

Dr Jenny Hill

Deputy Director, Malaria Consortium, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Stefan Hoyer

Malaria Adviser for Africa, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Zimbabwe

Mme Emma Kelly

Consultancy Services Manager, Malaria Consortium, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Albert Kilian

Malaria Adviser, MOH, USAID/CDC, Uganda

M. Esperat Kintossou

Responsable Lutte antivectorielle sélective/PNLP, Ministère de la Santé publique, PNLP (Programme national de Lutte contre le Paludisme), Bénin

Mme Karen Kramer

ITN Team Leader, ITN Cell, National Malaria Control Programme, République-Unie de Tanzanie

Dr Peter Langi

Programme Manager, Malaria Control Programme, MOH, Ouganda

Mme Staci Leuschner

Technical Adviser, MCH Products, Society for Family Health, Zambie

Dr Jo Lines

Senior Lecturer, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Youssoufa Lo

Conseiller, PNLP/Sénégal

M. Festus Lubinga

JICA, Zambie

M. Matthew Lynch

Malaria Adviser, USAID/GH/HIDN/ID, États-Unis

Dr Michael Macdonald

Resident Adviser, Malaria, Boston, University, Zambie

Dr E. Maganu

Partenariat RBM, Zambie

Dr Ferreira Manzambi

Administrateur, Programme antipaludique, ministère de la Santé, Angola

Dr Constance Marfo

Malaria Programme Manager, Disease Control Unit, Ghana Health Service, Ghana

Dr Fred Masaninga

OMS, Zambie

M. David McGuire

NetMark Project Director, Academy for Educational Development, États-Unis

Dr Julia Mortimer

Administrator, DFID Malaria Programme, Infectious & Tropical Diseases, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Haji Mponda

NIMR, IHRDC (Ifakara Health Research & Development Centre), République-Unie de Tanzanie

Dr Kopano Mukelabai

Senior Health Adviser, UNICEF, Health Section, Programme Division, États-Unis

Dr Kaendi Munguti

Technical Adviser, JHPIEGO Neonatal, Maternal Health/MAC (Malaria Action Coalition), Kenya

Dr Shiva Murugasampilly

ICP-WHO, Southern Africa Malaria Control Programme, Zimbabwe

Dr Halima Abdullah Mwenesi

Regional Research Coordinator, NetMark Academy for Educational Development, Afrique du Sud

Dr Alex Mwita

Programme Manager, National Malaria Control Programme, MOH, République-Unie de Tanzanie

Dr Rory Nefdt

Project Officer—Health, Health Section, UNICEF, Zambie

Dr Tabale Ngulube

Consultant RBM

Dr Joseph Kiambo Njagi

Entomologist, Division of Malaria Control, Ministry of Health, Kenya

M. Marriot Nyangu

Disaster Manager, Emergencies, UPLIFT Zambia, Zambia

Dr Sam Ochola

Head Malaria Programme, Division of Malaria Control, MOH, Kenya

Dr Juan Ortiz

Head of Health Section, Department of Health, UNICEF, Malawi

Mme Wendy O'Shaughnessy

Administrator, Malaria Consortium, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Mac Otten

Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis

Dr Moses Phiri,

Permanent Secretary, Ministry of Education, Zambia

Dr Melanie Renshaw

Regional Malaria Adviser, UNICEF-ESARO, Kenya

Dr Magda Robalo

Conseiller régional sur le paludisme OMS/AFRO, Zimbabwe

Dr Graham Root

Manager, Malaria Consortium, East Africa Regional Office, Ouganda

Dr Massambou Sacko

Coordonnateur du Programme de Lutte antipaludique, Ministère de la Santé, Mali

Mme Emily Samuel

Administratrice technique, Secrétariat du partenariat RBM, OMS, Suisse

Dr Konji Sebati

Bayer AG, États-Unis

Mme Renata Seidel

Academy for Educational Development, États-Unis

Dr Willard Shaw

Deputy Manager, NetMark, (Academy for Educational Development), Afrique du Sud

M. Kafula Silumbe

NetMark Local Representative, Zambia

Mme Meebelo Twaambo

ONG RBM Secretariat Coordinator, Zambia RBM Secretariat, based at WorldVision Zambia, Zambia

Dr Alasdair Unwin

National Malaria Control Programme, République-Unie de Tanzanie

M. Mikkel Vestergaard Frandsen

CEO, Vestergaard Frandsen A/S, Denmark

Mme Jayne Webster

London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr Eve Worrall

Research Fellow Economics of Malaria, Public Health and Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni

M. Charles Yuma

Health Facilities Manager, PSI/Malawi

Dr Mwinenwa Suya

DHMT, Zambia

Annexe C

Informations sur les coûts tirées de quelques présentations faites à Lusaka

Avertissement important : L'échelle, soit la taille du groupe visé et la durée du projet, a un impact majeur sur les coûts de fonctionnement du programme et sur le coût total final. Aucune tentative n'a été faite pour faire intervenir ces deux variables importantes sur les totaux en question.

Les coûts ont été reportés tels qu'ils ont été présentés. Aucune tentative n'a été faite pour présenter les chiffres d'une manière uniforme. Les catégories de coût n'appartiennent pas aux mêmes types de programmes, certains programmes individuels présentent quelques lacunes. Dans certains cas, les contributions des partenaires sont mentionnées, mais pas les coûts. Les présentations donnaient peu de détails sur la réimprégnation ; les plans étaient associés soit à la méthode, soit au coût. *Pour ces diverses raisons, les coûts par moustiquaire selon les différentes méthodes ne sont pas comparables, et il convient de ne pas utiliser le tableau ci-dessous à cet effet.*

Le tableau ne comporte pas de données pour les programmes nationaux de la République-Unie de Tanzanie et de l'Ouganda (pas encore lancés) ainsi que pour les méthodes communautaires du Malawi et du Mozambique (seuls les montants correspondant aux subventions pour les consommateurs ainsi que les primes au rendement des agents de santé/agents communautaires sont mentionnés). Voir les notes ci-dessous sur les programmes nationaux.

PROGRAMME / ÉCHELLE					
Pays	Ghana	Kenya	Malawi	République- Unie de Tanzanie (projet KINET)	Zambie
Type de programme	moustiquaires gratuites dans le cadre de la campagne de prévention de la rougeole	moustiquaires gratuites dans les centres de soins prénatals (distribution unique)	vente subventionnée dans les centres de soins prénatals	bons dans les centres de soins prénatals	bons dans les centres de soins prénatals
(Échelle) Taille du programme	population totale : 90 642 pop. cible : 28 973 total moustiquaires : 14 600	35 districts (population 17,2 millions, 864 900 grossesses) 70 000 moustiquaires et tablettes de réimprégnation	population totale : 11,5 millions, 374 461 moustiquaires vendues en 2002 (10% ne sont pas des moustiquaires médicales, mais sont comprises dans les coûts ci-dessous) ^a	population totale : 400 000 ^b 7720 bons échangés contre des moustiquaires (9/97-8/2000)	zone pilote de 40 centres de soins prénatals (groupe cible estimé à 22 000) 9283 bons échangés contre des moustiquaires
(Échelle)^b Durée	distribution unique (sur une semaine)	distribution unique sur environ 12 semaines	projet pilote lancé en 1998, à l'échelle nationale depuis 2000	juillet 1996-juin 2000	15 octobre 2002-30 avril 2003
SECTEUR PUBLIC ET COÛTS/OBSERVATIONS RELATIVES AUX					
Coûts des moustiquaires					
Coût de l'achat des moustiquaires chez le fabricant	US\$ 49 400 (US\$ 3,42 pièce) (par l'UNICEF)	US\$ 2,31 (port et taxes douanières inclus, transport jusqu'aux districts et transport à un centre de soins prénatals)	US\$ 1,83 pièce (par l'UNICEF)	n.d.	n.d.
Coût de l'insecticide (s'il est regroupé avec la moustiquaire)	(inclus)	(inclus)	nécessaire : US\$ 0,54 conditionnement : US\$ 0,33	n.d.	n.d.

Coût/montant de la subvention (ou valeur du bon)	n.d.	n.d.	n.d.	US\$ 1 pièce US\$ 1/ insecticide	US\$ 2,08 pièce
Impression des bons/coupons, dossiers	n.d.	n.d.	n.d.		conception/ production de coupons : US\$ 814 autocollants : US\$ 1600
Transport		(inclus)	équipement : US\$ 44 000	coûts de distribution des bons inclus dans le total	(minimal)
Transport international	par l'UNICEF depuis le Viet Nam	par l'UNICEF depuis la R-U de Tanzanie	par l'UNICEF		
Transport aux districts	US\$ 1745	Assuré par projet DELIVER	(inclus dans frais de fonctionnement)		
Transport aux points de distribution	assuré parfois à titre bénévole par les agents de santé	assuré parfois à titre bénévole par les agents de santé des centres de soins prénatals	(inclus dans frais de fonctionnement)		
Entreposage/ stockage/ sécurité	n.d.	n.d.	inclus dans frais de fonctionnement sauf bâtiment initial	n.d.	n.d.
Contrôle des stocks				« coûts de lancement » inclus dans total	
Conception du système comptable					
Gestion des liquidités/ récupération des bons			(inclus ?)		
Audits			n.d.		

Primes/salaires					
Pour travailleurs de la santé et communautés			salaires de US\$ 75 800 (comprend les montants reçus par les agents de santé pour les moustiquaires ? ou les montants ci-dessous tiennent compte d'une déduction à cet effet ?)	TSh 500 pièce	
Pour grossistes et détaillants				TSh 550 pour détaillants TSh 250 pour grossistes ^c	
Temps, coûts de substitution	bénévoles visitent les habitations et distribuent les moustiquaires pendant les campagnes	temps des agents de santé consacré à la distribution; temps des agents consacré à tremper les moustiquaires	temps des agents consacré à la vente de moustiquaires et à tenir les registres durant heures normales du centre de soins prénatals	temps des agents de santé, env. 5–8 min par moustiquaire	temps des agents de santé, env. 5 min par moustiquaire
Recherche/suivi		deux enquêtes de capacité, études des coûts, entretiens de départ, enquêtes de suivi (coûts non mentionnés)		étude des coûts (coûts non mentionnés)	étude des coûts, divers examens de contrôle (centres de soins prénatals, points de vente, mères, distributeurs); Temps et déplacement consacrés au projet local : US\$ 4335; temps/déplacements consacrés au projet : US\$ 45 000
Formation	US\$ 2 355	uniquement instructions par lettre des districts	US\$ 12 000	(réputés inclus dans total ci-dessous)	
Promotion	US\$ 450	(néant)	US\$ 19 000	(inclus dans total)	affiches pour centres de soins prénatals : US\$ 240

Abus connus (on n'a pas cherché à calculer le coût)	(montant estimé et coûts déduits du total ci-dessous)	4% non justifié ; 16% vers des groupes non ciblés ; le coût ci-dessous tient compte des pertes	(minime, éventuellement vers pays voisins)	7% des bons distribués n'ont pas été utilisés pour des moustiquaires	quelques moustiquaires distribuées à des militaires et à un prêtre
Frais généraux du projet			US\$ 31 000 (local ou total ?)	(inclus ou non ?)	
Autres	inconnus : bénévoles faisant la promotion dans les habitations	beaucoup de centres de soins prénatals font le trempage initial avant la distribution	autres coûts directs : US\$ 57 700 voyages : US\$ 105 500		
MOINS REVENUS PROVENANT DES VENTES AUX CLIENTS	n.d.	n.d.	US\$ 582 536	n.d.	n.d.
COÛT TOTAL PAR MOUSTIQUAIRE ANNONCÉ	US\$ 3,74 (par moustiquaire distribuée)	US\$ 5,26 (par moustiquaire distribuée)	US\$ 2,07 ^a	US\$ 3,00	(pas annoncé)

^a Les calculs pour le Malawi englobent l'interfinancement avec le réseau commercial (qui représente environ 10% des ventes et 40% des recettes). Pour cette raison, il est difficile d'établir les coûts de fonctionnement du programme et le coût total par moustiquaire subventionnée.

^b Groupe cible inconnu (et difficile à déterminer vu les changements de critères applicables pendant l'opération).

^c TSh 500 + env. US\$ 1 en 1997, US\$ 0,58 en 1999. La subvention a diminué le coût de la moustiquaire MII d'environ 20%.

NOTE RELATIVE AU PLAN NATIONAL DE LA RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE :

Le coût total du programme NVS est de US\$ 9 329 838 (US\$ 7,77 par MII), dont US\$ 3 758 328 (US\$ 3,13 par MII) sont consacrés à la subvention des bons pour les femmes enceintes et pour la distribution gratuite de nécessaires de réimprégnation. Un montant de US\$ 827 080 (US\$ 1,35 par moustiquaire) est prévu pour la gestion globale, de US\$ 1 163 430 (US\$ 0,97 par moustiquaire) pour l'interfinancement régional et de US\$ 3 066 000 (US\$ 3,71 par moustiquaire) pour les activités initiales de formation et de promotion. Le reste est réservé aux coûts de surveillance, d'évaluation et d'audit. *La majorité des coûts budgétés sont des investissements uniques dans un programme qui appuie la suite du développement du marché privé des MII en République-Unie de Tanzanie.* Compte tenu des calculs provisoires des coûts pour assurer le maintien du programme, le coût par MII peut être établi à US\$ 4,78.

Pour toute information complémentaire, contactez :

Département Roll Back Malaria
Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Fax : +41 22 791 4824
Mél : rbm@who.int