17
6225 1
PD-AAU-935
ISN-40926

EVALUATION REPORT

of

COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES - PROJECT

in the

PEOPLES REPUBLIC OF THE CONGO

by

Westinghouse - Public Applied Systems

May 15, 1986

AID/W Contract PDC-1406-I-00-4062, Work Order No. 14

Table of Contents

Page

1.0 Evaluation Team.....1

2.0 Executive Summary.....2

3.0 Recommendations.....5

4.0 Evaluation Methodology.....10

5.0 Observations and Findings.....11

5.1 Project Planning Administration and Management....11

5.2 Staffing and Distribution.....12

5.3 E.P.I.....13

5.4 ORT.....19

5.5 Malaria.....20

5.6 Drug Procurement and Distribution.....22

5.7 Program Monitoring and Evaluation.....25

5.8 Health Education.....29

5.9 Training.....34

5.10 Financing of CCCD.....37

5.11 Cost Studies.....42

5.12 Financial Management.....43

6.0 Annexes.....58

1.0 EVALUATION TEAM

Mary L. Harvey MPH	Epidemiologist - Westinghouse Public Applied Systems
Robert DeWolfe MA	Health Education Training Consultant - Westinghouse Public Applied Systems
Annemarie Wouters MA, ABD	Health Economist Consultant - Westinghouse Public Applied Systems

The team was assisted by the following resource persons:

Harry Godfrey	Public Health Advisor, CDC Atlanta
Felix Awantang	Assistant Project Chief, USAID/Kinshasa

The team wishes to acknowledge the assistance and support received from the Ministry of Health and Social Affairs (MHSA) of the Government of the People's Republic of The Congo (GPRC) at all levels, AID, and CDC which made the evaluation possible. The team thanks the above and UNICEF and FAC for their cooperation and patience.

2.0 EXECUTIVE SUMMARY

In accordance with the conditions stipulated in the Project Agreement signed in May, 1984 between the Governments of the Peoples Republic of the Congo (GPRC) and the United States of America, a mid-term evaluation of the Tripartite (i.e. Congo, FAC, AID) Combatting Childhood Communicable Disease Project (CCCD) was conducted from the 14th of April through the 2nd of May 1986.

While the scope of work for this evaluation team was stated in the Project Agreement, and in a cable from AID/AFR/RA, it was agreed in a meeting with the Director of Preventive Medicine (DPM), who is also the Project Coordinator for CCCD, that the following areas be addressed:

- Management
- Supervision
- Finance
- Logistics
- Overall Program Operations
- Health Education
- Training
- Program Monitoring and Evaluation

In order to achieve the project goal of reducing morbidity and mortality in children less than five years old resulting from specific communicable childhood diseases, the intention of this four year project is to strengthen and expand the ability of the existing health activities, i.e. Immunizations (EPI), Control of Diarrheal Diseases (CDD) and Malaria.

To ensure the continuation of all activities included under the CCCD project, the project agreement stipulates that the GPRC must be able to assume full responsibility for the project by the time of the Project Assistance Completion Date (PACD May 1988). This means programming activities that can be reasonably expected to be assumed by the government, given its current and expected financial situation. Close financial and programmatic collaboration and support from all directions of the Ministry of Health and Social Affairs (MHSA) and the other ministries, political groups, private sectors, international donors and Private Voluntary Organizations are therefore needed. This issue of sustainability has been the primary point addressed in each area of this evaluation.

Based on the progress that has been made the evaluation team believes this project is one that merits continued support by the MHSA.

The team was favorably impressed by:

- The competence and enthusiasm of the CCCD personnel;

- The increase in the number of fixed centers offering vaccinations and ORS;

- The increase in the percentage of children under one year receiving all vaccinations and the subsequent reduction in the number of pertussis cases;

- The initial efforts to integrate the training, supervision, logistical functions of all CCCD activities under one CCCD direction;

- The various surveys and special studies that have been completed to obtain baseline information that will help the development of this project;

The problems identified during the course of the evaluation, which are outlined in this summary and further delineated in the body of this report, center around finance, management and supervision.

FINANCE

The GPRC has from the start of the Project commited less than the funds called for in the Project Agreement. Due to a reorganization within the MHSA at the end of 1984, CCCD activities were delayed until March 1985. Lack of GPRC funding has also slowed the schedule of activities. In 1984, the GPRC should have allocated 5,257,200 FCFA, but these funds were never made available. In 1985, only 31 percent of GPRC Project Agreement requirements were allocated such that Congolese funds composed only 9 percent instead of 45 percent of the USAID/GPRC total project budget that year. No CCCD funds were provided nor was it identified as a line item in the Division of Preventive Medicine budget in 1986; as a result, USAID funds were frozen on January 28, 1986.

With the current economic crisis, it is not expected that the government will be able to provide the financial resources called for in the Project Agreement. Petroleum revenues are expected to decline by more than 50 percent in 1986. Depreciation of the dollar (in which petroleum revenues are paid) has exacerbated this loss. In March 1986, the government announced its intention to reduce spending in the State budget by 50 percent. The MHSA has been promised 25 percent of its original operational budget. Nevertheless, for the project to continue it is necessary that the GPRC renew its commitment to the terms of the Project Agreement which call for the Congo to assume an increasing share

of project costs over the four year period after which it will assume full responsibility for all costs to insure continuation of field activities.

MANAGEMENT/SUPERVISION

The fact that many of the programmed CCCD activities have been only partially implemented cannot be totally attributed to the lack of funds, materials and supples available to the project. Important aspects that need to be addressed are the management and supervision of personnel and the coordination of CCCD activities with and through the other directors of the MHSA. These management, supervisory and coordination problems are magnified by the fact that no formalized national policies exist for EPI, ORT and Malaria. Two important attempts to implement special efforts to vaccinate children against measles have been less than successful.

While the team was favorably impressed by the creation of a National Primary Health Care Program (PHC) and with the formation of a PHC Coordinating Committee, they regret the lack of coordination and collaboration between the PHC Divison and the Division of Preventive Medicine.

Finally, field visits by the team highlighted the need for more supervisory visits to the regional and district level by central level staff. Funds expended for supervision are cost-effective because successful completion of placed activities without supervision is unlikely.

3.0 RECOMMENDATIONS

Those recommendations from the first annual review which have not been implemented but which the team feels are still important are included below.

1. Scope of work:

With the current economic crisis faced by the People's Republic of the Congo, it is not expected that the Government will be able to provide the financial resources called for in the project agreement; nevertheless, for the project to continue, it is necessary that the GPRC reaffirm its commitment to the terms of the project agreement which call for the grantee to assume an increasing share of the project costs during the four year period.

In light of this situation, the evaluation team recommends that when funds are made available, USAID should continue to support CCCD activities but at a level consistent with the amount of funds made available by the GPRC. A significant reduction in the contribution by the GPRC risks having the USAID reconsider its position.

* Since the project was slow to start and was disrupted by the economic turn of events, it is reasonable that the timetable be extended to a fifth year.

* Phase II should be delayed until CCCD activities are well established in the Phase I regions. Substantial resources and effort are still required to meet CCCD objectives in Brazzaville, Pointe-Noire and Loubomo. The rural regions of Brazzaville, Kouilou and Niari have very limited EPI activities and no malaria or ORT programs.

  Action Agents: GPRC, MHSA, USAID

2. Financial Management:

2.1 Since the GPRC will assume full responsibility for all costs at the end of the project, it is reasonable that responsibility for the documentation of expenditures of USAID and FAC funds allocated for local purchases should be transferred from the technical officer to an adequate structure within the MHSA. USAID should provide assistance on the necessary procedures.

Action Agents: DPM, CCCD Technical Officer, USAID

2.2 In order to define a scope of work consistent with the reduced level of funding, planned activities should be identified as line items. To measure the extent to which these activities have been completed during

the course of the year and to obtain guidance for future planning, additional bookkeeping records should be kept that classify expenditures to the activity they support.

Action Agents: GPRC, MHSA, USAID

2.3 The team also recommends that the Director of Preventive Medicine establish a Financial Reporting System that informs each partner of the use of all funds allocated to the program.

Action Agents: DPM

3. Auto-Financing:

In order to assure the continuity of CCCD activities, the team recommends the implementation of an auto-financing system based on user fees.

> Significant short term technical assistance through the end of the project will be required to examine the current unofficial auto-financing activities already in place in the Congo, to calculate the average recurrent costs for those services to be self-financed and to determine at what level and in which regions auto-financing is most appropriate.

Action Agents: CCCD, AID/AFR/RA

4. Distribution System:

Since the EPI infrastructure is the most developed and reliable, delivery of ORS and chloroquine should be integrated into the EPI distribution system. Moreover, distribution and supervision activities should be combined as much as possible at the regional level.

When and if new vehicles are purchased they should be designated to those areas outside of Brazzaville where lack of transportation is the binding constraint to implementation of CCCD activities.

Action Agent: DPM

5. Policy:

To ensure that standardized methods are used to prevent/treat the childhood diseases covered in CCCD, national policies for EPI, diarrheal disease control and malaria (i.e. antimalarial treatment/prophylaxis) should be introduced nationwide. Without these policies, training plans and health education activities cannot be finalized.

These policies should address the difficulties observed during field visits, most notably:

* The low measles coverage rate (52%) of the susceptible population and consequently the high morbidity and mortality rates of the disease.
* The over-use of intravenous solutions and expensive non-essential drugs for treatment of mild to moderate cases of diarrhea.

* The disparate antimalarial treatment methods that are currently being followed and the overuse of Quinimax.

Action Agents: MHSA, DPM, DPHC

6. Supervision:

Active supervision of program activities by the Central and Regional level staff, is essential especially during the developmental phases of the program. This supervision by central level personnel should include:

* Trimestrial supervisory visits to the regions by technical personnel accompanied by the CCCD program manager or coordinator. It is also recommended to use standardized supervision forms.

Action Agents: DPM

7. Coordination

Bearing in mind the organigram and the existing structures in the Ministry of Health and Social Affairs, the team recommends that national coordination of CCCD activities remain with the Director of Preventive Medicine as called for in the Project Agreement. If the original agreement is modified, the different participants (FAC, UNICEF, USAID) must be consulted in advance.

Action Agents: MHSA, DPM, DPHC

8. ORT:

Per recommendation number six of the 1985 program review report "An ORT demonstration and training unit should be quickly established in order to accelerate the promotion of ORT throughout the country. This could be used for the training of health personnel at the national as well as the regional and peripheral levels". Consideration should be given to the development of similar demonstration and training units in Loubomo and Pointe-Noire.

Action Agents: MHSA, DPM

9. Health Information:

A nationally standardized health information system operable by health workers at the various levels should be instituted. Data collected from the regions should be analyzed and reported on a regular basis to all concerned.

A consultant should be provided by CDC/Atlanta as soon as possible to assist with the development of this activity.

Action Agents: MHSA, DPM, CDC

10. Training:

In recognition of the Project Grant Agreement which states that "Training will be the most important activity undertaken to strengthen the health delivery system", a full time training coordinator should be designated to plan, coordinate, and assure the implementation of all training activities. This should be done immediately, so the maximum benefit can be realized from a short term consultant for training to arrive in June 1986. A comprehensive training work plan should be elaborated at this time.

Action Agent: DPM

11. Health Education:

In recognition of the fact that an effective program of health education is essential to the realization of CCCD project objectives, the following measures should be implemented:

Health Educators should be nominated in EPI, Malaria and Diarrhea disease services, to work on a full time basis with the CCCD Health Education Coordinator. Under her supervision they can receive practical on the job training in health education techniques and principles, and aid in the execution of CCCD health education program activities.

The CCCD Health Education Coordinator should work closely with the Training Coordinator to assure the integration of HE into the regional training courses. Central Health Education personnel should be trained as facilitators for the regional training efforts.

Action Agents: CCCD, MCH & HE

12. Health Education:

Given the slow start of the CCCD health education program and financial constraints, it is unlikely that the full range of activities called for in the Health Education action plan can be realized. Therefore, a set of priority activities must be chosen from the action plan and given full financial, material and technical support. The priority activities should be those which provide the health and community personnel who implement CCCD interventions with the techniques (training) and reinforcing educational materials to conduct effective and uniform health education in direct support of EPI, CDD and Malaria programs.

Action Agent: CCCD, MCH

4.0 EVALUATION METHODOLOGY

The basic team consisted of an epidemiologist, a health education training specialist and a health economist. The team worked in the People's Republic of The Congo from April 13th through May 3rd and was accompanied throughout by a public health advisor from CDC, Atlanta. Orientation for the mission took place in Washington from April 11-12 under the direction of Dr. Joe Davis and Wendy Roseberry. Documents were made available for review (Annex 1).

The first week in the PRC was largely devoted to working meetings with national officials of the Ministry of Health and Social Affairs in Brazzaville. Site visits were also made to several health centers in Brazzaville including Makelekele (hospital and MCH), Ex-Adventiste, MCH, the General Hospital and Blanche Gomez (MCH) (Annex 2).

During the second week the team flew to Pointe Noire and Loubomo, the political centers of the Kouilou and Niari regions. In each region, meetings were held with regional officials of the MHSA, and site visits were made to health centers. In Pointe Noire the team saw Hospital A. Sice, CNPS Fucks, SMI M'Bota and SMI Jeane Vialle. In Loubomo some members visited the Loubomo Hospital, an SMI, and the Salvation Army health center. Others accompanied representatives of the GTZ Primary Health Care Project to a small village approximately one hour from Loubomo.

The third week of the evaluation was spent drafting the report, verifying data and developing a team consensus. The executive summary and the recommendations were distributed to the Director of Preventive Medicine, CCCD and FAC officials. These were reviewed in a meeting at the Director of Preventive Medicine. The final presentation of the executive summary and recommendations was made to the Minister of Health and Social Affairs on the last day of the mission.

The team is appreciative of the assistance of both the outgoing and incoming technical officers who had prepared a comprehensive briefing book for the team and had prearranged meetings with all MHSA officials involved with CCCD activities. In addition the Director of the Preventive Medicine Division, his assistant and division chiefs along with representatives of FAC and UNICEF were very helpful in providing the necessary documents for the evaluation.

The team was limited in its evaluation by a time constraint such that in-depth investigation of all the aspects of the scope of work was not possible; however, sufficient information and insight was obtained on which to make recommendations.

5.0 OBSERVATIONS AND FINDINGS

5.1 PROJECT PLANNING ADMINISTRATION AND MANAGEMENT

The basic planning document for the CCCD project was the Country Assessment done in 1983. It is a very comprehensive and detailed document and provided concise information on the status of all CCCD activities that were being conducted prior to the implementation of the CCCD project. It also provided guidance as to how the management of the program should be effectuated and recognized the need for and importance of a Primary Health Care Director, under the direction of the Director General for Health. This, it was hoped, would bridge the administrative division between curative and preventive health.

The structure of the Ministry of Health and Social Affairs is shown in the organigram found in Annex 3. As shown, the CCCD project is under the direction of preventive medicine and its activities at the regional level are the responsibilities of the Medicines Chefs des Grandes Endemies. As stated in the Project Agreement (ProAg) (Article 4.1.c):

> For the purpose of efficient implementation of the project, the Grantee will assure the implementation of the project and its coordination with established health services....

These services, as stated in the Proag, basically consist of health care divisions found in the organigram. Additionally on the regional level, all activities are to be coordinated with Primary Health Case and health projects supported by private and other organizations.

The management integration and coordination of CCCD activities with other services have been a slowly evolving process. As most of the CCCD activities have only been truly operational since mid to late 1985, many of the managerial problems relating to the operational integration of these activities are only recently being addressed. It is the opinion of the evaluation team that the Director of Preventive Medicine, who is also the CCCD Project Coordinator, and the Assistant Coordinator have foreseen some of the problems in managing this project and are trying to develop a system of integrating the functions of these activities, which are basically training, guidance, supervision and logistics. In response to the terms of the Proag and in light of the necessity to work closely with the other health divisions, the CCCD Project Coordinator has tried to convoke meetings with these various health divisions and with private and voluntary organizations and international donors. Unfortunately these meetings have not taken place. It is viewed by the evaluators that this lack of a CCCD coordinating committee has had a negative effect on the implementation of many of the activities, policies and procedures that the CCCD project had hoped to achieve. Although a National Program for

Primary Health Care was established in 1985 (Annex 4), its relationship to the direction of preventive medicine is difficult to understand.

For the moment, the division of Primary Health Care appears to be an autonomous program relating only to the Minister of Health with activities that appear to run parallel to those of CCCD. The program plan which describes the objectives, strategies and action plan of this new direction (Annex 5) was elaborated by the national director and selected others with no input from the persons responsible for the management and administration of the three basic PHC components of CCCD. Furthermore, a technical coordinating was formed and met in February of 1986, however persons responsible for CCCD were not present at that meeting (Annex 6).

While the CCCD country assessment recognized the need for a National Primary Health Care Division and the evaluation team strongly supports such a concept and the use of it to coordinate health services, it regrets the lack of planning and coordination between the Directions of PHC and Preventive Medicine. While this new direction at the cabinet level may eventually achieve the coordination between the various health divisions and other ministries, the evaluation team strongly recommends that the coordination of CCCD project activities remain with the Director of Preventive Medicine as agreed to in the Project Agreement.

5.2 STAFFING AND DISTRIBUTION OF CCCD ACTIVITIES

As previously stated, the CCCD project is under the Director of Preventive Medicine and its activities are integrated into many of the services conducted by the MCH clinics and hospitals. At the regional level the Medicins Chefs des Grandes Endemies are responsible for the coordination and implementation of project activities, again working with and through the established health system. The distribution of medical services and personnel are shown in Annex 7. CCCD efforts have been concentrated in the most populous areas of the country, i.e. Brazzaville (pop. = +500,000), Pointe Noire (pop. = +300,000) and Loubomo (pop. = +50,000). The EPI activities are being carried out throughout the country in fixed and outreach centers which are supervised and sometimes staffed by the personnel of the Grandes Endemies (Annex 8). As for ORT, according to the 1985 CCCD annual report there were 26 units throughout the Congo that were functioning. It is believed that personnel in those centers have been trained either through the CCCD project or through the ORT training course sponsored by WHO in 1984. To date Malaria activities under the direction of CCCD have been limited to basically four centers located in Brazzaville.

Supervisory activities are in principle carried out by the CCCD central level staff and the regional level staff assigned to the Grandes Endemies. Supervisory visits by the central level staff have been limited due to lack of funds for gasoline and per diem. It is hoped that

this situation will be rectified as supervision is one of the most essential parts of all health activities.

The allocation of funds for supervision is cost-effective because without it, success of planned activities is unlikely. Increased vertical integration may have prevented the poor results of the measles vaccination campaigns in Pointe-Noire and Loubomo (See EPI section). The cost advance of 200,000 FCFA plus 1000 liters of fuel at 3000 CFA/liter allocated for the Pointe-Noire campaign, which succeeded in vaccinating a little over 1,000 children, yields a minimum estimate of 500 FCFA/vaccine ($1.67). Considering that this estimate does not include the cost of vaccines, personnel and other medical supplies, it is very high compared to Qualls more comprehensive calculation of 474 FCFA/vaccine for six centers in Brazzaville.

Supervisory forms have been developed (Annex 9) however they need to be simplified. The supervision of central level technical personnel should include prospective review of their detailed monthly work plans. These plans should be based on and evaluated in terms of: the epidemiologic data collected from the sentinel surveillance sites; they should address problems observed during routine supervisory visits and delineate processes to be carried out to achieve stated longterm goals. Trimestrial supervisory visits by central level technical personnel accompanied by the CCCD program manager or coordinator to the regions are necessary. These visits should include meetings with all concerned personnel in the region (i.e. regional directors of health and social affairs, PHC, MCH, curative medicine and PVO's). The distribution of supplies to the region should also be coordinated with these visits. Supervision by the regional personnel is also important. To enable this, the vehicles that are proposed to be bought for the CCCD project should be dispatched to the regions actively implementing CCCD activities when they arrive. The vehicles in Brazzaville, if effectively used should be sufficient for CCCD activities. This necessarily implies the close collaboration between the division chiefs responsible for CCCD activities. THis close collaboration can only ensure that all CCCD activities are viewed and treated as an integral part of everyone's job.

5.3 EPI

An EPI program has been operational in the PRC since 1981. The goal of the program is to achieve an 80% reduction in morbidity and mortality due to the six target diseases by 1990. The objective for the program as stated in the 1980 action plan, is to achieve a vaccination coverage rate of 35% of the population between the ages of 0-35 months by 1985, and to increase this coverage each year thereafter by 10%. The results of the 1985 nationwide vaccination coverage survey show that the program is on its way to achieving its goal (i.e. national coverage 40% - Table 1). Table 1 also shows the effect that the current CCCD program has had on

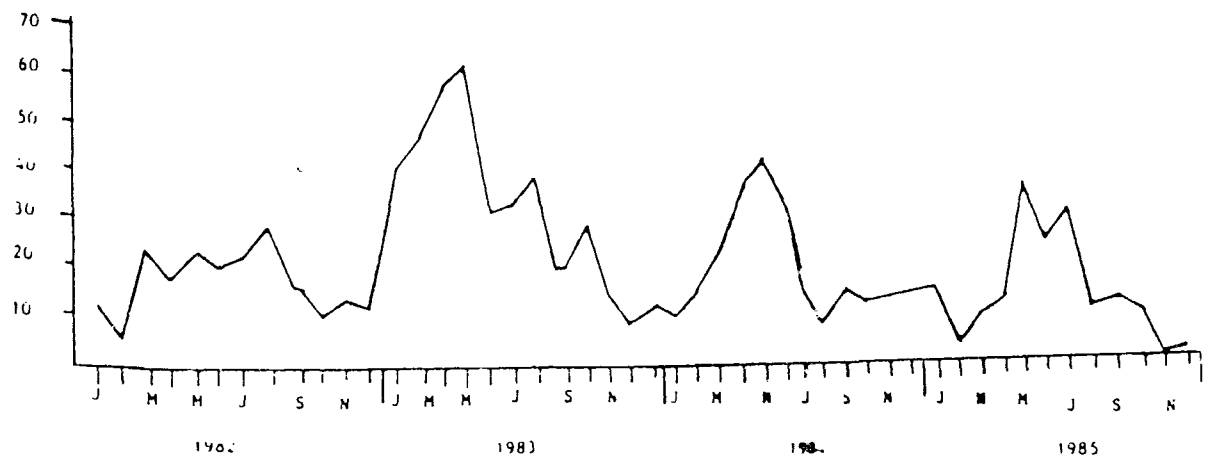
increasing the coverage for all vaccines in Brazzaville and the high rates achieved in Point-Noire.

RESULTS OF THE NATIONAL VACCINATION COVERAGE SURVEYS
(Children 12 to 23 Months)

Year and Month/Site		BCG	DPT-1	DPT-2	DPT-3	Measles	All Vaccines	Vacc. Card
1980	Brazzaville	84%	72%	65%	45%	27%	N/A	N/A
1982	Brazzaville	92	74	69	42	49	32%	N/A
1983	Brazzaville	89	80	80	75	54	47	N/A
1985 MAR	Brazzaville	94	89	86	80	62	56	92%
1984 MAY	Dist. de Moutamba	33	57	48	33,9	57,8	N/A	N/A
1985 MAY	Dist. de Moutamba	80	87,5	70	57	59	36,6	89
1985 FEB	Pointe-Noire	92	77	75	70	54	50	84,8
AUG	Dist. de Mindouli	75,5	54	45	39	27	26	68
SEP	Loubomo	88	27	51	47	45	38	59
OCT	Enquete Nationale	80	70	66	59	52	40	81
	*rural zone 51%	(67)	(54)	(45)	(37)	(39)	(23)	(69)
	*urban zone 49%	(94)	(88)	(88)	(81)	(64)	(57)	(94)

Studies presented in the 1985 country summary report show that most vaccines are being given to children in the proper age group and that 54% of all children receiving their first dose of DCT return for their third. The impact that this has had on the reported cases of pertussis in children under the age of 5 is shown in Figure 1. The number of reported cases of polio in Brazzaville and Pointe Noire has also decreased from a high of 13 in 1983 to only one case each for 1984 and 1985.

FIGURE 1
REPORTED CASES OF PERTUSSIS, CHILDREN UNDER THE AGE OF 5, 1982-1985



Sources : PEV (Brazzaville - 5 sentinel posts : 3 hospitals and 2 health Centers
(Pointe-Noire - 3 sentinel posts : 1 hospital and 2 health Centers

Immunizations are given on a nationwide basis and a coverage of well over 80% of the population has been obtained. The EPI aspect of the CCCD program has basically been concentrated in the most populous areas of the country, i.e. Brazzaville, Pointe-Noire, and Loubomo. The program operates on a fixed and outreach basis. In Brazzaville vaccinations are being given in all 25 MCH centers. In Pointe-Noire, 6 out of the 8 health centers are fixed centers and 2 are operated by the vaccination team from the Grandes Endemies. In Loumobo, there are only two fixed centers providing vaccination services, the other two health centers are headed by the Grandes Endemies team.

With the exception of a few centers visited by the team most vaccinations are not given on a daily basis. The schedule established at the inception of the EPI program, that is providing different vaccines on different days is still adhered to. A national EPI policy has been drafted (Annex 10) however it has ~~not been disseminated. Therefore,~~ in spite of the fact that there is a policy to vaccinate newborns with BCG and polio and to vaccinate all children ~~on a daily basis (including the~~ sick) at nine months against measles, most centers ~~are not doing this.~~ Also for the most part different vaccines are given on different days. As stated in the 1985 program review two problems arise as a result of providing different antigens on different days. When a 10 month old child in need of his third DPT-Polio and measles vaccine arrives on the day scheduled for DPT-Polio he/she receives that and is asked to return later in the week for measles. One of two things may then happen; either the child will not be brought back and therefore an opportunity to protect him/her against measles is missed or if the child does return later in the week there is the risk that the measles vaccination may be ineffective due to the prior challenge of antigens administered a few days earlier. Therefore as stated last year "Vaccines should be administered simultaneously or a sufficient time interval should be respected between vaccinations - preferably one month." A better method of providing vaccines may be to select certain health centers that attract a large target population and have them provide all vaccines every day.

As previously stated, there are 25 fixed centers in Brazzaville which offer vaccinations anywhere from twice a week to a few which hold daily sessions. The target population, of children 0-5 years old in Brazzaville is approximately 100,000 with 30,000 of these children between the ages of 0-12 months. This means that on any given day (based on 260 work days/year) one could expect to see approximately five children aged 0-12 months or 16 children aged 0-5 years attending any one of the 25 health centers. This is not a cost-effective or efficient utilization of staff. Consideration should be given to reducing the number of centers offering vaccination services to those places which are easily accessible to the majority of the population and concentrate on providing all vaccines every day. Of course this implies informing the public of the health centers where vaccines are being given and

motivating them to attend those health centers. However, as measles transmission rates are quite high, all health centers and hospitals should provide measles vaccine to any child between 9-36 months whom they come in contact with. The target group for measles vaccine (i.e. 9-36 months) should be stipulated in the national policy and adhered to. The surveillance data shown in Tables 2 and 3 show that the age group between 9 and 36 months accounts for 52% of all the cases in Brazzaville and 68% of all reported deaths. Until such time that coverage rates for children in those age group reach a level of 70-80% vaccinating children out of this age range should not be done.

TABLE 2

DISTRIBUTION OF MEASLES CASES AND DEATHS BY AGE GROUP
REPORTED BY THE 5 SENTINEL SURVEILLANCE SITES IN BRAZZAVILLE - 1985

Trimester/Age Group	0-8 Months		9-23 Months		24-35 Months		36+ Months		Total	
	Cases	Deaths	C	D	C	D	C	D	C	D
1st Trimester	333	10	565	35	463	16	409	9	1770	70
2nd Trimester	133	2	233	9	111	4	269	2	746	17
3rd Trimester	95	3	155	6	69	2	217	3	536	14
4th Trimester	49	1	108	3	24	2	79	6	260	12
Total	610	16	1061	53	667	24	974	20	3312	113
	(18%)	(19%)	(32%)	(47%)	(20%)	(21%)	(29%)	(18%)		

Death Rate = 3%

TABLE 3

DISTRIBUTION OF MEASLES CASES AND DEATHS BY AGE GROUP
REPORTED BY THE 5 SENTINEL SURVEILLANCE SITES IN POINTE-NOIRE (1985)

Month/Age Group	0-8 Months		9-23 Months		24-35 Months		36+ Months		Total	
	Cases	Deaths	C	D	C	D	C	D	C	D
JANUARY	61	13	68	12	91	21	226	20	450	66
FEBRUARY	84	15	148	27	74	12	119	7	425	61
MARCH	59	10	146	33	100	13	90	7	395	63
APRIL	28	2	87	16	42	13	78	5	235	36
MAY	20	4	44	5	20	1	53	2	137	12
JUNE	9	2	48	10	16	2	29	3	102	17
JULY	21	3	37	12	14	4	37	5	109	17
AUGUST	14	2	25	4	4	2	16	2	59	24
SEPTEMBER	9	1	19	0	7	2	13	0	48	10
OCTOBER	10	2	19	2	9	0	10	2	48	3
NOVEMBER	19	3	30	2	12	2	19	1	80	8
DECEMBER	17	2	14	2	0	1	17	1	56	6
TOTAL	355	59	685	125	397	73	706	55	2143	312
	(17%)	(19%)	(32%)	(40%)	(19%)	(23%)	(33%)	(18%)		

Death Rate: 14.8%

Recently two attempts were made to increase the coverage and disrupt the transmission of measles in Pointe-Noire and Loumobo. Unfortunately as shown in Tables 4 and 5, these attempts were failures. Possible explanations are that the areas covered were not properly informed or encouraged to bring their children to be vaccinated. In spite of the fact that vaccinations were conducted for one month in Pointe-Noire only 1235 children were vaccinated and of these a large percentage were above 36 months old. Lessons have been learned by these two attempts and it is hoped that the National Vaccination Program, that is tentatively planned for October 1986, will address the areas that caused these two recent failures. It is obvious that supplementing cars, fuel and vaccines is not enough. Political people and others (i.e. district and block level personnel) must be involved and identify those households where children are unvaccinated and get them to the vaccination teams.

TABLE 4

MEASLES CAMPAIGN - LOUBOMO
(MARCH 3-10, 1986)

DATES	CENTERS	BOYS	GIRLS	TOTAL
		9 months to 3 1/2 years		
03/3/1986	Comite du Quartier no 1 - - " - - " - - " no 2 - - " - - " - - " no 3	32	33	65
04/3/1986	Comite du Quartier no 4 - - " - - " - - " no 5 - - " - - " - - " no 6	33	46	79
05/3/1986	Comite du Quartier no 7 - - " - - " - - " no 8 - - " - - " - - " no 9	16	16	32
06/3/1986	Comite du Quartier no 10 - - " - - " - - " no 21 - - " - - " - - " no 22	17	33	50
07/3/1986	Comite du Quartier no 23 - - " - - " - - " no 24 - - " - - " - - " no 25			
08/3/1986	TSILA - MANGANZI YOULOUMPOUNGUI (plateau)	14	7	21
10/3/1986	LISSANGA	14	7	21
		126	142	268

TABLE 5

CHILDREN VACCINATED DURING MEASLES CAMPAIGN - POINT-NOIRE
(FEB. 6 - MARCH 11, 1986)

CIRCONSCRIPTION	CHILDREN TO VACCINATE	CHILDREN VACCINATED	% OF CHILDREN VACCINATED
ARRONDISSEMENT I	6016	172	2,86 %
ARRONDISSEMENT II	5217	87	1,66 %
ARRONDISSEMENT III	13.442	521	3,8 %
ARRONDISSEMENT IV	5.640	455	8,06 %
T O T A L	30.315	1.235	4,07 %

Another problem that needs to be closely monitored and addressed, is that of vaccination techniques. In several of the centers visited, the techniques used were not satisfactory; vaccinating children with the same needle was observed. Also the practice of using the same syringe and only replacing the needle seems to be fairly common. This may be due in part to the shortage of needles and syringes that currently exist as well as the lack of understanding on the part of the vaccinators as to why a separate needle and syringe should be used for each child. As Hepatitis and other viral diseases are spread this way it should be insisted that only one needle and one syringe be used per child.

Another recommendation to be made is that BCG and polio be given at birth. As most (80%) of all births are delivered at a hospital it would be an effective use of personnel and would insure coverage of all babies to give these vaccinations then. This would alleviate the need to use personnel with health centers and grandes endemies teams to attend to this service. Time could better be spent offering other vaccines. This would also insure a good integration of activities. As this policy would need to be enforced by the direction of Curative Medicine, coordination between DPM and DCM is needed.

5.4 ORT

The ORT program began in 1984 when WHO sponsored a training course. While many people were trained, the program did not continue to develop due to a lack of ORS packets. In March, 1985, the program was relaunched through CCCD. Since that time, 30 ORT centers, located in hospitals, maternal and child health clinics are functioning. At present close to 40% of the target population (0-5 years) now have access to ORS. Since the ORT centers in Pointe-Noire and Loubomo became operational towards the end of 1985 and the beginning of 1986 it is not possible to provide an estimate on the usage of ORS. During the course of 1985 the number of ORT centers in Brazzaville grew from 3 to 20 and the number of reported case treated by ORS increased, respectively from 251 to 4189 cases (94%) however no adjustment was made for seasonal variation). In total 9819 cases of diarrhea were treated using ORS packets in Brazzaville. To date, the proposed demonstration and training center that was to be established at the General Hospital in Brazzaville has not been established. The creation of this center is viewed as being most important and would be an asset to the program. This center should help, though hands on experience, the physicians and other clinic personnel appreciate the effectiveness of ORS if given properly and therefore limit the overreliance on I.V.'s and antibiotic treatments.

The basic problems that have been observed in the treatment of diarrheal cases have been that of improper monitoring of diarrhea cases both at the clinic and hospital level and improper and overuse of antibiotics (see ORT KAP survey results in Report of Maternal Practices Relating to Acute Diarrhea and Fever in Children "A Community-Based

Survey in the Mossendjo District - Congo - F. Dabis). In some clinics visited there was no place for diarrheal cases to sit while taking the ORS solution so mothers were told how to prepare the mixture, when to give it to the child and asked to return the next day. Follow-up was therefore not very good. For hospitalized cases, implementing a monitoring system in a ward with scarce resources and personnel appeared to be a difficult task. The main problems faced were systematic data collection by each shift and the close monitoring of ORS quantities administered, subsequent weight gain and correct prescription and recommendations for the next 6-12 hour period. These problems appear to arise most frequently with the night shifts. The effective use of ORS can not only save lives but also provide a substantial economic savings to a medical system that is extremely under-funded. Supervisory visits are currently being carried out on a biweekly basis and a supervisory form (Annex 7) has been prepared but, the form needs to be revised and simplified. Also the number of supervisory visits, to those centers that have been in operation for some time should be limited to once a month. The National Policy on Diarrheal Diseases is still in draft form (Annex 11). It closely follows the WHO policies for the treatment of diarrhea and specifies the procedures the health worker should follow in the treatment of diarrheal cases. This policy also includes a section on the use of antibodies, health education, supervision and methods of evaluation. It appears to be an adequate policy and should be adopted and disseminated to all health facilities in the near future. This is especially important as the regional primary health care committees, set up under the direction of Primary Health Care, are in the process of developing their training programs for regional and village level health workers and it is important that the treatment methods used in these training course are in agreement with those developed by the Division of Preventive Medicine.

5.5 MALARIA

The Malarial aspect of the CCCD project has been the slowest in getting started. To date four health centers located in Brazzaville are operating under the close supervision of the CCCD/Malaria team. This aspect of the program also appears to be the one that will be the most difficult to implement. In a KAP study carried out in 1985 in Brazzaville and rural areas, the results showed that children received many different types of medication for fever (Table 6).

TABLE 6

MEDICATIONS GIVEN FOR FEVER TREATMENT OF 20 CHILDREN

Antipyretic only	Injectable anti-malarial drug (antipyretic)*	Antimalarial tablets (+ antipyretic)		No Response
		4-aminoquinolines	other**	
5 (2.3%)	36 (16.4%) (including 21)	204 (92.7%) (including 156)	3(1.4%) (inc. 2)	2 (.9%) (0)

Visits to the various health centers by the evaluation team also confirmed this. The KAP survey also showed that doses of chloroquine varied considerably but were in the therapeutic range in 56% of the children (i.e. 46% were given 10± 2.5 mg/kg and close to 25 mg/kg in 10% of the cases). The study showed that the cumulative dose given over the total course of the treatment varied even more than the dose on day one. That is, 20% of the treatment was likely to be insufficient, 11% were close to the standards of 10 mg/kg and 17.8% were close to the 25 mg/kg regimen. The 25 mg/kg is the new regimen being recommended by CCCD in light of the studies showing the resistance of plasmodium falciparium to chloroquine. A national polity for malaria has been drafted but has not been finalized (Annex 12). This policy recommends the presumptive treatment of fever in children 0-5, following the new regime of 25 mg/kg over a three day period, and chemoprophylactic treatment of all pregnant women. Again, given the fact that the Direction of Primary Health Care has proposed its policy, in its November 1985 program of development, of being one of chemoprophylactic treatment of all children 0-5 years it is important that coordination and standardization of the prescribed policies between PHC directors and the direction of Preventive Medicine be obtained. Presumptive treatment of fever in children as opposed to total chloroquinization is the preferred method. Not only is it more cost-effective, but given the fact that there is resistance to P. falciparium, the chemoprophylactic treatment of all children may only achieve generating greater resistance. Also, the use of injectable antimalarials (i.e. quinimax) should be discouraged at the clinic level. As shown in the KAP survey, 16.4% of all children surveyed had received injectable antimalarials. The role of injectable antimalarials should be limited to severe cases and be done only in hospitals. The risk to sciatic nerve damage and paralysis is great and therefore closer attention should be focused on the need for injections. The cost of such drugs is also prohibitive.

5.6 PROCUREMENT, DISTRIBUTION AND QUALITY CONTROL OF ORS AND OTHER COMMODITIES:

In the past year, the distribution and supply of most CCCD related vaccines and drugs (exception being needles and syringes) has been proceeding without any interruption in service. However improvements in the efficiency of the distribution of, ordering, and control over medical supplies is needed. A review of inventory control sheets and amount of vaccines, ORS products and chloroquine distributed indicates that tighter control is needed. Tables 7 and 8 show the amount of vaccine that has been received, distributed and used for the years 1981 - 1985 and for three specific regions. The figures noted here were taken from data presented in the country CCCD assessment, the 1985 CCCD annual report, the 1985 EPI annual report and reports provided by the CCCD program manager. A review of these tables show that for the years 1984-1985 more vaccine has been distributed than received and in two regions more vaccine was used than distributed. While there probably was some carry over from 1984 to 1985 it is still hard to account for the recorded differences. As previously stated, similar problems in control of ORS and chloroquine supplies were also observed.

The creation of a separate storage unit that is kept under lock and key has been established at the Pharmapro bureau in Brazzaville. It is highly recommended that the ORS packets sitting in the open at pharmapro and the chloroquine tablets currently being held at UNICEF be placed in this locker and that only a limited number of people be given access. Also better and more consistent recording from the regional health centers is needed. Currently it does not appear that the regional levels have a good understanding of how to calculate their supply needs for the month and risk either over or understanding their supply needs.

The distribution of supplies has relied on donor support. FAC has contributed 250,000 FCFA to distribute vaccines to the regions. UNICEF shipped its ORS packets from Pointe-Noire to Brazzaville. In addition Lina Congo has momentarily agreed to deliver vaccines free of charge to the North. The train authority ATC, however, refuses to transport supplies because of the substantial debt accumulated by Pharmapro (the state-run pharmacy responsible for the purchase and distribution of medical supplies). In 1985, many of the regions received their supplies only if they picked them up themselves or were brought when supervisory visits from the central level were made. A plan is currently in operation in Brazzaville to coordinate the distribution of supplies with the supervisory visits of the CCCD team. It is hoped that sufficient funding can be found to provide for frequent supervisory visits to the region which when coupled with the distribution of vaccines, ORS packets, chloroquine tablets and other needed supplies will create a more efficient and cost-effective distribution system.

TABLE 7

NUMBER OF REPORTED DOSES RECEIVED, DISTRIBUTED AND USED (1981-1985)

VACCINE/YEAR	1981	1982	1983	1984 +	1985 ++
BCG					
Received xx	29,925	79,000	133,440	65,000	64,700
Distributed	N/A	N/A	N/A	100,300	93,690
USED	14,381	65,339	N/A	67,445	72,397
DTP					
Received xx	62,345	93,670	228,420	236,240	180,000
Distributed	N/A	N/A	N/A	156,230	190,640
USED	21,265	104,429	127,041	159,537	167,125
Polio					
Received xx	64,715	109,650	221,740	218,000	280,000
Distributed	N/A	N/A	N/A	187,400	185,380
USED	21,265	104,429	N/A	157,537	161,335
Measles					
Received xx	67,200	66,930	101,720	74,300	225,200
Distributed	N/A	N/A	N/A	82,830	112,220
USED	50,728	42,124	55,578	57,871	59,849
Tetanus Toxoid					
Received xx	108,180	101,620	163,410	40,800	170,000
Distributed	N/A	N/A	N/A	84,150	107,030
USED	69,380	85,286	109,299	61,534	82,242

Note for 1981-1982: The number of DTP and Polio doses administered were not differentiated. Also the number of measles doses given as stated in the country assessment is substantially below that listed in the February 1986 annual report.

+ - The number of doses distributed in 1984 was obtained from the 1985 Program Review.

++ -The number of doses distributed in 1985 was obtained from the 1985 annual EPI activities report.

xx -The number of doses received was also obtained from the 1985 annual EPI activities report.

TABLE 8

NUMBER OF DOSES DISTRIBUTED AND USED IN THE REGION OF BRAZZAVILLE, KOUILOU AND NIARI (1985)

VACCINE	REGION Brazzaville	Kouilou	Niari
BCG			
Distributed	28,150	10,750	5,300
Used	23,763	13,727	9,322
DTP			
Distributed	68,200	24,500	8,400
Used	73,943	30,096	17,381
POLIO			
Distributed	69,550	27,500	8,500
Used	63,666	36,304	16,487
MEASLES			
Distributed	22,610	15,550	12,500
Used	17,020	7,935	9,549
TETANUS TOXOID			
Distributed	40,580	16,850	7,800
Used	43,829	12,678	7,412

Another problem affecting the distribution system is that of an insufficient cold chain. In one of the regions visited the freezer is an antiquated Westinghouse model. While the temperature recorded at the time of the visit was correct, it was only stocked for a one month's supply as personnel at the central level feared that it might not work and did not want to risk a three-month's supply of vaccine spoilage. Also, the storage capacity of the refrigerators in Pointe-Noire and Loubomo were insufficient to hold a three-month's supply of vaccine. In no place but the central level were temperatures being monitored at any point in time. Some of this may be due in part to the lack of thermometers. More and better (i.e. ice-lined) freezers and refrigerators should be purchased. This would enable the regional levels to handle a 3 month supply of vaccine, which should consequently reduce the cost of delivering vaccines once a month. Also, certain centers are now operated by the Grandes Endemies teams in part because they are not equipped with refrigeration units. Again it may be more cost-effective and efficient to supply those health centers that can be operated on their own with refrigerators.

The Congo should made every attempt to purchase commodities at the lowest price available. It should be noted that Lapco, the government-owned pharmaceutical manufacturer is an expensive source for chloroquine. The Lapco price for one box of 1000 FCFA (100mg) tablets is 4675 FCFA. Unicef sells the equivalent at 1330 FCFA.

Lapco has expressed an interest in producing locally made ORS packets. This supply should be considered if its price is competitive.

It was noted on field visits that the supply of needles was especially limited. Although a PIOC was written by USAID in 1985, an oversight by USAID/Zaire has delayed the delivery. This should be resolved soon.

5.7 PROGRAM MONITORING AND EVALUATION

The routine data collection system in the MHSA consists of each regional health division (i.e. MCH and HE, Curative Preventive Medicine, Grandes Endemies) preparing monthly reports which are forwarded to the Regional Director of Public Health who in turn forwards the reports to the Division of Planning and Statistics where they are compiled and presented in an annual report. The last published annual report was in 1984. Copies of these reports are also sent to the respective central level divisions where they are analyzed by the Division's own statistical chiefs and at least for the Division of Preventive Medicine, routine surveillance data are presented in an annual report prepared by each program chief. The completeness of reporting received at the National level is estimated to be 20%.

Sentinel surveillance sites have been established for EPI, ORT and Malaria. These sites are monitored by the programmatic people in charge of these activities who are working under the service of Grandes Endemies. Monthly reports from all health services (national and private) receiving vaccines, ORS packets, chloroquine tablets are also required to be given to the central level personnel in charge of these activities prior to receiving a new supply. Because the various reporting systems do not use standardized forms (Annex 13) information that is received is not comparable for tabulation. Age and disease specific morbidity and mortality is not routinely collected from all reporting centers.

The MCH centers only require cases to be reported on measles, malaria,diarrhea, malnutrition and pulmonary infections for children 0-12 months of age. Hospitals report on all cases seen and deaths occurring due to the CCCD specific diseases, however no differentiation is made as to whether these cases were first seen and recorded on an outpatient or in-patient basis. Therefore, some cases may be overreported.

The Bureau of Statistics of the Epidemiological Service of the Grandes Endemie is responsible for collecting data from each of its 10 sectors. The system uses a standardized form, which is in the process of being adopted so the data it collects for the CCCD related activities concurrs with the data required to be collected by CCCD. Sentinel surveillance sites for the vaccination programs, ORT, and malaria have been established. Since 1980, sentinel surveillance sites for vaccine-preventable diseases have been in existance in Brazzaville (5) and in Pointe-Noire (3). More recently, sentinel sites have been established in Loubomo, Kimkala, Djombala and the region of the Cuvette. With the exception of Brazzaville and Pointe-Noire the annual reporting from these sites have been only about 50-75% complete. Data from sentinel sites established from ORT has been collected since March 1985 (beginning with 3 centers) Sentinel reporting sites have been estblished in four sites in Brazzaville since 1986 for malaria.

Vaccination coverage surveys have been conducted in Brazzaville since 1980 and in other regions since 1984 (See EPI section). KAP surveys for ORT and malaria were conducted in 1985. Since the inception of the EPI program in 1980, the number of vaccinations given has steadily increased (See Table 7). Since 1984, total increases for each antigen have not exceeded 10%, however increases for children under 12 months have improved by 7% for DPT, 16% for BCG and 29% for measles. While the percentage of children vaccinated against measles is 52% nationally (See Table 1), and has increased by 35% since 1980 for the region of Brazzaville, the number of reported cases of measles has not shown a dramatic decrease (Table 9), and the case fatality rate has held more or less constant at 3%.

TABLE 9

NUMBER OF REPORTED CASES AND DEATHS OF VACCINE-PREVENTABLE DISEASES
FROM FIVE SENTINEL POSTS, BRAZZAVILLE

	1980			1981			1982			1984			1985		
/YEAR DISEASES/	Cases	Deaths	Case Fatality Rate	Cases	Deaths	Case Fatal. Rate	Cases	Deaths	Case Fatal. Rate	Cases	Deaths	Case Fatal. Rate	Cases	Deaths	Case Fatal. Rate
Measles	3,953	130	(3%)	4,370	122	(3%)	4,166	135	(3%)	5,572	213	(4%)	3,312	113	(3%)
Whooping Cough	265	11	(4%)	126	0	(0%)	161	0	(0%)	106	1	(0%)	47	1	(2%)
Polio Myelitis	35	0	(0%)	16	1	(6%)	5	1	(20%)	0	0	(0%)	2	0	(0%)
Diptheria	1	1	(100%)	0	0	(0%)	0	0	(0%)	1	1	(100%)	0	0	(0%)
Neonatal Tetanus	12	10	(83%)	9	6	(67%)	-	-	-	0	0	(0%)	20	0	(0%)

For Pointe-Noire, while the number of measles cases reported in 1984 and 1985 increased from 1160 to 2154 (46%) the percentage of cases occurring in the age group 9-23 months decreased by 7% and the number of deaths in this age group also decreased by 10% (Table 10).

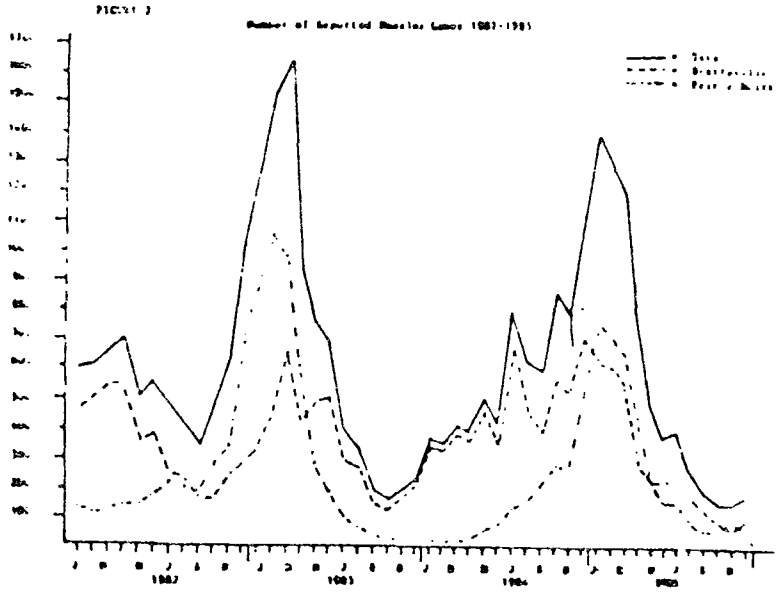
TABLE 10

HOSPITALIZED MEASLES CASES IN POINTE-NOIRE

	1984			1985		
AGE(in mo.)/YEAR	C(%)	D(%)	CFR(%)	C(%)	D(%)	CFR(%)
0-8	21(18.7%)	30(20.4%)	14%	355(16%)	65(20%)	18%
9-23	500(43.1%)	83(56.3%)	17%	786(36%)	146(46%)	19%
24+	443(38.2%)	30(23.6%)	8%	1013(47%)	107(34%)	11%
T O T A L	1660	148	12.6%	2154	318	15%

From 1985 Program Review and 1985 Annual Report for the Region Kouilou.

Figure 2 shows the number of Reported Measles Cases for the areas of Brazzaville and Pointe-Noire for the year 1982-1985. As can be seen by this graph little impact on the cases of reported diseases has been felt despite a measles coverage of 62% for Brazzaville and 54% for Pointe-Noire. Therefore, an intensified effort should be put into increasing the measles coverage rate for children between the ages of 9-36 months. As previously stated, this has been attempted in Pointe-Noire and Loubomo but the results were less than satisfactory (See EPI section).



The impact of the EPI program can best be seen by its effort on portussis. As shown in Table 9, the number of reported cases for Brazzaville since 1980 has decreased from 265 to 47 cases (82%). Decreases have also been seen in the number of reported cases for neonatal tetanus and polio.

In order to get a better estimate on the impact the program has had on polio, it is recommended that the retrospective survey conducted in 1983 at the rehabilitation center be repeated within the next two years and that a school-entry prevalence survey also be conducted. A neonatal tetanus survey might also be considered.

At this time it is not possible to judge the impact that the introduction of Oral Rehydration treatment centers are having on the treatment and prevention of Dehydration. In 1985 a KAP survey was conducted in four areas of the Congo For the Mossendjo District the crude incidence rate for diarrhea was 13% which is equivalent to 3.4 diarrhea episodes per child/per year. In three of the areas surveyed only 1/3 of the cases were taken to a MCH center. The exception being in Brazzaville where 75% of the cases were taken to an MCH center (23.25) however none were treated with ORS.

Most reports received by the regional Director for Diarrheal Disease and Malaria have been in complete therefore no valid statement on the rates for these diseases can be studied.

In order to measure the impact of the ORT and malaria programs it will be necessarey to

1. Continue to conduct KAP surveys to monitor CCCD programs.

2. Closely monitor all centers now collecting data on the treatment and follow-up of diarrheal disease and malaria cases. As these CCCD activities are expanded into new centers weekly monitoring should be done.

As stated previously, information collected for CCCD activities is also being collected, in one form or another by the other health care divisions. In order to increase and improve the reporting that is now being done, the systems of data reporting have to be refined and streamlined. If health personnel realize that efforts are being made in their interest to reduce the burden of data reporting and if they are given feedback via a Health Information Newsletter, it is likely that the attitude toward data collection would improve. In order to combine reports a coordinated effort in involving staff from various divisions within the MOH is necessary.

The assistance of a short-term consultant from CDC/Atlanta to develop an HIS System for the Division of Preventive Medicine that will complement and or assist in improving the National HIS System is recommended.

5.8 HEALTH EDUCATION (HE)

Within the structure of the MHSA, health education is the responsibility of the Director of Maternal/Child Health and Health Education (DMCHHE). Accordingly, the decision was made to coordinate the CCCD HE program through this division. A CCCD HE coordinator from the DMCHHE was named in September, 1985, and given full responsibility for the program.

In collaboration with a short term consultant, a comprehensive and appropriate HE action plan/strategy was developed and approved. However, very little progress has been made toward the implementation of the activities described in the action plan. It now seems unlikely that the full range of activities described in the action plan can be accomplished within the life of the project.

The recommendations made for HE are intended to: provide guidelines for the selection of priority activities from the HE action plan which can realistically be accomplished within the life of the project; strengthen the central level HE staffing; and assure a mechanism for training of peripheral level health personnel to conduct effective HE. The CCCD HE unit and coordinator are housed in, and are part of the DMCHHE. Although a graphic artist is employed at the DMCHHE, and available for CCCD materials development, the HE coordinator is the only staff designated specifically to the CCCD HE program. The HE coordinator's job description has been clearly defined and covers:

- research and evaluation
- training for HE
- education materials development/production
- supervision of HE activities.

In theory the DMCHHE's institutional capacity to develop and implement HE programs is combined and coordinated with CCCD/DPH's technical inputs, as well as efforts of other relevant organizations, to create a mechanism through which the CCCD HE program is implemented.

With the assistance of a STC the CCCD action plan was developed and approved in November, 1985. This plan establishes eight program objectives reflecting desired behaviors with respect to EPI, diarrheal disease, and malaria. The action plan also describes:

- technical and organizational strategies;
- research activities;
- development/production of educational materials
- suggestions for mass-media use;
- HE training strategy;

- supervision;
- collaboration with other organizations;
- program evaluation.

The overall approach of the plan calls for a combination of HE in health facilities, community-based HE through non-health organizations, mass-media, and various printed materials (see Annex 14 CCCD HE Action Plan). Subsequent to approval of the action plan a schedule of activities for 1986 and a draft budget were established by the coordinator.

A HE consultative committee has also been formed. Members include representatives from the Direction of Public Health, Direction of Social Affairs, National Union of Congolese Women, Radio Rural, UNICEF, DMCHHE, CARE/Congo, and CCCD. While the potential impact of the committee is great, it has only met once in November, 1985 and thus has had a negligible impact on national HE efforts.

Prior to the appointment of the HE coordinator in September, 1985, there were no significant HE activities to report. The STC for HE arrived in late October, 1985 for a one month mission. During this time the following were accomplished.

1. Action Plan developed and approved
2. Formation and meeting of HE Consultative Committee
3. Testing of SSS recipe in Brazzaville
4. Testing of a series of 10 drawings on SSS in a rural area
5. Elaboration of a model format for a practical HE guide for health personnel
6. Development and testing of a project emblem.

Since, a rough draft of a flipchart on diarrhea, hygiene and SSS has been drawn up but not tested. The flipchart's messages apparently overlap with one that the CARE/Congo NUTED project is developing. The possibility of combining the two is being discussed. The HE coordinator is currently working on a practical HE guide for health personnel based on the STC's model.

The following table lists activities scheduled for the 1st semester, 1986, their respective dates of scheduled start and completion and the current status of each activity. The activities schedule on which this table is based was established no earlier than 11/85. Note: The decision was made early on to concentrate first on CDD related messages.

TABLE 11

SCHEDULED H.E. ACTIVITIES AND STATUS:
1st SEMESTER 1986

ACTIVITY	DATES: START - FINISH	STATUS
1. Prepare messages, drawing photos, flyers on SSS, dehydration and hygiene	1/1 to 1/30/86	on-going
2. Elaborate form to pre-test ed. materials	1/1 to 2/11/86	done
3. Pre-test ed. materials in project action zones	2/1 to 3/1/86	not started
4. Order & production of ed. material, T-shirts, stickers	1/1 to 3/1/86	started, not done
5. Develop mass media spots documentaries, skits	1/1 to 7/1/86	not started
6. Air radio and television spots	2/1 to 7/1/86	not started
7. Appoint 2 agents to be responsible for HE in Project Action Zones	2/1 to 3/1/86	not started
8. Elaborate objectives and activities for HE training modules	1/1/to 3/1/86	on-going
9. Secure materials for HE training	2/1 to 3/1/86	not done
10. Elaborate planning and preparation guides for HE sessions	2/1/to 3/1/86	on-going
11. Distribute and Diffuse HE material and HE guides	4/1/to 7/1/86	not done
12. Start HE sessions in the project action zones	4/1 to 7/1/86	not done
13. Organize working sessions with CDD team & HE consultative group	1/86	not done
14. IBID.	3/86	not done
15. Contact UNEAC for songs relative to project	1/86	not done
16. Turn over instructions on SSS to UNEAC	1/86	not done

The fact that so many activities from a schedule established in late 1985 remain undone, and for the most part unstarted, indicates very clearly that there exist some serious constraints and that certain adjustments must be made.

Those associated with the project and its HE program cited financial constraints as the reason for lack of progress. With respect to the production of education materials, lack of funds is certainly a binding constraint. Financial difficulties also effect routine operations, and undoubtedly is a major factor in the HE program's lack of progress.

Financial constraints alone, however, do not fully account for the program's slow start. Even in the absence of funds, much more could have been done in preparation for the availability of funds. If the HE program were to receive its entire budget tomorrow, it would be largely unprepared to use that money. Certainly, more could have been done in the preliminary stages of materials development including pre-testing in Brazzaville. More frequent meetings of the HE consultative committee may also have catalyzed more progress.

The lack of staff designated to work on the CCCD HE program has also contributed to its slow start. The HE coordinator is currently the only person specifically assigned to the CCCD HE program, and even she has other responsibilities within the DMCHHE. Given these facts it is recommended that an agent from each of the three CCCD technical services (EPI, CDD, Malaria) be assigned to work on a full-time basis, and under the supervision of the HE coordinator. In addition to providing much needed additional human resources to the HE program, this will provide a tangible coordinating link between the CCCD technical services and the HE program. These three agents will need some on-the-job training with respect to HE techniques and principles which, coupled with their technical expertise in their respective areas (EPI, CDD, Malaria), will considerably strengthen the CCCD HE program.

It would also be highly desirable to give the HE unit office space at the DPM. Not only is office space scarce at the DMCHHE, but the close proximity to other members of the CCCD team would enhance contact, coordination and supervision. After discussion with interested parties, this was not retained as a bonafide recommendation, but the idea has been advanced.

As mentioned earlier, and taking into consideration recurrent financial constraints, it is unlikely that the full range of activities described in the HE action plan can be completed within the life of the project and sustained after project completion. It is now necessary to select a set of activities from the overall plan that can realistically be implemented in full. Factors considered in this selection include the potential impact, both short and long term, and the likelihood that the MHSA/GPRC can sustain and support these activities in the future.

The current HE action plan calls for a highly integrated and multi-faceted approach. Components include: mass-media (radio, TV); printed materials; HE in health facilities; and HE in the community through non-health organizations (women's union, social affairs, literacy program). Those components recommended to be retained in full are: health education in health facilities; and printed materials. More specifically, peripheral health personnel, who are the implementors of CCCD interventions should receive the training and reinforcing educational materials to conduct effective and uniform health education in support of CCCD programs. An additional recommendation calls for central HE staff to work closely with the CCCD training coordinator to assure the integration of an appropriate HE component into the upcoming regional training effort.

It is reasonable to expect that these recommended activities can be implemented in their entirety. A mechanism for training health personnel with respect to CCCD activities is currently being developed and HE can easily be integrated into it. A modest start has also been made on the development of educational materials which are applicable to the recommendation. Pending a resolution of project financial difficulties, and the strengthening of central HE staff, materials development can be accelerated at a faster pace than to date.

The recommended activities are sustainable. Well-trained personnel will maintain their skills well into the future regardless of MHSA/GPRC financial status. While the future capacity to continue producing new educational materials is dependent on financial limitations, those materials produced in the life of the project can be used well into the future. Mass media, on the other hand, has the same limitations as far as future production, and while short-term impact may be considerable, the long-term impact is questionable.

Furthermore, given the high concentration of population in the urban areas and the high rate of DTP-Polio vaccination coverage, it is reasonable to assume that most of the target audience for HE is having regular contact with the health service delivery system and therefore are subject to exposure to HE efforts within that system. It then makes sense to strengthen the HE technique and provide materials to exploit this exposure and promote desired behaviors.

While the value of the proactive nature of mass media and community-based HE is fully recognized, much of their value lies in their ability to provide extensive exposure and create health service-seeking behavior. Further, while it would be ideal to combine mass media, community and health service-based HE, a choice in this case, must be made. The population seems to be seeking health services already, and a by-product of this behavior is good exposure to health service-based health education.

Note: If an accelerated short-term vaccination effort does materialize in PRC, a mass media promotional campaign is definitely warranted. In this case careful consideration should be given to utilizing STC for mass-media.

5.9 TRAINING

The Project Agreement states that "...training will be the most important activity undertaken to strengthen the health service delivery system." It also calls for approximately 500 health personnel to receive varying degrees of technical training, and for the development and adaptation of training materials.

The project has developed an in-country training strategy which responds well to the Project Agreement. However implementation of this strategy has been seriously delayed due to unavailability of short-term technical assistance, financial restrictions and the lack of a responsible person(s) to plan, coordinate and follow-up on training activities. No detailed life of project work plan has been developed to date.

The original strategy calls for a national mid-level managers (MLM) training course in Brazzaville, to be followed by regional training courses for peripheral health personnel in each of the 10 regions. Those trained in the mid-level managers course were to facilitate the regional courses. This strategy was somewhat modified during the visit of a training consultant. The new strategy calls for the adaptation of MLM training materials to better suit regional needs and a training of trainers course in Brazzaville to be followed by the regional training courses, one per quarter, in each of the 10 regions.

The national MLM training course which was originally scheduled for January, 1985, took place in July, 1985 with the assistance of a short-term training consultant. Twenty-five MLM's from six regions were trained in this 12-day course which had a stated goal: to train managers involved in CCCD as well as to prepare them to organize the HE, ORT, EPI and Malaria activities. The extent to which the training received was applied is variable and difficult to analyze. Most noteworthy is the number of ORT treatment centers (30) since the training. From this view point the training is definitely worthwhile. No new activity in HE or Malaria was observed or documented as a result of this training.

Prior to the MLM course a 6-day facilitators workshop was conducted. These facilitators (11) conducted the MLM course.

To date no regional training courses have taken place, nor are they definitively scheduled. They were originally (start of project) scheduled to take place at one per quarter for 10 quarters starting in

August, 1985. A revised schedule, developed in July 1985 by the STC called for one per quarter starting in December 1985.

The following table is taken from the 1985 CCCD Country Summary.

TABLE 12

CCCD MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM COUNTRY: CONGO 1985

TRAINING

	1985 TRAINING ACTIVITIES		LOP TRAINING ACTIVITIES	
Type of Personnel	No. Trained	Person Days	Cum. No. Trained	% LOP Realized
Peripheral health staff				0%
Mid-level Managers	25	300	25	50%
CCCD Facilitators	11	60	11	100%
Senior level Officials	2	36	2	100%
Others				
Survey interviewers	31	93		
ORT Training	365	365		
Chloroquine Resistance studies (Congo)	9	324		
PEV Vaccinators Recyclage - fixed centers (Brazzaville and Pointe-Noire)	90	270		

The base from which the percentage LOP realized was calculated is not documented. It was presumably extrapolated from he ProAg figure of 500 health personnel to be trained. The two senior level officials trained were the Director and Deputy Director of the DPM who participated in the MLM course and facilitator's workshop. The ORT Training consisted of one day on the job training to open ORT treatment centers. It is unclear why 365 people were trained as there are 30 ORT centers nationwide. That means an average of 12 people per center were trained. The evaluation team observed no more than 3 staff members administering ORT in any given center. The PEV vaccination recyclage were two day on-the-job refresher courses in fixed vaccination centers.

Other training, not reflected in the table include: participation of the chief of CDD in a WHO senior level managers course in Lome (10 weeks); and the Director of DPM helped facilitate a WHO/CCCD MLM course in Bamako March, 1985.

Clearly the major thrust of the CCCD/Congo training program is yet to come. Plans are now being made to adapt/develop training materials in all aspects of CCCD for the regional training effort. Negotiations have started with the National Administrative School (ENAM), which has two or three SHDS trained professors, to develop these materials and conduct a training of trainers course in Brazzaville. A STC for training is arriving in June to work with ENAM and develop a detailed training plan for the remainder of the project. The apparent success in the field of EPI training in 1982-3 and WHO ORT training in 1984 leads us to believe that CCCD regional training courses will have a positive impact once they are implemented. However, the DPM is currently lacking a full-time training coordinator to plan, organize and follow-up on training efforts. The importance of logistical and organizational arrangements that need to be made for successful training courses cannot be overstated. It is therefore imperative for the CCCD/Congo project to designate or hire someone to coordinate every aspect of this training strategy. A job description for such an individual has been developed (see "Proposition pour l'integration d'un volet formation dans le LUTE" Sarah Fry 11/85).

Technical competence at the central level of CCCD Congo is high. Therefore, international training of senior level personnel should not be considered a priority.

It should also be noted that if the recommendations for the CCCD HE program are to have a positive effect on the overall project, it is imperative that HE staff and the training coordinator and consultants make every effort to integrate a HE component into the regional training strategy.

While efforts are reportedly underway to incorporating CCCD interventions into the curriculums of medical and para-medical institutions, this should be followed closely.

5.10 FINANCING

Since 1985 the Congo has faced a severe economic crisis due to falling oil revenues and growing debt service. Petroleum revenues are expected to decline by more than 50% in 1986. Depreciation of the dollar (in which petroleum revenues are paid) has exacerbated this loss.

Under these pressures, the government is calling for strict financial discipline. In March 1986, the government announced its intentior to reduce spending under the 1986 state budget by 50%. The MHSA has been promised 25% of its original operational budget. Below is a list of the operational budget cuts faced by those divisions directly involved with CCCD activities (CFA):

	Original	Revised	Available
Dept. of Preventive Medicine	39,000,000	19,878,300	19,121,700
Dept. of Curative Medicine	7,700,000	4,967,244	1,690,202
Dept. of Maternal/Child Health	9,400,000	4,791,180	4,600,820
Pharmapro - Pointe-Noire	743,389,000	376,194,886	240,000,000
Pharmapro - Brazzaville	6,117,000	3,000,000	3,177,000

The issue of economic sustainability of CCCD activities is a question of the ability of the GPRC to provide or cause to provide funds to cover the recurrent costs of the project. The project agreement stipulates the following schedule for the GPRC portion of Project costs:

Year 1	22%	(1984)
Year 2	45%	
Year 3	64%	
Year 4	78%	
Year 5	100%	(1988)

In actuality, GPRC's portion of project costs has been:

Year 1	0%
Year 2	9%
Year 3	0%

The GPRC has from the start of the project committed less than the funds called for in the Project Agreement. Due to a reorganization within the MHSA at the end of 1984, CCCD activities were not put in operation until March 1985. In 1984, no GPRC funds were made available for CCCD activities. In 1985, only 31% of GPRC-ProAg funds were made available such that Congolese funds composed only 9% of the USAID/GPRC total project budget that year. No CCCD funds are allocated nor is CCCD established as a line item in the Division of Preventive Medicine in 1986; as a result, USAID funds have been frozen since January 28, 1986.

In response to the low level of GPRC funding, USAID disbursements have been less than those budgeted for in the ProAg. Comparisons between ProAg requirements and actual expenditures for USAID for 1984-1986 are given below (400 CFA/$):

	(84-86) ProAg	(84-86) Actual	% of ProAg
Local costs	96,113,600	25,823,519	27%
Offshore costs	138,742,400	109,200,000	79%
Total costs	234,856,000	135,023,519	57%

The following donors have also contributed funds to the project:

FAC: FAC expenditures for CCCD have also been less than the amount allotted in the FAC/CCCD budget. Representatives of FAC in Brazzaville have voiced serious concern about sustainability by GPRC of the project given the low levels of GPRC funding. Additional FAC support for CCCD activities has come through FAC/Grandes Endemies and FAC/Follereau: however, it is FAC's intention to reduce funding for CCCD activities during each of the next two years until the project ends (See Table 19).

UNICEF: Although not an official partner in the ProAg, Unicef has made major contributions to CCCD activities primarily in the form of medical equipment and just recently 200,000 ORS packets. Unicef is also initiating plans for an accelerated vaccination effort scheduled for October/November 1986 covering the six target diseases. The GPRC has been asked to participate in this effort.

For the project to continue it is necessary that the GPRC renew its commitment to the terms of the Project Agreement which call for the GPRC to provide an increasing share of project costs over the four year period, after which it will assume full responsibility for all costs. During the last week of this evaluation, a verbal commitment was made by MHSA that 10,000,000 FCFA would be made available for CCCD activities for 1986. This represents a decreasing rather than increasing share of

project costs. Also it is less than the minimum level of GPRC funding required to cover 1985 activity levels (16,045,968 CFA) (See Table 26). It is important that the GPRC recognize that insufficient funding will force USAID to reconsider its support of CCCD activities in the Congo.

Based on the criterion stipulated in the ProAg that all project costs be sustainable by GPRC by PACD, it is clear that ProAg objectives are overly ambitious. The GPRC has been unable to finance even the small portion of recurrent costs it has been assigned during the initial years of the project. To date, the GPRC has not funded any offshore recurrent costs. Given foreign exchange constraints, GPRC will find it increasingly difficult to purchase the level of imported commodities required. Complementary funds from the departments into which CCCD activities are integrated have also been cut by 50%. The budgets of Pharmapro/Pointe-Noire and Pharmapro/Brazzaville, the state-run pharmacies responsible for the purchase and distribution of medical supplies have been similarly reduced. In addition, the FAC/CCCD funding schedule is based on annual reductions in FAC contributions. In spite of these financial difficulties, MHSA has not acted on the recommendation made in the first annual review that possibilities for auto-financing be explored.

Given the current financial situation, the evaluation team recommends that the objectives for the Project Agreement be reduced by delaying Phase II activities until CCCD activities are well established in the Phase I population centers. Substantial resources and effort are still required to meet CCCD objectives in Brazzaville, Pointe-Noire and Loubomo. Expansion of CCCD activities into rural areas will significantly increase recurrent costs because inaccessibility makes supervision and distribution more difficult. The rural regions of Brazzaville, Kouilou and Niari have very limited EPI activities and practically no malaria or ORT programs.

This modified scope of work should also take place on a five rather than four year timetable. The slow start-up due to the reorganization within the MHSA and the disruption caused by the economic turn of events justify an additional year. Also auto-financing strategies will take time to develop and implement. A rough estimate of the funds required under this extended timetable is given in Table 28. The projections assume that GPRC will provide the minimum 16,045,968 CFA required to maintain current activities in Phase I regions and the USAID unspent balance to date will be available through 1989.

In light of the economic situation described in the section above, the development and implementation of an auto-financing strategy per the ProAg Section 5.3 is necessary immediately. The operational research planned on this topic for June/July 1986 should not be delayed.

Several countries studies show that in Africa individuals prefer to use health facilities that have adequate and reliable stocks of medication and that in fact people are willing to pay for these services. The evaluation team has noted that this holds true for the Congo as well. This suggests that it is both reasonable and feasible to formally introduce a system of auto-financing which generates revenues that are targeted to cover same of the local direct costs, especially distribution costs, for two of the three CCCD activities.

In every region visited a price was charged for vaccination cards ranging from 100 CFA to 500 CFA. In Brazzaville and Pointe-Noire, the typical price was 250 CFA. In some cases, the women were asked to buy two cards. EPI has been charging fees for vaccination cards since 1982. In one facility in Pointe-Noire, women were willing to buy vaccines at a local pharmacy when the facility stocks were inadequate. In rural villages outside of Loubomo, women were sensitized to the importance of vaccines and willing to pay for cards, regardless of whether they gave birth in a hospital or at home with a traditional mid-wife.

It is worthwhile to note that the total cost of vaccines required by CCCD protocol for one child is approximately 221 FCFA.

Vaccine Requirement		Unit Price	Total Cost
Polio	4 doses	15.60 FCFA	62.40 FCFA
BCG	1 dose	4.76 FCFA	4.76
DTCoq	3 doses	18.26 FCFA	86.69
Measles	1 dose	67.20 FCFA	67.20
			221.05 FCFA

Unit Price: 1985 UNIPAC catalogue with 40% surcharge for packaging, processing and freight (see Qualls cost study - Appendix C).

This is not to suggest that 221 CFA is the correct price to charge but it gives some indication of what costs can be covered. In fact, since most of these vaccines are being provided by donors, it is more reasonable to target auto-financing revenues to cover distribution costs which as will be discussed later are seriously underfunded. It was not possible to provide an estimate of distribution costs for this presentation.

The amount of revenues generated through the purchase of vaccination cards in 1985 in Brazzaville, Pointe-Noire, and Loubomo is 8,122,500 CFA. These revenues are equal to 54% of GPRC financial allocation to CCCD in 1985.

	DTCoq 1	% Vaccination Cards	# Cards	Revenues
Brazzaville	22,700	92%	20,884	5,221,000
Loubomo	6,061	59%	3,576	894,000
Pointe-Noire	9,477	85%	8,030	2,007,500
			TOTAL REVENUE:	8,122,500

*250 CFA/card
*DTCoq 1 vaccinees are most likely to have bought a vaccination card.

Clearly auto-financing could significantly alleviate financial constraints if these revenues could be targeted to fund recurrent costs. Currently facilities cannot identify precisely how revenues are being used nor can they explain how the price of the card was set. It is important to note, however, that to ensure use of preventive services the full marginal cost of the vaccines should not be charged. Clearly, 250 FCFA is below marginal cost since the 221 FCFA calculated before represents only the cost of vaccines and not distribution of personnel costs. A cost analysis of recurrent cost per vaccine would provide a basis for setting the price of vaccination cards.

The evaluation team also noted that many individuals are paying for chloroquine as a curative treatment for malaria. Since the new malaria protocol has not yet been formally introduced and implemented and since the use of the more expensive quinimax injection is still widely used, the price of chloroquine should also initially be set below marginal cost to encourage wider use. Compare the prices below of these two anti-malarial treatments which CDC experts consider to be equally effective.

	Average Dose	Price/25mg
Chloroquine	25mg/kg	3.13 FCFA
Quinimax	25mg/kg	86.88 FCFA

Price: SEP Price, Government self-financing pharmacy.

In spite of this price differential, quinimax is still widely used. This suggests that in addition to price incentives health education that discourages the use of quinimax is essential.

Unlike vaccines and chloroquine, ORS packets are rarely purchased. Given the novelty of ORT treatment in the Congo, it is not recommended that it be sold, at least initially. Both doctors and patients need to be convinced of its effectiveness and be discouraged from using IV's.

A short-term consultant needs to be hired to design and begin implementation of an experimental auto-financing strategy. The German organization GTZ is currently designing an auto-financing system in the Niari Region. They should be contacted. The scope of work for this consultant should include determining prices for chloroquine and vaccination cards, developing a protocol for charity care, targeting direct costs to be paid by revenue earned and setting up a supervision and bookkeeping systems.

It is important to recognize that different auto-financing schemes will be appropriate for different regions. Moreover, considering that in the Congo, individuals are already burdened with costs of curative care, the degree to which they can be asked to pay for CCCD activities is somewhat limited.

5.11 COST STUDIES

The cost study by Qualls in June/July 1985, furnishes a preliminary estimate of total costs of the EPI, Grandes Endemies and CARE/Congo vaccination programs.

Comparison of these delivery systems based on total cost figures are necessarily very limited (as Qualls recognizes) because the quantity of output (vaccinations) they produce differ. Instead this study should be viewed as a basis for (1) calculating the average cost (fixed plus recurrent) per vaccine for each antigen and (2) calculating the average recurrent cost per vaccine for each antigen.

Qualls makes a rough estimate of the average cost (fixed plus recurrent) per vaccine for each program, however, she does not include national/central costs in the local average cost. Nor does she include all in-country distribution costs, training and education costs, and building maintenance costs (utilities, repairs). Most of these omissions are due to lack of data; nevertheless, given their importance they should be estimated for the more complete study. This research will be a useful tool for measuring the efficiency of vaccination services and will facilitate a cost-effectiveness study for the cost per death avoided.

The completion of the smaller cost study: average recurrent cost per vaccine for each type of vaccine,is of more immediate concern, because it will provide the basis for an auto-financing strategy. This work could be undertaken by the same consultant team responsible for developing the auto-financing strategy. Note these combined tasks will require significant technical assistance through the end of the project.

5.12 FINANCIAL MANAGEMENT

The three recommendations made relating to financial management are designed to:

1) Prepare the GPRC for assuming full responsibility for project costs
2) Provide tools for planning the use of increasingly scarce resources and
3) Ensure coordination of expenditures between USAID, FAC, and GPRC.

In particular, an adequate structure within the Ministry of Health and Social Affairs should assure responsibility for the documentation of expenditures of USAID and FAC local funds. Second, budgets and bookkeeping records for FAC, USAID, GPRC should identify planned activities as line items. Third, disbursement of CCCD/USAID funds, CCCD/FAC funds and CCCD/GPRC funds should be approved in writing by representatives of USAID, FAC and GPRC.

TABLE 13 1984

USAID - LOCAL COSTS (CFA)

Classification	ProAg	Budget(2)	Actual
Vehicle spare parts (1)	0	750,000	191,988
Other equipment + supplies	0	1,400,000	17,787
Training seminars	12,914,400	900,000	620,000
Operational problems	5,000,000	0	0
Transport	2,742,800	500,000	361,836
Emergency gas/oil funds	2,800,000	1,726,686	82,000
Printing	0	300,000	0
Durable goods	0	2,000,000	44,854
Contingency	13,028,400	4,458,314	1,600
TOTAL	36,485,600	12,035,000	1,320,063
% of ProAg			3%
% of Budget			11%

(1) Maintenance

(2) Budget of planned activities

TABLE 14 1985

USAID - LOCAL COSTS (CFA)

Classification	ProAg	Budget(1)	Actual
Vehicle spare parts	0	3,308,012	1,405,541
Other equipment + supplies	0	2,232,215	1,105,138
Training seminars	11,485,600	9,380,000	8,714,825
Operational problems	5,000,000	0	0
Transport	0	2,238,164	1,309,675
Emergency gas/oil funds	3,000,000	2,418,000	1,908,195
Printing	0	2,500,000	1,239,000
Durable goods	0	4,555,146	2,522,894
Contingency	13,828,400	6,083,400	4,867,302
TOTAL	33,314,000	32,714,937	23,072,570
% of ProAg			69%
% of Budget			70%

(1) Cumulative budget of 12/85 - budget allocated 1984 + unspent balances

TABLE 15 1986

USAID - LOCAL COSTS (CFA) (Jan. - March)

Classification	ProAg	Budget(1)	Actual
Vehicle spare parts	0	1,902,471	585,374
Other equipment + supplies	0	1,127,0770	167,002
Training seminars	12,057,200	665,175	79,265
Operational problems	5,000,000	0	0
Transport	0	928,489	30,055
Emergency gas/oil funds	3,200,000	509,805	316,600
Printing	0	1,261,000	0
Durable goods	0	2,032,252	58,145
Contingency	6,056,800	1,216,098	4,867,302
TOTAL	26,314,000	9,642,367	1,430,886
% of ProAg			5%
% of Budget			14%

(1) Budget = unspent 1985 balances

Note: USAID funds suspended January 28 1986

TABLE 16

USAID - FOREIGN EXCHANGE COSTS ($)

Classification	1984 ProAg	1984 Actual (4)	1985 ProAg	1985 Actual(3)
Vehicle spare parts	0	0	3,000	0
2 wheel motorized vehicle	24,857	(local)	20,000	45,000(4)
Cold Chain(1)	20,571	0	25,714	44,000(1)
Chloroquine	50,000	0	54,857	50,000
ORS	40,000	0	0	40,000
Vaccination(2) equipment	34,857	0	15,000	36,000(2)
Other equipment and supplies	12,000	0	2,000	0
To project car	0	0	0	8,000
TOTAL	182,285	0	120,571	223,000
% of ProAg		0%		185%

(1) Refrigerators
(2) Equipment 27,000 (including needles on route)
Syringes 9,000
(3) From PIO/C status records, amount obligated
(4) PIOC funds used for local purchase

TABLE 17 1986

USAID - FOREIGN EXCHANGE ($)

Classification	ProAg	(Jan - March) Actual	LOP
Vehicle spare parts	4,000	0	12,750
2 wheel motorized vehicle	0	0	44,857
Cold chain	25,143	0	94,714
Chloroquine	0	0	104,857
ORS	0	0	40,000
Vaccination equipment	14,857	0	64,714
Other equipment + supplies	0	50,000(1)	14,000
TOTAL	44,800	50,000	375,892

(1) All purpose PIOC, first order chloroquine resistance study lab materials

TABLE 18: LPHC - ALL COSTS

Item	1984 ProAg	1984 Actual	1985 ProAg	1985 Actual	1986 ProAg	1-3/86 Actual	1987 ProAg
Measles vaccine (offshore cost)	0	0	4,000,000	0	8,000,000	0	24,400,000
Chloroquine	0	0	12,000,000	4,000,000	16,000,000	0	48,000,000
ORS	0	0	16,000,000	0	18,000,000	0	54,000,000
Equipment, vaccination	0	0	5,000,000	0	7,000,000	0	22,000,000
Fuel repair	5,257,200	0	8,000,000	1,504,241 (1)	9,142,800	748,600 (3)	32,342,800
Perdiem, transport	0	0	3,000,000	4,740,000 (2)	3,400,000	358,000 (4)	10,400,000
Office supplies	0	0	0	2,146,260	4,000,000	943,381	8,458,000
Total (% of Prob)	5,257,200	0 (0%)	48,000,000	12,390,521 (26%)	65,542,000	2,049,981	199,600,800

(1) Fuel and oil = 960,240
Maintenance = 544,021

(2) Transport of vaccines = 359,000
Per diem = 4,381,000

(3) Fuel and oil = 722,000
Maintenance = 26,362

(4) Transport of vaccines = 10,000
Per diem = 348,000

TABLE 19

FAC - EXPENDITURES FOR CCCD FROM CCCD/FAC FUNDS

Classification		Expenditures (1984-1986)
Vehicles		17,282,000
Gasoline		1,230,000
Maintenance		1,000,000
ICORT Conference		975,000
BCG 50,000		3,525,000
VAT 20,000 does		1,062,000
TOTAL		25,074,000
FAC CCCD Budget:	1984	25,000,000
	1985	18,500,000
	1986	12,500,000
	1987	6,250,000

TABLE 20

FAC EXPENDITURES FOR CCCD FROM PEV/FAC FUNDS 1984-3/86

Classification	Expenditures
Maintenance of electric generator	1,400,000
Vehicle spare parts	79,200
Maintenance of cold chain	808,489
TOTAL	2,287,689

TABLE 21

FAC - EXPENDITURES FOR CCCD FROM SEGE/FAC 1984-3/1986

Vehicles	2,897,000
Office supplies (including photocopies)	4,395,800
Vehicle insurance	200,000
TOTAL	7,492,800

TABLE 22

TAC - EXPENDITURES FOR CCCD FROM FONDS FOLLEREAU/FAC

Distribution of vaccines into regions	250,000

TABLE 23

OTHER DONORS

UNICEF:

35 Scales
10 Microscopes
3 Laboratory kits for chloroquine resistance record
200,000 (Approx.) ORS packets

ROTARY CLUB:

Vaccines (polio)

TABLE 24

GLOBAL BUDGET 1985 (CFA)

Allocated Remaining	Original Spent
USAID	119,797,570
119,797,570	119,797,570
0	
FAC	25,000,000
25,000,000	18,512,000
6,488,000	
GPRC	30,000,000
15,000,000	12,390,521
2,609,579	
TOTAL	174,797,570
159,797,570	150,700,091
(USAID	
FAC-GPRC)	
% GPRC	17%
9%	
8%	
TOTAL	149,797,570
134,797,570	132,188,091
(USAID	
+ GPRC)	
% GPRC	20%
11%	
9%	

TABLE 25

PROJECT AGREEMENT GLOBAL BUDGET (CFA)

	1984	1985	1986	1987
USAID Offshore costs	72,914,000	48,228,400	17,600,000	11,614,400
USAID Local costs	36,485,600	33,714,000	26,314,000	12,342,800
GPRC Offshore costs (measles vaccines)	0	4,000,000	8,000,000	12,400,000
GPRC Local costs	5,257,200	44,000,000	57,542,800	68,743,600
TOTAL	114,656,800	129,542,400	109,456,800	105,100,800
% Congo	5%	37%	60%	77%

TABLE 26

MINIMUM* GPRC LOCAL FUNDS TO MAINTAIN 1985 ACTIVITY LEVELS THROUGH 1986
(FCFA)

Fuel	3,840,000 CFA	
Oil	239,190	
Vehicle maintenance		883,350
Per diem	3,612,000	
Transport	642,600	
Office supplies	2,500,000	
TOTAL	11,717,140	
Chloroquine (8 Brazzaville Centers)		235,876
Accelerated vaccination program	2,000,000	
TOTAL	13,953,016	
15% Contingency	2,092,952	
GRAND TOTAL	16,045,968 CFA	

* This minimum cost figure pertains to maintaining given 1985 level of activity in Brazzaville, Pointe-Noire and Loubomo without including any of the special activities called for in the 1986 plan of activities except the accelerated vaccination program scheduled for October/November 1986. This program was included because it is felt that GPRC participation is crucial to maintain donor support of CCCD activities in the future. Note 15% rather 10% contingency rate was used because the total 13,953,016 CFA is truly a minimum estimate.

TABLE 27

ASSUMPTIONS FOR MINIMUM GPRC LOCAL FUNDS: 1986

Fuel and Maintenance

- 4 CCCD vehicles
- 20,000 km/yr
- 0.16 liters/km
- 300 CFA/liter
- Oil 239,190 CFA [2/3 country assessment, 357 CFA = 2$]
- 5% purchase price of 4 vehicles (17,667,000) = maintenance

Supervision	Regional	Local
Per diem	7000 CFA/day	7000 CFA/day
# Persons	4	4
Length of trip	7 days	1 day
# Trips/yr	3	36
# Regions	-	3
TOTAL	588,000	3,024,000

Airfare (CFA) 53,550 (Brazzaville/Pointe-Noire/Loubomo/Brazzaville)

Office Supplies

GPRC/CCCD Budget expenditure 2,500,000 CFA

Chloroquine

- 4 malaria centers, Brazzaville (3140 reported cases)
- 300 mg/treatment (country assessment)
- 3.13 CFA/25mg (UNIPAC 1985 catalogue, Qualls study)
- Anticipate doubling # centers

Accelerated Vaccination Program

- Minimum contribution required by GPRC as estimated at UNICEF Meeting, April 18, 1986 (2,000,000 CFA)

TABLE 27 (CONTINUED)

Other Supplies

It is assumed that vaccines, ORS and some chloroquine will be supplied by donors. Also, GPRC will continue to supply personnel and the base infrastructure (i.e. buildings, utilities). Depreciation of capital goods is not included.

TABLE 28

ESTIMATED PROJECTIONS: GPRC, USAID FUNDS

	86	87	88	89
GPRC	16,045,968*	32,724,146	52,730,963	87,749,266
USAID	48,137,904	39,996,179	29,661,166	5,994,430
TOTAL OPERATING COSTS	64,183,872	72,720,326	82,392,130	93,350,283
% GPRC	25%	45%	64%	94%
USAID Unspent	75,651,777	35,655,597	5,944,430	0

USAID Unspent balances as of 3/86

local:	82,632,881
offshore:	41,156,800
TOTAL:	123,789,681

Assumptions:

All the projections above are mathematical constructs using
1. GPRC minimum level 1986 funding as starting point *
2. A schedule of GPRC burden of generating costs: 25%, 45%, 64%, 94%
3. The amount of unspent USAID balances as of 3/86
4. Inflation 10%, population growth 3%: TOTAL Project Operating Costs

The level of activity in Brazzaville, Pointe-Noire and Loubomo supported by these projections cannot be precisely stated at this point. A detailed analysis using epidemiological and cost information is required to do this.

DOCUMENTS REVIEWED

Second Year Project Evaluation Briefing Book

Planning Documents

1. Project Implementation Letters 1 and 2
2. Life of Project Activity Plan (1984-1988)
3. Annual Activity Plan 1985
4. Annual Activity Plan 1986

Activity Reports

1. 1985 Country Summary Report
2. Rapport d'Activites - Annee 1985
3. Technical Officers Monthly Reports

Coordination/Cooperation

1. Life of Project Budget (1984-1988)
2. Coordinating Committee CCCD
3. Quarterly Financial Reports on Local Fund Account
4. Status of PIOCs

GPRC Budget/Funding Problem

1. Status of Government Revenues
2. Correspondence

Other General Articles

1. First Annual Project Review CCCD/Congo (May 1985)
2. Country Assessment CCCD/Congo (May 1983)

Epidemiology: Special Documents

1. Annual Program Reports: Malaria, Diarrheal Diseases, EPI Direction de la Sante Publique (GPRC 1984-1985)
2. Annual Report Grandes Endemies: Niari, Kouilou (1985)

DOCUMENTS REVIEWED (CONT.)

3. Reports of Grandes Endemies for vaccination Campaigns in Pointe-Noire, Loubomo (1986)
4. Consultant Report: Measles in Pointe-Noire
   Dr. F. Dabis (Oct. - Nov. 1985)
5. Consultant Report: Measles in Brazzaville
   Dr. W. Taylor (Feb. 1985)
6. Dossier Soins de Sante Primaire au Niari
7. Programme de Development des Soins de Sante Primaires au Republique Populaire du Congo (Nov. 1985)

Health Education/Training: Special Documents

1. Health Education Mission Report
   Sarah Fry (Oct. - Nov. 1985)
2. Health Education Action Plan for CCCD in PRC
   Sarah Fry (Nov. 1985)
3. End of Mission Report (July 1-5, 1985)
   Kathy Parker, CDC Atlanta
4. End of Mission Report (July 2 - August 3, 1985)
   Thomas C. Leonhardt, CDC Atlanta

Economics: Special Documents

1. Cost Study Report, CCCD/Congo (June/July 1985) and Addendum (October 7, 1985) - Noreen Qualls
2. Financial Records, CCCD/Congo (1984-1985)
   Direction des Services Administratifs et Finance
3. FAC Synthese de Depenses (1984 - 18 Avril 1986)
4. Budget: Direction Generale de la Sante Publique (1986)

PERSONS CONTACTED

American Embassy of Brazzaville

The Honorable Ambassador Alan Lukens
David Bassett CCCD - WHO Liason
Christy Collins USAID Liason
USAID Kinshasa

Ministry of Health and Social Affairs

1.	Dr. G. Bouramoue	The Honorable Minister of Health and Social Affairs
2.	Dr. A. Gando	General Director of Public Health
3.	Dr. G. Madzou	Director of Preventive Medicine
4.	Dr. S. Nzingoula	Director of Maternal Child Health and Health Education
5.	Dr. A. Ezanza	Director of Curative Medicine
6.	Dr. Niatty-Benze	Director of Primary Health Care
7.	Dr. R. Coddy	Chief of Service for Research Planning and Training
8.	Dr. P. Eozenou	Chief of Service Endemic Diseases (Grands Endemies)
9.	Dr. L. Loueko	Chief of Service EPI
10.	Mr. M. Biahoua	Bureau of Statistics EPI
11.	Mr. L. Obe	Chief of Service - Diarrheal Disease Control
12.	Mme. H. Bany	Chef de Service Education Pour La Sante (DSMIES)
13.	Mlle. E. Niamikessy	CCCD-EPS Coordinator (DSMIES)
14.	Mr. F. Biahoula	Deputy Chief of Service Malaria DMP
15.	Ms. K. Hawkins-Reeds	CCCD Technical Officer (leaving)
16.	Mr. B. Fitzgibbon	CCCD Technical Officer (arriving)
17.	Mme. Ngembi	Chief of Administrative and Financial Services
18.	Dr. Samba-Lefevre	Chief of Infectious Diseases - Hospital Makelekele
17.	Mr. Louhouamou	Interim Director of PHARMAPRO RPC

PERSONS CONTACTED (CONTINUED)

Region of Kouilou

1.	Dr. J. Senga	Chief of Grands Endemies
2.	Mr. D. Kimbatsa	Deputy Chief Grands Endemies
3.	Mme. Houmba	Director Regional DSMIES
4.	Dr. Nicolas	Chief of Pediatrics General Hospital a Sice
5.	Team Members	Regional Direction of PHC
6.	Dr. Nakahormda	Deputy Regional Director of Health and Med. Chief, SMI-MBOTA

Region of Niari

1.	Dr. Malalow	Regional Director of Health
2.	Dr. Goma	Med. Chief - Grands Endemies
3.	Dr. M. Manhoungou	Regional Director, SSP
4.	Regional Director	Affaires Social
5.	Mlle. A. Backouma	Chief of CDD - Grands Endemies
6.	Mr. T. Likibi	Chief of Malaria - " " "
7.	Mr. P. Mahoungou	Chief of PEV - " " "
8.	Dr. T. Sounda	Co-Project Director PHC-GTZ
9.	Dr. R. Menoli	Technical Coordinator PHC-GTZ
10.	Mr. Moukouavile	Training Coordinator - PHC-GTZ

UNICEF

1.	Mr. Juan Fernando Aguire	Director
2.	Mr. Ken Olivola	Program Officer

FAC

1.	M. Boissart	Director of Health Projects

Brazzaville

1. SMI Makelekele
2. Hospital General - Makelekele
3. SMI Poto-Poto
4. SMI CNPS Bacongo
5. SMI Ex-Adrientiste
6. SMI Lonzolo
7. SMI Talangai

PERSONS CONTACTED (CONTINUED)

Pointe-Noire

1. Hospital A. Sice
2. SMI CNSP Foucks
3. SMI M'Bota
4. SMI Jean Vialle

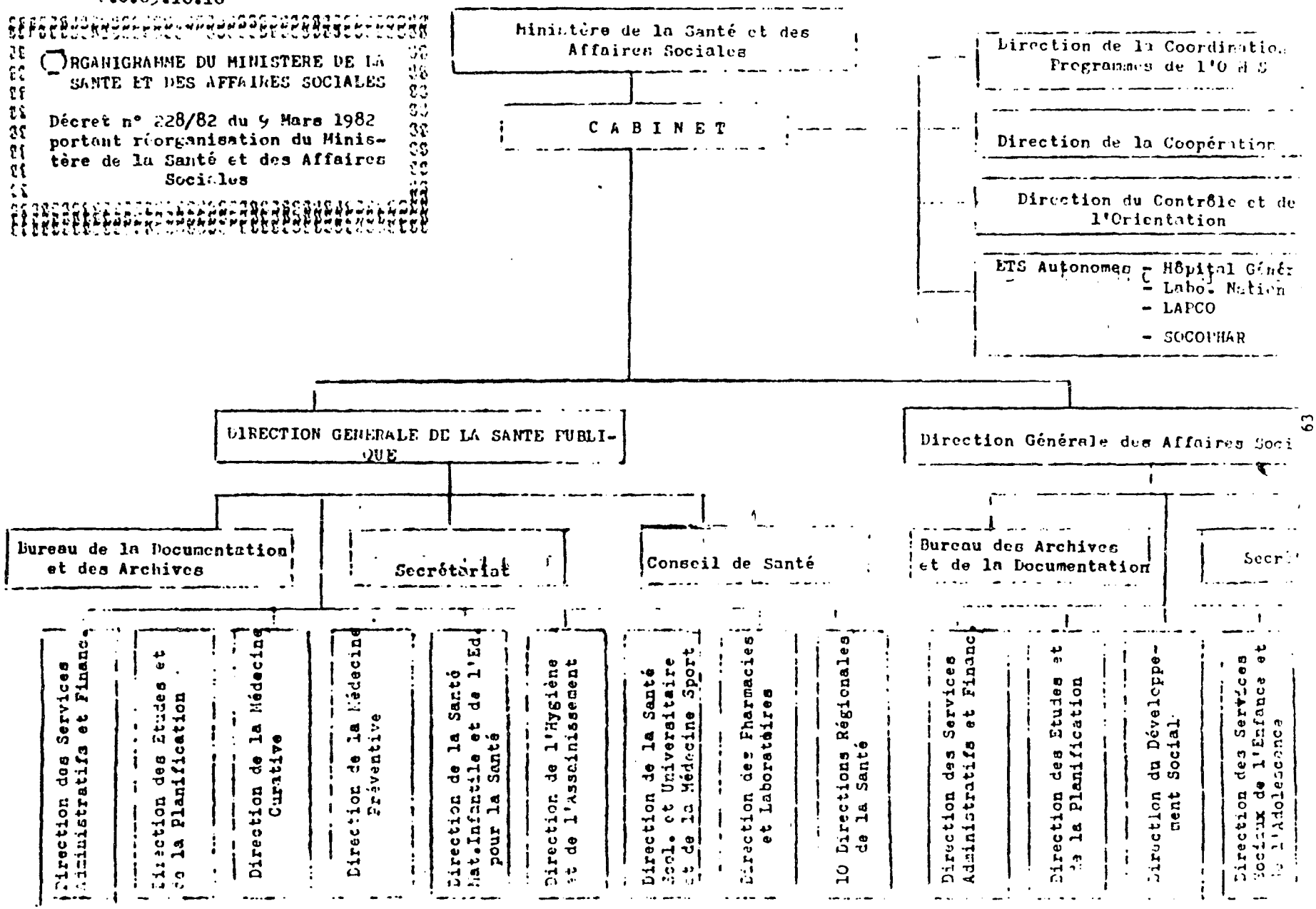
Loubomo

1. Hopital de Loubomo
2. SMI de Loubomo
3. SMI Armee de Salut

O.C.B. 10.16

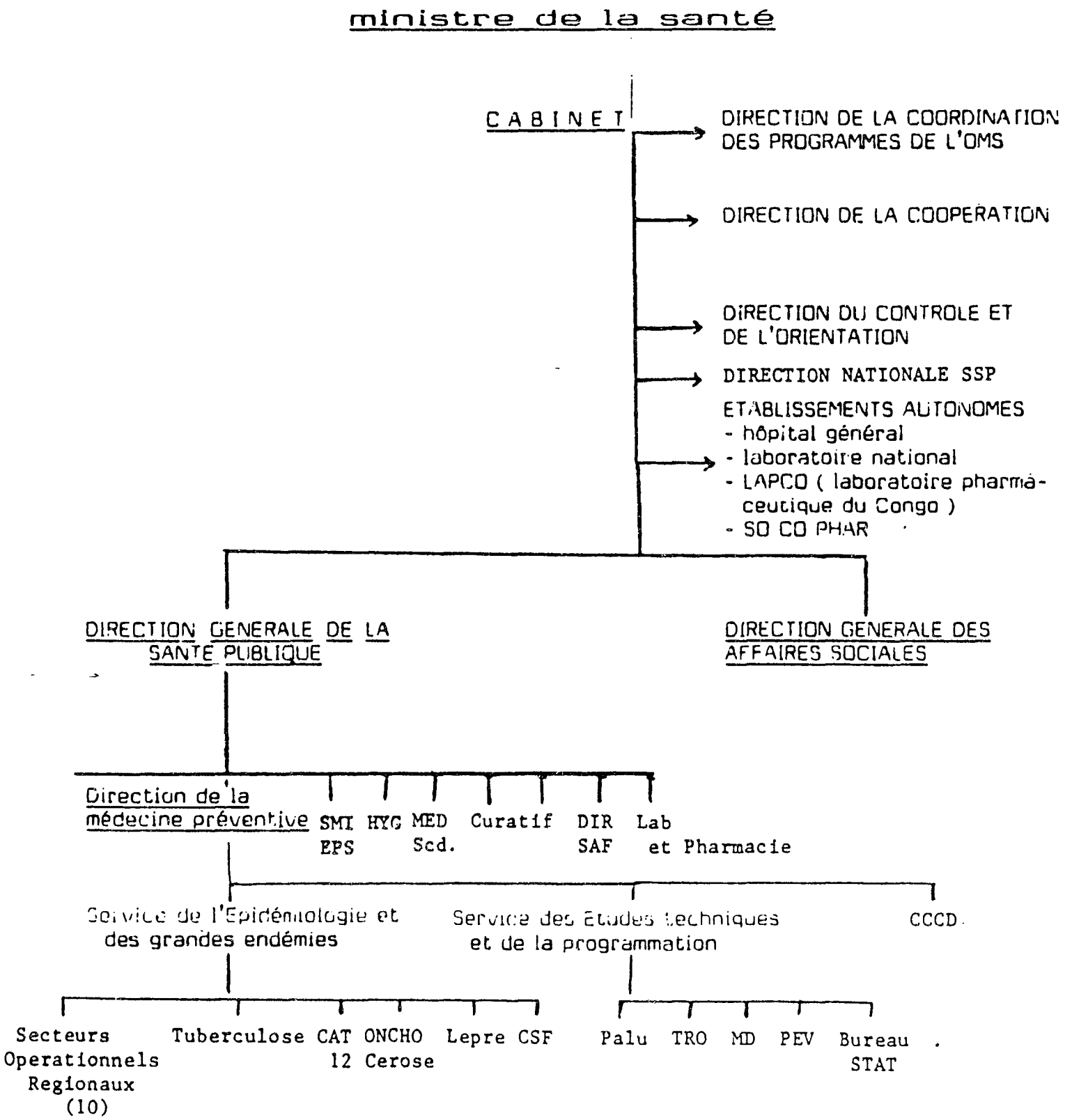
ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Décret n° 228/82 du 9 Mars 1982 portant réorganisation du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales



Bot Matlab Institut

organigramme du ministère de la santé et des affaires sociales



MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

C A B I N E T

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail - Démocratie - Paix

COPIE

NOTE DE SERVICE N°1220/85

PORTANT DEFINITION, ORGANISATION, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DU RESEAU D'APPLICATION DU PROGRAMME NATIONAL DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Vu le Décret n°82 - 228 du 9 Mars 1982, portant réorganisation du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales,

Vu le Décret n° 82/595 du 18 Juin 1982, fixant les indemnités de fonctions allouées aux titulaires de certains postes administratifs,

Vu le Décret n° 84/856 du 8 Août 1984, portant nomination du Premier Ministre,

Vu le Décret n° 84/858 du 13 Août 1984, portant nomination des Membres du Gouvernement,

La Conférence des Directeurs Généraux et Directeurs Centraux entendue,

DECIDE

Article 1er : La présente note de service définit l'organisation, les attributions et le fonctionnement du réseau d'application du Programme National des Soins de Santé Primaires.

Article 2 : Les Soins de Santé Primaires constituent une approche intégrée de la prestation socio-sanitaire et comportent à cet effet plusieurs composantes.

.../...

Les composantes de Soins de Santé Primaires retenues comme essentielles en République Populaire du Congo sont :

1) l'éducation pour la santé
2) la médecine préventive (vaccinations, lutte contre les endémo-épidémies, surveillance épidémiologique)
3) la santé maternelle et infantile
4) l'hygiène et l'assainissement
5) les soins curatifs
6) l'alimentation/Nutrition
7) l'approvisionnement en eau potable
8) l'assistance sociale
9) l'approvisionnement en médicaments essentiels
10) la lutte contre les épidémies
11) la tenue des statistiques sanitaires

Article 3 : Le réseau d'application du Programme National des Soins de Santé Primaires comprend, outre le système d'orientation/recours qui n'est pas traité dans la présente Note (Hôpitaux régionaux, Hôpitaux généraux et C.H.U.) :

- Les Services Centraux du Programme National des Soins de Santé Primaires
- Des Services Régionaux des Soins de Santé Primaires, à raison d'un service par Région
- Un Comité Consultatif Régional des Soins de Santé Primaires par Région
- Des Comités de Santé institués aux trois (3) niveaux de base.
- Les formations sanitaires des trois niveaux de base.

Article 4 : Les Services Centraux suivants et leurs sections sont organisés au sein du Programme National des Soins de Santé Primaires.

1°/Service des Etudes et de la Planification avec la Section Statistiques et la Section Projets, Programmation et Recherche.

2°/ Service de la Coordination, du Contrôle et de l'Evaluation comprenant la Section Organes de Gestion et la Section Organes d'exécution aux Trois Niveaux de base (T.N.B.)

3°/ Service de l'intégration des Soins de Santé Primaires divisé en Section Formations Sanitaires des Trois Niveaux de base, Section Formations Sanitaires d'orientation/recours et Section Réorientation du système de Santé nationale.

.../...

4°/ Service de la formation comportant la Section Formation initiale, la Section Recyclage et prefectionnement et la Section de l'audio-visuel, du matériel didactique et de l'information.

5°/ Service de l'Administration et des Finances qui comprend la Section du Personnel et du Budget, la Section du Matériel et de la Dépense et la Section Secrétariat.

Article 5 : Il est organisé en outre un Service régional des Soins de Santé Primaires dans chaque Région. Ces Services Régionaux sont placés sous l'autorité du Responsable du Programme National.

Article 6: Chaque Service Régional comprend les Sections suivants :

- Administration et Finances (A.E.F.)
- Coordination, Contrôle et évaluation (C.C.E.)
- Médicaments, Vaccins et équipements (M.V.E.)
- Santé Maternelle et Infantile (S.M.I.)
- Alimentation; Nutrition, eau potable (A.N.E.P.)
- Activités Sociales et promotionnelles (A.S.E.P.)
- Coordination des Soins Curatifs (C.D.S.C.)
- Médecine Préventive (M.P.)
- Hygiène et Assainissement (H.AS.)

Article 7 : Les Sections des Services Régionaux des Soins de Santé Primaires reçoivent les attributions suivantes :

a) La Section A.E.F. est chargée de la gestion des ressources humaines matérielles et financières de la région ainsi que de leur mobilisation.

b) La Section C.C.E. coordonne, contrôle et évalue l'exécution du programme d'action régional en matière de Soins de Santé Primaires.

c) La Section M.V.E. est chargée de la gestion du Médicament, des vaccins et de l'équipement médical. Elle en assure l'entretien et approvisionne régulièrement les formations sanitaires.

d) La Section S.M.I. supervise les activités liées à :

- La surveillance de la grossesse et la prévention des accidents susceptibles de la ménacer,
- l'éducation des femmes enceintes,
- la prestation des soins aux nouveaux-nés
- la lutte contre la mortalité et la morbidité infantiles par les soins curatifs et l'immunisation active,
- La surveillance systématique de l'état de santé de la population juveno-infan-

e) La section Alimentation, Nutrition, Eau Potable a pour rôle de :

- Promouvoir les activités tendant à obtenir pour les populations une alimentation saine et suffisante qualitativement et quantitativement,

- superviser l'éducation nutritionnelle des mères,
- contrôler la qualité de l'eau consommée par les populations

f) La Section A.S.E.P. est chargée de :

- tenir les statistiques des personnes handicapées chroniques au plan physique, moral, mental, environnemental ou de l'âge (vieillards),

- coordonner et contrôler les actions qui sont menées en leur faveur, notamment dans le domaine de la formation, de la rééducation, de la réadaptation professionnelle et de la réinsertion sociale,

- assurer l'assistance matérielle et morale des personnes handicapées.

g) La Section C.D.S.C. coordonne les activités de Soins curatifs tant en médecine classique qu'en médecine traditionnelle (acupuncture et phytothérapie).

h) La Section M.P. est chargée de :

- opérer la surveillance épidémiologique,
- organiser sous la supervision du service régional et des services centraux la lutte contre les épidemies,
- coodonner, contrôler et évaluer les activités d'immunisation active dans le cadre du programme élargi des vaccination,
- organiser sous la direction du service régional et des services centraux les campagnes systématiques de dépistage des maladies sociales (M.T.S.) tuberculose, lèpre, maladies psychiatriques, alcoolisme, etc.)

i) La Section HAS. veille à l'exécution du programme d'hygiène et d'assainissement du milieu, hygiène alimentaire, lutte anti-vectorielle

- supervise l'éducation populaire en hygiène et assainissement
- maintient une collaboration étroite et fructueuse avec les autres secteurs du développement communautaire,
- applique les peines infligées aux auteurs d'infractions en matière d'hygiène et d'assainssement,
- fait des propositions pour l'amélioration des conditions d'hygiène des populations, etc.

.../...

Article 8 : Au niveau de chaque Chef-lieu de Région est constitué un Comité Consultatif Régional pour les Soins de Santé Primaires.

a) Le Comité Consultatif Régional des Soins de Santé Primaires est ainsi composé :

- Président : Le Commissaire Politique
- Vice-Président : Le Directeur Régional de la Santé
- Membres : Le Chef de Service Régional des Soins de Santé Primaires.

  Les Chefs de Section du Service Régional du Programme.

  Un Représentant du Comité Régional du Parti,

  Un Représentant du Conseil Populaire de Région

  Un Représentant de l'UJSC-Jeunesse du Parti

  Des Représentants Régionaux des Administrations suivantes :

  - Agriculture 1
  - Education Nationale 2
  - Energie et Hydraulique 1
  - Industrie 1
  - Petites et Moyennes Entreprises 1
  - Informations 1
  - Traveaux Publics 1
  - Pisciculture 1
  - Administration du Territoire 1
  - Environnement 1

b) Le Comité Consultatif Régional des Soins de Santé Primaires a pour rôle de :

- donner son avis sur les objectifs du Programme Régional, la Planification des activités et leur exécution, le fonctionnement des Comités de Santé.
- apporter sa contribution à l'exécution des Programmes grâce aux appuis logistiques notamment dans les domaines représentés par ses membres,
- Participer à l'animation du Programme Régional notamment dans les campagnes de lutte contre les épidémies, d'hygiène et d'assainissement, de nutrition et d'éducation populaire pour la santé par la mobilisation des masses populaires et des représentants des principaux secteurs de l'économie nationale (Agriculture, Industrie, Energie et Hydraulique, Education

.../...

Nationale, Petites et Moyennes Entreprises, Information, Travaux Publics, Environnement, Administration du Territoire).

c) Le comité Consultatif Régional des Soins de Santé Primaires se réunit deux fois par an sur convocation de son Président. Le quorum est atteint lorsque les deux tiers des membres sont présents. Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal adressé au Ministre de la Santé et des Affaires Sociales.

Article 9 : Les Soins de Santé Primaires s'appliquent dans toutes les formations sanitaires de la République Populaire du Congo. Toutefois l'accent doit être fortement mis sur le niveau basal.

Article 10 : Les trois niveaux de base (T.N.B.) de l'organisation socio-sanitaire sont ainsi définis :

a) Premier niveau :

- en milieu urbain : zones, unités de production.

b) Deuxième niveau :

- en milieu rural : P.C.A.
- en milieu urbain : Quartiers, entreprises regroupées et assimulées.

c) Troisième niveau :

- Districts et arrondissements des grandes villes.

Article 11 : Les formations socio-sanitaires des trois niveaux de base sont les suivants :

a) au 1er niveau :

- Poste de Santé pour les villages isolés et les unités de production
- Dispensaire pour les villages-centres et les zones des quartiers urbains.

b) au 2è niveau :

- Centres de Santé intégrés urbains -C.S.I.U.) pour les quartiers des villes et ruraux (C.S.I.R.) pour les P.C.A.
- Centres de Santé Intégrés d'Entreprises (C.S.I.E.)

c) au 3è niveau :

- Hôpitaux de base pour les districts et les arrondissements de grandes villes.

.../...

Article 12 : Les unités de production, les villages-centres, les zones et quartiers des grandes villes, les PCA et les districts doivent disposer chacun :
- d'un éco-système sanitaire minimal (E.S.S.M.)
- d'un comité de santé.

Article 13 : Déco-système sanitaire minimal (E.S.S.M.) comprend au moins :
- une latrine au moins par famille, par établissement public et par unité de production.
- un système d'approvisionnement en eau et notamment en eau potable
- une formation socio-sanitaire assurant au moins la prévention des maladies, les soins curatifs, l'éducation pour la Santé et l'assistance sociale.

Article 14 : Les formations socio-sanitaires au niveau basal reçoivent les attributions et les structurations fonctionnelles ci-dessus.

Article 15 : Le poste de santé comprend un agent de santé de village qui le dirige et une matrône, dans le cas des villages : un infirmier diplômé d'état dans le cas des unités de production.
Le poste de santé exécute les tâches suivantes :
- prestation des soins élémentaires et nivaquinisation systématique.
- gestion du médicament pour la santé
- éducation populaire
Le poste de santé reçoit les avis et les directives du comité de santé du village, de l'unité de production ou de la zone et s'y conforme.

Article 16 : Le dispensaire des villages-centres et des zones, des quartiers urbains comprend le personnel suivant ;

- un infirmier Diplômé d'Etat qui en est le responsable
- un aide-soignant
- une matrône
Le dispensaire assume les tâches suivantes :
administration des soins élémentaires et nivaquinisation systématique
- accouchements eutociques
- soins en hospitalisation dont la durée ne doit pas excéder trois à cinq jours
- évacuation vers le centre plus developpé des cas jugés sérieux
- gestion du médicament

.../...

- éducation populaire pour la santé, éducation des mères et assistance sociale
- contrôle de l'éco-système sanitaire

Le dispensaire reçoit les avis et les directives du comité de village ou de zones de quartier et s'y conforme.

Article 17 : Le Centre de Santé Intégré du P.C.A. ou du quartier des grandes villes ou d'entreprise doit posséder une structure et une organisation lui permettant d'appliquer les composantes essentielles des Soins de Santé Primaires.

Article 18 : Le Centre de Santé Intégré est animé par un personnel comprenant au minimum :

- un directeur qui en est l'administrateur
- un médecin multi-disciplinaire
- un assistant sanitaire généraliste
- une sage-femme
- deux infirmiers diplômés d'Etat généraliste
- une assistante sociale
- deux aides-soignants
- une matrone
- un technicien qualifié de laboratoire
- un infirmier diplômé d'etat option pharmacie
- un infirmier diplômé d'etat option anesthésie
- une monitrice sociale
- un tradi-praticien
- un dentiste.
- un secrétaire, un planton, un commis, un agent d'entretien, un jardinier.

Article 19 : Les activités dévolues au centre de santé intégré sont ainsi arrêtée

- prestation des mêmes actes assignés au dispensaire des villages-centres
- accouchements dysotociques et petite chirurgie
- vaccinations
- hygiène et assainissement du milieu
- lutte contre les épidémies
- activités liées à la santé maternelle et infantile (surveillance et protection de la grossesse, vaccination, conseils d'hygiène, établissement de pièces règlementaires, etc.)
- assistance sociale

- evacuation des cas graves vers l'hopital de base
- contrôle des normes de l'éco-système sanitaire et de la règlementation sanitaire en vigueur.

Article 20 : Le centre de santé intégré reçoit les avis et les directives du comité de santé du P.C.A. du quartier urbain ou de l'entreprise en matière socio-sanitaire. Ces avis et directives sont donnés au moins deux fois par an. Leur application ne peut intervenir qu'après agrément du Comité de santé correspondant. Dans l'accomplissement de certaines de ses tâches (lutte contre les épidémies, campagnes d'hygiène, éducation, etc.). Le centre associe les populations, les représentants du parti, les Organisations de Masse et des autres secteurs connexes, notamment l'Agriculture, les Travaux publics, l'Energie et l'Hydraulique, l'industrie, les P.M.E., la pisciculture, l'Information, l'Administration du Territoire, l'Industrie et l'environnement. Il est tenu pour ce faire de solliciter le concours du bureau du Comité exécutif de la localité.

Article 21 : Dans chaque district, dans chaque arrondissement de grandes villes, doit être organisé un centre de santé intégré principal dit hôpital de base.

Article 22 / La structure, l'organisation et les attributions des hôpitaux de base de districts et arrondissements des grandes villes doivent permettre l'intégration et l'exécution au plus haut niveau des composantes essentielles des Soins de Santé Primaires.

Article 23 : Le personnel minimum de chaque hôpital de base doit comprendre :

a) pour les soins médicaux : (consultations, hospitalisations, gestion et distribution du médicament)

- un médecin multi-disciplinaire
- un pédiatre clinicien
- un gynéco-obstétricien
- un pharmacien
- un chirurgien généraliste
- un dentiste
- un technicien supérieur en anesthésiologie
- un technicien supérieur en radiologie
- un technicien supérieur de laboratoire
- un assistant sanitaire généraliste
- une sage-femme principale
- une sage-femme puéricultrice
- six infirmiers (ères) diplômés d'Etat généralistes
- six aides-soignantes
- deux matrones
- deux agents d'entretien.

b) Pour la Santé Communautaire (S.M.I., médecine préventive, hygiène et assainissement, alimentation en eau potable, nutrition assistance sociale)

- un pédiatre social

.../...

- un médecin épidémiologiste
- un médecin spécialiste d'hygiène et assainissement
- un médecin ou un pharmacien micobiologiste
- un docteur en nutrition
- un assistant social principal
- une sage-femme principale option puéricultrice
- deux sages-femmes option puéricultrice
- un technicien supérieur de laboratoire
- trois techniciens supérieurs de santé publique
- trois infirmiers diplômés d'Etat
- un technicien qualifié de laboratoire
- trois aides-soignants
- deux monitrices sociales
- trois agents d'entretien

c) Pour l'Administration :

- un directeur
- un gestionnaire des ressources
- une secrétaire
- un planton
- un commis
- un chauffeur
- un magasinier
- un mécanicien (auto, électricité)
- un plombier
- un jardinier

Article _ : Les activités des hôpitaux de base couvrent l'essentiel des besoins socio-sanitaires des populations et portant dans les domaines suivants :

a) soins médicaux : consultations externes, hospitalisation (médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatre), gestion de distribution du médicament

b) santé communautaire : S.M.I., médécine préventive, lutte contre les épidémies, hygiène-assainissement, alimentation en eau potable, nutrition, assistance, sociale,

c) gestion administrative et financière

...../.....

Article 25 : L'hôpital de base reçoit les avis et directives du comités de santé de district ou d'arrondissement au moins deux fois par an. L'exécution de ces directives requiert l'agrément du Comité Consultatif Régional. Dans l'accomplissement de certaines de leurs tâches (lutte contre les épidémies, campagne d'hygiène et assainissement, éducation), l'hôpital de base et son comité de santé associent les populations, les représentants du Parti, des Organisations de Masses et des autres secteurs connexes. (Agriculture, Industrie, Energie et hydraulique, Pisciculture, P.M.E., Informations, Education national, Administration du Territoire, Environnement, etc.).

Article 26 : Des comités de santé sont constitués au niveau des villages, villages-centres, zones et quartiers urbains, unités de production, arrondissement des grandes villes, PCA et districts.

Article 27 : La composition de chaque comité de santé est ainsi fixé :

Président : Le président du Comité de village, zone, unité de production, quartier, PCA, district ou arrondissement

Vice-Président : Responsable sanitaire de la circonscription concernée

Membre :
- un réprésentant du Programme des Soins de Santé Primaires
- des représentants des unités composant la formation sanitaire élus par leurs pairs à raison de :
  - 1 à 3 représentants pour l'unité de soins médicaux
    (1 représentant s'il s'agit du 1er niveau, 2 s'il s'agit du 2è niveau et 3 s'il s'agit du 3è niveau)
  - 1 à 5 représentants pour l'unité de santé communautaire
    (1 représentant s'il s'agit du 1er niveau, 3 s'il s'agit du 2è niveau et 5 s'il s'agit du 3è niveau)
- Le responsable des services généraux
- un représentant du comité de village, zone, unité de production, PCA, district, quartier et arrondissement désigné par les bureaux correspondants
- un représentant du conseil populaire
- un représentant de l'UJSC-jeunesse du parti
- un représentant par Organisation de Masse (C.SC, et U.R.F.C notamment)
- les représentants des secteurs suivants : Agriculture, Industrie, Travaux publics, Energie et hydraulique, Pisciculture, P.M.E, Education, Information, Environnement, Administration du Territoire.

Article 28 : Les Comités de Santé ont pour rôle de :

- veiller à l'application intégrée et coordonnée des composantes essentielles des Soins de Santé Primaires,
- émettre des avis sur la planification des activités annuelles au plan local et sur la qualité de la prestation socio-sanitaire,
- évaluer les activités des formations sanitaires et dresser les procès-verbaux
- aux fins d'exploitation par l'autorité hiérarchique du système de santé,
- participer et faire participer activement les populations aux activités des Soins de Santé Primaires,
- veiller au développement communautaire intégré et coordonné grâce à une collaboration étroite et une concertation permanente des partenaires qui les composent,
- faire au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales toutes suggestions susceptibles d'accélérer le développement sanitaire des communautés.

Article 29 : Les Comités de Santé du 1er niveau sont contrôlés et supervisés par ceux du 2è niveau, ces derniers par les Comités de Santé des Districts ou des Arrondissements des grandes Villes.

Les délibérations des Comités de Santé des Districts et Arrondissements, sont examinées par les Comités régionaux consultatifs correspondants qui émettent leurs avis et en saisissent le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales par des procès-verbaux.

Article 30 : Les fonctions de membres de Comité de Santé sont bénévoles.

Article 31 : Toutes dispositions antérieures contradictoires sont abrogées.

Article 32 : Un arrêté ministériel régularisera les dispositions de la présente note de Service .

.../...

Article 33 : Le Directeur Général de la Santé Publique, le Directeur Général des Affaires Sociales et le Responsable du Programme des Soins de Santé Primaires veillent chacun en ce qui le concerne, à la stricte application des dispositions de la présente Note.

Brazzaville, le 03 Juin 1985

Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales,

(é) Professeur C. BOURAMOUE.-

AMPLIATIONS /

- Cabinet Présidentiel..... 6
- Cabinet du P.M..... 3
- Ministère des Finances..... 3
- MINI Administration du Territoire et Pouvoirs Populaires.. 3
- Confédération Syndicale Congolaise..... 6
- U.R.F.C.....10
- U.J.S.C. (Secrétariat)..... 10
- Commissariats Politiques..... 10
- D.G. de Santé Publique..... 1
- D.G. des Affaires Sociales... 1
- Directeurs centraux et régionaux..... 10
- Programme Soins de Santé Primaires..... 7
- Directeurs des Hôpitaux..... 10
- Cabinet 10
- Archives..... 5

SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

DECRET N° 86/392 du 24/03/86
PORTANT INSTITUTION, ATTRIBUTIONS ET ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.-

LE PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la Constitution du 8 Juillet 1979 ;

Vu la loi n° 76/84 du 7 Décembre 1984 portant ratification de l'Ordonnance n° 019/84 du 23 Août 1984 portant modification de certaines dispositions de la Constitution du 8 Juillet 1979 ;

Vu le décret n° 82/228 du 9 Mars 1982 portant réorganisation du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales ;

Vu le décret n° 82/595 du 18 Juin 1982, fixant les indemnités de fonctions allouées aux titulaires de certains postes administratifs ;

Vu le décret n° 84/656 du 8 Août 1984 portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 85/1423 du 7 Décembre 1985 portant nomination des Membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 85/1434 du 17 Décembre 1985 portant organisation des intérims des Membres du Gouvernement ;

Sur proposition du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales,

Le Conseil des Ministres entendu :

D E C R E T E :

TITRE 1ER- DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er.- Il est institué auprès du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales un Programme National des Soins de Santé Primaires rattaché directement au Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales.

Article 2.- Le Programme National des Soins de Santé Primaires a pour objet de :

1) étudier, mettre au point et coordonner les Soins de Santé Primaires en République Populaire du Congo.

.../...

2)- Organiser l'intégration des activités des Soins de Santé Primaire dans le système de santé national;

3)- étudier et mettre en œuvre les stratégies essentielles au bon fonctionnement des composantes des Soins de Santé Primaires;

4)- susciter la participation des autres secteurs de l'Etat, du Parti de l'UJSC-J.P et des Organisations de masse ainsi que des Organisations Internationales ;

5)- élaborer, exécuter et évaluer les programmes de formation en Soins de Santé Primaires des encadreurs, des personnels de santé et de ceux des autres secteurs connexes.

TITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

ARTICLE 3 .- Les organes du Programme National des Soins de Santé Primaires sont

- Le Comité de Direction
- La Direction du Programme.

CHAPITRE 1ER : DU COMITE DE DIRECTION

ARTICLE 4 .- Le Comité de Direction du Programme National des Soins de Santé Primaires comprend :

PRESIDENT: Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

MEMBRES :- Le Directeur du Programme National des Soins de Santé Primaires,

- Un Représentant de chacun des Ministères suivants :

- Ministère du Plan et de l'Economie
- Ministère des Finances et du Budget
- Ministère du Développement Rural
- Ministère de l'Administration du Territoire et du Pouvoir Populaire
- Ministère des Travaux Publics, de la Construction, de l'Urbanisme, de l'Habitat et de l'Environnement
- Ministère du Tourisme, Sport et Loisirs
- Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur
- Ministère de l'Enseignement Fondamental et de l'Alphabétisation
- Ministère de l'Industrie et de la Pêche
- Ministère des Mines et de l'Energie
- Ministère de l'Economie Forestière
- Ministère du Commerce, des Petites et Moyennes Entreprises et de l'Artisanat
- Ministère de la Recherche Scientifique
- Ministère de l'Information, des Postes et Télécommunications
- Ministère de la Culture et des Arts.

...../...

Best Available Document

Best Available Document

Celle-ci doit intervenir dans un délai de 30 jours francs au delà duquel l délibérations sant exécutoires de plein droit. [illegible]

CHAPITRE II : DU DIRECTEUR DU PROGRAMME NATIONAL DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.

ARTICLE 8.- Le Programme National des Soins de Santé Primaires est dirigé e animé par un Directeur nommé par décret du Premier Ministre pris en Conseil Cabinet, sur proposition du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales.

ARTICLE 9.- Le Directeur est chargé d'assurer le fonctionnemnt régulier du Programme National des Soins de Santé Primaires.

ARTICLE 10.- La Direction du Programme National des Soins de Santé Primaire comprend les Services suivants :

- service des études et de la planification
- service de la coordination, du contrôle et des évaluations
- service d'intégration des Soins de Santé Primaires
- service de la formation
- service administratif et financier
- services régionaux.

ARTICLE 11.- Les services sont animés par des Chefs de Service nommés par arrêté du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et placés sous l'autorité hiérarchique du Directeur du Programme National.

ARTICLE 12.- Les Services régionaux sont chargés notamment des tâches suivantes :

- programmation, coordination, contrôle, orientation et évaluati des activités en Soins de Santé Primaires au niveau des Distri Arrondissements des grandes villes, communes, PCA, villages-cen tres, villages et unités de production
- formation et éducation pour la Santé de la population.

80

- Le Maire de la Ville [illegible]
- Un Député relevant du domaine de la Santé et des Affaires Sociales
- Le Conseiller Médical Social du Président de la République
- Un Représentant de la Permanence du Parti
- Le Conseiller Socio-Culturel du Premier Ministre
- Le Directeur Général de la Santé Publique
- La Directrice Générale des Affaires Sociales
- Le Président du Comité du Parti du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
- Le Secrétaire Général de la FESYTRASAS
- Le Premier Secrétaire de l'UUSC-JP du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
- Une Représentante du Secrétariat Général de l'URFC
- Un Représentant des Organisations de masse.

A titre consultatif, toute autre personne choisie par le Comité de Direction en raison de sa compétence.

ARTICLE 5 .- Le Comité de Direction se réunit deux fois par an, en Décembre et en Juillet. Il peut être convoqué en séance extra-ordinaire par son Président ou sur la demande écrite des 2/3 de ses Membres.

Le Projet d'ordre du jour est préparé par le Directeur du Programme, arrêté et présenté au Comité de Direction par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales. Le quorum est atteint lorsque les 2/3 des Membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Le Secrétariat du Comité de Direction est assuré par le Directeur du Programme.

ARTICLE 6 .- Le Comité de Direction du Programme National des Soins de Santé Primaires :

- délibère sur le fonctionnement général de la gestion du Programme National des Soins de Santé Primaires
- donne des orientations et des directives pour son développement, son contrôle et son évaluation
- approuve le budget et le programme d'investissement annuels
- de façon générale, contribue à l'exécution du programme et participe à son animation notamment en donnant des avis sur les objectifs annuels et leur exécution

ARTICLE 7 .- Les procès-verbaux du Comité de Direction sont soumis à l'approbation du Conseil des Ministres.

...../...

- gestion des ressources humaines, matérielles, financières et du matériel.
- appui obligatoire aux activités de soin, de prévention, de santé maternel le et infantile, d'hygiène et assainissement, éducation nutritionnelle, c menées au niveau des Districts, Arrondissements des grandes Villes, Commu nes, PCA, Villages-Centres, Villages et Unités de production.

CHAPITRE 3 : DES COMITES CONSULTATIFS REGIONAUX

ARTICLE 13. Au niveau des régions, les responsables des Soins de Santé Primaires son aidés par les Comités Consultatifs Régionaux présidés par le Commissaire Politique. Ces Comités sont constitués des représentants régionaux du Par ti, de l'UJSC-J.P, des Organisations de Masses et des représentants des autres secteurs impliqués dans les Soins de Santé Primaires, notamment ceux de l'Agriculture, l'électricité, l'eau, l'information, l'industrie, les Petites et Moyennes Entreprises, l'éducation et les travaux publics.

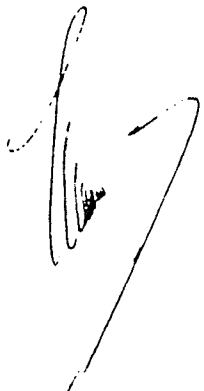
Les Comités Consultatifs Régionaux veillent à l'exécution harmonieuse des Programmes de Soins de Santé Primaires, contribuent à l'apport des appuis logistiques indispensables et à l'animation des Centres des Soins de Sant Primaires.

TITRE III : DES DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 14. Le Directeur, les Chefs de Services du Programme National des Soins de Santé Primaires perçoivent les indemnités de fonction conformément aux textes en vigueur.

ARTICLE 15. Un arrêté du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales fixe les moda lités de fonctionnement des Comités Consultatifs Régionaux et, d'une faço générale, du Programme National des Soins de Santé Primaires, sur l'ensem ble du territoire national.

ARTICLE 16. Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret.



...../...

ARTICLE 17.- Le présent décret sera enregistré, publié au Journal Officiel de la République Populaire du Congo et communiqué partout où besoin sera./-

Fait à Brazzaville, le 24 MARS 1986

Par le Président du Comité Central du Parti Congolais du Travail, Président de la République, Chef du Gouvernement,

Le Premier Ministre,

Colonel Louis SASSOU-NGUESSO.

Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales,

Pierre Edouard POUNGUI.

Professeur Christophe BOURAMOUE.

Le Ministre des Finances et du Budget,

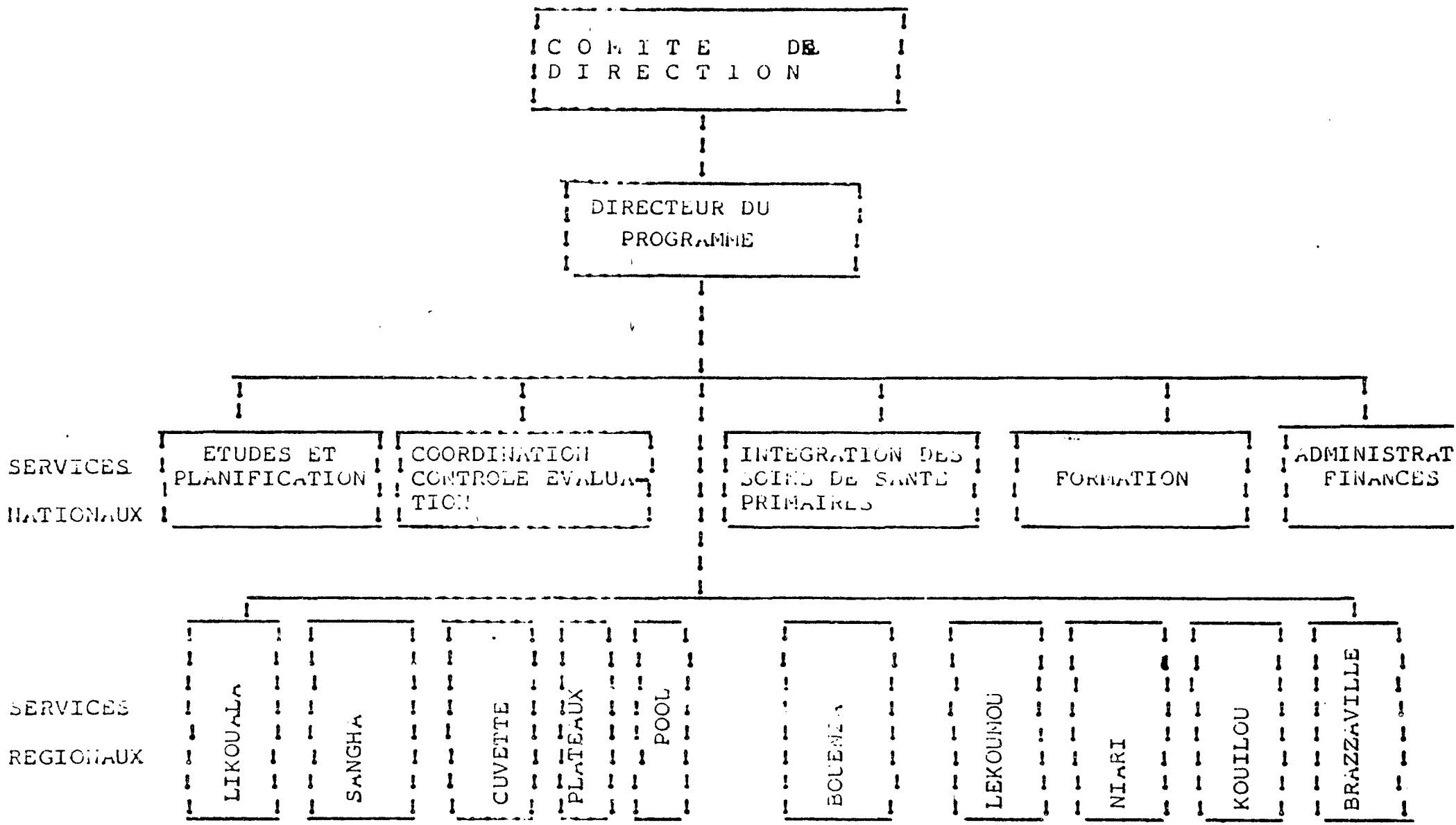
Le Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Retraite de la Fonction Publique et de la Prévoyance Sociale,

Itihi Ossetoumba LEKOUNDZOU.

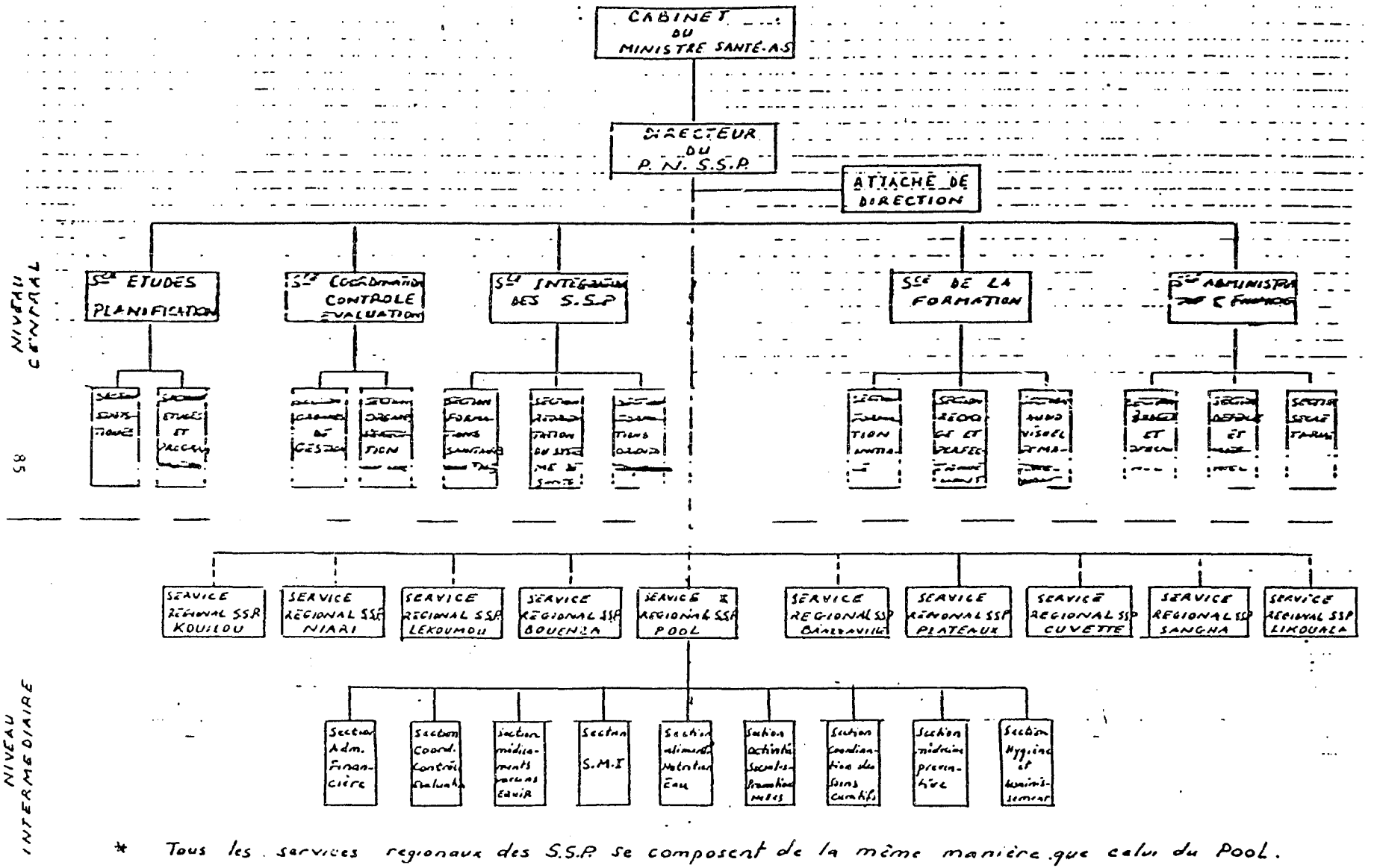
Bernard COMBO-MATSIONA.

Le Ministre de l'Administration du Territoire et du Pouvoir Populaire,

Raymond Damase NGOLLO.-


COMITE DE DIRECTION
DIRECTEUR DU PROGRAMME
SERVICES NATIONAUX
ETUDES ET PLANIFICATION
COORDINATION CONTROLE EVALUATION
INTEGRATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
FORMATION
ADMINISTRAT FINANCES
SERVICES REGIONAUX
LIKOUALA
SANGHA
CUVETTE
PLATEAUX
POOL
BOUENZA
LEKOUMOU
NIARI
KOUILOU
BRAZZAVILLE

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DU PROGRAMME NATIONAL DES S.S.P.



* Tous les services régionaux des S.S.P. se composent de la même manière que celui du Pool.

4. PROGRAMMES SSP - OBJECTIFS, STRATEGIES, PLAN D'ACTION

4.1 Objectifs

Les objectifs généraux s'énoncent comme suit :

- mettre en place un système national de santé intégré qui permette de garantir à toute la population la santé au sens global;
- réduire les inégalités devant l'accessibilité aux soins de santé;
- organiser un système de santé fondé sur la prévention et l'éducation pour la santé;
- éduquer les populations dans les domaines de la nutrition et de l'hygiène plus particulièrement;
- amener les masses populaires à assumer la responsabilité de leur santé;
- intégrer la médecine traditionnelle à la bio-médecine.

Les objectifs spécifiques à atteindre entre 1985 et 1990 s'énoncent comme suit :

- construire et équiper un dispensaire dans chaque village-centre ou village regroupé dans chaque zone des quartiers urbains;
- aménager ou faire aménager un poste de santé dans tous les villages non regroupés et toutes les unités de production importantes;
- construire et équiper chaque année 10 centres de santé intégrés urbains;

- construire et équiper au moins 10 hôpitaux de base;

- construire et équiper au moins 5 hôpitaux régionaux;

- construire et équiper un centre hospitalier universitaire;

- renforcer les formations sanitaires existant actuellement dans les chefs-lieux de district;

- former un comité de santé dans chaque village, chef-lieu de PCA, chef-lieu de district, zone, unité de production, quartier et arrondissement;

- assurer la formation du personnel approprié à tous les niveaux;

- opérer un redéploiement des ressources humaines, matérielles et financières en fonction de la stratégie des SSP conformément à la Note de Service No 1220/85;

- mettre en oeuvre les programmes sanitaires existants;

- esquisser les descriptions de poste des personnels soignants afin de faciliter le nécessaire réaménagement des programmes de formation;

- organiser une série de séminaires de formation des ASV;

- mettre en place un système de recyclage périodique des personnels;

- renforcer les mécanismes gestionnaires des formations sanitaires.

4.2 Stratégies de SSP

Les stratégies globales retenues pour atteindre les objectifs fixés sont les suivantes :

- auto-responsabilisation des populations avec l'appui des instances politiques;

- participation active des secteurs connexes d'Etat (enseignement, information, agriculture, etc.);

- réorientation du système de santé au plan des structures comme au plan des personnels;

- priorité des soins préventifs et promotionnels sur la médecine curative;

- dotation suffisante en infrastructures sanitaires équipées des villages, zones, PCA, quartiers, districts, arrondissements, région, etc.

Les stratégies spécifiques concernent surtout l'intégration aux programmes nationaux des SSP de tous les programmes de lutte contre les endémies locales. Plusieurs programmes ont été retenus :

- PEV;
- paludisme;
- maladies diarrhéiques;
- maladies sexuellement transmises;
- schistosomiase;
- trypanosomiase;
- onchocercose;

- tuberculose;
- lèpre;
- nutrition;
- tous projets actuels dits "de SSP".

Il s'agira de faire ressortir pour chaque programme : les résultats de l'évaluation en 1985, les modalités nouvelles d'organisation, d'exécution et d'évaluation, s'il y a lieu. L'exécution de ces programmes entre donc dans le cadre des tâches quotidiennes de toutes de nos formations sanitaires existantes et à construire.

Intégration de la médecine traditionnelle à la médecine moderne : La médecine traditionnelle comprend la phytothérapie, l'acupuncture et certains actes rééducatifs de valeur reconnue. Il faudra :

- opérer au préalable un recensement exhaustif des tradipraticiens et des acupuncteurs;
- introduire un dialogue entre les tradipraticiens dûment reconnus par l'Etat et les médecins à travers les séminaires de sensibilisation et de formation;
- poursuivre l'inventaire des plantes médicinales et la mise en place d'un herbier national;
- introduire dans l'arsenal thérapeutique des plantes médicinales qui ont déjà fait leur preuve sur le terrain pratique afin de réduire les coûts des médicaments.

Intégration des structures des trois niveaux de base (TNB) : Les structures de trois niveaux de base (TNB) définies à l'Article 10 de la Note constituent le cadre dans lequel doivent s'appliquer intégralement les composantes des soins de santé primaires (SSP). Par conséquent, elles sont désormais placées sous le contrôle technique du Programme national des soins de santé primaires, leur administration relevant toujours de la Direction générale de la Santé publique.

Education pour la Santé (EPS) : Le programme est élaboré par les services techniques du Programme national de SSP en collaboration avec la Direction générale de la Santé publique. Il s'adresse en priorité aux :

- larges masses populaires, notamment paysannes;
- mères enceintes, allaitantes ou non;
- enfants (enseignement en milieu scolaire).

L'éducation pour la santé utilise largement les mass média; elle a recours aux aides audio-visuelles et diverses illustrations facilitant l'assimilation des programmes.

Politique alimentaire et nutritionnelle : Le Parti et l'Etat manifestent une volonté politique ferme et ont adopté l'objectif social de la SPT/2000. En outre, l'autosuffisance alimentaire d'ici à l'an 2000 est devenu le second objectif social pour le Congo. Le Programme des SSP à ce niveau porte autant sur la qualité et la quantité des aliments que sur l'hygiène alimentaire.

Constitution d'un écosystème sanitaire minimal : L'écosystème sanitaire minimal est défini dans la note de service No 1220/85. Tous les niveaux de l'organisation sociale et administrative doivent en disposer. Il comprend :

- une latrine au moins par famille, établissement ou unité de production;
- l'approvisionnement en eau : puits, citernes, sources;
- une formation sanitaire;
- la constitution d'un comité de santé par communauté (villages, quartiers, PCA, districts, etc.).

Hygiène et assainissement : Il sera crée au niveau de chaque chef-lieu de district une équipe d'hygiène et assainissement qui aura pour rôle de :

- encadrer et sensibiliser la population dans la mise en place des structures d'assainissement de base et d'hygiène du milieu;

- mener une lutte anti-vectorielle (chloroquinisation);

- contrôler la qualité de l'eau de consommation et de l'alimentation.

Le nombre total de puits et de latrines à construire ou à aménager ainsi que les coûts correspondants doivent être connus courant 1985. D'une façon générale, le coût global du Programme des SSP doit être connu dans les meilleures délais.

Formation du personnel : L'effort en matière d'infrastructures sanitaires sera nécessairement accompagné du développement des personnels nécessaires et appropriés. Les programmes de formation sont à revoir immédiatement en fonction des nouveaux profils à conférer aux personnels.

4.3 Plan d'action pour les soins de santé primaires

Le plan d'action pour les SSP comportera nécessairement les actions suivantes :

a) Evaluation exacte de la situation socio-sanitaire du pays

- établissements des valeurs en 1985 des principaux indicateurs de santé;

- inventaire des formations sanitaires à réaménager en fonction de la stratégie des SSP;

- inventaire par catégorie des personnels de santé. Définition des besoins minimum des structures (Tableau 1 et Note No 1220/85);

- établissement de la liste nominative et numérique des villages-centres, villages regroupés, unités de production PCA, districts, régions et leurs chefs-lieux ainsi que des blocs, zones, quartiers et arrondissements des villes.

- pour chacune des localités visées, indication de la population des secteurs économiques et sociaux, des structures sanitaires et leurs ressources, des budgets.

b) Rédéploiement des ressources humaines

- attribution des personnels en se conformant à la Note de Service 1220/85 du 3 juin 1985, en commençant par le premier niveau de base;

- utilisation judicieuse des personnels en luttant contre le chômage technique, volontaire ou non, des agents;

- formation et recyclage suivant les nouveaux profils et programmes à définir (agents de santé de villages ou de quartiers, autres personnels).

c) Mise en place des stratégies définies plus haut : Ces stratégies permettent de délimiter les domaines de compétence exclusifs au partage du Programme national des SSP. Elles constituent en même temps pour certaines, des actions spécifiques s'inscrivant dans le cadre même du Programme des SSP. (Exemple : mobilisation et auto-responsabilisation des populations).

d) Construction ou aménagement et équipement des formations sanitaires : La Direction du Programme des SSP évaluera les besoins exacts dans ce domaine et les soumettra à l'attention du Ministre avant fin 1985.

e) Mise en place des écosystèmes sanitaires minimum : La note de service No 1220/85 du 3 juin 1985 définit l'écosystème sanitaire minimal indispensable et prescrit par ailleurs la constitution des comités de santé.

f) Mise en fonctionnement des structures : On veillera à ce que celles-ci disposent du minimum de ressources définies.

g) Réorientation du système sanitaire national - Une commission spécialisée doit être constituée pour élaborer un avant projet à soumettre à l'approbation du Ministère dans un premier temps.

h) Evaluation des coûts du Programme et évaluation régulière des activités.

i) Inventaire des obstacles potentiels et des solutions à leur prévoir.

Tableau 9

CALENDRIER GENERAL DES ACTIVITES GLOBALES A MENER (1985-1990)

Activités	1985	1986		1987		1988		1989		1990	
	2è S.	1er S.	2è S.	1er S.	2è S.	1er S.	2è S.	1er S.	2è S.	1er S.	2è S.
a) Mobilisation des masses											
b) Evaluation situation socio-sanitaire et besoins du Programme SSP											
c) Redéploiement des ressources humaines		f, g, h,	b, c, d,	d, e, g.	d, e, g.						
d) Mise en place des stratégies spécifiques	a, b, f	b, c, d	e, f, g, h	h,	h,	h	ibid	ibid	ibid	ibid	
e) Réajustement des programmes d'enseignement											
f) Aménagement, équipement des formations sanitaires											
g) Mise en place écosystème sanitaire minimal											
h) Mise en fonctionnement des structures SSP											
i) Evaluation, coûts											
j) Evaluation régulière des activités											
k) Inventaire : obstacles et solutions											

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES
CABINET

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail - Démocratie - Paix

NOTE DE SERVICE N° 0025/MSAS/CAB/KAE.-
portant création d'un Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires (SSP)

ARTICLE 1er: Il est créé au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales un Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires.

ARTICLE 2: Le Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires reçoit les attributions suivantes :

- Suivi régulier et contrôle de l'exécution des activités programmatiques annuelles des Soins de Santé Primaires,

- Concertation sur les modalités de mobilisation des ressources et élaboration des recommandations à faire au Programme National des Soins de Santé Primaires pour de réajustements éventuels et surtout pour la budgétisation des Programmes annuels;

- Programmation des activités conjuguées des Directions Centrales devant s'exercer dans le cadre des Soins de Santé Primaires,

- Contribution à l'actualisation régulière de la liste des médicaments essentiels,

- Estimation, programmation, coordination et contrôle des Aides internationales,

- Définition des relations fonctionnelles devant exister entre le Programme national des Soins de Santé Primaires et les Directions Centrales concernées d'une part, les différents services du Programme National des Soins de Santé Primaires et les Services de Santé de base d'autre part,

- Mise en place des appuis informationnels et contrôle régulier de leur fonctionnement et de leur efficience.

ARTICLE 3: La composition du Comité de Coordination Technique est ainsi fixée:

Président : Le Directeur du Programme National des Soins de Santé Primaires

Vice-Président: Le Directeur de la Médecine Curative

Secrétaire : L'Attaché Sanitaire au Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

.../...

- **Membres** :

  - Le Directeur de la Santé Maternelle et Infantile/P.F.
  - Le Directeur de l'Hygiène et Assainissement
  - Le Directeur de la Médecine Préventive
  - Le Directeur des Pharmacies et des Laboratoires
  - Le Directeur du Développement Social
  - La Directrice de l'Enfance
  - Le Consultant de l'OMS pour les Soins de Santé Primaires
  - Un Représentant de l'UNICEF
  - Le Consultant de l'OMS pour les statistiques et les évaluations
  - Un Représentant du PNUD
  - Un Représentant de la Présidente de la Croix Rouge Congolaise
  - Les Chefs de Services Régionaux du Programme National des Soins de Santé Primaires
  - Le Chef de Service chargé des Soins de Santé Primaires à la Direction de la Coordination des Programmes de l'OMS
  - Les Chefs de Projets des Soins de Santé Primaires
  - Un représentant du Directeur du Secteur Tertiaire au Ministère du Plan
  - Un Représentant des Organisations Non Gouvernementales

ARTICLE 4: Le Comité peut faire appel à toute autre personne jugée utile pour ses compétences

ARTICLE 5: Le Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires se réunit tous les trois (3) Mois. Il peut toutefois tenir des reéunions extra-ordinaires chaque fois que les nécessités de service l'exigent.

ARTICLE 6: Les réunions du Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires font l'objet des procès-verbaux adressés au Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, aux Commissaires Politiques et aux Directeurs Généraux de la Santé et des Affaires Sociales qui en assurent l'exploitation.

ARTICLE 7: Les fonctions de Membres du Comité de Coordination Technique des Activités des Soins de Santé Primaires sont bénévoles.

ARTICLE 8: La présente note de service prend effet à compter de sa date de signature.

AMPLIATIONS:

Cabinet Présidentiel
Cabinet du P.M.
Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique
Cabinet MSAS
D.G.S.P.
D.G.A.S.
Dir.Coordination des Programmes de l'OMS/CONGO
Intéressés
Archives

Brazzaville, le 28 Septembre 1985

Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

Professeur CH. BOURAMOUE

Pour Copie Certifiée Conforme

Brazzaville, le

Dr. NIATY - BENZE.-

Directeur du Programme National des Soins de Santé Primaires

96

CENTRES SANITAIRES ET ESTIMATION DE LA POPULATION CIBLE PAR REGION (RECENSEMENT DE 1984)

Region	Centres médicaux	Population totale	Population âgée de 25 ans	Population des femmes de 15 à 40 ans (18,1%)
Brazzaville	105	592,102	110,094	107,713
Kouilou	65	371,608	68,747	67,261
Niari	51	172,914	31,989	31,297
Lekoumou	27	68,301	12,636	12,367
Bouenza	44	185,147	34,253	33,512
Pool	70	180,051	33,309	32,590
Plateaux	74	108,802	22,128	19,693
Cuvette	59	135,144	25,002	24,461
Sangha	21	46,367	8,577	8,392
Likouala	24	48,903	9,064	8,868
	540	1,912,429	353,799	346,149

Hopitaux, centres médicaux, SMI, dispensaires.

P E R S O N N E L : REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

Juin 1984

Poste	REGION										
	Brazzaville	Kouilou	Niari	Lekoumou	Bouenza	Pool	Plateaux	Cuvette	Sangha	Likouala	Total
Médecins	106	53	17	5	10	9	4	12	5	5	226
Pharmaciens	24	17	1	0	1	0	0	0	1	0	43
Administrateurs de santé	23	4	1	0	0	0	0	0	0	0	28
Assistants sanitaires	122	41	25	5	12	10	6	8	4	4	237
Sages-Femmes principales	30	12	1	0	0	0	0	0	0	0	43
Techniciens	7	7	7	1	0	1	1	6	0	0	30
Secrétaire principale/Comptab.	42	13	4	1	0	2	0	3	0	3	68
Infirmiers (res) diplomés	341	188	93	33	24	41	23	48	18	27	837
Agents Techniques Principaux	33	8	14	0	4	7	2	7	0	2	77
Techniciens de laboratoire	16	3	1	6	2	1	0	4	0	0	33
Secrétaires Admini. Principales	33	1	0	0	0	4	0	0	0	0	38
Sages-Femmes d'Etat	136	26	12	3	5	5	1	8	2	1	199
Secrétaires de la comptabilité	20	23	0	0	3	4	3	6	4	6	69
Agents Techniques de Santé	257	202	105	22	31	54	17	73	22	33	816
Agents Techniques de Laboratoire	102	12	9	8	6	1	0	13	4	6	162
Puericultrices	634	219	56	6	23	28	9	12	6	9	1,002
Secrétaires Administratives	52	2	1	0	1	0	0	13	0	0	69
ATTACHES SAF	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	1,985	832	347	90	122	167	66	213	65	96	3,984

CENTRES DE SOINS PAR REGION

Regions	Hopitaux Généraux	Hopitaux regionaux ou de commune	Hopitaux de district	Centres de soins intégrés	Dispensaires Publics ou Privés	Secteurs opérationnels Grandes Endémies	Postes de secours
Brazzaville	1	4	2	6	67	1	0
Pointe Noire	1	1	2	7	34	1	0
Niari	0	1	1	0	49	1	0
Lekoumou	0	0	2	7	26	1	0
Bouenza	0	1	1	8	19	1	0
Pool	0	1	1	12	30	1	16
Plateaux	0	0	1	8	79	1	0
Cuvette	1	0	2	8	80	1	0
Sangha	0	0	2	4	19	1	0
Likouala	0	0	0	0	0	1	0
	3	9	10	49	411	10	16

CENTRES DE VACCINATION ET DE RELEVES PAR REGIONS

	Centres fixes de vaccinations	Centres S.M.I.	Postes Sentinelles
Brazzaville	25	25	5
Kouilou	8	13	3
Niari	13	13	4
Lekoumou	1	5	0
Bouenza	10	9	4
Pool	8	9	1
Plateaux	3	5	0
Cuvette	7	12	2
Sangha	1	3	0
Likouala	1	3	1
	77	97	20

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
TRAVAIL-DEMOCRATIE-PAIX

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

N° ____/MSAS/DGSP/DMP.-

FICHE DE SUPERVISION

CENTRE DE .....

DATE .....

POINT A SUPERVISER	APPRECIATIONS
A/ ORGANISATION	
- ya t-il un responsable de TRO ?	oui /__/ non /__/
- Nom _____	
Combien d'agents ont été formé pour le TRO?	nbre /__/
Combien travaillent pour le TRO ?	/__/
Nombre de cas des diarrhées enregistrés le mois précédent	/__/
Nombre de cas des diarrhées traites pour le TRO	/__/
Nombre de cas des diarrhées traités aux anti-diarrhéiques	/__/
Nombre des cas au traitement mixte	/__/
Nombre des cas transferes	/__/
Nombre d'heures de TRO/jour	/__/
B/ LOGISTIQUE	
- Existence d'une salle de TRO	oui /__/ non /__/
- Condition de travail	satisfaisant /__/ non satisfaisant /__/
- Matériel de TRO : - gobelets	nbre /__/

.../...

POINTS A SUPERVISER	APPRECIATIONS	
B/ récipients	/__/	
Balances	/__/	
C à c	/__/	
Registres	/__/	
SRO	/__/	
Louches	/__/	
C/ Activités de l'Agent de Santé	bien	mal
- Evaluation de l'Etat de deshydratation	/__/	/__/
- Pesée de l'Enfant	/__/	/__/
- Préparation de SRO	/__/	/__/
- Prescription de SRO	/__/	/__/
- Conseils aux mères sur :		
- L'éfficacité de TRO	/__/	/__/
- Allaitement au sein	/__/	/__/
- Allaitement pendant et après la diarrhée	/__/	/__/
- Surveillance des mères sur l'administration de TRO	/__/	/__/
D/ Tenue de fiches	correct	incorrect
- Tenue de fiches de statistique	/__/	/__/
- Tenue de fiches de stock	/__/	/__/
E/ Tenue de registre		
Renseignements généraux	Complet	incomplet
	correct	incorrect
- Age	/__/	/__/
- Poids à l'arrivée	/__/	/__/
- Plan	/__/	/__/
- Quantité prescrite	/__/	/__/
- Quantité administrée	/__/	/__/

.../...

	Complet correct	incomplet incorrect		Total
		5	50	10
Quantité produite				
- Selon le plan	/__/	/__/	/__/	/__/
- Poids à la fin du traitement	/__/	/__/	/__/	/__/
- Poids gagné	/__/	/__/	/__/	/__/
- Durée du traitement	30' /__/	1 h /__/	1h30 /__/	2h /__/
- Etat à la sortie	/__/	/__/	/__/	/__/
	satisfaisant		non satisfaisant	
/ Compréhension des mères relativement				
- A la préparation de SRO	/__/			/__/
- A l'éfficacité de SRO	/__/			/__/
- A l'administration de SRO	/__/			/__/

II/ Description des éventuels problèmes identifiés.....

.....

.....

.....

IV/ Recommandations .....

.....

.....

Nom du superviseur : _____

Signature

Signature du supervise

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE.

FICHE DE SUPERVISION

Centre_____ Date_____

Superviseur_____ Responsable du Centre_____

Vaccins et Matériels

	(5) oui	(0) Non
Existe - il un stock suffisant de vaccins!		
Le stock de seringues et aiguilles est-il suffisant !		
Le stock de vaccins est-il acceptable !		
ya t-il eu rupture de stock de vaccins de - puis 6 mois !		
La fiche de stock est-elle rempli correc - ment !		
La chaine de froid est- elle respectée ! le (le frigo moins de + 8°C, congélateur moins de 0C et suffisance de boites isothermes entretien du réfrigérateur, congélateur)		

Technique de Vaccination

		(10) TB	(5) AB	(0) IS
• Le temps de la stérilisation est-elle respectée				
• La dilution des vaccins selon le type est-elle acceptable !				
• Les injections sont-elles faites correctement !	S/C			
	ID			
• Comment est organisée la séance de vaccination !				
• Les vaccins sont-ils protégés pendant la séance !				

MALADIES DIARRHEIQUE ET PALUDISME

	(5) oui	(0) non
* La tro est- elle pratiquée à l'hôpital! (au moins 80% des cas de diarrhée traités par tro) vérifier les régistres ou feuilles de t°		
* Les sachets de sro sont-ils disponibles a aux centres de santé ! (au moins 90% des C.S organisés doivent les utiliser) vérifier les réquisitions de médicaments.		
* Fait ou la chimioprophylaxie des femmes enceintes! (elles doivent utiliser la chloroquine à 300 mg/semaine pendant au moins 2 mois de grossesse) vérifier le registre et rapport d'utilisation de chloroquine/ médicaments.		
* Fait-on le traitement présomptif chez les enfants de 5 ans ! (ils doivent utiliser la chloroquine à dose unique de 10 mg/kg.) Vérifier les régistres.		

* Thérapeutique de Rehydratation Orale

RAPPORTS ET STATISTIQUES

	(5) oui	(0) non
La fiche de séance est-elle remplie correctement !		
La fiche de vaccination est - elle remise à la mère après la vaccination !		
Le rapport mensuel de vaccinsadministrés est-il rempli correctement et envoyé régulièrement ! (bilan et demande)		
Les rapports mensuels de déclaration de maladies sont-ils envoyés régulièrement ! (au moins 11 sur 12)		

EDUCATION POUR LA SANTE

	(10) TB	(5) AB	(0)
Les conseils sont-ils donnés en groupe !			
Manière individuelle			

Commentaires

Recommandations

Signature du Superviseur

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
PUBLIQUE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

PROJET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

FICHE DE SUPERVISION

REGION DE.....

CENTRE DE.....

DATE.....

POINTS A SUPERVISER	APPRECIATIONS
A/ ORGANISATION	ANNEE
Date de demarrage des activités vaccinales	
1- Y'a t-il un responsable des activités vaccinales	oui / non
2- Nom.....Fr n.....	ANNEE
3- Combien [illegible] pour les activités vaccinales dans les centres!	[illegible]
4- Combien vaccinant !	
5- Y'a t'il eu un recyclage des agents !	ANNEE
6- Quand est ce que a eu lieu le dernier recyclage!	
7- Combien de séance par semaine	

LOGISTIQUE	APPRECIATIONS	
- Existe t'il un lieu de vaccination	oui	non
- Quelles sont les conditions de travail!	satisfaisant	non satisfa sant
- Ombre	oui	non
- materiel de vaccination existant	nombre	état
- Refrigerateur		
- Glacière		
- Poissonnière		
- seringue 10ml		
- 5ml		
2ml		
1ml		
- aiguilles s/c		
ID		
- Trocard		
- Existe t-il le materiel de sterilisation!	oui	non
- Quelle est la source d'énergie utilisé	seulement...	pétrole gaz
- Existe - t'il les fiches uniformes de SMI!	oui	non

...../.....

LOGISTIQUE	APPRECIATIONS	
	oui	non
- si non les mères utilisent elles d'autres documents!		
- Existe t-il de fiche de temperature refrigerateur		
- Existe t-il de thermomètre!		
- Existe t-il des fiches de stock!		
ACTIVITES DE L'AGENT VACCINATEUR		
a) VACCINATION		
- L'enfant a t-il la carte de vaccination		
- La mère a t-elle la carte de vaccination		
STERILISATION		
Méthodes:		
Ebullition		
Autoclave		
A pression vapeur		
- Seringue et aiguilles nettoyées avant la stérilisation	oui	non
Autre (préciser)		
- Etat de l'aiguille et de la seringue à l'utilisation	chaud	froid
- Maitrise t-il le temps de sterilisation du materiel de vaccination (20mn d'ébullition)	oui	non
- Maitrise t-il la technique de vaccination		
BCG		
DT coq et antirougeoleux		

LOGISTIQUE	APPRECIATIONS	
Polio		
- Ce materiel est-il utilisé pour d'autres injections		
- Vaccine t-il les enfants malades!		
- Respecte t-il les sites d'injection!		
- Comment organise t-il ses seances de vaccination circulation fluide	très bien	bien / assez bi
b/ Contrôle du Réfrigerateur		
	oui	non
- La fiche de temperature de frigo est elle remplie 2 fois par jour		
- Les vaccins sont-ils bien disposés!		
- Les vaccins ne sont t-ils pas associés à d'autres denrées alimentaires dans le frigo		
- Le refrigerateurs est-il surchargé en vaccin		
TENUE DE REGISTRE ET FICHE	correct	incorrect
- Tenue de la fiche de seance		
- Tenue de registre		
- Fiche de rapport mensuel		
- Fiche de stock		
- Y' a t-il un système de fichier double au niveau du centre		
INFORMATIONS ET EDUCATION SANITAIRE	oui	non
- Les conseils sont-ils donnés en groupe avant la seance de vaccination		
- Les conseils sont -ils donnés individuellement pendant la vaccination!		

LOGISTIQUE	APPRECIATIONS		
	bon	assez bon	mauvai
- Contenu du message éducatif. 1- Utilité de la vaccination! 2- Calendrier de vaccination 3- Conduite à tenir devant les réactions vaccinales.			

OBSERVATIONS:

RECOMMANDATIONS.

Fait à.....le.....

Le superviseur.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

PROJET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
TRAVAIL * DEMOCRATIE * PAIX

POLITIQUE NATIONALE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

****

BRAZZAVILLE,

MARS 1986.

POLITIQUE NATIONALE
DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

****

I - INTRODUCTION :

Pour atteindre l'objectif " Santé Pour Tous en l'an 2000", adopté par les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1978 à ALMA-ATA, les autorités politiques congolaises qui n'ont cessé d'exprimer leur préoccupation à cet effet, ont mis en place une politique de santé de masse basée sur la Médecine Préventive et visant la santé des enfants. Ce qui justifie le Programme Elargi de Vaccination dont le démarrage avait eu lieu en 1981 à Brazzaville et dont l'objectif est de protéger l'enfant de 0 à 3 ans contre les six maladies cibles les plus invalidantes et meurtrières (tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et rougeole).

En application de nouvelles orientations politiques en matière de santé dans le cadre des soins de santé primaires dont le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est une composante, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a l'intention de developper et d'étendre les prestations des services de santé en s'appuyant sur les infrastructures de santé déjà existantes et en mettant l'accent sur la réorganisation des services et sur les problèmes de formation des agents de santé, tout en mobilisant au maximum l'énorme potentiel des ressources communautaires.

II - BUT DU PROGRAMME :

Obtenir une réduction de 80 % des taux de mortalité et de morbidité dues aux six maladies cibles du PEV d'ici à la fin de 1990.

III - OBJECTIFS :

Ils consistent à atteindre le plus d'enfants possible dès la naissance et de réaliser une couverture vaccinale étendue autant que possible. Aussi il faut :

- Assurer et maintenir une couverture vaccinale de 80 % des enfants nés au Congo à compter de 1988 contre les six maladies cibles.

- Elargir l'accès aux activités vaccinales de manière à toucher 80 % de la population cible en augmentant le nombre de centres fixes et en appli-

quant les stratégies avancées et mobiles.

En vue d'assurer la couverture complète des populations cibles :

- En milieu rural : les enfants de 0 à 5 ans,
- En milieu urbain : les enfants de 0 à 3 ans,
- Les femmes enceintes.

IV - STRATEGIES :

4 - 1 : APPLICATION DU NOUVEAU CALENDRIER

* B.C.G : dose unique à la naissance,
* Polio - 4 doses : 1ere dose à la naissance,
  2ème dose à partir de 2 mois,
  Intervalle minimum de 1 mois/28 jours.
* DTCOQ : 3 doses à partir de 2 mois.
  Intervalle minimum de 1 mois/28 jours.
* Rougeole : dose unique à partir de 9 mois.
* Tétanos : Femmes enceintes deux doses.
  Intervalle minimum de 1 mois.
  2ème dose au plus tard 15 jours avant la date présumée de l'accouchement.
  Rappel : Tous les 5 ans.

4 - 2 : AMELIORATION DE LA COUVERTURE VACCINALE

4 - 2 - 1 : Vaccination contre la rougeole :

* Dans les Centres Fixes :

- Vacciner contre la rougeole chaque jour et à tout moment (Il est mieux de perdre 9 doses de vaccins qu'un enfant).

- Vacciner les enfants malades (fièvre légère, infection respiratoire, diarrhée bénigne, malnutrition et d'autres infections sans gravité).

* Dans les Centres Hospitaliers :

- Vérifier l'état vaccinal de chaque enfant hospitalisé et lui administrer si nécessaire le vaccin anti-rougeoleux avant sa sortie (ou dans certains cas dès son admission).

* Programme Elargi de Vaccination :

- Prévoir une campagne vaccinale de rattrapage si le contexte épidémiologique l'exige, c'est-à-dire avant le pic du cycle épidémique ou s'il y a une augmentation anormale des cas déclarés.

- Organiser une opération vaccinale de rupture de chaîne de transmission quand on aura constaté un nombre réduit des cas rougeoleux en période d'accalmie épidémique (exemple à partir des cas hospitalisés).

4 - 2 - 2 : Vaccination contre les autres maladies du P.E.V :

- Vacciner les nouveaux-nés avec le B.C.G et la première dose de Polio à la naissance avant la sortie de la maternité.

4 - 2 - 3 : Autres activités :

- Vérifier l'état vaccinal à chaque consultation à l'hôpital, à la SMI (Centre de Santé Maternelle et Infantile) et aux Grandes Endémies. Et vacciner si nécessaire.

- Sensibiliser les mères sur la présentation de la carte vaccinale lors des consultations.

- Désigner chaque année une ou plusieurs journées de vaccination selon le taux de couverture vaccinale obtenue pendant lesquelles tous les vaccins sont disponibles et administrés en fonction des besoins de chaque enfant ; chaque dose est notée sur la carte de vaccination.

- Désigner une semaine de sensibilisation par année pour maintenir le taux de couverture de 80 %.

- Désigner des journées de vaccination au niveau national.

4 - 3 : AUGMENTATION DE L'ACCES AUX SERVICES DE VACCINATION

- Mettre en place un centre fixe de vaccination au chef lieu de région, du district, du Poste de Contrôle Administratif (PCA) pour les régions dont l'accessibilité géographique est satisfaisante au plus tard fin décembre 1987.

- Promouvoir la stratégie avancée des activités vaccinales à partir des centres fixes.

- Maintenir la stratégie mobile autant que cela sera nécessaire pour les régions inaccessibles aux stratégies avancées.

4 - 4 : EDUCATION POUR LA SANTE

- Sensibiliser les mères sur le calendrier de vaccination.

- Mener une causerie éducative pendant chaque séance de vaccination sur l'importance des vaccinations, les réactions possibles, etc ....

- Mener une séance éducative chaque mois sur la vaccination en mettant un accent particulier sur la rougeole, dans les centres de vaccination.

- Mener une campagne éducative contre la rougeole chaque six mois par les mass-média.

4 - 5 : COORDINATION AVEC D'AUTRES COMPOSANTES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET D'AUTRES PROJETS.

- Pour tirer tout le parti possible des ressources existantes et pour faciliter l'obtention des ressources supplémentaires, il est nécessaire d'intensifier la coordination entre le PEV et les autres éléments des soins de santé primaires, ainsi qu'avec les autres projets existants dans le pays. Tous les contacts avec les services de santé devraient fournir l'occasion de pratiquer des vaccinations, d'assurer d'autres services nécessaires et de transmettre sous forme aisément compréhensible des messages d'éducation pour la santé. Les messages d'éducation des projets de soins de santé primaires et les services maternelles/infantiles devraient suivre les directives du P.E.V.

4 - 6 : BON FONCTIONNEMENT DU MATERIEL DE CHAINE DE FROID

- Nommer un responsable de chaîne de froid à chaque niveau chargé de la surveillance et de l'entretien.

- Etablir à tous les niveaux une surveillance écrite et quotidienne de la température des frigidaires en consignant toute panne ou autres anomalies de fonctionnement.

- Etablir une fiche de contrôle de la chaîne de froid (avec l'index de température) qui doit accompagner chaque livraison de vaccins.

- Désigner et former un agent pour la réparation des réfrigérateurs.

4 - 7 : SURVEILLANCE

- Surveiller l'incidence des maladies et collecter les informations adéquates pour la gestion du programme.

Centres Fixes de Vaccination :

- Fournir mensuellement, trimestriellement et annuellement les rapports de surveillance épidémiologique et des activités vaccinales.

Centres Privés :

- Fournir mensuellement les rapports des activités vaccinales et de la surveillance épidémiologique au PEV.

4 - 8 : RESPONSABILITES AU NIVEAU NATIONAL, REGIONAL ET PERIPHERIQUE

* Au Niveau National :

- Planifier le programme national de vaccination.

- Collecter et analyser les informations relatives à l'évaluation.

- Prévoir une surveillance à tous les niveaux de manière à pouvoir identifier les faiblesses d'exécution et les corriger.

- Contrôler l'utilisation du vaccin et des fournitures consommables afin d'assurer la gestion et l'usage convenable avec des pertes réduites au minimum.

- Assurer l'utilisation et l'entretien correct de tout le matériel.

- Evaluer l'accomplissement des objectifs du programme.

- Obtenir un feed-back sur l'évaluation du programme.

- Superviser tout le personnel du PEV et toutes les sections du PEV dans le pays.

- Coordonner les opérations du PEV avec les autres activités et services du Ministère de la Santé.

- Promouvoir la formation et le recyclage des agents d'exécution.

* Au Niveau Régional :

- Planifier le programme regional de vaccination.

- La suite - Idem qu'au niveau national.

* Au Niveau Périphérique :

- Vacciner les enfants selon le calendrier établi.

- Utiliser les vaccins et les fournitures consommables convenablement avec des pertes réduites au minimum.

- Assurer l'entretien correct de tout le matériel.

- Informer et éduquer les populations sur le bien fondé de la vaccination, le calendrier de vaccination, les réactions à la suite d'une vacciantion.

- Collecter des données, faire des rapports et les adresser à la hiérarchie supérieure mensuellement.

4 - 9 : EVALUATION

L'évaluation est une composante essentielle du PEV, qui nous permet à la suite des résultats obtenus de reconnaître les points forts et faibles, afin d'éviter d'apporter s'il y a lieu les ajustements et les modifications nécessaires au bon déroulement du programme. Elle se fera sur la base des données objectives des rapports des postes sentinelles et des enquêtes sur la couverture vaccinale : bisannuellement au niveau national, annuellement à Pointe-Noire et à Brazzaville et dans les autres grandes agglomérations selon les besoins de la programmation.

4 - 10 : SYSTEME D'AUTOFINANCEMENT

Il sera prévu par la vente de carte de vaccination uniforme de SMI un système d'autofinancement dans les centres fixes en privilégiant particulièrement les centres ruraux pour subvenir aux besoins de fonctionnement du matériel de vaccination.

4 -11 : FORMATION

- Prévoir une formation intensive avant l'ouverture d'un centre fixe.

- Prévoir en moyenne un recyclage par an pour chaque vaccinateur.

4 - 12 : RETRO-INFORMATION

Mettre à jour un bulletin épidémiologique couvrant la surveillance épidémiologique, les activités vaccinales, les nouvelles informations sur les vaccinations et les maladies cibles.

4 - 13 : LA PARTICIPATION DES SERVICES :

Affaires Sociales

- Procéder à la sensibilisation des mères sur les activités vaccinales à domicile et dans les centres.

- Récupérer les enfants qui ont échappé à la vaccination.

- Sensibiliser les mères sur la présentation de la carte vaccinale lors des consultations médicales.

- Assurer les séances éducatives sur la vaccination au moins deux fois par mois.

Centres Privés

- Se conformer à la réglémentation en vigueur mise en place par

le PEV en ce qui concerne les activités vaccinales au niveau national.

Crèches et Jardins d'Enfants

- Rendre obligatoire la présentation de la carte vaccinale dans les crèches et les jardins d'enfants avant admission dans l'établissement.

A long terme, cette mesure devra être appliquée aux établissements scolaires, en tenant compte des modifications épidémiologiques.

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)

- Rendre obligatoire la présentation annuelle de la carte de vaccination au même titre que le certificat médical de l'enfant avant la perception des allocations familiales pour les enfants. (Ne sont concernés que les enfants de 1 à 3 ans)

Ecoles de Formations

- Promouvoir la formation à la vaccination dans les écoles où sont instruits les personnels de santé, en fournissant des informations sur les schémas de vaccination, sur l'administration des vaccins et sur les besoins en matière de stockage et de transport de vaccins.

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

- Prendre des textes législatifs réglementant l'application des activités vaccinales dans les formations sanitaires, étatiques et privées.

Organisations Internationales

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (LMTE), le FAC et autres projets doivent promouvoir activement au developpement du PEV au Congo en accordant un appui technique et financier plus important.

Politique d'action du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques

Introduction

Les maladies diarrhéiques, problème majeur de santé publique dans les pays en développement, sont une des principales causes de morbidité des jeunes enfants. La déshydratation facteur principal de gravité et de mortalité est la conséquence de la perte d'eau et d'électrolyte par les selles. En République populaire du Congo les maladies diarrhéiques occupent la première place quant à leur taux de mortalité et la seconde place après le paludisme en ce qui est de la morbidité. Conscient de ce fléau, le gouvernement congolais a mis en place en 1980, un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques suite aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé issues des journées de réflexions sur les problèmes ~~point~~ de santé tenue à Brazzaville la même année.

Dans ce présent document nous définissons la politique nationale du dit programme.

II But du Programme

Obtenir une reduction du taux de mortalité dûe aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans.

III. Objectif specifique

Reduire de 50% le taux de mortalité causé par les maladies diarrheiques chez les enfants de moins de 5 ans de 1984 à 1988.

IV Objectif secondaire

Etendre l'accès au traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation par voie orale de manière à toucher 80% de la populati
Cible de 1984 - 1988.

V Stratégies

Les principales stratégies retenues par le programme sont les suivantes :

1. Former les agents de Santé en matière de TRO
2. Traiter tous les cas de diarrhée par la méthode de réhydratation orale.
3. Assurer la surveillance epidémiologique des maladies diarrhéiques
4. Assurer l'education pour la santé.

① Former les agents de santé en matière de TRO.

Les Ecoles de formations du personnel de Santé (INSSSA, JJ, ... etc) doivent introduire dans les programmes d'enseignement les notions de la TRO.
Des Seminaires, Conférences de formation et de ~~Sensibilisation~~ sensibilisation seront organisés au niveau de :

- Hopitaux.
- Centres médicaux
- SMI
- Dispensaires.
- Villages centres pour assurer la formation des agents de santé Communautaire.

(2) - Traiter tous les cas de diarrhée par la (4) méthode de R.O.

2.1 - Evaluation et traitement des diarrhées chez les enfants

Suivant le degré de déshydratation (présence ou absence des signes suivants ci-dessous, Sécheresse de la bouche, langue, lèvres, plis cutanés, enfoncement des yeux, fontanelles déprimées, etc.) les enfants diarrhéiques sont classés en 3 catégories

a) La première catégorie regroupe les enfants du plan A n'ayant pas de signes de déshydratations apparents. La perte de poids varie entre 0 et 2,5 %

b) La deuxième catégorie regroupe les enfants du plan B qui présentent au moins deux signes de déshydratation modérée. La perte de poids à ce stade varie entre 2,5 et 10 %

c) La troisième catégorie regroupe les enfants du plan C qui présentent au moins deux signes de déshydratation sévère. La perte de poids à ce stade est supérieure à 10 %.

2.2.

Les centres de traitement des enfants diarrhéiques sont classés en fonction du degré de déshydratation.

2.2.1) a Hôpitaux et centres hospitaliers : les hôpitaux et centres hospitaliers reçoivent les enfants du plan C pour corriger la déshydratation sévère au moyen de

- Perfusions intraveineuses ou Sonde nasogastrique pour les enfants inconscients.
- Perfusions IV + SRO pour des enfants conscients capables de boire

2.5 La pesée

L'infirmier ne doit pas oublier de peser le malade au début et à la fin du traitement et enregistrer ces poids sur la fiche. La différence entre ces deux poids donnera le gain net de liquide administré. L'enfant ne pourra rentrer à la maison que s'il a gagné le poids prévu.

2.6 Durée du traitement

L'infirmier ~~devra donner~~ doit noter l'heure du début et de la fin du traitement. Ces deux éléments permettront de calculer le nombre d'heures nécessaire pour le traitement.

2.7 Etat à la sortie.

L'infirmier devra donner une appréciation sur le malade selon les éventualités suivantes :

1| Réhydraté et renvoyé à la maison

2| Transféré à l'hopital

3| Renvoyé à la maison pour le traitement

4| décédé.

Autres médicaments nécessaires au Traitement de la diarrhée

1. Les anti microbiens (y compris les antibiotiques).

Les médicaments antimicrobiens ne sont pas indiqués pour le traitement de routine des diarrhées aigues. Parmi leurs indications spécifiques figurent :

- Le Choléra
- la dysenterie grave à Shigella
- la dysenterie amibienne
- la Giardiase aigue

Les médicaments de choix pour le traitement de ~~la diar~~ ces maladies figurent dans le tableau ci après. (voir tableau 17.

La Chimiothérapie spécifique peut également être nécessaire lorsque la diarrhée aigue est associée à une ~~une~~ autre infection aigue (pneumonie, otite moyenne etc...)

2 Les Antidiarrhéiques

Quoique souvent employés, les antidiarrhéiques ne sont pas indiqués pour le traitement de routine des maladies diarrhéiques aigues.

- Les adsorbants : leur valeur pour le traitement des diarrhées n'a pas été démontrée
- Les inhibiteurs de la motricité intestinale procurent un soulagement passager de la douleur et ont pour certains des propriétés antisecrétoires. Mais ils peuvent ralentir considérablement le péristaltisme intestinal et retarder l'élimination des germes responsables. Mal utilisés chez les enfants ~~de~~ en bas âge, ils peuvent ~~se~~ être dangereux.
- Les Stimulants (adrénaline) ne sont pas indiqués dans le traitement de la maladie diarrhéique. L'état de choc est généralement dû à la déshydratation et à l'hypovolémie et doit être traité rapidement au moyen des liquides intraveineux appropriés
- Les Stéroïdes ne sont pas aussi indiqués, ils peuvent provoquer les effets secondaires graves.

Antimicrobiens utilisés pour le traitement des causes spécifiques des diarrhées aiguës

Cause	Médicaments de choix [a]	Substituts
Choléra [b] [c]	Tétracycline enfts 50 mg/Kg/J en 4 jours Pdt 2 ou 3 jours adultes 500 mg 4 fois/J Pdt 2 ou 3 jours	Furazolidone (Furoxone) enfts 5 mg/Kg/J en 4 doses Pdt 3 jours. Adultes 100 mg 4 fois/J en 3 J Erythromycine : 30 mg/Kg/J en 3 doses Pdt 3 J.
Dysenterie à Shigella	Ampicilline 100 mg/Kg/J en 4 doses pdt 5 jours Triméthoprime - Sulfaméthoxazole 10 mg/Kg/J et 50 mg/Kg/J en 2 doses pdt 5 J.	Acide nalidixique (Negram®) 55 mg/Kg/J en 4 doses pdt 5 jours
Dysenterie amibienne	Métronidazole enfts 30 mg/Kg/J Pdt 5 à 10 J.	Ds les cas très graves. Chlorhydrate de déshydroémétine en IM profonde 1, à 1,5 mg/Kg/J pdt 1 à 5 J selon la réponse (Tout âge)
Giardiase aiguë.	Métronidazole enfts 15 mg/Kg/J Pdt 5 J	Quinacrine enfts : 7 mg/Kg/J en dose fractionnée pdt 5 J.

a : Sauf instruction contraire, toutes les doses indiquées sont à administrer par voie buccale.

b : L'administration d'antibiotiques n'est pas indispensable à la vaccination du TTT mais elle abrège la durée de la maladie et l'excrétion des microbes organismes dans les cas graves

c : L'administration d'antibiotiques est particulièrement nécessaire chez les enfants en bas âge présentant une température élevée persistante.

La surveillance épidémiologique (8)

Elle se basera sur.

1. L'implantation dans les formations sanitaires existantes disposant d'infirmelles qui ont pour le rôle.
   - d'Assurer le Traitement des malades
   - Fournir au programme des données statistiques sur:
     - la morbidité.
     - la mortalité.
     - le nombre de cas traités

En se basant sur une fiche de surveillance épidémiologique Pré établie.

2. la régularité des données statistiques

3. L'Analyse des données recueillies pour suivre l'évolution des maladies diarrhéiques dans le temps et dans l'espace.

Education pour la Santé.

L'Education pour la Santé, qui consiste à exercer une action sur les individus pour les amener à modifier leur comportement, jouera un rôle primordiale dans la lutte contre les maladies diarrhéiques. Elle permettra :

- La Conscientisation, la sensibilisation, la motivation, l'action des Collectivités sur les points suivants :

1. Les mesures préventives :

- Hygiene alimentaire bien conduite.
- Hygiene Corporelle.
- Consommation de l'eau potable.
- Salubrité de l'environnement.
- l'Allaitement au Sein.

2. Mesures Curatives.

2.1. A Domicile :

- Usage de la Solution Salée Sucrée suivant la recette recommandée.
- Allaitement au Sein
- Poursuite de l'alimentation en Cas de diarrhée.

2.2 Au Centre de Santé :

- Preparation et administration de la SRO.
- Connaissance des signes de deshydratation.

3. Moyens de Communication.

- la Radio.
- la Television.
- les Affiches
- les discussions de groupe, individuelles

(12)

Supervision

1°) Points à superviser.

a) Organisation logistique

- Salle de la TRO
- Matériel de la TRO (gobelets, cuillères à café, registre, récipients, balance, eau potable, SRO, ... etc)

b) Activités des agents de santé.

- Evaluation de l'état de déshydratation.
- Prescription de la quantité de SRO
- Préparation de la SRO
- Administration du traitement.
- Conseils aux mères sur le traitement à domicile.
- Enregistrement du traitement sur le registre.
- Utilisation de fiches de statistique et de stock.
- Durée de la réhydratation.

c) Compréhension.

- Les mères comprennent les causes de la déshydratation.
- Les mères comprennent les signes et symptômes de la déshydratation.
- Les mères comprennent la prévention de la déshydratation à domicile
- Les mères comprennent comment préparer et administrer la SR
- Les mères comprennent l'alimentation pendant et après une épi. de diarrhéique.

2) Méthodologie de la supervision.

Elles sont fonction des points à superviser, les principales à superviser sont

* Observation des agents de santé.
* Parler avec les agents de santé.
* Revoir le registre
* Parler avec les mères au moment du traitement.

3) Fréquence de supervision.

La fréquence de supervision se fera d'une façon régulière au moins deux fois par semaine voir plus pour les centres en début d'activités.

Principales activités.

1. Standardiser la TRC au niveau national.
2. Planifier les activités de supervision au niveau des centres de TRC.
3. Déterminer les quantités de SRO à distribuer dans les centres de traitement.
4. Assurer l'Education pour la santé aux mères.
5. Coordonner les activités avec les organisations internationales et autres organismes
6. Collecter et analyser les données statistiques
7. Assurer la retro information aux agents des centres de TRC.
8. Evaluer les activités du programme.

Recherche opérationnelle.

Elle doit être basée sur la recherche appliquée.

- Détermination des méthodes les mieux adaptées et les plus efficaces pour promouvoir l'application de la TRC au niveau des ménages et des formations sanitaires, problème qui demeure l'un des plus importants et des plus urgents que doit résoudre la recherche sur le système des soins de santé.

- Une Enquête CAP sur les maladies diarrhéiques au niveau des collectivités urbaines et rurales

VIII Evaluation (12)

2 types d'evaluations

I) Evaluation des prestations de soins = Evaluation de couverture.

Principaux indicateurs

A. Disponibilité des services de TRO = Couverture potentielle.

1. Nombre de centres de TRO par region par rapport aux nombres de formations sanitaires
2. Pourcentage de la population ayant accès à la TRO.
3. Nbre d'habitants par unité de TRO

B. Utilisation effective des services de TRO = Couverture réelle.

1. Taux de consultations par diarrhée (rapport consultation / diarrhée / population < à 5 ans / de sexe)
2. Nombre d'enfants traités par la TRO.
3. Rapport entre le nombre d'enfants traités par la TRO et l'ensemble des consultations pour diarrhée.

II) Evaluation de niveau de santé = Evaluation d'impact

Principaux indicateurs

- Taux de mortalité des enfants de 0 - 5 ans toutes causes réunies.
- Taux de mortalité dû ou associé aux maladies diarrhéiques dans la même tranche d'âge.
- Taux de morbidité dû aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans.

ESQUISSE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO.

Direction de la Medecine Preventive

1986

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I/ LE PROGRAMME ANTIPALUDIQUE AU CONGO.

1.1 BUT

1.2 Objectif

1.3. Population cible

1.4 Strategies de lutte.

1.5. Responsabilités

1.5.1. Au Niveau Central

1.5.2 Au Niveau intermediaire ou régional

1.5.3. Au niveau Peripherique

1.5.4 Au niveau des services Connexes

1.6. Ressources.

1.6.1. Humaines

1.6.2. Materielles

1.6.3 Financières

II Pratique actuelle de la lutte antipaludique au Congo.

A/ TRAITEMENT

B/ Résistance à la Chloroquine

C/ CHIMIOPROPHYLAXIE

1/ Enfants de 0 à 5ans

2/ Femme enceinte.

D/ PREVENTION

1/ Protection intradomiciliaire

2/ Mesures d'assainissement simples

3/ Mesures Collectives

E/ Surveillance

1/ Resultats de la Chloroquine-resistance

2/ C.AT devant l'apparition de la Chimio-resistance.

2.1 Incidence

2.2 Resistance

F/ FORMATION

G/ EDUCATION POUR LA SANTE

H/ RECHERCHE OPERATIONNELLE

I/ AUTO-FINANCEMENT

J/ EVALUATION

Annexes.

N°I. Schéma du fonctionnement du Programme Paludisme

N°2 Varietés et prix des antipaludiques dans les pharmacies de Brazzaville.

N°3 Fiche technique sur le traitement et la Chimioprophylaxie du paludisme à la Chloroquine.

INTRODUCTION :

Le paludisme est l'une des cinq causes principales de mortalité infantile dans de nombreux pays, particulièrement dans notre pays, où il constitue un problème de santé publique.

Si l'on se fonde sur le nombre total des cas, on peut dire que le paludisme demeure encore une endémie dans notre pays, évoluant suivant un mode méso ou hypo selon les zones géographiques et les saisons.

Le taux de mortalité annuel dû au paludisme est de l'ordre de 0,43‰ entre 0 et 4 ans et de 0,68‰ entre 5 et 9 ans.

Depuis le Congrès Constitutif du Parti Congolais du Travail (P.C.T) de décembre 1969 jusqu'au 3ème Congrès ordinaire du P.C.T, la priorité sanitaire du parti et du gouvernement Congolais est accordée à la lutte contre les maladies transmissibles.

La recrudescence quasi-générale des maladies endémo-épidémiques en 1975 et leur situation inquiétante en 1979 ont été dues au relâchement de la surveillance épidémiologique. Ces situations ont amené l'instance politico-administrative de notre pays à décider la création des programmes et projets spécifiques de lutte contre les endémies.

Cette décision se trouve être conforme aux recommandations du Comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), adoptées lors de sa trente cinquième session de septembre 1985 dans sa résolution AFR/RC 35/R5 sur la lutte antipaludique. Elles stipulent entre autre :

- La seule action antipaludique pratiquable en ce moment est la mise en place d'installations et des services pour réduire la mortalité et la morbidité imputables au paludisme.
- L'approche rationnelle pour atteindre cet objectif social de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 est la mise au point des programmes antipaludiques comme partie intégrante des services de santé publique généraux et du système de soins

de santé primaires

— L'apparition et la propagation du paludisme pharmaco-résistant représente un danger sérieux de santé publique dans la région --- Nécessité de la mise en œuvre des programmes nationaux antipaludiques, pour l'évaluation des schémas thérapeutiques standards, de la surveillance des résistances du paludisme aux antipaludiques.

Par ailleurs, des quatres variantes pour mener la lutte contre le paludisme, définies par le Comité d'experts sur le paludisme ; le programme national de lutte contre le paludisme a adopté la variante N°1 et une partie du N°2 :

Variante N°1 Réduction et prévention de la mortalité par le traitement de chaque cas de paludisme par un médicament efficace.

Variante N°2 Réduction et prévention de la mortalité et de la morbidité en préconisant la chimiothérapie et la chimioprophylaxie dans les groupes à haut risque.

I/ PROGRAMME ANTIPALUDISQUE AU CONGO

1.1 BUT

Obtenir une réduction de la morbidité et la mortalité causées par le paludisme chez les enfants de moins de ~~5ans~~ 5 ans et les femmes enceintes

1.2 OBJECTIF.

Réduire de 50% le taux de mortalité dû au paludisme au sein de la population cible d'ici 1990.

1.3 Population Cible.

- Enfants de moins de 5 ans (Chimiothérapie)
- Femmes enceintes (Chimioprophylaxie)

1.4. STRATEGIES DE LUTTE

Pour atteindre cet objectif et, dans le cadre des soins de santé primaires ; les stratégies suivantes ont été retenues :

1. Intégration des actuites du Programme dans les systèmes de soins existants : - Formations sanitaires (Hopitaux, Centre de santé maternelle et infantile, dispensaires ...) - Les secteurs opérationnels des Grandes Endémies - Les projets de développements communautaires (MINDOULI et LEKANA) - Les zones pilotes de santé d'Owando et de KINKALA) - Les services régionaux de soins de santé primaires - Les services connexes (Hygiène et assainissement, Municipalité, Agriculture, Hydraulique ...) - Les différents services de recherche (ORSTOM INSSSA, Laboratoire National de Santé Publique ; Direction Générale de la Recherche Scientifique et Technique.).

2 - Le traitement préemptif des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans avec un médicament efficace et disponible

3 - La chimioprophylaxie des femmes enceintes

4 - L'éducation pour la santé de la population

1.5 ~~ACTIVITES~~ RESPONSABILITES

Les actuites du programme se situent à 3 niveaux

1.5.1 Au niveau Central

- Etablir la politique nationale de lutte contre le paludisme
- Coordonner les actuites de lutte contre le paludisme
- Faire la surveillance de la resistance du Plasmodium Falciparum aux antipaludiques
- Etablir des schemas thérapeutiques standards sur le paludisme dans notre pays
- Etablir des plans d'education pour la santé
- Faire la surveillance épidémiologique du paludisme au plan national (Collecte et analyse des données statistiques sur le paludisme.).
- Promouvoir la recherche opérationnelle sur des thèmes appropriés sur le paludisme.
- Participer aux recherches sur l'espèce vectorielle dominante [illegible]

- Assurer l'utilisation correcte et appropriée des antipaludiques et l'évaluation des activités antipaludiques au plan national.
- Gerer et entretenir le materiel et les médicaments mis à la disposition du programme
- Former ou recycler le personnel de santé national (par rapport aux activités du Programme.)
- Etendre progressivement les activités dans les differentes régions sanitaires du pays.
- Doter les sources régionaux des Grandes Endemies en médicaments antipaludiques (Chloroquine).
- Rendre Compte aux autorités superieurs du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
- Créer à long terme un réseau de postes sentinelles dans le pays pour la surveillance de la chimioresistance aux antipaludiques.
- Créer et superviser les activités du laboratoire national de reference sur la Chimioresistance aux antipaludiques.

1.5.2 <u>Au niveau intermediaire ou regional</u>

Les activités du Programme à ce niveau sont organisées par les Secteurs Opérationnels des Grandes Endemies.

- Nomer un responsable des activités de lutte antipaludique
- Promouvoir la politique nationale de lutte contre le paludisme au niveau régional.
- Assurer la surveillance épidémiologique du paludisme (collecte et analyse des données statistiques)
- Faire la surveillance clinique du paludisme pharmacorésistant.
- Collaborer avec les services régionales pour l'E.P.S;
- Etendre les activités du programme dans toute la region
- Doter les Centres de S.M.I et dispensaires régionaux en médicament antipaludiques (Chloroquine)
- Gerer le materiel et médicament du Programme
- Former et recycler le personnel de santé régional.
- Superviser et evaluer les activités du Programme dans la régin
- Faire des rapports mensuels aux autorités sanitaires du niveau Central

RESPONSABILITES (47) (suite)

1.5.4 ~~ACTIVITES~~ DES SERVICES CONNEXES

La lutte contre le paludisme implique au niveau national, les efforts des autres services ayant un impact direct ou indirect sur l'hôte (l'homme) et le vecteur (moustique). Ainsi dans le cadre des soins de santé primaires sont également intéressés dans cette lutte.

- Le Programme National des S.S.P.: pour l'organisation des services antipaludiques dans les Comités de santé et les collectivités.
- Les services d'Hygiène et Assainissement de la Municipalité. Pour la lutte antilarvaire, les problèmes d'assainissements
- Les services d'information, les organes de presse: pour la diffusion de l'information sanitaire sur le paludisme
- Les services des programmes éducatifs, scolaires, universitaires et d'alphabétisation: Pour les programmes d'éducation et de formation sur le paludisme
- Les Officines pharmaceutiques: Pour une meilleure distribution des médicaments à travers le pays.

(4)

1.5.3 Au niveau périphérique.

Les actives à ce niveau sont assurées par le responsable du Centre de santé, de la formation sanitaire ou par l'agent de santé Communautaire au niveau du village. Elles se resument essentiellement à :

- Assurer le traitement présomptif des cas de paludisme confirmé ou de toute fièvre
- Evacuer des cas de paludisme grave dans un Centre plus adapté
- Assurer la chimioprophylaxie des femmes enceintes
- Notifier les cas de paludisme ou de fièvre traités
- Notifier le nombre de femmes enceintes sous chimioprophylaxie.
- Réaliser des actives d'éducation pour la santé
- Recycler les agents de santé Communautaire
- Faire la surveillance clinique du paludisme pharmacorésistant
- Faire des rapports mensuels aux autorités sanitaires régionales

→ Suite page 43

1.6 RESSOURCES

La mise en place d'un plan national, fait appel à des ressources variables selon l'importance du problème à ressoudre. La réalisation de ce plan tient compte des ressources nationales disponible

1.6.1 HUMAINES

Il s'agit du personnel de santé évoluant aussi bien dans les Centres de santé existant que dans l'administration Centrale.

1.6.2 Materielles.

C'est le materiel de l'Etat existant dans les Centres de santé et à tous les niveaux d'exécution du plan (Vehicules, Bomes, microscopes bureaux, hopitaux, materiels éducatifs . . .).

1.6.3 Financières

Budget régulier de l'Etat alloué aux services

Toutes ces ressources peuvent etre renforcées par des subventions des organismes non gouvernementaux dans le cadre de la lutte Contre le paludisme dans notre pays.

II PRATIQUE ACTUELLE DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE EN R.P.C.

~~La lutte antipaludique est toujours menée dans notre pays, à tous les niveaux du système de santé~~, aussi bien ~~par la population~~

elle même (des herbage, usage de moustiquaires ...) que par les pouvoirs publics (Installations des services de santé, lutte anagoude, Campagne d'éducation pour la santé ...)

L'incoordination de toutes ses actions sur le plan national maintient Cette maladie à un niveau méso et hyperendémique selon les zones géographiques et selon les ~~Climats~~ saisons.

A. TRAITEMENT

Accès palustre simple et paludisme d'invasion

deux eventualités
- ou le malade a des troubles digestifs ou de signes de gravité
- ou il n'en presente pas

Le malade ne presente pas de troubles digestif ni de signes de gravité.

Chez l'enfant:

Tout accès fébrile chez l'enfant, doit faire penser d'abord au paludisme et etre traité Comme tel en faisant un traitement préemptif à la chloroquine

- Faire une goutte epaisse, mais ne pas attendre les resultats pour Commencer le traitement
- Protocole de traitement. 25 mg/kg repartis en 3 jours Consecutifs (cf. annexe: N° 3)
  - 1er jour. Le traitement doit etre administré sur place à la S.M.I sous la supervision de l'agent de santé.
  - 2ème et 3ème jour Le traitement sera Continué à domicile par la maman à qui, il sera remis de la chloroquine (reste du traitement à prendre.)

Chez la femme enceinte malade.

- Faire une goutte epaisse si possible
- Verifier si la femme est sous Chimioprophylaxie avec quel médicament et quelle dose.
- Si elle n'est pas sous Chimioprophylaxie ou elle est irrégulière traiter à la Chloroquine.

Dose: 1500 mg soit 15 Comprimes de Chloroquine à 100 mg repartis en 3 jours Consecutifs

Soit 1er jour : 600 mg ou 6 Comprimes de chloroquine à 100 mg
2ème jour : 600 mg ou 6 Comprimés de chloroquine à 100 mg
3ème jour : 300 mg ou 3 Comprimés de chloroquine à 100 mg

Le malade presente des troubles digestifs, ou des signes de gravité (accès pernicieux palustre)

Il s'agit habituellement du Plasmodium Falciparum.

Le malade peut presenter :

- Une temperature Corporelle de 39° ou 40°C.
- Une alteration de l'état generale
- Des vomissements, une diarrhée
- Une anemie ; des oedemes
- Une aptenomegalie
- des Convulsions - une perte de Connaissance

Le traitement doit etre precoce. L'administration des medicaments par voie IM ou IV est indispensable.

Le traitement doit associer une therapeutique schizontocide (avec la Chloroquine)

- Une therapeutique symptomatique
  - Rehydratation hydro - électrolytique
  - transfusion de sang.
  - traiter la malnutrition proteinocalorique
  - traiter les anteminoses
  - traiter les parasitoses associées
- Un traitement pour les éléments de la perniciosité
  - Corticotherapie
  - sédatif
  - Oxygenotherapie
- Un traitement pour maintenir les grandes fonctions de l'organisme ; essentiellement une surveillance du fonctionnement des appareils Cardio-vasculaire, respiratoires et rénal.

Ce traitement doit etre fait dans un service adapté - la pediatrie pour les enfants - le rôle de la SMI ne se limitant plus qu'au traitement symptomatique et à une evacuation à la pédiatrie

A la pediatrie : Il faut si possible faire une G.E pour Confirmation mais ne pas attendre les resultats avant d'instaurer le traitement.

Si la GE est negative. Il faut rechercher une autre Cause.

Dès que l'enfant reprend conscience ou est même d'avaler reprendre la voie per os (Chloroquine ou Amodiaquine) en tenant compte du médicament disponible et déjà administré

(Schéma thérapeutique sur la Chloroquine voir annexe N° 3)

Chez la femme enceinte :

- Les critères de gravité sont les mêmes
- Le traitement est le même avec des doses convenables
- Une sorte dès que le malade est sorti du coma.

B/ RESISTANCE A LA CHLOROQUINE

- Si l'enfant est toujours fiévreux après 3 jours de traitement à la Chloroquine.

. Vérifier si le traitement a été suivi à domicile par des petites questions

. Demander si l'enfant a eu des vomissements ou de diarrhée

. Refaire la G.E si possible.

Si la GE est négative : Rechercher une autre cause.

Si la G.E est positive : Changer de médicament. Le l'enfant peut boire, donner 25mg/kg d'amodiaquine

Remarque : Il faut éviter de recourir spontanément à la voie parentérale à cause de nombreux risques qu'elle comporte : - atteinte du nerf sciatique entraînant des paralysies

- abcès médicamenteux. et cet.

Chez la femme enceinte suivre le même protocole

C.1 CHIMIOPROPHYLAXIE

1/ Enfant de 0 à 5 ans

La chimioprophylaxie est à déconseiller ~~pour~~ entre autres raisons ~~pour~~ :

- Le phénomène de chimio résistance qu'elle engendre. Du fait d'une part de la pression médicamenteuse qu'elle constitue et d'autre part des infra-doses avec lesquelles elle est toujours suivie ; ce qui

provoque chez les parasites du paludisme, devenant insensibles au médicament utilisé, une certaine accoutumance vis à vis du produit

- La destruction de l'immunité naturelle qui, acquise par des contacts répétés moustique - homme, au profit de l'immunité passive acquise partiellement protectrice et non durable, aurait comme conséquence des signes cliniques du paludisme si chimioprophylaxie mal suivie
- Le coût élevé de cette pratique à long terme

- Femme enceinte.

C'est un groupe vulnérable, compte tenu des conséquences graves du paludisme tant sur le fœtus que sur la femme elle-même entre autres :

- Poids insuffisant de l'enfant à la naissance
- Prématurité,
- mort in utero

Elle se fait avec la chloroquine à raison de 800 mg de chloroquine à 100mg le comprimé soit 3 comprimés de chloroquine par semaine.

D./ PREVENTION

1/- Protection intradomiciliaire

- usage de moustiquaire.
- grillage fin aux fenêtres
- recouvrir les ustensiles contenant de l'eau
- utilisation des insecticides

2/- Mesures d'assainissement simples.

- Supprimer tous les récipients susceptibles de contenir un peu d'eau.
- Boucher les trous ou les flaques peuvent se former
- enterrer les vieilles boites à conserves et les vieux pneus
- Verser du mazout ou du pétrole sur les mare pour empêcher les larves de moustiques de respirer
- Drainer les marais ou canivéaux pour les assécher
- Couper les herbes autour de la parcelle.

3/ - mesures collectives : Consistent en des grands travaux d'assainissement dans le quartier.

Remarques : Vu les contraintes que la lutte antivectorielle implique (Coût très élevé, recherche entomologique, ~~sensibilité~~ étude sur la sensibilité du vecteur au produit ...). Cette stratégie est difficilement applicable dans notre pays et compte tenu aussi des nombreux cas d'insuccès observés dans plusieurs pays.

Cette disposition est favorable à la politique de l'OMS dans le cadre de la lutte antipaludique. Elle ne pourrait être envisagée qu'en cas d'épidémie, mais cela nécessiterait l'assistance des techniciens spécialisés dans cette lutte et un niveau ~~ade~~ adéquat

E/ SURVEILLANCE

1/ RESULTATS DE LA CHLOROQUINO-RESISTANCE

La première enquête sur la chimiosensibilité des souches congolaises du Plasmodium falciparum à la chloroquine, réalisée dans notre pays, a montré une baisse de sensibilité de ce plasmodium à la chloroquine. Elle est beaucoup marquée dans la zone Sud peuplée que dans la zone Nord moins peuplée.

Sur 120 enfants traités à 10mg/kg, 64,80% ont encore présentés des parasites au 8ème jour (J_7).

Sur 118 enfants traités à 25mg/kg, 28,15% ont été porteurs de parasites au 8ème jour (J_7).

Néanmoins, du fait de sa disponibilité, son administration facile, son prix bas, la chloroquine demeure le médicament de première intention pour le traitement du paludisme dans notre pays.

Le protocole de traitement adopté au plan national est de 25 mg/kg de poids corporel répartis en 3 jours consécutifs soit :

1er jour : 10mg/kg.
2ème jour : 10 mg/kg.
3ème jour : 5 mg/kg.

Toutefois ce protocole est susceptible de modifications en fonction de l'évaluation de chimiorésistance à la chloroquine.

2/ CONDUITE A TENIR DEVANT L'APPARITION DE LA CHIMIORESISTANCE

Il s'agit de surveiller : - - (suite)

2.1. L'INCIDENCE du Paludisme par une actualisation des cas de paludisme traités, dans la population cible, mensuellement, semestriellement et annuellement.

2.2. LA Resistance : Le suivi se fera à deux niveaux.

. Au niveau de la formation sanitaire : par le nombre de cas retraités.

. Au niveau Central : par des enquêtes "IN VIVO" simplifiées

Au niveau de la formation sanitaire :

La Chimiorésistance sera définie au niveau périphérique par :

- Une suspicion Clinique

. Persistance de la fièvre 48h après un traitement correctement suivi

. Accès palustre dûment confirmé par le laboratoire chez un patient déclarant suivre une chimioprophylaxie correcte par un antipaludique

- Une suspicion biologique :

. Presence de Plasmodium Falciparum à la goutte épaisse après un traitement normal.

CAT : Signaler le cas chez le Medecin ou le Chef du Centre pour d'autres investigations. Il est chargé, en dernier ressort, d'informer la Direction de la Medecine Preventive (Programme Paludisme) sur l'ampleur du phénomène dans sa circonscription

Au niveau Central.

Analyser les informations provenant des régions en vue de déterminer l'ampleur du problème et choisir les priorités

- Réaliser sur le terrain, par rapport aux priorités, des enquêtes "in vivo" simplifiées

Former le personnel local aux techniques d'enquête de sensibilité du Plasmodium Falciparum aux antipaludiques.

- Installer un système de surveillance du phénomène de la chimiorésistance des plasmodiums aux antipaludiques au niveau régional.

F/ EDUCATION POUR LA SANTE

1/ FORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ

Cette formation qui se veut permanente se fera à travers

- des cours de recyclage ou de formation
- des séminaires et des stages nationaux ou régionaux
- des publications dans les revues médicales et d'information pratiques
- des émissions appropriées à la radio ou à la télévision

Le contenu de ces moyens de formation et d'information variera en fonction du personnel à former ; comprendra essentiellement les volets suivants :

- Schéma thérapeutique national
- Traitement présomptif de la fièvre ou du paludisme
- Chimioprophylaxie des femmes enceintes contre le paludisme
- Chimiorésistance et conduite à tenir devant l'apparition du phénomène
- Collecte et utilisation des données statistiques
- Assainissement du milieu
- Education pour la santé de la population.

G/ EDUCATION POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Quelques thèmes d'éducation sont abordés tels.

- Mesures simples d'assainissement du milieu
- Traitement présomptif du paludisme à la dose convenable.
- Mesures simples de protection contre les moustiques
- Chimioprophylaxie des femmes enceintes.

2.1/ Moyens de Communication.

Tous les moyens capables de véhiculer l'information à la population seront utilisés

- Radio, télévision (Emissions spécialisées)
- Journaux locaux (articles ou dossiers sur le paludisme)
- Causeries débats (dans les centres de SMI, les établissements scolaires, les organisations de masse, les organisations religieuses

Toutefois une importante ~~sera~~ accordée aux moyens susceptibles de donner une retro-information pour une évaluation ultérieure.

H. RECHERCHE OPERATIONNELLE

Considérant nos insuffisances tant de connaissances que de compréhension en ce qui concerne la dynamique évolutive de la transmission du pt de l'épidémiologie du paludisme ou encore l'impact des mesures de lutte antipaludique.... Quelques thèmes de recherche peuvent être étudiés afin d'identifier les inconnues et permettre l'amélioration des services, notamment :

- Etablir un système simple de surveillance de la chimio-résistance du Plasmodium Falciparum aux antipaludiques.
- Etablir un système simple pour le suivi de la chimiopreprophylaxie des femmes enceintes.
- Etude sur la chimiosensibilité du Plasmodium Falciparum aux autres antipaludiques.
- Déterminer la date d'apparition et la cinétique des anticorps antipaludiques au sein de la population congolaise pour définir la tranche d'âge ne présentant pas une prémunition, donc justiciable d'une chimioprophylaxie.
- Déterminer l'influence de la chimioprophylaxie sur l'apparition de la prémunition.

I. AUTO FINANCEMENT

Il sera prévu, un système d'auto-financement, dans les centres où se mènent les activités du Programme Paludisme en privilégiant les centres ruraux pour subvenir aux besoins en chimiothérapie des centres. L'apport du programme ne venant qu'en supplément.

1./ Gestion. La gestion est assurée au niveau central par la Direction de la Médecine Préventive (Programme Paludisme), au niveau régional, par les secteurs opérationnels des Grandes Endémies.

J/ I / L'EVALUATION.

Pour être sûr qu'un plan d'action national, qui aura coûté beaucoup d'efforts, atteint bien ses objectifs, il faut l'évaluer. L'évaluation aura donc le cadre de la politique ; pour objet, d'améliorer les stratégies, les activités, et l'infrastructure sanitaire utilisée ; de guider la répartition convenable des ressources au cours de l'exécution.

Tous les individus et groupes responsables de l'élaboration, de l'exécution de cette politique aux divers niveaux du système sanitaire assumeront également la responsabilité de son évaluation.

Au niveau central elle sera le meilleur moyen de contrôle des résultats du plan d'action et, de pouvoir décider.

Au niveau régional ou périphérique, elle sera nécessaire pour que le personnel de santé puisse apprécier les résultats de leur travail par le biais de la retro-information. Elle sera aussi un facteur d'encouragement et de motivation ; aussi, participeront-ils à l'évaluation.

Une observation directe pendant et après l'exécution du plan. Compléteront les informations, base de l'évaluation, pour pouvoir comparer les résultats obtenu avec les résultats attendu en rapport avec les objectifs fixés.

Les remarques et suggestions des exécutants et bénéficiaires, seront recueillis par des questions pertinentes sur les différentes étapes du plan d'action, à défaut d'indicateurs chiffrés ; questions telles que :

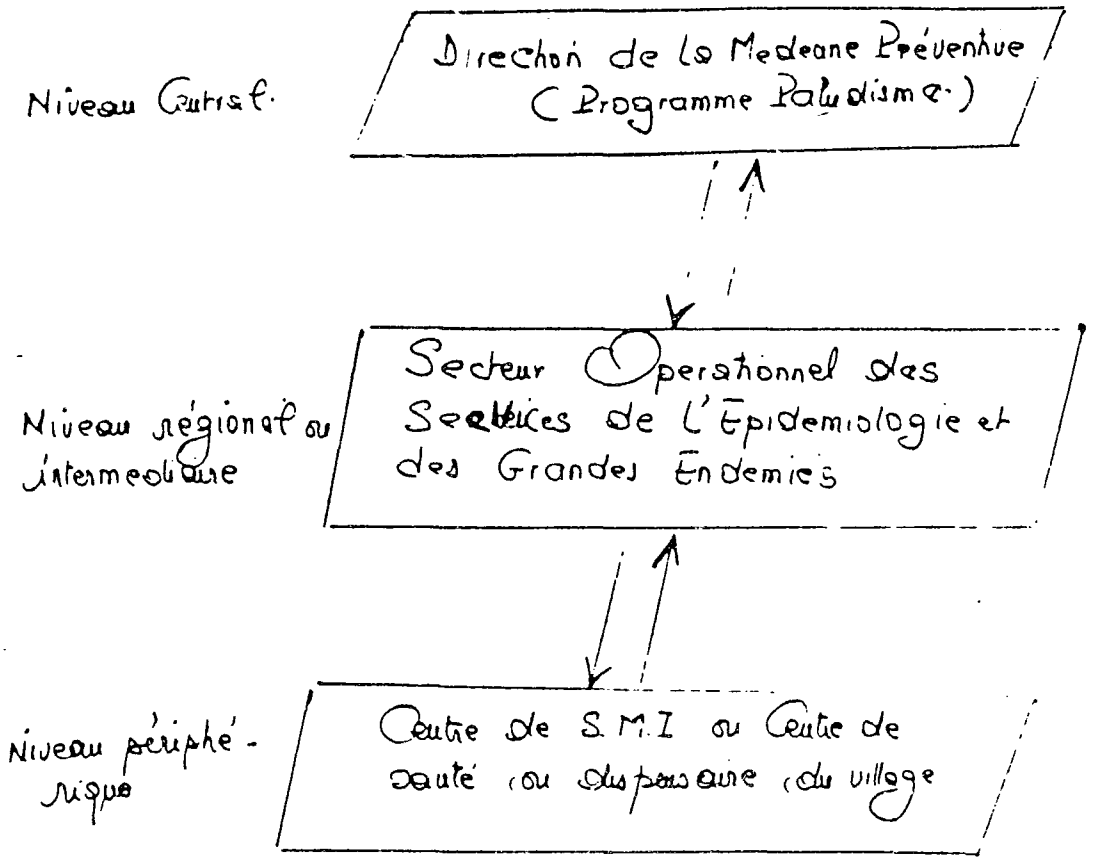
- Quelles sont les points faibles du plan ?
- Quelles difficultés rencontrées dans sa mise en exécution ?
- Quelles corrections ou modifications seront nécessaires ?
- Quelles additions ou suppressions seront nécessaires ?

Ces informations analysées permettant de décider d'un rajustement ou d'une poursuite normale des activités programmées, des stratégies retenue et des objectifs fixés.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME PALUDISME



ANNEXE N°2

VARIETE ET PRIX DES ANTIPALUDIQUES EN VENTE DANS LES PHARMACIES A BRAZZAVILLE

Varietés	Presentation	Prix en F. CFA
chloroquine *	20 Comp à 100mg 100 Comp à 100mg 1000 Comp à 100mg.	250 910 5800
Nivaquine	Sirop.	774
Flavoquine	2 Comp à 200mg 12 Comp à 200mg 60 Comp à 200mg poudre petit grand	146 460 2052 493 1035
Anhmoquine (*		
Fansidar.	Comprimé injectable	224 588
Quinimax	1ml. 2ml 4ml. Comprime Suppo enfant -4 adulte	521 695 1195 1100 701 858
Camoquin	2 Comp à 200mg 24 Comp à 600mg Sirop.	235 825 850
Quinoforme	0,25 } injectable 0,50 }	788 1312
Arsiquinoforme	30 Comprimés	1783
Calgluquine	24 Comprimés	852

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail-Démocratie-Paix

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES.

MOIS DE

ANNEE

CENTRE

REGION SANITAIRE

FICHE DE SURVEILLANCE DES MALADIES DIARRHEIQUES.

AGE / PLAN	(6 mois	6-11 mois	12-23 mois	24 mois et plus	Total	Nbre des cas transférés HRD
A						
B						
C						
TOTAL						

Total des cas traités le mois précédent.

MATERIEL DE TRO

MATERIEL	STOCK AU DEBUT DU MOIS	NOMBRE UTILISE	RESTE	BESOINS
SACHETS				
GOBELETS				
CUILLERES				
BALANCE				

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
TRAVAIL * DEMOCRATIE * PAIX

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

RAPPORT DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES LALADIES CIBLES DU PEV

REGION : ----------
ANNEE :----------

POSTE SENTINELLE ----------
MOIS : ----------
Ou Semaine du ----- au ------
|____| |____|

C= Cas , D = Décès ; Vac = Vacciné ; Non Vac = Non vacciné.

AGE / MALADIES CIBLES		0-8 mois		9-23 mois		24-35 mois		36-59 mois		5 ans et +		Age inconnu		TOTAL	
		C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
ROUGEOLE	Vac														
	Non Vac														
Coqueluche	Vac.														
	Non Vac.														
Poliomyélite	Vac.														
	Non vac.														
Tétanos néonatale															
Tétanos															
Tuberculose															
DIPHTERIE	Vac.														
	Non vac.														

OBSERVATIONS - Origine des cas (Quartier, Arrondissement District, Region) :

SIGNATURE

[6] MALNUTRITION

circonférence du bras (mètre à ruban ou brassard):_____

dont _____ entre 12 et 13,5 cm (jaune)

dont _____ moins de 12 cm (rouge)

[7] EDUCATION POUR LA SANTE

nombre de séances:_____

citez les thèmes developpés:_____

_____

_____

_____

[8] MORBIDITE

	nombre de nouveaux cas										
	0 à 12 mois		1 à 4 ans		5 à 14 ans		15 à 44 ans		plus de 45 ans		total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
paludisme											
diarrhée											
rougeole											
malnutrition											
blessure, plaie, abscès, morsure											
vers intestinaux											
autres											
TOTAL											

nombre de cas evacués:_____

[8] OBSERVATIONS DE L'ASV

Fait à_____le_____ Signature:_____

RAPPORT MENSUEL DE L'ASV

DISTRICT:_____ VILLAGE:_____

MOIS:_____19_____ NOM DE L'ASV:_____

[1] DEMOGRAPHIE

population totale:_____ nombre de foyers:_____

enfants de moins de 5 ans:_____

[2] DECES

	nombre de décès	
	M	F
0 à 12 mois		
1 à 4 ans		
5 à 14 ans		
15 à 44 ans		
plus de 45 ans		
TOTAL		

[3] GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

nombre de femmes enceintes:_____dont_____presentant de grossesse à haut risque

nombre de femmes enceintes nivaquinisée:_____

nombre de femmes vaccinées au VAT:_____dont 1er dose

dont 2ème dose

accouchement au village:_____dont vivants:_____

mort-nés:_____

accouchement à la maternité:_____dont vivants:_____

mort-nés:_____

nombre de femmes qui sont mortes au cours ou après l'accouchement:_____

[4] HYGIENE COMMUNAUTAIRE

nombre de latrines:_____dont_____avec couvercle

dont_____sans couvercle

nombre de séances de "retroussons les manches" effectués:_____

[5] VACCINATION

nombre d'enfants vaccinés:_____dont_____BCG, _____rougeole

_____DTCoq-Polio 1 _____DTCoq-Polio 3

_____DTCoq-Polio 2 _____DTCoq-Polio R

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
PUBLIQUE

DIRECTION DE LA SANTE MATERNELLE
ET INFANTILE ET DE L'EDUCATION
POUR LA SANTE

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail - Démocratie - Paix

FICHES DES DONNEES
STATISTIQUES
MENSUELLES

-:-:-:-:-:-

EMIE :

MOIS :

ANNEE :

FICHES DES DONNEES STATISTIQUES MENSUELS

CONSULTATION DU MEDECIN					CONSULTATION DES ENFANTS SAINS			CONSULTATION PRENATALE				CONSULTATION POST NATALE		PLANNING FAMILIALE		
3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	total	Inscrits	anciennes pesées	total	Inscriptions	nbre	consultation	nbre	15jrs	45jrs	Méthode locale		total
								1 trim.		6° mois				Pilule		
								2° trim		8mois				Méthode naturel		
								3° trim		9° mois				Stérilet		
								Total		Total		total		Contraceptif injectable		

VACCINATIONS

BCG	Rouvax	DT COQ POLIO					Femmes Enceintes Vaccin Antitetanique			
		1ère dose	2ème dose	3ème dose	Rap.	Total	1ère dose	2ème dose	Rappel	Total

1. SURVEILLANCE DES ENFANTS MALADES

AGE / AFFECTIONS	0 - 1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	1[illegible] mois	Total des cas
ROUGEOLE						
TUBERCULOSE						
DIARRHEE						
AFFECTIONS FEBRILES AIGUES						
Malnutrition						

2- SURVEILLANCE DES FEMMES ENCEINTES MALADES

AGE GROSSESSE / PATHOLOGIE	1 - 3 mois	4 - 6 mois	7 - 8 mois	9 - 10 mois	TOTAL
SYPHILIS					
GONOCOCCIE					
PALUDISME					
TRICHOMONAS VAGINALES					
ALBUMINURIE					
S T A					
ANEMIE					
DIABETE					

DEPISTAGE FONCTIONNEL				CAUSERIES - EDUCATIVES			
	Nombre séance	participants	Thèmes développés	nombres séance	nombre participants	matériel utilisé	thèmes developpés
1ère bouillie							
2ème bouillie							
Malnutrition							

CAUSERIES SUR LA REHABILITATION FAMILIALE			
Nombre de séance	Nombre de participants	Matériel utilisé	Thèmes developpés

PROGRAMME D'ACTIVITES DU VOLET EDUCATION POUR LA SANTE

1° SEMESTRE 1986

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
oduire du matériel éducatif r la SSS, les gnes de la shydratation les mesures hygiène collectives et ndividuelles le matériel e sensibilisation	- Préparer les messages, dessins, ou photos pour les affiches, dépliants feuilles volantes etc... sur la SSS les signes de la déshydratation et les mesures d'hygiène collectives et individuelles.	- Dessinatrice - Equipe du projet.	- Fourniture de bureau - Appareil de photos - Pellicules en couleurs	←	→				
	- Elaborer la fiche pour tester le matériel éducatif	- Equipe du projet.	- Fourniture de bureau	←	→				
	- Tester le matériel éducatif dans les zones d'action du projet	- Responsable - Personnel des zones d'action - Mères	- Fiches pour le test, - Véhicule.		←	→			
	- Assurer la commande et la production du matériel éducation, T.-Shirts et des auto-collants.	- Dessinatrice - Responsable EPS. - Imprimeur	- Emblème - T.Shirts - Véhicules	←		→			

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
Organiser des campagnes de mass-média sur la SSS, les signes de la déshydratation et les mesures d'hygiène collectives et individuelles	Concevoir des émissions, spots publicitaires, sketch, documentaires.	Equipe du projet.	Fourniture de bureau. Matériel éducatifs	←	—	—	—	—	→
	Réaliser des émissions, spots, sketch, documentaires à la radio et à la télévision et dans les zones d'action du projet.	Equipe du projet, personnel des zones d'actions, Groupe consultatif, Mères.	Bandes magnétiques, Cassettes vidéo. Appareil de montage Nagra Véhicule		←	—	—	—	→
Former le personnel chargé de la mise en oeuvre des activités EPS	Faciliter la nomination de deux agents responsables de l'EPS dans les zones d'action du Projet.	Equipe des zones d'action Responsable EPS.	Véhicules, Fournitures de bureau.		←	→			
	Elaborer les objectifs et les activités des modules devant servir à la formation et au recyclage en EPS	Responsable EPS	Fournitures de bureau.	←	—	→			

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
idem	Prévoir le matériel technique de formation	Responsable EPS	Matériel technique et éducatif .		←	→			
ganiser des ances d'éducion pour la nté sur la S, les signes déshydratan et les meres d'hygiène llectives et lividuelles	Elaborer les fiches de planification et de préparation de séances d'éducation pour la santé.	Responsable EPS	Fournitures de bureau.	←	→				
	Faciliter la distribution et la diffusion du matériel éducatif et des fiches de planification et de préparation pour les séances éducatives.	Responsable EPS	Véhicule Matériel éducatif. Fiches				←		→
	Faire démarrer les séances éducatives dans les zones d'action du projet.	Responsable EPS	Véhicule, Matériel éducatif et fiches				←		→

CTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
rdonner les ivités des bres du upe consul- if et du ponsable du et maladies rrhéiques	Organiser les séances de travail et rencontre avec les membres du groupe consultatif et le responsable du volet diarrhée.	Equipe du projet. Responsable EPS Groupe consultatif	Fourniture de bureau Véhicule	←	→	←	→		← →
	Préparer les rapports trimestriels	Responsable E S	Fourniture de bureau Rapport des zones d'action			←	→		← →
liser des nsons sur SSS avec NEAC	Contacter les responsables de l'UNEAC pour les chansons relatives au Projet	Responsable EPS	Véhicule	←	→				
	Remettre les instructions sur la SSS à l'UNEAC.	idem	idem	←	→				

PROGRAMME D'ACTIVITES DU VOLET EDUCATION POUR LA SANTE

2° SEMESTRE 1986

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Décembre
Produire du matériel éducatif sur la rougeole et le calendrier de vaccination	Préparer les messages, dessins ou photo sur la rougeole et le calendrier de vaccination	Dessinatrice, Equipe du projet	Fourniture de bureau, Appareil photo, Pélicules en couleurs, véhicule	←	→				
	Tester le matériel éducatif dans les zones d'action	Responsable EPS, Personnel des zones d'action Mères.	Véhicule, Fourniture de bureau, Fiches pour test.		←	→			
	Elaborer la fiche pour le test du matériel éducatif	Equipe du projet.	Fourniture de bureau, et matériel éducatif.	←	→				

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Organiser des campagnes de mass-média sur la rougeole et le calendrier de vaccination à la radio et à la télévision	Concevoir des émissions, spots, documentaires et sketch sur la rougeole et le calendrier de vaccination.	Equipe du Projet.	Fourniture de bureau et matériel éducatif	←					
	Réaliser des émissions, spots publicitaires, sketch et documentaires sur la la rougeole et le calendrier de vaccination à la radio et à la télévision.	Equipe du Projet, personnel des zones d'action, groupe consultatif. Mères.	Bandes magnétiques, cassettes, nagra pile, véhicule			←			
Publier le calendrier de vaccination dans les journaux de la place (zone d'action).	Faire paraître le calendrier de vaccination dans les journaux des organisations de masses et le quotidien des zones d'action du projet.	Responsable EPS Groupe consultatif.	Fourniture de bureau.		←				→

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
	Faciliter la distribution et la diffusion du matériel éducatif et des fiches de planification et de préparation de séances éducatives	Responsable EPS	Matériel éducatif, fiche, véhicule.			←	—	—	→
Continuer à organiser les séances éducatives dans les zones d'action du Projet	Elaborer la fiche de supervision des séances éducatives	Equipe du projet.	Fourniture de bureau.	←	→				
	Effectuer des tournées de supervision dans les zones d'action du projet.	Responsable EPS.	Fourniture de bureau, Fiches de supervision, véhicule.		←	—	—	—	→
Coordonner les activités des responsables du volet diarrhée et PEV et du groupe consultatif.	Organiser les séances de travail avec le groupe consultatif et les responsables des volets diarrhée et PEV.	Equipe du projet, Groupe consultatif et responsable volet	Fourniture de bureau, Véhicule.			←	→		← →

ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	RESSOURCES		PERIODE					
		Humaines	Matérielles	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
	Rediger des rapports trimestriels.	Responsable EPS	Rapports des zones d'action des responsables des deux volets et du groupe consultatif.			←	→		← →
Participer à l'évaluation de l'efficacité des stratégies EPS	Préparer la fiche d'évaluation des activités d'EPS	Responsable EPS, Epidémiologiste	Fourniture de bureau					←	
	Tester la fiche d'évaluation et autres outils devant servir également pour l'évaluation	Responsable EPS, et agent d'évaluation.	Fiche d'évaluation, Véhicule ou autre moyen de locomotion.					←	→
	Evaluer les activités d'EPS.	Agent d'évaluation.	idem.						←

171