

EVALUATION DU PROJET ACSI-CCCD

COTE D'IVOIRE

4 - 29 Mai 1987

Equipe d'Évaluation

Ms. Suzanne Flopper

Dr. Agnes Guyon

Dr. Makita Antoine Saturnin

University Research Corporation

5530 Wisconsin Avenue

Chevy Chase, Maryland 20815

Contrat IQC # PDC-1406-I-00-4063-00

Glossaire de Sigles

CCCD	Combatting Childhood Communicable Diseases Lutte Contre les Maladies Infantiles Transmissibles
CDC	Centers for Disease Control (Atlanta) Centres de Contrôle des Maladies (Atlanta)
DSPP	Direction de la Santé Publique et de la Population
DPSS	Direction de la Planification et de la Statistique Sanitaire
EPI (PEV)	Expanded Program of Immunization Programme Élargi de Vaccination
GOCI	Gouvernement de la Côte d'Ivoire
IH	Institut d'Hygiène
INSP	Institut National de Santé Publique
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices Connaissances, Comportement et Pratiques
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ORT (TRO)	Oral Rehydration Therapy Thérapie de Réhydratation Orale
PADS	Program Analysis and Development Staff Analyse de Programme et Personnel de Développement
PDRI	Project Development and Regional Implementation Élaboration du Projet et Exécution Régionale
PHC (SSP)	Primary Health Care Soins de Santé Primaires
RPD	Regional Projects Division Division Régionale de Projets
SNES	Service National d'Education Sanitaire
VHW	Village Health Worker Agent de Santé Villageois
WHO (OMS)	World Health Organisation Organisation Mondiale de la Santé

Table des Matières

Glossaire de Sigles.....	i
Résumé Analytique.....	1
I. Planification, Administration et Gestion du Projet.....	4
II. Systèmes d'Information en Matière de Santé.....	13
III. Soutien au Système de Santé.....	17
IV. Programme Elargi de Vaccination.....	20
V. Programme de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques.....	22
VI. Lutte Contre le Paludisme.....	25
VII. Le Pian.....	26
VIII. Formation et Education Sanitaire.....	27
Appendice I	Plan de Travail.....I-1
Appendice II	Liste des Documents Consultés.....II-1
Appendice III	Personnes Contactées.....III-1
Appendice IV	Recommandations.....IV-1
Appendice V	Organigramme, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Côte d'Ivoire.....V-1

Résumé Analytique

Le contrat du projet CCCD a été signé par l'USAID et le GOCI le 28 Juin 1985. Les activités du projet ont débuté tôt en 1986 à la suite de l'arrivée du responsable technique et de l'affectation de membres du personnel du MSPP au projet. Dans l'ensemble, le projet a réalisé des progrès modérés vers l'atteinte de ses objectifs.

Les réalisations majeures accomplies durant les premiers 12-18 mois d'activités en cours du projet sont les suivantes:

- * Projets de plans de travail complétés pour les trois interventions du projet et les quatre activités de soutien.
- * Élaboration d'unités de formation pour le cours de gestion destiné à l'échelon moyen et organisation de la stratégie de formation.
- * Mise en oeuvre de deux cours de Formation pour Facilitateurs et deux cours de Gestion à l'Échelon Moyen (MLM).
- * Élaboration de guides techniques de base pour la formation locale d'aides médicaux en PEV, le contrôle des maladies diarrhéiques et le paludisme.
- * Six projets de recherche opérationnelle, complétés ou en cours.
- * Élaboration d'une stratégie nationale pour la lutte contre le paludisme.
- * Commencement de la centralisation des statistiques sanitaires au DPSS.

Durant cette même période, un bon nombre de problèmes furent confrontés. Certains de ces problèmes ont été identifiés au cours de l'évaluation de la première année et des recommandations ont été présentées sur les actions qu'il serait nécessaire d'entreprendre en vue de faire avancer les activités du projet (voir Sommaire d'Évaluation du Projet CCCD - Côte d'Ivoire 1/87). Certaines de ces actions n'ont pas encore été pleinement accomplies. Des projets de plans nationaux ont été élaborés pour la lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme; cependant, ils présentent certaines insuffisances qui n'ont toujours pas été abordées. Aucun progrès n'a été réalisé dans les efforts consistant à trouver un consultant en pian de langue française. L'Accord de Projet n'a pas été amendé pour refléter le nombre ajusté d'agents sanitaires devant être formés sous les termes du projet. Les études de faisabilité en mécanismes financiers de remplacement pour les soins sanitaires n'ont pas été réalisées. La documentation relative aux contributions monétaires du GOCI au projet CCCD n'a pas été clarifiée de manière adéquate. Le processus d'approvisionnement a été entamé pour certains matériels d'équipement et a besoin d'être entrepris pour d'autres.

Les autres problèmes d'un ordre plus général qui continuent d'affecter les progrès du projet renferment les problèmes d'intégration des activités du projet à la structure existante du MSPP et le rôle du projet en ce qui concerne le soutien aux activités du MSPP associées au CCCD; une planification insuffisante au niveau central du MSPP; et le manque de soutien au projet par REDSO. Il existe un certain nombre de problèmes techniques plus spécifiques.

Les réalisations du projet, les problèmes rencontrés et les recommandations visant à l'amélioration du projet sont abordés dans les pages suivantes.

Les recommandations majeures de cette équipe d'évaluation sont présentées ci-dessous; des recommandations supplémentaires sont incluses dans le rapport:

1. Une réunion devra se tenir entre REDSO, le Ministre de la Santé Publique et de la Population et le coordonateur national du projet CCCD afin d'examiner les progrès réalisés à ce jour par le projet ainsi que les problèmes de gouverne actuels au niveau central, ceci afin de parvenir à une entente sur les points suivants: a) si le projet peut contribuer à l'amélioration de la prestation des services de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de traitement du paludisme en Côte d'Ivoire, et de quelle manière, et b) des mesures nécessaires et appropriées à prendre si le projet est appelé à servir les besoins de la Côte d'Ivoire. De telles mesures devront aborder, entre autres, le manque de soutien aux activités associées au CCCD de la part de la Direction de la Santé Publique et de la Population. Les coordonnateurs des composantes pour la lutte contre les maladies diarrhéiques et le traitement du paludisme devront jouer des rôles plus actifs afin que les interventions CCCD puissent être exécutées sur le terrain de manière efficace. Le coordonnateur national adjoint du projet CCCD, en tant que Directeur des SSP, devra être autorisé et encouragé à jouer un rôle de gouverne plus actif afin de contribuer à la progression des interventions techniques. Un tel individu devra être muni des moyens (véhicule et essence) lui permettant d'exécuter cette tâche. Le rôle de cet individu en tant que coordonnateur de la composante du projet pour le traitement du paludisme devra également faire l'objet d'un examen à la lumière de sa capacité à être efficace à la fois dans des rôles aussi divers.

Les projets des plans de travail qui ont été élaborés devront être révisés afin de refléter les contraintes du calendrier, les budgets et les personnes responsables pour chaque activité afin qu'ils puissent servir de guides efficaces dans la mise en oeuvre et l'évaluation du programme. Les coordonnateurs du projet devront choisir au moins cinq activités prioritaires spécifiques à mettre en oeuvre en Juin 1988. Une exécution réussie de ces activités servira, en partie, en tant que moyen d'évaluation des progrès du projet au cours de l'évaluation de la troisième année. Le projet devra fournir, selon les besoins, une aide en vue de faciliter le processus.

3. Des réunions devront se tenir entre le personnel et/ou les organisations suivantes engagées dans des activités associées au CCCD, et suivant l'emploi du temps ci-après:
 - a. Une réunion, deux fois par mois, entre le coordonnateur national du CCCD, le coordonnateur adjoint du CCCD, l'adjoint technique du CCCD, l'épidémiologiste de site et le responsable du projet REDSO. Le but de cette réunion consisterait à revoir les activités en cours ainsi que les problèmes, à planifier les étapes ultérieures et à discuter des problèmes administratifs avec REDSO.
 - b. Une réunion mensuelle des coordonnateurs des composantes techniques et de soutien du projet en vue d'examiner les activités en cours ainsi que les problèmes et de définir les priorités pour le mois suivant.
 - c. Une réunion trimestrielle entre les donateurs afin de permettre une meilleure coordination et, par conséquent, l'utilisation d'une aide extérieure.
 - d. Une réunion, deux fois par an, avec les directeurs des directions et des instituts du MSPP afin de partager avec eux les progrès des activités CCCD.

Les réunions ci-dessus devront être planifiées selon le besoin, avec des calendriers spécifiques afin de permettre une utilisation efficace du temps des participants.

REDSO communique directement et régulièrement avec le coordonnateur national du projet en ce qui concerne tous les aspects administratifs du projet.

CCCD continue d'apporter son appui à la centralisation des statistiques sanitaires en apportant un soutien technique de manière à obtenir une meilleure utilisation des données, e.g. définir les indicateurs de santé les plus pertinents qui serviront à la planification et l'évaluation des services sanitaires en relation aux priorités choisies par le MPHP.

Le système de commande et de distribution des médicaments au niveau central devra être réorganisé afin de refléter la nouvelle politique du MPHP pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (en mettant l'accent sur les SRO au lieu des préparations anti-diarrhéiques ou des antibiotiques) et contre le paludisme (en soulignant l'usage de la chloroquine au lieu des antimalariques injectables).

7. Le projet CCCD devra fournir une assistance technique aux responsables du secteur sanitaire en vue d'établir un système de supervision fonctionnel et de soutien au niveau périphérique.
8. Un sous-comité technique devra être établi officiellement au sein du comité de coordination pour la lutte contre les maladies diarrhéiques, avec un médecin représentant, sous la conduite d'un coordonnateur pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (projet CCCD). L'individu occupant cette position devra être suffisamment disponible pour fournir la gouverne nécessaire susceptible d'influencer aussi bien les planificateurs au niveau central que les administrateurs, et pour apporter un appui aux responsables de santé au niveau du secteur. Ce sous-comité devra exister en tant que comité technique national chargé du programme pour la lutte contre les maladies diarrhéiques.
9. Une unité nationale de référence/démonstration devra être établie pour la TRO à l'Hôpital Universitaire de Treichville; ainsi que huit centres régionaux de démonstration. Ces centres, basés à l'hôpital universitaire d'enseignement et dans d'autres services PMI existant au niveau du secteur, serviraient d'établissements où le personnel de santé de la région pourrait observer et pratiquer l'usage de la TRO avec les patients, un pas nécessaire pour bon nombre d'entre eux afin de les convaincre de l'efficacité de cette intervention.
10. Les deux Cours MLM en attente devront se tenir le plus tôt possible, et devront être suivis (encore une fois au plus tôt) par le Cours de Formation pour Formateurs (à compléter à la fin d'Avril 1988).

En résumé, le projet CCCD débute quelque peu lentement . Des progrès significatifs ont été réalisés dans certains domaines. Afin que le projet contribue efficacement à réduire la morbidité et la mortalité infantiles dues aux maladies associées au PEV, aux maladies diarrhéiques et au paludisme, un accord devra être conclu entre le MSPP et l'USAID afin de déterminer comment le projet peut au mieux servir les intérêts de la Côte d'Ivoire dans le domaine du CCCD et quelles sont les mesures à prendre en vue de faciliter la contribution du projet à ces fins.

I. Planification, Administration et Gestion du Projet

L'accord de projet CCCD fut signé par le Gouvernement de la Côte d'Ivoire (GOCI) et l'USAID le 28 Juin 1985. Son but consiste à consolider la capacité du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dans le domaine de la prestation des services de soins de santé primaires et, de ce fait, à réduire la morbidité et la mortalité infantiles grâce au contrôle des causes les plus fréquentes de décès pour lesquelles il existe des interventions efficaces, abordables et sans danger.

Le projet CCCD en Côte d'Ivoire est conçu autour des trois interventions CCCD (vaccination, contrôle des maladies diarrhéiques et prophylaxie et traitement du paludisme) ainsi que du traitement du pian. Quatre activités de soutien (formation, éducation sanitaire, systèmes d'information en matière de santé et recherche opérationnelle) sont conçues pour faciliter la mise en oeuvre de ces interventions.

Considérant que ces trois interventions du projet CCCD représentent des composantes principales des soins de santé primaires, il est logique que le projet CCCD soit intégré à une structure existante des SSP. Au moment de la signature de l'accord de projet, cependant, il n'existait pas de structure officielle de SSP en Côte d'Ivoire. Le MSPP a assigné la responsabilité de diverses composantes du projet aux directions et instituts du MSPP existants selon leur relation la plus logique au sein de la structure du Ministère, qui se compose d'une série de directions et d'instituts parallèles. Une exception possible à ce schéma a été le choix du Directeur de la Direction de Planification et Statistiques Sanitaires (DPSS) et du coordonnateur national du CCCD. Ce choix était logique en vertu du rôle du DPSS dans la planification; cependant, le DPSS n'est pas directement engagé dans les SSP, dont les composantes CCCD font partie.

D'autres membres du personnel du Ministère directement affiliés au projet comprennent:

- * Coordonnateur National Adjoint du CCCD; également:
 - Coordonnateur, Lutte contre le Paludisme (projet CCCD).
 - Directeur Adjoint de Santé Publique, Division de Lutte contre les Maladies Endémiques.
 - Directeur National, Programmes des Soins de Santé Primaires.
- * Coordonnateur, Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (projet CCCD); également:
 - Directeur Adjoint de Santé Publique, Protection Maternelle et Infantile et Branche de Santé Scolaire.
- * Coordonnateur, PEV (projet CCCD); également:
 - Directeur du PEV, Institut d'Hygiène.
- * Coordonnateur des Statistiques Sanitaires (projet CCCD); également:

- Directeur Adjoint de Planification et Statistiques Sanitaires, Branche des Statistiques et d'Information en Matière de Santé.

Coordonnateurs des composantes de Formation et d'Education Sanitaire (projet CCCD); également:

- Responsables des activités de formation et d'éducation sanitaire au Service National d'Education Sanitaire (SNES), et à l'Institut National de Santé Publique (INSP). L'organigramme dans l'Appendice V trace la structure du MSP et montre le raccord du projet CCCD à la structure.

La capacité du GOCI/MSPP à planifier et à administrer les programmes de vaccination, de TRO et de traitement du paludisme est affectée par:

1. la structure d'organisation existante,
2. les pratiques en matière de planification de programmes et de gestion au niveau central, et
3. la gestion et les pratiques de la prestation de services au niveau périphérique et à celui du secteur.

L'USAID aussi bien que le GOCI/MSPP sont engagés envers l'intégration pleine des composantes du projet CCCD au sein de la structure existante du Ministère. Cependant, la manière de procéder à cette intégration n'est pas tellement claire. Contribuant aux problèmes d'intégration au projet des activités du projet est le fait que le projet CCCD est considéré comme un programme quelque peu séparé et analogue, à l'encontre d'une source d'aide destinée à établir les programmes MSPP de santé publique. Ceci peut être dû, en partie, à 1) la structure du MSPP existante et la manière dont les composantes CCCD ont été raccordées à cette structure, 2) l'histoire de l'introduction des projets de santé verticaux en Côte d'Ivoire, et 3) certaines pratiques de gestion au sein du projet. Dans la structure d'organisation du MSPP existante le coordonnateur national CCCD est basé à la DPSS et chacun des coordonnateurs adjoints (pour interventions du projet ou activités de soutien) assume une responsabilité principale et a un superviseur direct (sauf une exception).

Des avantages aussi bien que des contraintes ont été associés à l'organisation et la conduite, au niveau central, du projet CCCD. Du côté positif, le coordonnateur national est un dirigeant sérieux, dynamique et compétent. Sa position, d'une certaine manière, facilite son rôle en tant que coordonnateur des activités du projet qui impliquent directement deux directions et deux instituts du MSPP.

Il y eut, cependant, des problèmes liés à cette structure. Tout d'abord, le coordonnateur national n'est pas issu d'un contexte médical ou de santé publique, mais il est néanmoins responsable de la conduite d'un projet avec des composantes médicales et de santé publique au sein d'une structure du Ministère qui est largement contrôlée par un personnel médical. Deuxièmement, il n'a de ligne de responsabilité pour aucun des coordonnateurs des diverses composantes du projet CCCD (à l'exception du coordonnateur des statistiques sanitaires). La nomination du Directeur Adjoint de Santé Publique, Branche des Maladies Endémiques (également coordonnateur adjoint CCCD pour le paludisme et plus récemment nommé Directeur des SSP) en tant que coordonnateur adjoint du projet CCCD était destinée à fournir un raccord et un soutien entre les composantes techniques du projet et, de ce fait, à faciliter l'élaboration de ces composantes. A ce jour, cette structure n'a pas fonctionné comme il a été envisagé. Ceci a occasionné des difficultés au coordonnateur national lorsqu'il s'est agi de faire progresser les décisions nécessaires, au niveau du Ministère, pour la planification et la mise en oeuvre des activités du CCCD.

Dans sa tentative d'intégrer les activités du projet au sein de différentes directions et instituts, le projet CCCD s'est montré exigeant envers des membres du personnel ayant d'autres responsabilités principales pour lesquelles ils sont comptables et indemnisés. Ceci peut avoir contribué à considérer le projet CCCD comme une entité séparée (en particulier lorsque les interventions sont mentionnées sous forme de "CCCD", "projet CCCD" ou interventions de "projet"). Les coordonnateurs pour les différentes composantes du projet n'ont pas toujours été consultés de manière appropriée en ce qui concerne le besoin d'assistance technique extérieure au projet; le besoin en consultants a souvent été déterminé par des assistants techniques américains et présenté au personnel local du projet. Ceci peut contribuer à des problèmes de droit de propriété locale, d'assimilation et de responsabilité à l'égard des activités CCCD.

Ces problèmes d'administration et de gestion ont eu de nombreuses implications pour la mise en oeuvre des activités afférant au CCCD. Considérant que tout le personnel au niveau central engagé directement dans les activités associées au CCCD a d'autres responsabilités principales, il a été difficile d'obtenir la contribution/participation nécessaire de quelques individus lorsque le besoin s'en est fait sentir. Lorsque les activités de projet ont débuté en Février 1986, des réunions trimestrielles furent projetées entre les directeurs des directions du Ministère et des instituts impliqués directement ou indirectement aux activités associées au projet, afin de discuter des activités du projet entreprises et planifiées. Des réunions mensuelles avec la participation du coordonnateur national, du coordonnateur adjoint et des coordonnateurs des différentes composantes du projet se tiendraient en vue de faciliter la planification et la coordination des activités. Il a parfois été difficile d'obtenir une participation et une collaboration actives, en particulier de la part de coordonnateurs pour la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques, les deux étant basées au DSPP.

Les protocoles du Ministère et les plans de travail nationaux nécessaires pour guider les activités de formation et d'éducation sanitaire (le raccord de changement effectif en matière de prévention des maladies et des pratiques de traitement) ont été lents dans leur élaboration. Dans de nombreux cas, il leur manque certains des éléments nécessaires à la mise en oeuvre et à l'évaluation des activités du programme (identification et estimation des problèmes existants; affermissement des buts et objectifs de l'intervention choisie; analyse des ressources disponibles et obtenables et la présence d'obstacles latents; identification de stratégies, y compris la prévention ou les protocoles de traitement; la détermination d'activités spécifiques, des contraintes de temps pour accomplir ces activités, les budgets et le personnel responsable, et les méthodes d'évaluation). Ce manque de stratégies bien définies de la part du Ministère pour les trois interventions de maladies a entravé le progrès en matière de développement des activités de soutien y afférentes.

D'autres exemples de problèmes en matière de planification et de gestion au niveau central comprennent:

la campagne de vaccination en cours qui fut lancée après un mois environ de planification et sans une évaluation suffisante des ressources requises et disponibles, des stratégies pour l'utilisation effective de ces ressources, pas plus que de l'impact de cette campagne sur les autres services de santé; et

le plan du programme SSP récemment élaboré et qui indique de façon détaillée les mesures administratives qui devront être prises aux différents niveaux du gouvernement pour la mise en oeuvre du programme SSP, mais qui n'aborde pas de manière adéquate d'importantes questions d'exécution et de soutien telles que la participation communautaire et le soutien des Agents de Santé Villageois (VHW), pas plus que les logistiques d'approvisionnement en médicaments aux pharmacies villageoises.

Une gestion et administration efficaces en matière de vaccination, de TRO et d'activités de traitement du paludisme aux niveaux du secteur et périphérique sont problématiques en termes d'organisation et de services de gestion, étant donné la charge importante des patients et les problèmes de locaux et de personnel. L'utilisation de l'espace, du temps et du personnel, la supervision du personnel et les logistiques des commandes et approvisionnement en médicaments devront tous être abordés si les interventions CCCD doivent être appelées à être mises en oeuvre de manière effective.

En conclusion, la capacité du MSPP à gérer et administrer un programme incorporant la vaccination, la TRO et le traitement du paludisme est rendue difficile par la structure d'organisation et le manque d'attention à une planification détaillée et aux problèmes de gestion aux niveaux du secteur et périphérique. L'intégration du projet CCCD est entravée davantage par le fait que le projet est perçu comme une entité à part.

Les rôles de l'AID/Washington, REDSO et CDC à soutenir le projet CCCD sont clairement énoncés. AID/Washington et REDSO sont responsables de l'allocation des ressources, ainsi que de la gestion et de l'évaluation du projet. AID/Washington alloue également des fonds régionaux destinés à soutenir les activités régionales associées à l'OMS CCCD (sous forme de subvention régionale à l'OMS).

REDSO est responsable de l'allocation des fonds bilatéraux au GOCI MSPP pour la mise en oeuvre des activités du projet ainsi que pour la gestion et l'évaluation du projet en fonction de l'utilisation des fonds de projet bilatéraux. Par conséquent, REDSO est responsable des fonctions suivantes:

- 1) s'assurer que le projet se conforme aux procédures nécessaires lorsqu'il s'agit de demander et de justifier l'utilisation de fonds bilatéraux,
- 2) aider le coordonnateur national du projet, selon les besoins, à se conformer aux conditions de l'AID en matière d'approvisionnement et de comptes rendus, et
- 3) compléter les formalités administratives nécessaire à REDSO en vue de faire acheminer efficacement toutes les demandes de fonds bilatéraux, de matériels et ou de matériel d'équipement en vue de soutenir les activités du projet.

Les CDC sont responsables de l'assistance technique au projet. Deux entrepreneurs à long terme (le responsable technique pour le projet CCCD GOCI et un épidémiologiste de site régional des CDC) ont leurs bureaux attachés au bureau du coordonnateur national du projet au MSPP. Les demandes d'assistance technique à court terme sont acheminées par l'entremise du responsable technique aux CDC et à l'AID/W. Le soutien de l'AID/W et des CDC s'est révélé très bon. Le contact entre les deux entrepreneurs à long terme des CDC et le coordonnateur national du projet a été en grande partie informel et positif. Cependant, ce contact n'a pas toujours donné lieu à une attention convergée vers les progrès du projet, les problèmes et la planification. Les rapports mensuels des activités du projet préparés pour CDC ne sont pas communiqués au coordonnateur national.

Le soutien de REDSO aux activités du projet a été problématique. Au sein de REDSO, la responsabilité du projet CCCD demeure au sein de la Division Régionale des Projets (RPD) du bureau de Développement du Projet et de la Mise en Oeuvre Régionale (PDRI). Parmi les problèmes cités par le personnel du projet émerge celui du manque de communication entre REDSO et le projet. Virtuellement toute communication entre REDSO et le coordonnateur national du projet a lieu par correspondance. Le coordonnateur national reçoit des demandes d'information et répond aux questions issues d'individus différents au REDSO à des périodes différentes, créant ainsi de la confusion quant aux lignes de communication à suivre avec REDSO. Dans certains cas, comme celui de la commande de véhicules et de matériel d'ordinateur par exemple, le coordonnateur national a fourni à REDSO l'information demandée pour justifier

l'approvisionnement, comme la demande le laissait entendre, seulement pour se voir envoyer une autre demande pour une information similaire ou identique.

Dans le cas des véhicules de projet, étant donné la baisse de la valeur du dollar américain survenue depuis la signature de l'accord du projet, il n'est plus possible d'acheter les 26 véhicules, qui est le maximum proposé dans l'accord de projet, et qui sont destinés à la supervision des agents de santé sur le terrain. Le coordonnateur national a proposé, de concert avec le responsable technique des CDC et le responsable du projet à REDSO, une estimation de la disponibilité existante des véhicules dans tous les 26 secteurs de santé, en acquérant les 9 à 10 véhicules pour lesquels des fonds suffisants sont disponibles et en les distribuant selon la formule suivante:

- * progrès dans l'exécution des activités associées au CCCD dans le secteur, et
- * besoin local pour un véhicule supplémentaire en vue d'assurer la gestion et la supervision des activités associées au CCCD.

En même temps, il a été suggéré que la balance des fonds du projet dans cette catégorie soit allouée afin d'aider d'autres secteurs à entretenir un véhicule existant et devant être utilisé pour la supervision des activités associées au CCCD. Le coordonnateur du projet n'a pas reçu de clarification de la part de REDSO concernant la possibilité d'aider ces secteurs de cette manière. (Cette assistance à l'activité du projet au niveau du secteur, si elle est administrée de manière adéquate, est logique pour deux raisons: 1) de nombreux secteurs possèdent des véhicules qui, avec un certain entretien et/ou un remplacement des pièces détachées, pourraient être rendus fonctionnels; et 2) l'inégalité entre les secteurs bénéficiant d'un nouveau véhicule versus ceux ne recevant aucun soutien logistique en dehors de l'essence pourrait contribuer aux problèmes de motivation parmi ces derniers.)

Un manque de communication existe à l'égard de ce qui constitue les contributions du GOCI au projet. Conformément aux dispositions énoncées dans l'accord du projet, REDSO a demandé au coordonnateur national une comptabilité des contributions du GOCI au projet. Étant donné que les activités du projet ne sont pas, et n'étaient pas appelées à être complètement séparées des activités MSPP en cours au sein des domaines des composantes du projet, la manière d'identifier les contributions du GOCI n'était pas très claire pour le coordonnateur national.

Des plans de travail sont requis par REDSO pour chacune des composantes du projet en vue de justifier le soutien bilatéral des activités du projet. Dans certains cas, les plans soumis au REDSO n'ont pas été acceptables mais aucune retro-information n'a été fournie quant aux raisons pour lesquelles ces plans devraient être améliorés, ni comment.

L'acheminement des demandes de fonds bilatéraux s'est révélée problématique. Les demandes de fonds pour les subventions de recherche

opérationnelle approuvées, et dont l'acheminement devrait normalement nécessiter un mois à partir de la réception par REDSO de la documentation administrative nécessaire en provenance de l'épidémiologiste de site des CDC jusqu'à la réception du chèque ont pris deux mois et demi à six mois en cours d'acheminement. De même, lors de l'activité initiale de formation en Juin 1986, il y eut un manque de compréhension quant à la raison pour laquelle les fonds n'étaient pas rendus disponibles avant l'activité en cours.

L'UNICEF, l'OMS, le gouvernement français et l'USAID sont les principaux donateurs au secteur de santé en Côte d'Ivoire pour les coûts de non-construction. La Banque Mondiale finance la construction de deux nouvelles écoles d'infirmerie. Les donations en provenance de ces sources sont relativement modestes si l'on considère le budget du GOCI MSPP. Même dans un tel cas, il est important qu'un bénéfice maximum soit obtenu de cette assistance. A ce jour, la coopération entre les donateurs mentionnés ci-dessus a été informelle et relative à la situation.

Recommandations

En vue de faciliter la mise en oeuvre effective des interventions du projet CCCD, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Une réunion devra se tenir entre REDSO, le Ministre de la Santé Publique et de la Population et le coordonnateur national du projet CCCD afin d'examiner les progrès du projet réalisés à ce jour ainsi que les problèmes actuels de direction au niveau central en vue de parvenir à une entente sur les points ci-dessous:

- a. si le projet peut contribuer à l'amélioration de la prestation de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et des services de traitement du paludisme en Côte d'Ivoire, etc., et comment,
- b. les mesures nécessaires et appropriées à prendre si le projet est appelé à répondre aux besoins de la Côte d'Ivoire.

De telles mesures devront traiter, entre autres, du manque de soutien aux activités associées au CCCD de la part de la Direction de la Santé Publique et de la Population. Les coordonnateurs des composantes de la lutte contre les maladies diarrhéiques et du traitement du paludisme auront besoin de jouer des rôles plus actifs si ces interventions CCCD doivent être mises en oeuvre sur le terrain de manière efficace. L'adjoint au coordonnateur national du projet CCCD, en tant que Directeur des SSP, doit être autorisé et encouragé à jouer un rôle plus actif en matière de direction pour l'avancement des interventions techniques. Un tel individu devra être pourvu de moyens (véhicule et essence) lui permettant d'exécuter cette tâche. Le rôle de cet individu en tant que coordonnateur de la composante du projet pour le traitement du paludisme devra également être examiné à la lumière de sa capacité à être efficace dans plusieurs rôles à la fois.

2. Les projets des plans de travail qui ont été élaborés devront être révisés en vue de refléter les contraintes du calendrier, les budgets et les personnes responsables de chacune des activités, afin qu'ils puissent servir de guides efficaces à la mise en oeuvre et à l'évaluation du programme. Le projet devra fournir, selon les besoins, une aide en vue de faciliter ce processus.

3. Des réunions devront se tenir entre le personnel et/ou les organisations suivantes engagées dans les activités liées au CCCD, conformément au calendrier ci-dessous:

- a. Une réunion entre le coordonnateur national du CCCD, l'adjoint au coordonnateur du CCCD, l'adjoint technique du CCCD, l'épidémiologiste de site et le responsable du projet au REDSO devra se tenir deux fois par mois. Le but d'une telle réunion serait d'examiner les activités en cours ainsi que les problèmes, de planifier les étapes ultérieures et de discuter de tous problèmes administratifs avec REDSO.
- b. Une réunion des coordonnateurs des composantes techniques et de soutien du projet devra se tenir une fois par mois en vue d'examiner les activités en cours ainsi que les problèmes et de définir les priorités pour le mois suivant.
- c. Une réunion trimestrielle devra se tenir parmi les donateurs en vue de pe mettre une meilleure coordination et, par conséquent, l'utilisation d'aide extérieure.
- d. Une réunion devra se tenir deux fois par an avec les directeurs des directions et instituts du MSPP en vue de partager avec eux les progrès des activités CCCD.

Les réunions ci-dessus devront être planifiées selon les besoins, avec des calendriers précis de manière à ce que le temps des participants soit utilisé de manière efficace.

4. Les besoins en assistance technique extérieure devront être suivis en détail avec les coordonnateurs du projet appropriés et les demandes de consultants devront refléter l'estimation des coordonnateurs pour le besoin d'une telle assistance.

5. Les rapports d'activités mensuels destinés aux CDC devront être communiqués au coordonnateur national.

6. REDSO devra communiquer directement et régulièrement avec le coordonnateur national du projet en ce qui concerne tous les aspects administratifs du projet.

7. REDSO devra s'assurer que les demandes de fonds sont rapidement acheminées suivant les étapes nécessaires au REDSO afin que le projet puisse compter sur la réception des fonds dans les limites de temps convenues.

II. Systèmes d'Information en Matière de Santé

Le Service des Statistiques Sanitaires MSPP a élaboré un plan de travail visant à améliorer la collecte des données en matière de santé en même temps qu'il procédait à sa centralisation au sein du DPSS.

A l'heure actuelle, l'INSP est chargé de collecter et d'analyser toutes les données en provenance des rapports mensuels sur la morbidité dans les secteurs de santé ruraux (approximativement 850 cliniques). L'INSP reçoit un appui financier de l'UNICEF/OMS et des ressources en personnel du gouvernement français. En dépit de ce soutien, la publication des analyses des données a subi des délais prolongés (jusqu'à deux ans).

Les rapports mensuels présents sur la morbidité qui ont été préparés par les établissements de santé ruraux et par les services hospitaliers de consultation (sous forme de projet) sont très complexes; les différentes variables représentent une succession de maladies et de symptômes de maladies (128) qui créent de la confusion pour le personnel de santé chargé des comptes rendus et de l'analyse. (Par exemple, les différentes variables du groupe "conditions mal définies" sont principalement des symptômes. Souvent, ceux-ci se chevauchent avec les maladies énumérées dans le même document. La fiabilité de ces données est douteuse et pourrait être améliorée par la réduction et l'harmonisation de ces variables). Ces rapports mensuels sur la morbidité, bien que très détaillés, ne sont pas très utiles pour évaluer la plupart des interventions de santé étant donné qu'ils ne permettent pas un suivi précis des maladies visées pour lesquelles des programmes spécifiques sont actuellement en cours d'exécution (par exemple, le nombre de décès dus à la déshydratation ou au paludisme).

Depuis le début du programme PEV en 1978 et son expansion à-travers le pays, il a été impossible de déterminer l'efficacité de ce programme en Côte d'Ivoire en raison du manque de données d'implantation vaccinale. Une étude sur l'implantation vaccinale a été récemment effectuée dans un voisinage d'Abidjan. Des évaluations avant et après la campagne de vaccination devront être effectuées dans le reste du pays en vue de déterminer l'efficacité du programme PEV et d'améliorer ses résultats.

Le manque actuel de rapports mensuels sur la morbidité en provenance des hôpitaux de consultation et d'institutions privées ne permet pas d'obtenir une estimation précise des maladies apparentées au PEV dans le pays.

Le programme de la lutte contre les maladies diarrhéiques fut initié en 1985. Cependant, aucune donnée ne fut collectée permettant de mesurer l'efficacité du traitement diarrhéique par la TRO. Pas plus qu'il n'existe de donnée disponible relative à l'usage des sachets SRO. Quelques données ont été collectées au début de la campagne nationale TRO subventionnée par l'UNICEF. Cependant, aucune analyse de ces données n'a été effectuée.

Le programme national de lutte contre le paludisme, qui est basé sur le traitement par la chloroquine de toute fièvre chez les enfants et sur la prophylaxie pour les femmes enceintes, n'a pas encore été rendu officiel. Ce programme vise à réduire la mortalité due au paludisme. A l'heure actuelle, il n'y a aucune donnée statistique permettant un suivi et une évaluation effectifs de ce programme.

Une équipe de consultants du Bureau Américain de Recensement a évalué le système des statistiques Sanitaires en Côte d'Ivoire en Mai 1986 et a présenté certaines recommandations concernant la collecte et les analyses des données sanitaires (Voir Rapport de Visite par James Gibbs, Bureau Américain de Recensement). Le Service des Statistiques Sanitaires a entrepris un certain nombre d'actions à la suite de ces recommandations.

Un Comité National de Statistiques Sanitaires a été créé en Mai 1986 par Eugene Yapo, coordonnateur de statistiques de santé pour le projet CCCD. Les membres de ce comité comprennent des représentants de tous les directorats et instituts du MSPP. Ce comité est chargé de surveiller la réorganisation et la centralisation des statistiques sanitaires au DPSS. Au sein de la centralisation projetée, le DPSS rassemblera et analysera toutes les données relatives aux soins sanitaires, publiques et privés, en provenance des hôpitaux universitaires et régionaux, centres de santé, instituts et centres de santé publics spéciaux (e.g. IH, INSP, service de la lèpre), établissements sanitaires nationaux (e.g. services de santé de l'armée et de la sécurité sociale), ainsi que du secteur privé. La centralisation réduira la duplication et la confusion actuelles résultant de la diversité des départements engagés dans la collecte et les analyses des données sanitaires.

Les activités entreprises à ce jour par ce comité, bien qu'elles n'aient pas été mises en oeuvre sur le terrain dans tous les cas, comprennent:

- * La création d'un registre d'accouchement avec talons détachables pour les cliniques de maternité afin de signaler les naissances ayant lieu chaque mois dans leurs cliniques.
- * La préparation de rapports mensuels sur la morbidité pour les hôpitaux de consultation.
- * La création d'une liste de pointage à utiliser par le DPSS en vue de contrôler la soumission en temps opportun de rapports par les cliniques de maternité, les centres de santé ruraux et les centres PMI.
- * La coordination entre INSP, IH et DSPP concernant les comptes rendus d'activités PEV. Les nouveaux indicateurs pour le PEV (unités de vaccin distribuées et nombre d'enfants vaccinés par antigène et par âge) furent discutés. Les résultats sont censés être disponibles à chaque trimestre.

- * La conception de nouveaux registres de consultation et de cahiers pour le traitement des données destinés à faciliter l'élaboration de rapports mensuels sur la morbidité par le personnel du service de santé.
- * L'examen de la forme des rapports mensuels sur la morbidité utilisée par les établissements sanitaires ruraux.

Une étude des établissements sanitaires a été menée en Décembre 1986 qui avait pour objectif d'évaluer leur performance dans les domaines de vaccination infantile, de la lutte contre les maladies diarrhéiques grâce à la TRO et du traitement du paludisme. Un total de 140 bâtiments sanitaires ont été choisis au hasard à-travers le pays, y compris Abidjan. Les résultats de cette étude fourniront une meilleure connaissance des pratiques utilisées par le personnel de santé ainsi que l'identification des problèmes qui entravent leur tâche. Les résultats pourraient servir de base à une évaluation des changements dans ces pratiques. A ce jour, les données de cette étude n'ont pas encore été analysées par le DPSS.

La centralisation des statistiques de santé au sein du DPSS ne se fera pas sans problèmes. Les problèmes déjà confrontés comprennent une insuffisance en matériel d'équipement, en bâtiments et en personnel. Ces problèmes s'accroîtront sans aucun doute au fur et à mesure que la centralisation deviendra plus définie.

Recommandations

Dans le but d'améliorer l'efficacité de la collecte et de l'analyse des données en matière de santé et leur utilisation dans la planification et l'évaluation des services de santé, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Plusieurs MCSSR devront être identifiés pour participer au comité qui examinera les comptes rendus mensuels sur la morbidité. Grâce à leur connaissance des réalités locales et des infirmiers qu'ils supervisent, ils devraient être en mesure de contribuer à une définition plus fonctionnelle des indicateurs de santé.
2. Tous les rapports mensuels sur la morbidité en provenance des consultations devront être uniformisés afin d'obtenir une analyse globale de la morbidité à l'échelle nationale.
3. Le nombre des variables contenues dans les rapports mensuels sur la morbidité devront être limitées à ceux qui serviront le MSPP en matière de planification, de monitoring et d'évaluation des services de santé; de telles variables devraient converger vers les maladies à morbidité et mortalité élevées et faciliter la surveillance des interventions spécifiques.

4. Le DPSS devra compléter l'analyse des données relatives à l'étude des établissements sanitaires et les résultats devront être communiqués aux membres officiels du gouvernement chargés de tous les établissements sanitaires engagés dans le PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques et/ou le paludisme afin qu'ils puissent utiliser cette information en vue de mieux planifier leurs interventions.
5. Des études du type OMS devront être menées afin de déterminer la couverture vaccinale à-travers le pays avant et après la campagne nationale de vaccination. Une évaluation complète ultérieure à la campagne de vaccination à Abidjan devrait être réalisée.
6. Des indicateurs simples, propres à mesurer la morbidité liée aux maladies diarrhéiques et en relation à l'usage de la TRO, devront être définis et rassemblés en tant que partie des rapports mensuels sur la morbidité dans tous les établissements sanitaires du pays. Les exemples pourraient inclure:
 - diarrhée sans déshydratation: morbidité et mortalité
 - diarrhée avec déshydratation: morbidité et mortalité
 - consommation de sachets SRO
 - nombre de traitements utilisant des injections intraveineuses.
7. Des indicateurs simples propres à mesurer le traitement du paludisme devront être définis et rassemblés en tant que partie des rapports mensuels sur la morbidité dans tous les établissements sanitaires du pays. Les exemples pourraient inclure:
 - paludisme présomptif: morbidité et mortalité
 - paludisme cérébral: morbidité et mortalité
 - consommation de chloroquine
 - usage d'antimalariques injectables.
8. Le CCCD continue d'appuyer la centralisation des statistiques de santé en fournissant un soutien technique en vue d'obtenir une meilleure utilisation des données, e.g. de définir les indicateurs de santé les plus pertinents qui serviront à la planification et à l'évaluation des services de santé en relation aux priorités sélectionnées par le MSPP.

III. Soutien au Système de Santé

Des visites au site d'établissements sanitaires variés à Abidjan ainsi qu'à de nombreux secteurs de santé ruraux en Côte d'Ivoire ont permis de mieux estimer certains aspects du système de soutien de base à ces établissements.

A. Transport

i. Routes

Le réseau routier en Côte d'Ivoire se compose de voies principales bitumées (nord/sud et est/ouest) et de nombreux chemins latérites ou de pistes, dont la moitié sont passables durant la saison des pluies.

2. Véhicules et carburant

Au niveau central du MSPP, la disponibilité des véhicules semble quelque peu limitée. USAID a fourni des véhicules au coordonnateur national du CCCD et aux coordonnateurs adjoints du projet en vue de faciliter leur travail.

Au niveau périphérique, les secteurs de santé semblent posséder des garages d'automobiles relativement spacieux. Cependant, bon nombre de véhicules sont en panne par suite de problèmes dus aux pièces de rechange et à l'entretien. Les réparations sont coûteuses par rapport au budget alloué aux secteurs.

Les allocations de carburant aux secteurs de santé sont limitées. Le carburant est disponible mais cher dans tout le pays. A Abidjan, un litre d'essence coûte 350 FCFA (environ \$1.50).

B. Logistiques et Approvisionnement

1. Produits de Vaccination

La Côte d'Ivoire est parmi les quelques pays africains qui achète ses propres vaccins; ces vaccins ne sont pas limités à ceux requis par le programme élargi de vaccination.

L'Institut d'Hygiène (IH) est le point central d'approvisionnement pour tous les vaccins MSSP. Il est équipé d'une chambre froide pénétrable et de plusieurs vastes congélateurs.

Les responsables du secteur de santé rural dans les 25 secteurs de santé se rendent à Abidjan chaque mois ou chaque trimestre afin d'obtenir leurs produits de l'IH, selon leurs besoins. Ils sont chargés de distribuer ces vaccins à-travers leur secteur de santé (aux cliniques de santé PMI et du gouvernement de sécurité sociale). Tous les 25 secteurs de santé sont équipés de congélateurs et de réfrigérateurs pour conserver les vaccins. Seul un nombre relativement réduit de centres de santé rurale sont ainsi équipés pour le stockage des

vaccins. La plupart des réfrigérateurs utilisés à cet effet sont électriques. Du niveau central au niveau périphérique, il ne semble y avoir aucun enregistrement des températures des réfrigérateurs ou des congélateurs utilisés pour le stockage des vaccins.

Le PEV dans les secteurs de santé rurale est mené largement à l'aide d'unités mobiles, à l'exception des cliniques PMI et du gouvernement de sécurité sociale. En raison du manque de carburant, les unités mobiles de vaccination sont à même de mener en moyenne une à deux campagnes par année (une campagne comporte une série de trois visites). Ceci ne permet pas une couverture vaccinale suffisante pour tous les villages au sein des secteurs de santé.

Le plan de vaccination 1985-1990 du MSPP préconise la consolidation et la création de nouveaux centres fixes de vaccination. A l'appui de cette politique, l'UNICEF et l'USAID fournissent un certain matériel d'équipement destiné à la chaîne froide.

En raison du manque de produits, les vaccinations ne sont pas toujours données conformément au protocole de l'OMS (une seringue et une aiguille par enfant ou par femme). L'usage d'éjecteurs (Pedojets et Immojets) est toujours très répandu avec tous les problèmes mécaniques que leur utilisation implique. En principe, le matériel d'injection est stérilisé par ébullition de 20 minutes. En pratique, le temps d'ébullition varie. La stérilisation à vapeur, utilisant les marmittes à pression de l'UNICEF, a été introduite en Côte d'Ivoire récemment seulement et n'est pas encore fonctionnelle.

2. Approvisionnement en Médicaments

La pharmacie centrale fournit les médicaments à tous les établissements de santé publique, chaque établissement recevant un stock déterminé basé sur sa demande et sur l'approvisionnement disponible à la pharmacie centrale. L'approvisionnement en médicaments ne reflète pas, dans chaque cas, la liste de médicaments de base de l'OMS. Les centres de santé rurale voient fréquemment leur stock de médicaments s'épuiser avant que le prochain approvisionnement ne soit effectué, bien qu'il y ait un approvisionnement au niveau du secteur. Des pharmacies privées existent dans quelques-uns des plus vastes villages. Sous les auspices des NGO (Organisations Bénévoles), certains villages ont été pourvus de pharmacies villageoises qui, à leur tour, sont réapprovisionnées à l'aide de médicaments achetés par l'entremise de pharmacies privées. Il est estimé que 70% des médicaments utilisés en Côte d'Ivoire sont acquis par l'entremise du secteur pharmaceutique privé.

Sels de Réhydratation Orale (SRO)

Un approvisionnement de SRO a été distribué à-travers le pays lors du lancement de la campagne de lutte contre les maladies diarrhéiques subventionnée par l'UNICEF en 1985. Dans les secteurs visités, il existe encore un stock substantiel de sachets SRO, dont une partie n'est plus consommable. Au

niveau du centre de santé, l'usage des SRO ne paraît pas être répandu. Ceci est compréhensible par le fait d'une orientation insuffisante et d'un manque de formation à l'usage de la TRO; pas plus que des centres de démonstration/formation n'aient encore été établis pour l'usage de la TRO. (Dans les secteurs visités, il y a également un approvisionnement substantiel de médicaments anti-diarrhéiques. L'USAID, par l'entremise du projet CCCD, a passé commande d'un approvisionnement de sachets SRO destinés à être distribués à tous les établissements de santé publique. Les SRO sont également vendus dans les pharmacies privées à un prix d'environ 100 FCFA (environ \$0.30 par sachet).

Antimalariques

La chloroquine est achetée par le GOCI, stockée par la pharmacie centrale et fournie aux établissements de santé. Une usine pour la production de chloroquine est actuellement en cours de construction en Côte d'Ivoire; il est prévu que la production débutera dans deux ans environ. Des antimalariques injectables sont bien entreposés aux niveaux du secteur de santé et sont communément utilisés. La chloroquine peut être achetée sans ordonnance dans les pharmacies privées; une tablet de 300 mg. coûte environ 43 FCFA (approximativement \$0.12).

C. Personnel

L'orientation du système de santé en Côte d'Ivoire est essentiellement de nature curative. Le ratio entre les médecins et les infirmiers en 1983 correspondait à un médecin pour 5.5 infirmiers. Les activités de santé préventives sont quelque peu limitées en raison du manque de ressources en personnel et en matériel. La formation médicale, particulièrement en médecine spécialisée, est encore très importante mais il y a peu de spécialistes médicaux en SSP. Des hygiénistes, aidés par des agents de développement communautaire, sont responsables de la qualité de l'eau et de la santé environnante dans les dix secteurs où ils existent. Les agents de développement communautaire sont également responsables de la supervision des agents de santé villageois là où il y a des ASV.

Supervision

Il n'y a pas de système de supervision fonctionnel dans l'ensemble du système de santé rurale, pas plus en termes de calcul de temps que de procédé. Le manque de véhicules et de carburant constitue un obstacle à une supervision régulière. Le temps consacré à la supervision, du niveau central au niveau périphérique, n'est souvent pas suffisant et ne reflète pas de priorités particulières. Il n'y a pas de calendrier établi pour la supervision; le nombre moyen de visites de supervision aux infirmières des centres de santé est d'une ou deux par année. En raison des contraintes ci-dessus ainsi que du manque de normes de performance, de listes à pointage pour supervision, et d'une structure d'organisation facilitant une supervision régulière, le personnel de santé au niveau de la prestation des services reçoit un appui minimal en matière de supervision.

Recommandations

Dans le but d'améliorer la prestation des services CCCD, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Le personnel de santé chargé du PEV devra recevoir une formation dans l'utilisation des stérilisateur à vapeur, et de tels stérilisateur devront être distribués aux centres PMI où les vaccinations sont habituellement administrées.
2. Le système de commande et de distribution des médicaments au niveau central devra être réorganisé afin de refléter la nouvelle politique du MSPP concernant le contrôle des maladies diarrhéiques (en mettant l'accent sur la SRO au lieu des préparations anti-diarrhéiques ou des antibiotiques).
3. Dans la mesure où des médicaments sont disponibles pour le secteur de santé publique, un système de distribution plus efficace devra être établi au niveau périphérique de telle manière que les centres de santé rurale bénéficient de toutes les visites du personnel du secteur et reçoivent les produits nécessaires.
4. Le projet CCCD devra fournir une assistance technique aux responsables du secteur de santé lors de l'établissement d'un système de supervision fonctionnel et de soutien au niveau périphérique.

IV. Programme Élargi de Vaccination

Le programme élargi de vaccination (PEV) a débuté en Côte d'Ivoire en 1978. Au niveau central, la coordination et la gestion du programme sont basées à l'Institut d'Hygiène (IH).

Lors de la signature de l'accord du projet CCCD en 1985, le directeur du programme PEV à l'IH fut également nommé coordonnateur adjoint pour le PEV au sein du projet CCCD. Ceci a grandement facilité la coopération entre le programme PEV du MSPP et l'aide à ce programme en provenance du projet CCCD.

Au niveau opérationnel, les secteurs de santé rurale sont responsable de la mise en oeuvre des activités du programme sur le terrain. Ils sont aidés dans cette tâche par les centres PMI et par les équipes mobiles de vaccination.

Le calendrier de vaccination adopté par le MSPP correspond à celui recommandé par l'OMS sauf pour le vaccin oral de polio qui n'est pas donné à la naissance. Le GOCI pourvoit à l'acquisition de ses propres vaccins.

La vaccination des enfants a systématiquement lieu aux centres PMI dont dix se trouvent à Abidjan et au moins un dans chacun des secteurs de santé rurale. Dans la plupart des centres, il y a des jours spécifiques de la semaines pour les vaccinations (normalement deux à trois jours par semaine). Dans certains cas, les vaccinations sont administrées journalièrement.

Il y a fort peu de centres de santé rurale qui opèrent en tant que centres fixes de vaccination, en raison du manque de réfrigération pour les vaccins, de personnel formé et des logistiques de réapprovisionnement.

Le projet CCCD a commandé un certain matériel d'équipement de chaîne froide afin de consolider les centres fixes actuels et de faciliter l'expansion de nouveaux centres.

L'organisation et la technique variaient parmi les divers centres visités. Généralement, de grandes foules attendaient leur tour de vaccination à tous les centres. Bien que le personnel de santé travaillait de manière ininterrompue, ils n'étaient pas toujours organisés aussi efficacement que cela était possible sous les conditions existantes. La technique de stérilisation variait parmi les centres et au sein du même centre selon la présence immédiate ou l'absence du responsable du secteur de santé (indiquant ainsi que le personnel connaissait les principes de la technique de stérilisation mais ne les pratiquait pas toujours). Aucune information/éducation n'était pratiquement donnée concernant les réactions latentes de ces vaccins, lesquels étaient donnés ni quand revenir pour des vaccinations ultérieures. Dans certains cas, il y avait des séances d'éducation sanitaire organisées durant d'autres jours de la semaine ou du mois pendant lesquelles cette information était présentée. Il n'y a pas de politique bien définie pour l'immunisation des enfants malades; et ils sont parfois exclus de la vaccination pour des raisons apparemment secondaires.

La supervision des équipes mobiles du PEV manque de fréquence. Le coordonnateur national du PEV est en mesure de superviser les équipes mobiles approximativement deux fois par ans alors que les responsables de la santé rurale supervisent leurs équipes en moyenne une fois par an.

Des stérilisateurs ont été fournis par UNICEF mais n'ont pas encore été rendus opérationnels dans la plupart des centres. L'équipe a appris que les aiguilles et les seringues étaient bouillies pendant 20 minutes; cependant, il n'était pas clair si cette procédure était étroitement surveillée durant les séances de vaccination chargées.

En réponse à l'appel de l'UNICEF pour participer à l'Année Africaine de Vaccination, le MSPP a récemment lancé une campagne de vaccination à l'échelle nationale. Avant cette campagne, le taux d'implantation vaccinale était estimé à 30%-40% approximativement pour le pays tout entier. Les autorités gouvernementales espèrent amener ce taux à 80% à la fin de la campagne.

Dans une certaine mesure, cette campagne a amené la population à prendre davantage conscience de l'importance de la vaccination. Cependant, il y eut un

bon nombre de problèmes liés à la campagne. Généralement, la campagne jusqu'à présent a souffert d'un manque de planification en termes de: estimation des ressources nécessaires et disponibles, y compris le coût global de la campagne; organisation et coopération avec les centres fixes existants qui administrent des vaccinations; calcul de temps (en relation au Ramadan); publicité nécessaire; et utilisation efficace des ressources en personnel (y compris les effets disruptifs de cette campagne sur les autres programmes du Ministère).

Recommandations

Afin que le programme PEV atteigne des résultats aussi positifs que possible avec une utilisation plus efficace des ressources, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Le MSPP devra consolider et multiplier les centres de vaccination fixes afin de permettre que les vaccinations soient accessibles à tous. Le projet CCCD devrait prêter son assistance à cette tentative à l'aide d'équipement pour chaîne froide et de formation du personnel. La possibilité d'utiliser des réfrigérateurs à essence plutôt que d'attendre l'arrivée de l'électricité dans tous les lieux devrait être explorée.
2. Etant donné les contraintes impliquées dans l'utilisation d'équipes de vaccination mobiles (c'est-à-dire une couverture suffisante pour toutes les vaccinations du PEV), l'utilisation d'équipes mobiles devrait être considérée:
 - a) pour des vaccins à une dose (rougeole et fièvre jaune) et
 - b) pour consolider les centres fixes dans les zones rurales (en servant de véhicule au réapprovisionnement des vaccins et du matériel d'équipement). Avec un soutien approprié, de tels centres pourraient mieux fournir les vaccinations exigeant plus d'une dose.
3. Les centres fixes actuels, en particulier ceux de nature préventive tels que les centres d'hygiène et PMI, devront oeuvrer à intégrer les vaccinations aux services journaliers afin de mieux servir les besoins de leurs clients.
4. Une évaluation type OMS devra être réalisée à la suite de la troisième dose au cours de la campagne nationale de vaccination à Abidjan et avant et après la campagne dans le reste du pays.

V. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

Un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques fut lancé en 1985 sous les auspices de l'UNICEF. Un comité national interministériel fut créé en vue de promouvoir et de guider le développement d'activités de lutte

contre les maladies diarrhéiques. Le président du comité est un professeur de pédiatrie bien connu, basé à l'hôpital universitaire de Cocody.

Le comité a élaboré une politique nationale sur l'usage de la TRO dans le traitement des maladies diarrhéiques. Trois mélanges de maison ont été proposés pour le traitement de première ligne de la diarrhée à domicile. Des affiches pour promouvoir ces trois mélanges furent imprimées et distribuées. Une campagne d'information étendue fut lancée; 16 séminaires furent organisés à travers le pays ayant pour objectif de rendre le personnel administratif et médical plus conscient de la thérapie de réhydratation par voie orale. Le point de concentration de ces séminaires, aussi bien en termes de leur contenu que du procédé, fut trop sommaire pour produire un impact sur le changement des attitudes; il manquait également la pratique nécessaire pour produire des changements d'attitude. L'UNICEF a fourni approximativement 1,4 millions de sachets de sels réhydratants qui furent distribués dans tous les secteurs de santé du pays.

A la suite de la signature de l'accord du projet CCCD en Juin 1985, un coordonnateur adjoint pour la lutte contre les maladies diarrhéiques fut nommé. Cet individu est également directeur adjoint du DSPP, PMI et de la Branche de Santé Scolaire. Il existe donc à présent deux structures quelque peu parallèles concernées par la lutte contre les maladies diarrhéiques en Côte d'Ivoire. Bien que l'UNICEF et le projet CCCD collaborent en vue de fournir des ressources au MSPP, une forte intégration fonctionnelle des deux unités de planification/coordination n'a pas été développée pour ces unités qui poursuivent essentiellement les mêmes objectifs.

Au niveau central, la Branche PMI et le SNES sont responsable de la conception et la mise en oeuvre des activités pour la lutte contre les maladies diarrhéiques. Un plan de travail a été préparé; cependant, les stratégies et les activités ont besoin d'être plus détaillées afin que le plan puisse mieux servir à l'exécution du programme.

Sur le terrain, l'usage des sachets SRO ne semble pas être largement répandu. Un stock substantiel de sachets se trouve dans les pharmacies de secteur visitées par l'équipe. Certains sachets portaient une date expirée. Il y avait également un approvisionnement important de préparations anti-diarrhéiques ainsi que des antibiotiques pour le traitement de la diarrhée. Dans les nombreux centres de santé rurale visités, les sachets SRO ne paraissaient pas être en usage. Dans les centres PMI au niveau du secteur, les sachets SRO étaient en évidence et il fut expliqué qu'ils étaient utilisés en cas de diarrhée chez les enfants visitant la clinique. Cette pratique paraissait être plus le produit de quelques agents de santé motivés plutôt que le résultat d'une politique centrale bien développée et appuyée.

Une unité de démonstration de TRO a été établie en Janvier 1986 par le projet CCCD à l'hôpital Port Bouet à Abidjan. Cependant, elle n'a pas duré longtemps en raison du manque de participation locale dans la planification et la gestion du centre.

Le manque apparent d'une adoption uniforme de la TRO pour le traitement de la diarrhée est lié au moins à trois facteurs. Premièrement, bien qu'il y ait une politique nationale sur la TRO et un approvisionnement de SRO, une formation pour la raison d'être de la TRO et de son utilisation n'a même pas atteint le personnel de santé au niveau du secteur de manière effective dans au moins la moitié du pays. Deuxièmement, plus d'un programme de formation sera nécessaire pour changer les attitudes de nombreux prestataires de soins sanitaires qui ont été formés dans la pratique d'autres méthodes et ont pratiqué pendant plusieurs années l'utilisation d'autres méthodes de traitement de la diarrhée. Enfin, la distribution de sachets n'est pas efficace lorsqu'il s'agit de fournir un approvisionnement stable à tous les points de service; d'autre part, un approvisionnement égal de médicaments anti-diarrhéiques et d'antibiotiques continuent d'être distribués par le système pharmaceutique pour le traitement de la diarrhée.

Une équipe représentant PRITECH, HEALTHCOM et OMS a évalué la composante de la lutte contre les maladies diarrhéiques du projet CCCD en Août 1986 et a présenté un certain nombre de recommandations destinées à améliorer l'efficacité de ce programme. Certaines de leurs recommandations, qui n'ont pas encore été mises en oeuvre, sont présentées ci-dessous:

Recommandations

En vue de réduire la morbidité et la mortalité associées aux maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans par l'usage de la TRO, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Un sous-comité technique devra être établi officiellement au sein du comité national de coordination pour la lutte des maladies diarrhéiques, avec représentation médicale, sous la conduite du coordonnateur pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (Projet CCCD). L'Individu dans cette position devra être suffisamment disponible en vue de fournir la gouverne nécessaire pour influencer aussi bien les planificateurs que les administrateurs au niveau central et pour fournir un soutien aux responsables de santé au niveau du secteur. Ce comité devrait exister en tant que comité technique national unique, responsable du programme de la lutte contre les maladies diarrhéiques.

La politique qui consiste à promouvoir trois mélanges maison de réhydratation orale devra être réexaminée à la lumière d'études qui ont été réalisées et qui montrent les difficultés qu'éprouvent les femmes à se souvenir des quantités propres d'ingrédients. La promotion des mélanges à domicile a besoin d'être simplifiée autant que possible; un moyen serait de promouvoir un mélange unique qui serait le plus facile à préparer pour la plupart des personnes.

3. Les responsables de santé dans le secteur devront être activement engagés dans la planification et l'administration du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.
4. Une unité nationale de référence/démonstration pour TRO devra être établie à l'Hôpital Universitaire de Treichville; ainsi que huit centres de démonstration. De tels centres, basés à l'hôpital universitaire enseignant et dans les services PMI existant au niveau du secteur, serviraient d'établissements où le personnel de la région pourrait observer et pratiquer l'usage de la TRO avec les patients, un pas nécessaire pour bon nombre d'entre eux afin de les convaincre de l'efficacité de cette intervention.

VI. Lutte Contre le Paludisme

Le traitement du paludisme est parmi la plus vieille des interventions de santé publique en Côte d'Ivoire. Jusqu'à récemment, cependant, une attention limitée a été accordée à la suffisance et à l'uniformité des stratégies de traitement. Chaque secteur (en fait dans certains cas chaque agent) possède sa propre stratégie selon les pratiques de traitement du médecin en chef. L'antimalarique injectable, quinimax, est toujours considérablement utilisé dans le traitement du paludisme aux dépens de la chloroquine et avec son cortège de problèmes liés aux injections.

A la suite de la signature de l'accord de projet CCCD, un mouvement fut initié afin que la lutte contre le paludisme devienne un point de concentration organisé. Au niveau central, la planification et l'administration des activités du programme de lutte contre le paludisme furent placées sous la juridiction du DSPP. Le coordonnateur adjoint de cette composante du projet CCCD est également directeur adjoint des maladies endémiques et du coordonnateur national des soins de santé primaires, les deux se trouvant au sein du DSPP. La Branche d'Epidémiologie de l'INSP collabore aux aspects de recherche de ce programme. Le laboratoire de microbiologie est chargé de fournir une surveillance périodique de la résistance du paludisme à la chloroquine.

En Septembre 1986, un séminaire international s'est tenu sur la chemio-sensibilité du Plasmodium falciparum à la chloroquine. Comme résultat de ce séminaire, une stratégie nationale pour le traitement du paludisme fut élaborée, utilisant la chloroquine à une dose de 25 mg/kg de poids corporel au cours d'une période de trois jours (10 mg - 10 mg - 5 mg); et une dose de 300 mg par semaine pour la prophylaxie chez les femmes enceintes. Cette stratégie met l'accent sur le traitement systématique de toute fièvre chez les enfants de 0-4 ans et chez les femmes enceintes; et sur la prophylaxie pour toutes les femmes enceintes. Cette stratégie, élaborée par un comité technique du MSPP, attend la signature du Ministre pour devenir officielle.

La formation d'agents de santé dans la nouvelle prophylaxie du paludisme et en stratégie de traitement est proposée pour les agents de santé sur le terrain ainsi que pour les étudiants des sciences de santé. La formation du premier

groupe est couverte par le plan de formation CCCD supporté par le projet. Cette stratégie, qui consisterait à intégrer une telle formation au sein des écoles de sciences sanitaires, n'a pas encore été clairement définie.

La nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme pose déjà, et posera encore davantage de problèmes en matière d'approvisionnement de médicaments. A l'heure actuelle, l'approvisionnement en antimalariques injectables est égal ou plus élevé que celui de la chloroquine dans les pharmacies du secteur rural. Le problème de la disponibilité de la chloroquine devrait être quelque peu allégé par la construction projetée de l'usine de chloroquine qui devrait être en état de fonctionnement dans les prochaines années. La politique des commandes de la pharmacie nationale a également besoin d'être réexaminée à la lumière de la nouvelle stratégie nationale pour la lutte contre le paludisme.

Recommandations

Afin que les activités de lutte contre le paludisme soient exécutées de manière efficace et uniforme, les recommandations suivantes sont soumises :

1. La stratégie nationale pour le traitement du paludisme devra être ratifiée en vue de la rendre opérationnelle, produisant ainsi une norme pour la formation du traitement du paludisme à l'échelle nationale.
2. Les commandes de médicaments antimalariques devront être réexaminées, en commençant au niveau central, afin de refléter la nouvelle stratégie nationale de traitement du paludisme.
3. La conduite de la composante du paludisme du projet CCCD devra être réexaminée en fonction du temps et de l'engagement nécessaires à faire progresser les activités de ce programme; et un nouveau coordonnateur devra être nommé, si nécessaire, en vue d'assurer cette gouverne.

VII. Le Pian

Un Programme National de Lutte contre le Pian est l'une des quatre composantes du projet CCCD en Côte d'Ivoire. Cette composante a été incluse à la demande de la Direction de la Santé Publique et de la Population (DSPP).

Depuis le 28 Juin 1985, lorsque le contrat fut signé, seul un projet de plan de travail a été rédigé. Ni la stratégie de traitement, ni le plan pour la collecte des données nécessaires au suivi et à l'évaluation épidémiologiques n'ont été suffisamment élaborés pour permettre la mise en œuvre des activités du programme. De plus, le CCCD n'a pas été en mesure d'identifier un médecin de langue française spécialisé dans le traitement du pian qui aiderait à formuler un plan de travail définitif. Par conséquent, il n'y eut aucune activité dans ce programme à ce jour.

Dans le but de faire progresser cette composante du projet, les recommandations suivantes sont soumises:

1. La stratégie de l'OMS pour le traitement du pian devra être adoptée en vue d'être utilisée dans ce programme.
2. Le Directeur du DSPP devra collaborer avec le consultant technique du CCCD et avec la Branche Épidémiologique de l'INSP en vue d'élaborer un plan de travail fonctionnel. Ce plan de travail devra être finalisé d'ici la fin 1987.
3. Les médicaments et le matériel d'injection devraient être commandés le plus tôt possible afin qu'ils puissent être disponibles pour la mise en oeuvre du programme une fois qu'un plan de travail fonctionnel aura été élaboré.

VIII. Formation et Education Sanitaire

La formation et les services d'éducation sanitaire au sein du MSPP sont une fonction du Service National d'Éducation Sanitaire (SNES), une branche de l'Institut National de Santé Publique. Un personnel pour l'éducation sanitaire et la formation, dévoué et capable, est intégré au sein de cette branche. Le personnel comprend six éducateurs de santé, un spécialiste en technologie d'enseignement, un spécialiste en communication et deux sociologues médicaux.

Le SNES reçoit un appui financier minime provenant du budget du Ministère et destiné soit aux matériels d'élaboration ou d'éducation sanitaire, soit aux activités de formation. En collaboration avec des projets tels que le CCCD, le SNES mène la formation et élabore des matériels d'éducation sanitaire destinés à soutenir des activités de santé déterminées.

Les activités de formation suivantes ont eu lieu en appui des interventions du CCCD:

- * Participation d'une équipe nationale de formation de quatre personnes à un programme international de formation pour les équipes nationales de formation (Février 1986).
- * Élaboration d'un Manuel pour la Formation de Facilitateurs.
- * Élaboration d'une Stratégie de Formation CCCD pour la Côte d'Ivoire.
- * Mise en oeuvre de Deux Cours de Formation pour Facilitateurs (26 participants: responsables du secteur de santé et régionaux).

- * Mise en Oeuvre de Deux Cours de Gestion au Niveau Moyen (MLM) (45 participants: infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, hygiénistes).
- * Deux Cours de Formation au Niveau du Secteur (pour infirmiers et sages-femmes).
- * Elaboration des modules de formation suivants destinés au Cours pour Facilitateurs et au Cours pour MLM:
 - Formation
 - Maladies-cibles
 - Paludisme
 - Traitement de la diarrhée
 - Surveillance épidémiologique
 - Gestion des séances de vaccination
 - Chaîne froide
 - Implantation vaccinale
 - Supervision
 - Monitoring
 - Education sanitaire
 - Planification locale
- * Élaboration de guides techniques de base destinés à la formation d'aides médicaux en matière de PEV, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de paludisme.

Un des secteurs de santé ayant participé au Cours des MLM a entrepris un programme de formation au niveau du secteur aux frais du projet (considéré comme un programme pilote) et un autre a mené une formation locale avec l'appui de ressources locales. Par la suite, un troisième secteur a soumis au Projet une stratégie de formation avec un budget substantiel.

Les efforts en formation sont actuellement et légitimement concentrés autour du personnel de santé sur le terrain. Reconnaisant l'importance qui consiste à introduire les concepts et les pratiques qui sont enseignés sur le terrain dans les écoles des sciences sanitaires (écoles médicales, d'infirmiers et de sages-femmes), un représentant de chacune des écoles des deux dernières spécialités citées ont servi en tant que facilitateurs durant le premier Cours MLM. Ces individus envisagent, à leur tour, d'intégrer une partie des matériels et techniques du module de formation à leur formation pratique. Ils ont demandé un appui de la part du projet accompagné de matériels et de leur intégration aux programmes d'études actuels de l'école d'infirmiers et de sages-femmes.

Un plan de travail a été élaboré pour la formation et l'éducation sanitaire en consultation avec K. Parker, Spécialiste des CDC en Education Sanitaire. Un bon nombre des activités projetées dépendent des progrès réalisés par les Cours

MLM qui sont actuellement tombés dans l'oubli en raison de la campagne nationale de vaccination en cours. (Le personnel de santé au niveau du secteur est engagé dans la planification de la campagne dans leurs secteurs respectifs. Le personnel d'éducation sanitaire/formation est engagé dans les aspects d'éducation sanitaire et de formation de la campagne.) A partir du niveau central, deux Cours de Formation de facilitateurs et deux Cours MLM attendent d'être menés (dans le but de couvrir tous les secteurs de santé); ainsi qu'un Cours pour la Formation de Formateurs (pour un à deux formateurs désignés par secteur). Ces activités devaient à l'origine avoir lieu avant la fin 1987. Cependant, en raison de la campagne de vaccination en cours à-travers le pays, ils ont été prorogés. Une fois les activités ci-dessus complétées, il est prévu que les secteurs tiendront des séances de formation pour leur personnel de santé dans les trois interventions visées: PEV, lutte contre les maladies diarrhéiques et prophylaxie et traitement du paludisme. (Ces deux cours locaux se sont tenus ainsi qu'il a été précédemment mentionné).

Un manque de formation en éducation sanitaire parmi le personnel de santé a été identifié en tant que problème majeur dans l'élaboration d'activités efficaces d'éducation sanitaire au sein du système de prestation des soins sanitaires. D'autres problèmes qui entravent l'efficacité des activités actuelles d'éducation sanitaire dans les centres PMI comprennent les grandes foules (jusqu'à 150 femmes et enfants par séance du matin), insuffisance d'espace (aussi bien en termes de dimensions que de proximité d'autres distractions), un manque d'aides visuelles, un manque de personnel et un manque d'utilisation efficace du personnel. En réponse à ces problèmes, le SNES a élaboré au sein du Cours MLM une unité sur l'éducation sanitaire qui est destinée à fournir au personnel au niveau du secteur une introduction à l'éducation sanitaire. Le SNES projette de faire suivre cette orientation par 1) des programmes de formation de trois à cinq jours, sur l'éducation sanitaire, pour le personnel de santé chargé de la mise en oeuvre des activités d'éducation au sein de leur établissement sanitaire, et 2) l'élaboration d'activités d'éducation sanitaire dans 80% au moins des centres PMI à-travers le pays, en commençant par les dix centres PMI à Abidjan.

A ce jour, le SNES a obtenu un succès mitigé dans ses efforts avec les moyens de communication. Ils manquent d'équipement pour préparer des messages radiophoniques. Il y a eu des problèmes en matière de collaboration avec le personnel de la station en vue de mieux programmer et animer les messages. Ils ont eu plus de succès avec les journaux locaux qui leur accordent régulièrement un espace pour des messages d'éducation sanitaire. Il est prévu que PRITECH prêtera son assistance à l'élaboration d'une stratégie des moyens de communication. Une étude KAP doit être effectuée en vue de guider l'élaboration des messages d'éducation sanitaire.

Le SNES a produit des affiches sur la réhydratation orale, la nutrition infantile et la vaccination. Ces affiches sont largement distribuées à-travers l'ensemble du système sanitaire; cependant, leur efficacité est difficile à

évaluer. Des timbres postes, des étiquettes gommées et des papillons publicitaires ont été produits en vue de soutenir la lutte contre les maladies diarrhéiques. Il est prévu 1) d'utiliser les autobus de transport publique en tant que véhicule pour les affiches d'éducation sanitaire; 2) d'élaborer des chansons sur des thèmes de santé variés en collaboration avec des guérisseurs et les talents de musique locaux; et 3) d'élaborer un programme d'éducation sanitaire pour les écoles primaires.

En résumé, l'équipe d'éducation sanitaire/formation a contribué activement à la planification et à la mise en oeuvre des interventions CCCD. Leur appui à ces interventions dépend 1) de l'élaboration de plans fonctionnels pour chacune des trois interventions CCCD, 2) d'autres priorités du MSPP, 3) de la disponibilité des ressources, et 4) de l'élaboration d'une stratégie efficace permettant de travailler avec certains moyens de communication (radio et télévision). Avec le soutien nécessaire, le SNES est prêt et capable d'élaborer les activités de formation et d'éducation sanitaires nécessaires au succès du projet CCCD.

Recommandations

Le personnel de formation/éducation sanitaire doit être félicité pour ses réalisations durant les 18 derniers mois. Etant donné que le gain ultime de leurs efforts dépend de l'achèvement d'une série d'activités de formation projetées, de l'élaboration d'un système de supervision efficace au niveau de la prestation des services de santé, des environnements des centres de santé qui facilitent les activités d'éducation sanitaire, et d'une utilisation plus efficiente des moyens de communication d'éducation publique, les recommandations suivantes sont soumises:

1. Les deux Cours MLM qui attendent d'être menés devront avoir lieu le plus rapidement possible, et seront suivis (encore une fois si cela est possible) par le Cours de Formation pour Formateurs (devant être complété à la fin d'Avril 1988).
2. Les participants au Cours MLM ne devront pas être encouragés à organiser une formation locale avant que les formateurs individuels sélectionnés n'aient participé au Cours de Formation pour Formateurs et jusqu'à ce que les guides techniques de base dont l'utilisation est prévue dans les programmes de formation locaux soient disponibles (e.g. imprimés ou distribués).
3. Le Cours de Formation pour Formateurs souligne:
 - L'élaboration par les participants de conceptions de formation basées sur des tâches et des habiletés spécifiques requises par les agents de santé participant au cours.

Des séances de pratique en formation dirigées par des participants et basées sur leurs conceptions de formation préparées et sur la rétro-information.

4. Les problèmes d'organisation/gestion qui entravent la mise en oeuvre effective des activités d'éducation sanitaire dans les centres PMI devront être abordés sous la supervision, le monitoring et la planification locale des modules des MLM; et une aide supplémentaire devra être fournie aux responsables du secteur sanitaire en vue d'élaborer a) une liste de pointage pour supervision, et b) une stratégie de supervision pour les services PMI et les centres de santé rurale.
5. Dans la mesure où la politique du Projet est de supporter seulement les coûts de matériels de formation pour la formation locale en vue de promouvoir la responsabilité et la soutenabilité en matière de formation locale, cette politique devra être énoncée très clairement aux participants des cours MLM qui attendent d'être menés; des sources auxiliaires locales de soutien devront également être discutées.
6. Le Projet devra collaborer avec les écoles des sciences sanitaires en leur fournissant des matériels de formation CCCD.
7. Le personnel d'éducation en matière de formation/éducation sanitaire devra collaborer avec les écoles des sciences sanitaires en fournissant une assistance technique pour l'intégration des matériels de formation CCCD à leurs programmes d'études.
8. L'étude KAP envisagée devra être réalisée en préparation de l'élaboration de la stratégie des moyens de communication et de la préparation de messages d'éducation sanitaire.
9. Des aides visuels devront être élaborés en vue de soutenir les activités d'éducation sanitaire dans les centres PMI. L'élaboration de tels matériels devra être supportée par le projet, être adaptée aux réalités physiques des centres PMI et faciliter la communication à double voie.
10. L'utilisation de consultants de formation expatriés devra être basée sur une estimation du besoin d'une telle assistance en consultation avec le coordonnateur de formation.

Appendice I

Plan de Travail pour l'Évaluation Externe de la Deuxième Année

1. Objectifs et Evaluation

a) Evaluer les activités ACSI-CCCD dans trois pays en procédant à la collecte systématique et à l'analyse des données sur la gestion et les opérations ACSI-CCCD aux niveaux central, régional et périphérique.

b) Mesurer l'étendue à laquelle les activités ACSI-CCCD ont été intégrées dans la structure actuelle de soins de santé primaires.

c) Offrir une série de recommandations en vue d'inculquer l'expansion et la prestation des services ACSI-CCCD (y compris la formation, l'éducation sanitaire et les développements de systèmes d'information en matière de santé) et accélérer leur intégration dans la structure des prestations des soins de santé primaires en tenant compte des limites, toujours présentes, en matière de ressources.

2. Méthodes d'Évaluation:

Deux équipes composées d'épidémiologistes, d'éducateurs en matière de santé et d'économistes en matière de santé se rendront sur le terrain en vue de procéder à une évaluation du projet CCCD. L'équipe travaillera dans les pays francophones de Guinée et de la Côte d'Ivoire.

- a) Étudier les documents de référence pertinents aux niveaux central et régional.
- b) Visiter des unités de prestation de services sélectionnées ainsi que d'autres institutions de santé dans les zones rurales et urbaines d'un nombre représentatif des régions de ces pays.
- c) Examiner les données de l'étude.
- d) Interviewer les agents chargés de la mise en oeuvre du projet afférant.

Composantes de l'Évaluation

1. Planification, administration et gestion du projet.
 - a) Examiner l'élaboration des plans d'opération et la congruité de ces plans de régir et de soutenir les activités sur le terrain.

b) Décrire et examiner la capacité des structures gouvernementales en matière de gestion et d'administration à gérer et administrer un programme renfermant l'immunisation, la TRO et le traitement du paludisme.

c) Examiner l'administration et le soutien de l'AID et des CDC au projet et la congruité des procédures établies pour le soutien du projet.

d) Examiner la structure et les fonctions de la gestion directrice du projet du pays avec une attention particulière accordée au projet CCCD pertinent et aux comités exécutifs, ainsi qu'aux activités de coordination des donateurs.

2. Soutien au Projet:

a) Examiner les statistiques des services épidémiologiques et sanitaires en vue de déterminer si le projet CCCD a exercé une influence sur la réduction de la morbidité et de la mortalité ou sur l'accroissement de la disponibilité ou de la qualité des services de soins de santé primaires dans le pays.

b) Examiner la congruité des systèmes d'information actuels et de ceux envisagés à produire les données nécessaires en vue de déterminer l'impact du projet.

3. Opération du Programme:

a) Examiner le système de prestation (actuel et celui proposé) destiné à être utilisé pour fournir des services CCCD (supervision, logistiques et approvisionnement, communications, implantation de personnel, contrôle des fonds et produits).

4. Composantes du Programme PEV:

a) Examiner la politique et les calendriers de vaccination.

b) Examiner l'implantation vaccinale et examiner les pratiques vaccinales en mettant l'accent sur le matériel de stérilisation, la vaccination des enfants malades et la fréquences des cliniques de vaccination.

5. Composantes du Programmes TRO:

a) Examiner la politique nationale de la TRO.

b) Examiner la couverture de la population par la TRO.

c) Examiner les pratiques TRO en mettant l'accent sur l'utilisation continue des I.V., la suffisance et la fréquence de l'usage des SRO et la suffisance de l'information publique concernant les SRO.

6. Paludisme:

a) Examiner la politique nationale en matière de traitement du paludisme et de chimio-prophylaxie antimalarique.

b) Examiner la couverture de la population en matière de traitements du paludisme; et

c) Examiner les pratiques de traitement et de chimio-prophylaxie du paludisme en mettant l'accent sur la disponibilité de la chloroquine, l'adhérence à la politique nationale, et la fréquence de chimio-prophylaxie antimalarique chez les femmes enceintes.

7. Formation;

a) Examiner les types et l'ampleur de la formation offerte.

b) Examiner les matériels de formation élaborés.

c) Examiner les nombres et types de personnel formé et l'évaluation de leur performance; et

d) Examiner le plan de formation pour le reste du projet.

8. Education Sanitaire:

a) Examiner la structure actuelle d'éducation sanitaire, le plan d'exécution et les activités à ce jour.

b) Examiner le personnel et la capacité institutionnelle de prestation des services en matière d'éducation sanitaire, et

c) Examiner la suffisance de l'assistance technique fournie pour soutenir les activités d'éducation sanitaire.

Appendice II

Liste des Documents Consultés

1. Estimation CCCD du Pays - Côte d'Ivoire (11-12/84).
2. Accord de Projet de Subvention pour le Projet CCCD en Côte d'Ivoire (6/85).
3. Amendement du projet CCCD (7/86).
4. Examen du Programme CCCD de la Première Année - Côte d'Ivoire (8/86).
5. Sommaire d'Évaluation du Projet CCCD - Côte d'Ivoire (1/87).
6. Révision du Plan CCCD de Mise en Oeuvre en Côte d'Ivoire (4/86 - 9/87).
7. Rapport d'Activités de Janvier à Décembre - CCCD/Côte d'Ivoire (Janvier Décembre 1986).
8. Programme Élargi de Vaccination - Guide Pratique du Vaccinateur (3/87).
9. Reprogrammation du Programme Élargi de Vaccination (Plan pour l'Immunisation Universelle en 1990).
10. Campagne de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques - Plan d'Action 1987 - 88.
11. Étude Préliminaire sur l'Installation des Unités T.R.O. dans les Centres Socio-Sanitaires en Zones Urbaines et Rurales (INSP -2ème Trimestre 1986).
12. Plan d'Action du Programme de Lutte Secondaire Contre le Paludisme en Côte d'Ivoire (3/87).
13. Une Stratégie pour Réduire le Paludisme Grave chez les Enfants Africains: Expériences Actuelles. J. Breman et C. Campbell, CDC, Atlanta.
14. Séminaire International sur la Chimio-sensibilité à la Chloroquine du Paludisme à Plasmodium falciparum (9/86).
15. ACSI-CCCD Côte d'Ivoire 1986 - Rapport Annuel du Système d'Information en Matière de Gestion.
16. Rapport Mensuel de Morbidité (Direction de Planification et des Statistiques Sanitaires).

17. Réunion du Personnel ACSI-CCCD - Rapport de l'Épidémiologiste de Site (4/87).
18. Cataloguage d'Études de Recherche Opérationnelle (2/87).
19. Lutte Contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (CCCD). Volet Formation/E.P.S. Plan d'Action National 1986-1989.
20. Lutte Contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (CCCD). Volet Formation/E.P.S. Plan d'Action E.P.S. 1987 - 1989.
21. Manuel de Formation des Facilitateurs des Cours Moyen. Projet CCCD/LMTD, Côte d'Ivoire.
22. Rapport du Séminaire de Formation des Facilitateurs des Cours Moyens. Grand Bassam 26/5 - 6/6/1986.
23. Séminaire de Formation, Cours Moyens. Bassam 23/6 - 28/1986.
24. Projet de Programme des Cours Moyens pour l'Intérieur du Pays.
25. Rapport sur l'Atelier de Préparation du Cours Moyen. Yamoussoukro 17/11 - 21/1986.
26. Rapport du Deuxième Cours Moyen de Formation du Personnel de Santé - Infirmiers et Assistants d'Assainissement. Yamoussoukro - 24/11 - 5/12/1986.
27. Rapport de Visite. Formation CCCD et Programmation d'Éducation Sanitaire en Côte d'Ivoire. 30/1 - 10/2/1986. K. Parker.
28. Rapport de Visite. Formation CCCD, Côte d'Ivoire. 3/3 - 21/1986.
29. Rapport de Visite. Formation CCCD, Côte d'Ivoire. 10/11 - 13/12/1986. R. Stone.
30. Rapport de Visite. Formation et Programmation d'Éducation Sanitaire et Mise en Oeuvre du CCCD, Côte d'Ivoire. 10/11 - 1/12/1986.
31. Rapport de Visite - James Gibbs, Bureau de Recensement Américain. 3/5 - 24/1986.
32. Évaluation de l'Utilisation à Domicile des Solutions Familiales de Réhydratation Orale dans les Diarrhées Aiguës Bénignes. E. Shaw et al.
33. Bilan Diagnostic, Swante 1981 - 1985. MSPP - DSPP.

34. Première Réunion du Comité National des Soins de Santé Primaires.
Abidjan, 26 - 29/8/1986.
35. Étude des Établissements Sanitaires en Côte d'Ivoire. K. Khantaway.
36. LMTE/CCCD. Fiches Techniques, PEV.
37. LMTE/CCCD. Module: Traitement du Paludisme. 3/87.
38. LMTE/CCCD. Module: Maladies Cibles. 11/85.

Appendice III

Personnes Contactées

Mr. Bla Toh	Coordonnateur National, Projet CCCD. Directeur, Direction de la Planification et des Statistiques Sanitaires
Dr. Imboua Bogui	Coordonnateur Adjoint, Projet CCCD. Coordonnateur, Lutte contre le Paludisme (Projet CCCD) Directeur Adjoint, Lutte contre les Maladies Endémiques Directeur National, Soins de Santé Primaires
Dr. Darrett	Coordonnateur, Lutte contre les Maladies Diarrhériques (Projet CCCD) Directeur Adjoint, Protection Maternelle et Infantile et Santé Scolaire
Dr. Siguifota Ouattara	Coordonnateur, PEV (Projet CCCD) Directeur du PEV, Institut d'Hygiène
Mr. Eugene Yapo	Coordonnateur des Statistiques Sanitaires (Projet CCCD) Ingénieur en Statistiques, Direction de Planification et des Statistiques Sanitaires
Dr. Christoff Conrad	Administrateur de Programme, UNICEF
Dr. Soro Benoit	Épidémiologiste, INSP
Dr. Jean Lou Rey	Épidémiologiste, INSP
Dr. Germaneto	Directeur Adjoint, Soins de Santé Primaires (Région du Sud)
Professeur Assi Adou	Chef de Pédiatrie, Centre d'Hopital Universitaire, Cocody
Dr. Masumbuko	Représentant OMS, Abidjan
Mr. Kale Kouame	Directeur Intérimaire, SNES
Mr. Moussa Traoré	Chef du Service d'Éducation Sanitaire, INSP

Mr. Sia Jean	Formateur, SNES
Mr. Djadji	Éducateur, SNES
Dr. Andoh	Chef de Pédiatrie, Centre d'Hôpital Universitaire, Treichville
Dr. Collinson	Responsable de Santé, Centre PMI, Abobodomé
Dr. Tre	Responsable de Santé Régionale, Man
Dr. Assale	Responsable du Secteur de Santé Rurale, Man
Dr. Dogore	Responsable Adjoint du Secteur de Santé Rurale, Man Chef des Services PMI, Man
Dr. Yao	Responsable du Secteur de Santé Rurale, Bouafle
Dr. Zaka	Adjoint au Responsable du Secteur de Santé Rurale, Bouafle
Mr. Sandro	Coordonnateur, Programme de Soins de Santé Primaires, Bouafle
Dr. Djakeau	Adjoint au Responsable du Secteur de Santé Rurale, Bouake
Mr. Coulibaly	Hygiéniste, Bouaké
Mr. Assoko	Infirmier, Bouaké
Dr. Okubi	Responsable du Secteur de Santé Rurale, Bouaké
Miss Sogodogo	Agent de Développement Sanitaire, Bouaké
Mr. Robert Weierbach	Responsable Technique, Projet CCCD
Dr. Cornelia Davis	Épidémiologiste Régional, CDC
Miss Ming Hung	Conseiller de Santé Familiale, PADS, REDSO
Ms. Sarah Clark	Superviseur, Division de la Santé, Population et Nutrition, REDSO
Mr. John Schneider	Responsable du Développement du Projet, PDRI, REDSO
Mr. Larry Bond	Directeur, REDSO
Mr. Howard Handler	Directeur Adjoint, REDSO

Appendice IV

Recommandations

Une réunion devra se tenir entre REDSO, le Ministre de la Santé Publique et de la Population et le coordonnateur national du projet CCCD afin d'examiner les progrès du projet réalisés à ce jour ainsi que les problèmes actuels de direction au niveau central en vue de parvenir à une entente sur les points suivants: a) si le projet peut contribuer à l'amélioration de la prestation de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et des services de traitement du paludisme en Côte d'Ivoire, etc., et comment; b) les mesures nécessaires et appropriées à prendre si le projet est appelé à répondre aux besoins de la Côte d'Ivoire. De telles mesures devront traiter, entre autres, du manque de soutien aux activités associées au CCCD de la part de la Direction de la Santé Publique et de la Population. Les coordonnateurs des Composantes de la lutte contre les maladies diarrhéiques et du traitement du paludisme auront besoin de jouer des rôles plus actifs si ces interventions CCCD doivent être mises en oeuvre sur le terrain de manière efficace. L'adjoint au coordonnateur national du projet CCCD, en tant que Directeur des SSP, doit être autorisé et encouragé à jouer un rôle plus actif en matière de direction pour l'avancement des interventions techniques. Un tel individu devra être pourvu de moyens (véhicule et essence) lui permettant d'exécuter cette tâche. Le rôle de cet individu en tant que coordonnateur de la composante du projet pour le traitement du paludisme devra également être examiné à la lumière de sa capacité à être efficace dans plusieurs rôles à la fois.

Les projets des plans de travail qui ont été élaborés devront être révisés en vue de refléter les contraintes du calendrier, les budgets et les personnes responsables de chacune des activités, afin qu'ils puissent servir de guides efficaces à la mise en oeuvre et à l'évaluation du programme. Les coordonnateurs du projet devraient choisir au moins cinq activités prioritaires spécifiques à mettre en oeuvre d'ici Juin 1988. La mise en oeuvre réussie de ces activités servira en partie de moyen pour évaluer les progrès réalisés par le projet durant l'évaluation de la troisième année. Le projet devra fournir, selon les besoins, une aide en vue de faciliter ce processus.

Des réunions devront se tenir entre le personnel et/ou les organisations suivantes engagées dans les activités associées au CCCD, conformément au calendrier ci-dessous:

- a. Une réunion entre le coordonnateur national du CCCD, l'adjoint au coordonnateur du CCCD, l'adjoint technique du CCCD, l'épidémiologiste de site et le responsable du projet au REDSO devra se tenir deux fois par mois. Le but d'une

telle réunion serait d'examiner les activités en cours ainsi que les problèmes, de planifier les étapes ultérieures et de discuter de tous problèmes administratifs avec REDSO.

- b. Une réunion des coordonnateurs des composantes techniques et de soutien du projet devra se tenir une fois par mois en vue d'examiner les activités en cours ainsi que les problèmes et de définir les priorités pour le mois suivant.
- c. Une réunion trimestrielle devra se tenir parmi les donateurs en vue de permettre une meilleure coordination et, par conséquent, l'utilisation d'aide extérieure.
- d. Une réunion devra se tenir deux fois par an avec les directeurs des directions et instituts du MSPP en vue de partager avec eux les progrès des activités CCCD.

Les réunions ci-dessus devront être planifiées selon les besoins, avec des calendriers précis de manière à ce que le temps des participants soit utilisé de manière efficace.

- 4. Les besoins en assistance technique extérieure devront être suivis en détail avec les coordonnateurs du projet appropriés et les demandes de consultants devront refléter l'estimation des coordonnateurs du besoin d'une telle assistance.
- 5. Les rapports d'activités mensuels destinés aux CDC devront être communiqués au coordonnateur national.
- 6. REDSO devra communiquer directement et régulièrement avec le coordonnateur national du projet en ce qui concerne tous les aspects administratifs du projet.
- 7. REDSO devra s'assurer que les demandes de fonds sont rapidement acheminées suivant les étapes nécessaires au REDSO afin que le projet puisse compter sur la réception des fonds dans les limites de temps convenues.
- 8. Plusieurs MCSSR devront être identifiés pour participer au comité qui examinera les comptes rendus mensuels sur la morbidité. Grâce à leur connaissance des réalités locales et des infirmiers qu'ils supervisent, ils devraient être en mesure de contribuer à une définition plus fonctionnelle des indicateurs de santé.
- 9. Tous les rapports mensuels sur la morbidité en provenance des consultations devront être uniformisés afin d'obtenir une analyse globale de la morbidité à l'échelle nationale.
- 10. Le nombre des variables contenues dans les rapports mensuels sur la morbidité devront être limitées à ceux qui serviront le MSPP en

matière de planification, de monitoring et d'évaluation des services de santé; de telles variables devraient converger vers les maladies morbidity et mortalité élevées et faciliter la surveillance des interventions spécifiques.

11. Le DPSS devra compléter l'analyse des données relatives à l'étude des établissements sanitaires et les résultats devront être communiqués aux membres officiels du gouvernement chargés de tous les établissements sanitaires engagés dans le PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques et/ou le paludisme afin qu'ils puissent utiliser cette information en vue de mieux planifier leurs interventions.
12. Des études du type OMS devront être réalisées afin de déterminer la couverture vaccinale à-travers le pays avant et après la campagne nationale de vaccination. Une évaluation complète ultérieure à la campagne de vaccination à Abidjan devrait être réalisée.
13. Des indicateurs simples, propres à mesurer la morbidité liée aux maladies diarrhéiques et en relation à l'usage de la TRO, devront être définis et rassemblés en tant que partie des rapports mensuels sur la morbidité dans tous les établissements sanitaires du pays. Les exemples pourraient inclure:
 - * Diarrhée sans déshydratation: morbidité et mortalité.
 - * Diarrhée avec déshydratation: morbidité et mortalité.
 - * Consommation de sachets SRO.
 - * Nombre de traitements utilisant des injections intraveineuses.
14. Des indicateurs simples propres à mesurer le traitement du paludisme devront être définis et rassemblés en tant que partie des rapports mensuels sur la morbidité dans tous les établissements sanitaires du pays. Les exemples pourraient inclure:
 - * Paludisme présomptif: morbidité et mortalité.
 - * Paludisme cérébral: morbidité et mortalité.
 - * Consommation de chloroquine.
 - * Usage d'antimalariques injectables.
15. Le CCCD continue d'appuyer la centralisation des statistiques sanitaires en fournissant un soutien technique en vue d'obtenir une meilleure utilisation des données, e.g. de définir les indicateurs de santé les plus pertinents qui serviront à la planification et à l'évaluation des services de santé en relation aux priorités sélectionnées par le MSPP.

16. Le personnel de santé chargé du PEV devra recevoir une formation dans l'utilisation des stérilisateur à vapeur, et de tels stérilisateur devront être distribués aux centres PMI où les vaccinations sont habituellement administrées.
17. Le système de commande et de distribution des médicaments au niveau central devra être réorganisé afin de refléter la nouvelle politique du MSPP concernant le contrôle des maladies diarrhéiques (en mettant l'accent sur la SRO au lieu des préparations anti-diarrhéiques ou des antibiotiques).
18. Dans la mesure où des médicaments sont disponibles pour le secteur de santé publique, un système de distribution plus efficace devra être établi au niveau périphérique de telle manière que les centres de santé rurale bénéficient de toutes les visites du personnel du secteur et reçoivent les produits nécessaires.
19. Le projet CCCD devra fournir une assistance technique aux responsables du secteur de santé lors de l'établissement d'un système de supervision fonctionnel et de soutien au niveau périphérique.
20. Le MSPP devra consolider et multiplier les centres de vaccination fixes afin de permettre que les vaccinations soient accessibles à tous. Le projet CCCD devrait prêter son assistance à cette tentative à l'aide d'équipement pour chaîne froide et de formation du personnel. La possibilité d'utiliser des réfrigérateurs à essence plutôt que d'attendre l'arrivée de l'électricité dans tous les lieux devrait être explorée.
21. Etant donné les contraintes impliquées dans l'utilisation d'équipes de vaccination mobiles (c'est-à-dire une couverture suffisante pour toutes les vaccinations du PEV), l'utilisation d'équipes mobiles devrait être considérée: a) pour des vaccins à une dose (rougeole et fièvre jaune) et b) pour consolider les centres fixes dans les zones rurales (en servant de véhicule au réapprovisionnement des vaccins et du matériel d'équipement). Avec un soutien approprié, de tels centres pourraient mieux fournir les vaccinations exigeant plus d'une dose.
22. Les centres fixes actuels, en particulier ceux de nature préventive tels que les centres d'hygiène et PMI, devront oeuvrer à intégrer les vaccinations aux services journaliers afin de mieux servir les besoins de leurs clients.
23. Une évaluation du type OMS devra être réalisée à la suite de la troisième dose au cours de la campagne nationale de vaccination à Abidjan et avant et après la campagne dans le reste du pays.
24. Un sous-comité technique devra être établi officiellement au sein du comité national de coordination pour la lutte des maladies

diarrhéiques, avec représentation médicale, sous la conduite du coordonnateur pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (projet CCCD). L'individu occupant cette position devra être suffisamment disponible en vue de fournir la gouverne nécessaire pour influencer aussi bien les planificateurs que les administrateurs au niveau central et pour fournir un soutien aux responsables de santé au niveau du secteur. Ce comité devrait exister en tant que comité technique national unique, responsable du programme pour la lutte contre les maladies diarrhéiques.

25. La politique qui consiste à promouvoir trois mélanges maison de réhydratation orale devra être réexaminée à la lumière d'études qui ont été réalisées et qui montrent les difficultés éprouvées par les femmes à se souvenir des quantités propres d'ingrédients. La promotion des mélanges à domicile a besoin d'être simplifiée autant que possible; un moyen serait de promouvoir un mélange unique qui serait le plus facile à préparer pour la plupart des personnes.
26. Les responsables de santé dans le secteur devront être activement engagés dans la planification et l'administration du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.
27. Une unité nationale de référence/démonstration pour TRO devra être établie à l'Hôpital Universitaire de Treichville; ainsi que huit centres de démonstration. De tels centres, basés à l'hôpital universitaire enseignant et dans les services PMI existant au niveau du secteur, serviraient d'établissements où le personnel de la région pourrait observer et pratiquer l'usage de la TRRO avec les patients, un pas nécessaire pour bon nombre d'entre eux afin de les convaincre de l'efficacité de cette intervention.
28. La stratégie nationale pour le traitement du paludisme devra être ratifiée en vue de la rendre opérationnelle, produisant ainsi une norme pour la formation du traitement du paludisme à l'échelle nationale.
29. Les commandes de médicaments antimalariques devront être réexaminées, en commençant au niveau central, afin de refléter la nouvelle stratégie nationale de traitement du paludisme.
30. La conduite de la composante du paludisme du projet CCCD devra être réexaminée en fonction du temps et de l'engagement nécessaires à faire progresser les activités de ce programme; et un nouveau coordonnateur devra être nommé, si nécessaire, en vue d'assurer cette gouverne.
31. La stratégie de l'OMS pour le traitement du pian devra être adoptée en vue d'être utilisée dans ce programme.
32. Le Directeur du DSPP devra collaborer avec le consultant technique du CCCD et avec la Branche Épidémiologique de l'INSP en vue d'élaborer un plan de travail fonctionnel. Ce plan de travail devra être finalisé d'ici la fin 1987.

33. Les médicaments et le matériel d'injection devront être commandés le plus tôt possible afin qu'ils puissent être disponibles lors de la mise en oeuvre du programme une fois qu'un plan de travail fonctionnel aura été élaboré.
34. Les deux Cours MLM qui attendent d'être menés devront avoir lieu le plus rapidement possible, et seront suivis (encore une fois si cela est possible) par le Cours de Formation pour Formateurs (devant être complété à la fin d'Avril 1988).
35. Les participants au Cours MLM ne devront pas être encouragés à organiser une formation locale avant que les formateurs individuels sélectionnés n'aient participé au Cours de Formation pour Formateurs et jusqu'à ce que les guides techniques de base, dont l'utilisation est prévue dans les programmes locaux de formation, soient disponibles (e.g. imprimés ou distribués).
36. Le Cours de Formation pour Formateurs souligne:
 - * L'élaboration par les participants de conceptions de formation basées sur des tâches et des habiletés spécifiques requises par les agents de santé participant au cours.
 - * Des séances de pratique en formation dirigées par des participants et basées sur leurs conceptions de formation préparées et sur la rétro-information.
37. Les problèmes d'organisation/gestion qui entravent la mise en oeuvre effective des activités d'éducation sanitaire dans les centres PMI devront être abordés sous la supervision, le monitoring et la planification locale des modules des MLM; et une aide supplémentaire devra être fournie aux responsables du secteur sanitaire en vue d'élaborer a) une liste de pointage pour supervision, et b) une stratégie de supervision pour les services PMI et les centres de santé rurale.
38. Dans la mesure où la politique du Projet est de supporter seulement les coûts de matériels de formation pour la formation locale en vue de promouvoir la responsabilité et la soutenabilité en matière de formation locale, cette politique devra être énoncée très clairement aux participants des cours MLM qui attendent d'être menés; des sources auxiliaires locales de soutien devront également être discutées.
39. Le Projet devra collaborer avec les écoles des sciences sanitaires en leur fournissant des matériels de formation CCCD.
40. Le personnel d'éducation en matière de formation/éducation sanitaire devra collaborer avec les écoles des sciences sanitaires en fournissant une assistance technique pour l'intégration des matériels de formation CCCD à leurs programmes d'études.

41. L'étude KAP envisagée devra être réalisée en préparation de l'élaboration de la stratégie des moyens de communication et de la préparation de messages d'éducation sanitaire.
42. Des aides visuels devront être élaborés en vue de soutenir les activités d'éducation sanitaire dans les centres PMI. L'élaboration de tels matériels devra être supportée par le projet, être adaptée aux réalités physiques des centres PMI et faciliter la communication à double voie.
43. L'utilisation de consultants en formation expatriés devra être basée sur une estimation du besoin d'une telle assistance en consultation avec le coordonnateur de formation.

MINISTRE
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET
DE LA POPULATION

PROJET

