RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

DU

PROJET DE SURVIE DE L'ENFANT EN AFRIQUE/LUTTE CONTRE LES MALADIES

INFANTILES TRANSMISSIBLES

EN

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

PAR

WESTINGHOUSE - PUBLIC APPLIED SYSTEMS

7 novembre 1986

AID/Westinghouse Contract PDC - 1406-I-00-4062 Work Order 18__

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

DU

PROJET DE SURVIE DE L'ENFANT EN AFRIQUE/LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES TRANSMISSIBLES

EN

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

PAR

WESTINGHOUSE - PUBLIC APPLIED SYSTEMS

7 novembre 1986

AID/Westinghouse Contract PDC - 1406-I-00-4062 Work Order 18__

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation externe tient à remercier M. Moussa-Labe, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS) et le Dr. Mamadou Kpossa, Directeur général de la Santé publique, ainsi que les membres de leur personnel pour leur aide, leur franchise et leur hospitalité.

L'équipe d'évaluation a été impressionnée par le dévouement, la motivation et l'enthousiasme des fonctionnaires du gouvernement central, de tout le personnel médical et infirmier, des responsables régionaux, des auxiliaires médicaux, et de tous les responsables des soins de santé primaire (SSP) y compris la santé maternelle et infantile, la planification familiale (SMI/PF) et la CCCD. Nous tenons aussi à remercier tout spécialement les docteurs Jean Limbassa, Directeur de Médecine préventive et des grandes endémies (MPGE) et coordinateur national de la CCCD pour sa clairvoyance et la perfusion de renseignements fournis à l'équipe d'évaluation en ce qui concerne le programme de soins de santé primaires (SSP) du gouvernement et l'intégration des activités de la CCCD au sein de ce programme.

Pour l'assistance qu'ils nous ont fournie, nous remercions également M. Hugh SmIth de l'USAID résidant à Bangui et responsable de la liaison avec la République Centrafricaine, ainsi que M. Gary Leinen, conseiller sanitaire de l'USAID à Yaoundé et responsable de la liaison avec la CCCD. M. Kevin Murphy des Centres pour le contrôle des maladies à Atlanta (CDC), chargé de la supervision du projet, a été une source précieuse d'information et a assuré le succès de la mission. Nous tenons à exprimer ici notre gratitude toute particulière envers Mlle. Catherine Montgomery, conseiller technique, (CT) des CDC pour le projet CCCD résidant à Bangui.

TABLE DES MATIERES

République Centrafricaine

		Page
	Remerciements	i
	Table des matières	ii
	Liste des tableaux	v
	Liste des graphiques	vi
	Sigles et abréviations	vii
1.0	Equipe d'évaluation	1
2.0	Résumé analytique	2
	2.1 Antécédents	2
	2.2 Conclusions générales et recommandations	2
3.0	Processus d'évaluation	8
4.0	Commentaires et résultats	9
	4.1 Planification et stratégie	12
	4.1.1 Recommandations	14
	4.2 Administration et gestion	14
	4.3 Coordination des donateurs	20
	4.4 Système d'information sanitaire (SIS)	21
	4.4.1 Registres des centres de santé et des hôpitaux	21
	4.4.1.1 Centres de santé	21
	4.4.1.2 Hôpitaux	22
	4.4.2 Rétroinformation	22
	4.4.3 Recommandations	22
	4.5 Programme élargi de vaccination (PEV)	23
	4.5.1 Antécédents, programmes, organisation et gestion	23
	4.5.1.1 Antécédents et programmes	23
	4.5.1.2 organisation et gestion	24
	4.5.1.3 Recommandations	26
	4.5.2 Stratégies	26
	4.5.2.1 Recommandations	30
	4.5.3 Chaîne de froid et distribution des vaccins	32
	4.5.3.1 Recommandations	36
	4.5.4 Couverture vaccinale	37
	4.5.4.1 Recommandations	45
	4.5.5.1 Recommandations	56

Page

	4.6	Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD).....	56
	4.6.1	Antécédents, plans, organisation et gestion.....	56
	4.6.1.1	Antécédents et plans.....	56
	4.6.1.2	Organisation et gestion.....	58
	4.6.1.3	Recommandations.....	59
	4.6.2	La réhydratation par voie orale (RVO) et le traitement des épisodes diarrhéiques.....	59
	4.6.2.1	Recommandations.....	62
	4.6.3	Approvisionnement et distribution des sels de réhydratation orale (SRO).....	62
	4.6.3.1	Recommandations.....	63
	4.6.4	Centres de démonstration de la TRO.....	63
	4.6.4.1	Recommandations.....	64
	4.6.5	Morbidité et mortalité dûes aux maladies diarrhéiques.....	65
	4.7	Programme de lutte contre le paludisme.....	71
	4.7.1	Antécédents, programmes, organisation et gestion	71
	4.7.1.1	Antécédents et programmes.....	71
	4.7.1.2	Organisation et gestion.....	73
	4.7.1.3	Recommandations.....	74
	4.7.2	Résistance à la chloroquine et traitement présomptif des cas de paludisme.....	74
	4.7.2.1	Recommandations.....	76
	4.7.3	Chimioprophylaxie des femmes enceintes.....	77
	4.7.3.1	Recommandations.....	78
	4.7.4	Approvisionnement et distribution de la chloroquine et des médicaments antipaludiques non chloroquinés	78
	4.7.4.1	Recommandations.....	80
	4.7.5	Morbidité et mortalité liées au paludisme.....	80
	4.8	Education pour la santé (EPS)/Recommandations...	89
	4.8.1	Recommandations.....	89
	4.9	Formation/éducation continue.....	90
	4.9.1	Recommandations.....	91
5.0	Coûts du programme.....		92
	5.1	Dépenses bilatérales du projet CCCD.....	92
	5.2	Contribution du Gouvernement de la République Centrafricaine.....	94
	5.3	Conclusions et recommandations.....	94
	5.3.1	Recommandations.....	95

Page

6.0 Financement..... 96

6.1 Economie de la RCA et finances publiques..... 96
6.2 Secteur santé en RCA..... 97
6.3 Moyenne des coûts..... 99
6.4 Viabilité financière de la CCCD..... 100
6.5 Autonomie des soins de santé..... 101
6.5.1 Carnets de santé..... 101
6.5.2 Formations sanitaires..... 101
6.5.2.1 Centre national hospitalier universitaire (CNHU) 101
6.5.2.2 Maternité des Castors..... 102
6.5.2.3 Centre médical de l'église des frères évangéliques, Boguila..... 102
6.5.2.4 Résumé..... 103
6.5.3 Produits pharmaceutiques..... 103
6.5.3.1 Coopérative pharmaceutique de Boguila/Peace Corps..... 104
6.5.3.2 Pharmacie de la DDC/PNUD à Bondongofio..... 105
6.5.3 Résumé..... 106
6.6 Conclusions et recommandations..... 106
6.6.1 Recommandations..... 107

7.0 Fonds pour la recherche opérationnelle..... 108

7.1 Recommandations..... 108

ANNEXES:

I. Mandat de l'équipe d'évaluation..... I-1
II. Liste des documents consultés..... II-1
III. Liste des personnes contactées..... III-1
IV. Budget illustratif jusqu'en 1990..... IV-1
V. Evaluation du système d'information sanitaire (SIS) en RCA et recommandations..... V-1
VI. Plan de formation..... VI-1
VII. Budget du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales..... VII-1
VIII. Coûts récurrents minimums des activités CCCD en 1990..... VIII-1
IX. Produits pharmaceutiques vendus dans les pharmacies villageoises: Peace Corps/Boguila, premier trimestre 1986..... IX-1

LISTE DES TABLEAUX

Table des matières (suite) Page

1. Répartition Géographique des Activités du PEV..... 13

2. Calendrier de Vaccination Recommandé - RCA..... 29

3. Couverture de Vaccination avec le VAT des Femmes Enceintes..... 44

4. Résultats d'une étude sur l'incidence de fièvre, le Taux de g.e. positif, le taux de prévalence d'hypertrophie de la rate, le taux de prévalence de parasitémie positive liée au P. falciparum et le taux de prévalence de l'immunofluorescence indirecte positive pendant une période d'une semaine parmi 342 enfants de 0 à 14 ans à Bangui, RCA, octobre 1985..... 85

5. Dépenses bilatérales du projet CCCD jusqu'au 30 septembre 1986..... 93

6. Contribution proposée pour le Gouvernement de la République Centrafricaine..... 94

7. Calendrier annuel de contributions convenu par le GORCA.. 94

8. Budget du GORCA 1983-1989 (en millions de CFA)..... 96

9. Budget du GORCA et du MSPAS 1983-86 (millions de CFA).... 98

10. Dépenses de la médecine curative et préventive 1984 et 1986 (en millions de CFA)..... 99

11. Redevances d'hospitalisation du CNHU..... 102

LISTE DES GRAPHIQUES

Table des matières (suite)

		Page
1.	Organisation Administrative.....	10
2.	Organigramme du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.....	15
3.	Répartition du Personnel Sanitaire.....	17
4.	Couverture Vaccinale - RCA, Enquête, Bangui, 1985.....	38
5.	Couverture Vaccinale - RCA, Enquête en dehors de Bangui, 1985.....	39
6.	Couverture Vaccinale Nationale Réajustée.....	42
7.	Déclaration Annuelle des Cas et des Décès, Rougeole, 1982-85.....	46
8.	Taux de Létalité Mensuel - Rougeole, 1982-85.....	47
9.	Morbidité Annuelle dûe à la Rougeole par 100 000 habitants.....	49
10.	Cas de Rougeole Enregistrés par Mois, 1985-86.....	51
11.	Déclaration Annuelle des Cas et des Décès, Polio, RCA, 1982-85.....	53
12.	morbidité dûe à la Polio, par 100 000 habitants.....	54
13.	Déclaration Annuelle des Cas et des Décès, Tétanos.....	55
14.	Déclaration Annuelle des Cas et des Décès, Diarrhée, 0 à 4 ans, RCA, 1980-85...	66
15.	Morbidité dûe à la Diarrhée, 0 à 4 ans par 100 000 habitants, 1980-85.....	69
16.	Déclaration Mensuelle des Cas, Diarrhée, 0 à 4 ans.....	70
17.	Déclaration Annuelle des Cas et des Décès, Paludisme, 1982-85.....	81

LISTE DES GRAPHIQUES

Table des matières (suite) Page

18. Morbidité Palustre par 100 000 habitants, 1982-85..... 82

19. Déclaration Mensuelle des Cas - Paludisme, RCA, 1982-85..... 84

20. Pourcentage de Nouveaux-Nés de moins de 2.500 g Maternités des Régions Sanitaires, 1985..... 87

21. Pourcentage de Nouveaux-Nés de moins de 2.500 g Maternités des Régions Sanitaires, 1985..... 88

SIGLES ET ABREVIATIONS

Table des matières (Suite)

RCA:	République Centrafricaine
GORCA:	Gouvernement de la République Centrafricaine
MSPAS:	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
DMPGE:	Direction de Médecine Préventive et des Grandes Endémies
PGE:	Médecine Préventive et Grandes Endémies
DMC:	Direction de Médecine Curative
SOCEDA:	Société Centrafricaine de Développement Agricole
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement
FMI:	Fonds Monétaire International
UNICEF:	United Nations International Children's Fund (Fonds International de Secours à l'Enfance
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
CCCD:	Combatting Communicable Childhood Diseases (Lutte contre les maladies infantiles transmissibles)
CDD:	Combatting Diarrheal Diseases (Lutte contre les maladies diarrhéiques)
USAID:	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)
CDC:	Centers for Disease Control (Centres pour le contrôle des maladies)
PEV:	Programme Elargi de Vaccinations
CAP:	Connaissances, Attitudes et Pratiques
SMI:	Santé Maternelle et Infantile
SMI/PF:	Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SSP:	Soins de Santé Primaires

SIGLES ET ABREVIATIONS (suite)

SRO:	Sels de Réhydratation Orale
TRO:	Thérapie de Réhydratation Orale
RVO:	Réhydratation par Voie Orale
IV:	Intraveineux
IM:	Intramusculaire
SIS:	Système d'Information Sanitaire
SSS:	Solution-Sel-Sucre
FAC:	Fonds d'Assistance et de Coopération (France)
EPS:	Education pour la Santé
CS:	Centre de Santé
SCS:	Sous-Centre de Santé
PS:	Poste de Santé
TL:	Taux de Létalité
PIL:	Project Implementation Letter (Lettre de mise en oeuvre du projet)
CT:	Conseiller Technique
TSS:	Technicien Supérieur en Santé
DTC:	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
VOP:	Vaccin Oral de Poliovirus
BCG:	Vaccin Bacillus-Carmin-Guerrain
VAR:	Vaccin Antirougeole
VAT:	Vaccin Antitétanos

1.0 Equipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation a été composée des membres suivants:

Vincent W. Brown, Chef de l'équipe et expert-conseil en gestion sanitaire
Joyce Huber, Economiste de la santé
Dr. Marjorie Pollack, M.D., Epidémiologue

L'équipe a été assistée par les personnes suivantes:

Kevin Murphy, Responsable du projet, CDC/Atlanta, Etats-Unis
Gary Leinen, Conseiller sanitaire, USAID et responsable de la liaison avec la CCCD, USAID, Yaoundé
Katherine Montgomery, Conseiller technique, CDC, CCCD/RCA

Le Docteur Jean Limbassa, Coordinateur national pour la RCA et Directeur de médecine préventive et des grandes endémies (DMPGE) a fourni à l'équipe d'évaluation une excellente orientation qui a contribué énormément à notre compréhension de la mise en oeuvre du projet CCCD en RCA ainsi que de son intégration dans le cadre du programme de soins de santé primaires (SSP).

2.0 Résumé analytique

2.1 Antécédant

L'équipe d'évaluation composée d'un médecin épidémiologue, un économiste de la santé et d'un expert conseil en gestion sanitaire, a mené à bien ses travaux en République Centrafricaine du 19 octobre au 7 novembre 1986 dans le cadre du projet de lutte contre les maladies infantiles transmissibles (CCCD). L'équipe a été aidée par M. Kevin Murphy, CDC/Atlanta, responsable de la supervision du projet et par M. Gary Leinen, USAID/Yaoundé, conseiller sanitaire et responsable de la liaison.

Nous avons eu des entretiens avec le Secrétaire général du MSPAS, le Directeur général de la santé publique, le coordinateur national de la CCCD ainsi qu'avec d'autres cadres supérieurs du MSPAS. Lors des visites in situ nous avons également contacté les médecins-chefs régionaux et leurs adjoints, le personnel médical et infirmier des formations sanitaires du pays (hôpitaux, centres, sous-centres et postes de santé) y compris les médecins, infirmiers diplômés, techniciens de santé, infirmiers bénévoles, auxiliaires médicaux, comités sanitaires de village, etc. Les chefs de mission, cadres supérieurs et représentants du PNUD, UNICEF, OMS, FAC, Ambassade des Etats-Unis, USAID et Peace Corps (PC) auprès de la République Centrafricaine ont également été contactés par l'équipe d'évaluation..

Le mandat de l'équipe d'évaluation était le suivant:

- Evaluer les activités de la CCCD (PEV, lutte contre les maladies diarrhéiques, lutte antipaludique) au niveau central, régional et périphérique;

- Examiner le degré d'intégration des activités CCCD au sein de la structure des soins de santé primaires (SMI/PF);

- Présenter des recommandations visant à améliorer et à développer les services fournis par la CCCD; et

- Scruter la capacité de la RCA pour financer la continuation des activités CCCD à la fin du projet, y compris la possibilité d'autonomie financière.

(l'annexe I présente en détail le mandat de l'équipe d'évaluation externe)

2.2 Conclusions générales et recommandations

L'équipe d'évaluation se fécilite de la décentralisation du système santé maternelle/planification familiale/vaccination. L'équipe a été impressionnée par l'envergure de la tâche à mener à bien et le défi que représente pour le gouvernement la mise en oeuvre pour 1990 d'un système de prestation de soins de santé primaires couvrant toute la population du pays. A l'heure actuelle 40% uniquement de la population cible des mères de famille et enfants de moins de cinq ans est couverte par les formations sanitaires fixes; et seulement 18%

de moins de cinq ans sont complètement vaccinés. Il nous faut féliciter le cocrdinateur national de la CCCD de sa gestion compétente et solide du projet.

2.2.1 Planification et coûts du programme

L'équipe d'évaluation estime que les programmes quinquennaux nationaux (1986-1990) pour les PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la lutte antipaludique sont d'une excellente qualité et présentent une base solide pour les activités opérationnelles y afférentes. Elle considère excellente aussi la stratégie gouvernementale de décentralisation de la gestion quotidienne du programme CCCD et d'intégration de celui-ci au sein de la structure SMI/PF.

Recommendations:

-Le PEV est le seul programme ayant un budget. Des budgets devraient être préparés pour les deux autres programmes--lutte contre les maladies diarrhéiques et paludisme--en vue de demander l'assistance des donateurs.

Le projet CCCD (y compris son conseiller technique) devrait être prolongé d'une année jusqu'en 1990.

-Le MSPAS devrait, en collaboration avec les CT, préparer un budget détaillé pour couvrir le reste du projet y compris l'extension recommandée. L'on devrait prêter une attention toute spéciale aux fonds affectés à la formation, l'éducation pour la santé, l'information sanitaire, et la recherche opérationnelle. La contribution du GORCA ainsi que la contribution bilatérale de la CCCD devrait être augmentée afin de couvrir les dépenses supplémentaires.

2.2.2 Administration et gestion

Nous avons constaté une très solide gestion administrative au niveau central, qui se bénéficierait d'une plus forte collaboration entre les Directions de SMI/PF et de médecine préventive/grandes endémies dans le domaine de la planification et de la supervision des travaux dans le terrain.

Plusieurs hôpitaux, centres, sous-centres et postes de santé manquent de personnel professionnel.

La carence des moyens de transport, carburant, et indemnité de déplacement pour les visites de supervision, entrave les activités de formation et de supervision des formations sanitaires.

Les ruptures dans les livraisons de fournitures médicales, de vaccins et d'équipement aux formations sanitaires, limitent l'efficacité de leurs services.

2.2.3 Coordination des donateurs

Vu que l'UNICEF n'a pas encore donné son approbation définitive au projet financé par l'Italie, les activités déja projetées du PEV ont dû être

différées, causant à leur tour des retards considérables dans le calendrier d'exécution de ce programme.

Il n'y a pas un méchanisme gouvernemental de coordination pour les donateurs qui participent aux activités de la SMI/PF et de la CCCD.

Recommandations:

-Les donateurs internationaux et bilatéraux (PNUD, UNICEF, OMS, FAC et USAID) devraient assister le gouvernement de la RCA en vue d'encourager le gouvernement de l'Italie à approuver sans tarder le projet PEV.

-Le Ministère devrait créer un groupe de travail composé de tous les donateurs qui participent activement au programme SMI/PF/CCCD présidé par le coordinateur national de la CCCD.

2.2.4 Programme élargi de vaccination (PEV):

Un certain nombre de recommandations techniques ont été faites et ont pour but d'améliorer l'efficacité de ce programme. Les plus urgentes et importantes sont:

Recommandations:

-Eliminer "les occasions manquées" pour les vaccinations, en augmentant le nombre de jours de vaccination, en vaccinant les enfants malades, (y compris ceux qui se trouvent dans le centre de santé à des fins curatives), en ouvrant les fioles de vaccins même pour un seul enfant (surtout lorsqu'il s'agit du vaccin contre la rougeole).

-Approvisionner les formations sanitaires de stocks suffisants d'aiguilles, seringues et stérilisants, et former leur personnel en vue d'assurer l'usage "d'une aiguille stérile et d'une seringue stérile pour la vaccination de chaque enfant".

-Informer les missionnaires et autres agents sanitaires du secteur privé des activités du programme PEV du GORCA et les inclure dans les cours de formation y afférents.

2.2.5 Lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD):

Un certain nombre de recommandations techniques ont été faites ayant pour but d'améliorer l'efficacité de ce programme. Les plus urgentes et importantes sont:

Recommandations:

-Octroyer une forte priorité à la formation de tout le personnel sanitaire régional en vue de créer dans chaque région du pays des unités de démonstration/formation de la RVO.

-Mettre sur pied une stratégie de sensibilisation de la population en utilisant les médias en vue d'améliorer la mise en oeuvre du programme au niveau communautaire.

2.2.6 Paludisme

Un certain nombre de recommandations techniques ont été faites ayant pour but d'améliorer l'efficacité de ce programme. Les plus urgentes et importantes sont:

-Mener à bien des cours de perfectionnement pour tout le personnel de formation du pays afin de les mettre au courant du nouveau programme national de lutte contre le paludisme. Ces cours devraient enseigner la posologie recommandée pour le traitement présomptif des cas de paludisme.

-Décourager l'usage du Quinimax par voie intramusculaire, ainsi que par voie intraveineuse dans les centres d'orientation des malades, à cause des possibles dangers et effets secondaires posés par cette modalité de traitement.

-Mettre sur pied un réseau fiable de ravitaillement en combinant, à la rigueur, la distribution des comprimés de chloroquine avec celle des vaccins tous les deux mois.

2.2.7 Système d'information sanitaire

Plusieurs recommandations ont été faites par l'équipe d'évaluation et par l'épidémiologue des CDC qui a visité récemment la RCA comme consultant. Ses recommandations sont les suivantes:

Recommandations:

-Le niveau central devrait préparer des formulaires standardisés d'enregistrement qui seraient distribués à toutes les formations sanitaires du pays. On devrait former le personnel respectif en ressassant l'importance des données requises et en lui enseignant à remplir correctement ces formulaires.

-Publier régulièrement un bulletin épidémiologique qui serait distribué à toutes les formations sanitaires du pays aux fins de rétroinformation sur les tendances des maladies et les niveaux de couverture des différents programmes.

2.2.8 Financement des soins de santé

Il conviendrait de se concentrer immédiatement sur l'augmentation des revenus affectés au secteur santé en facturant les usagers pour les soins reçus. Ce système de redevances peut contribuer énormément à recouvrer des prestations de soins de santé mais il exige une gestion financière soignée des recettes perçues. USAID/Washington et les CDC/Atlanta devraient apporter leur concours à la création de ce système de redevance pour l'usager des services de santé en fournissant l'assistance technique et la formation nécessaire. Il serait

très avantageux également d'autoriser les formations sanitaires à utiliser une partie de leurs recettes pour couvrir leurs frais plutôt que de les remettre au Trésor national. Deux raisons justifient la création de ce système: 1) les directeurs des formations sanitaires seraient motivés et surveilleraient la collecte et l'affectation de ce revenu; 2) l'on assurerait l'investissement de ces recettes dans le secteur santé. Ainsi donc, les personnes qui paieraient pour les soins de santé recevraient à leur tour des bénéfices tangibles sous la forme de soins de plus haute qualité.

Recommandations:

-Chercher la manière de permettre aux formations sanitaires du pays de garder une partie des recettes perçues pour leurs services plutôt que de les remettre au Trésor national.

-Encourager les installations sanitaires à récupérer les coûts des médicaments, vu que la population paie déjà des sommes considérables pour ceux-ci dans le secteur privé. Si les recettes perçues pour les médicaments étaient utilisés pour augmenter leurs stocks, plus de médicaments seraient disponibles dans les établissements de santé publique et les malades n'auraient pas besoin de se les procurer auprès du secteur privé à des prix majorés. Il conviendrait de commencer par fixer ces redevances dans les hôpitaux, pour les soins internes et ambulatoires, étant donné que dans ce secteur les recettes potentielles sont considérables et peuvent être surveillées de très près. Après avoir confirmé la réussite de ce système dans les hôpitaux, il pourrait être mis en oeuvre dans les autres formations sanitaires du pays.

-Modifier les renseignements exigés des formations sanitaires afin de permettre un calcul de la moyenne des coûts des soins de santé les plus importants.

2.2.9 Education pour la santé (EPS)

Les trois programmes nationaux, PEV, CDD et lutte antipaludique, prêtent une attention toute particulière à l'éducation pour la santé (EPS). L'EPS et la communication sont en quelque sorte le sparadrap qui colle les différents éléments de la SMI/PF/CCCD et les explique aux mères de famille. Malheureusement, l'unité centrale d'EPS ne fonctionne qu'à 25% de sa capacité et manque de ressources pour produire les programmes de radio et de télévision nécessaires, pour acquérir le matériel de formation indispensable et pour se procurer les moyens de transport qui permettraient de répandre leur utilisation.

Recommandations

-Rétablir, le plus tôt possible, le niveau précédent de personnel professionnel (avec l'adjonction de une à quatre personnes) de l'unité d'EPS de la direction de SMI/PFS afin que celle-ci puisse participer activement au soutien opérationnel des programmes nationaux de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de lutte antipaludique. Dans le cas où cet objectif ne pourrait être accompli avec

le personnel du Ministère, l'on devrait penser à recruter du personnel sous contrat pour la durée du projet. (Les salaires de ce personnel sous contrat devraient être payés par les donateurs dans le cadre des accords RCA/FMI/Banque mondiale limitant le recrutement du personnel).

-Fournir à court terme et sous l'égide du projet CCCD l'assistance technique d'un spécialiste compétent dans le domaine de la santé, l'éducation et la communication.;

-Demander l'assistance d'un bénévole compétent du PC ayant reçu une formation dans le domaine de l'EPS, y compris la sensibilisation communautaire.

2.2.10 Formation

La formation du personnel sanitaire à tous les niveaux, relative aux politiques nationales de vaccination, à la lutte contre les maladies diarrhéiques et contre le paludisme, revêt la plus haute priorité. Il est nécessaire d'organiser le plus tôt possible dans toutes les régions du pays des unités de démonstration et de formation de la RVO.

Recommandations:

-Former le plus tôt possible le personnel sanitaire du pays en vue d'assurer la mise en oeuvre des pratiques prescrites par les nouveaux programmes nationaux récemment adoptés pour le PEV, la CDD et la lutte antipaludique.

-Etablir, dès que possible, des unités de formation de la RVO en y affectant immédiatement le personnel qui a besoin d'être formé.

2.2.11 Fonds pour la recherche opérationnelle

Jusqu'à maintenant, les fonds pour la recherche opérationnelle fournis en vertu du projet CCCD ont été sous-utilisés en RCA; tel étant le cas dans d'autres pays d'Afrique participant à la CCCD. Cependant, au fur et à mesure que le PEV s'élargit et que les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme sont mis en oeuvre, la RCA aura besoin de plus de recherche. Les études portant sur les aspects techniques, la planification et la gestion issues de cette recherche, pourraient augmenter l'efficacité de ces programmes ainsi que des autres activités reliées à la CCCD.

Recommandations

-Utiliser plus largement les fonds disponibles dans le cadre du projet CCCD pour la recherche opérationnelle. Fournir l'aide nécessaire dans la préparation de ces programmes de recherche.

3.0 Processus d'évaluation

Le noyau de l'équipe d'évaluation était formé d'un médecin épidémiologue, d'un économiste de la santé et d'un expert conseil en gestion sanitaire. L'équipe a travaillé en RCA du 19 octobre au 7 novembre 1986. Avant son arrivée à Bangui, l'équipe mena à bien une évaluation semblable au Rwanda. Les séances d'orientation pour l'équipe d'évaluation externe se sont tenues au siège des Centres pour le contrôle des maladies (CDC) à Atlanta, Georgia, les 25 et 26 septembre 1986. A ce moment là, l'équipe eut l'occasion de se réunir avec les responsables du projet CCCD, notamment Wendy Roseberry, responsable du projet à l'USAID, qui était venue spécialement de Washington, D.C. pour participer aux journées d'orientation. De volumineux documents de base furent soumis aux membres de l'équipe d'évaluation, en vue de leur examen et étude à Atlanta et à Bangui. (La liste complète de la documentation principale étudiée par les membres de l'équipe d'évaluation pour préparer ce rapport est adjointe à l'annexe II.)

Lors de la première semaine dans le pays, l'équipe s'est entretenue avec les fonctionnaires du MSPAS responsables de la CCCD ainsi qu'avec les experts qui, à l'échelle nationale, s'occupent de la mise en oeuvre de ces programmes. Le coordinateur national de la CCCD et le CT/CDC pour la CCCD ont été particulièrement utiles, en fournissant aux membres de l'équipe d'évaluation une orientation sur le projet CCCD en République Centrafricaine et en répondant patiemment à toutes leurs questions.

La deuxième semaine a été consacrée à visiter in situ les cinq régions sanitaires du pays, y compris les offices sanitaires régionaux, les hôpitaux régionaux et préfectoraux, les centres de santé (CS), les sous-centres de santé (SCS), les postes de santé (PS). Les membres de l'équipe se sont également entretenus avec les médecins-chefs régionaux, les responsables de l'encadrement, les auxiliaires médicaux, le personnel infirmier, etc. (La liste complète des personnes contactées par l'équipe et des formations sanitaires visitées se trouve à l'annexe III.)

La troisième et dernière semaine a été consacrée à la rédaction de ce rapport, à la vérification des données et à l'élaboration d'un consensus. Les membres de l'équipe se sont également entretenus avec le Secrétaire général du MSPAS ainsi qu'avec le Directeur général de la santé publique en leur présentant les résultats préliminaires de l'évaluation. Un résumé écrit de ces résultats fut préparé en version française pour être soumis au MSPAS.

Le temps imparti de trois semaines fut extrêmement court pour permettre aux membres de l'équipe d'évaluation d'évaluer à fond un projet aussi polyvalent que la CCCD. En vue de son intégration au sein du programme de SSP du Gouvernement centrafricain. Cependant, grâce à la généreuse assistance fournie par les cadres de programmation, supervision et opération, responsable d'orienter l'équipe d'évaluation, et grâce aussi à leurs entretiens si ouverts et à leurs intelligentes suggestions, l'équipe arriva à compléter son évaluation et à soumettre ses recommandations.

ANNEXE VIII

COUTS RECURRENTS MINIMUM DES ACTIVITES CCCD EN 1990

COUTS RECURRENTS MINIMUMS DES ACTIVITES CCCD EN 1990

Chloroquine

Il a été estimé qu'en 1990 la RCA aura besoin de 22.400.000 comprimés de chloroquine pour couvrir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (Programme national de lutte contre le paludisme en RCA", 1986). Ce calcul a été fait sur la base de six épisodes diarrhéiques par an pour les enfants, 75% desquels seront traités. L'on suppose également que 75% des femmes enceintes recevront la chimioprophylaxie à la chloroquine et 30%, un traitement antipaludique. Sur la base du prix de $0,009 par comprimé (le prix d'achat pour la CCCD y compris le transport) les dépenses totales pour 1990 seront de $201.600.

SRO

D'ici 1990 la RCA a l'intention d'augmenter jusqu'à 43% les cas de diarrhée traités par la RVO. Avec une population de 573.982* enfants de moins de cinq ans prévus pour 1990, deux épisodes par an et deux sachets par épisode, le nombre total de sachets SRO requis sera de 987.249. En supposant un prix de revient moyen de $0,15 (la CCCD a récemment payé $0,20 ce qui semble plus élevé que la moyenne), les dépenses totales seront de $148.087.

* Calcul de la population de moins de cinq ans.

Population en 1986	Taux de croissance	Population pour 1990	20% de la population représentée par les enfants de moins de 5 ans
2.600.000	2,5%	2.600.000 x (1,025) = 2.870.000	573.892

(Note: Le taux d'utilisation de la RVO d'ici 1990 vient de l'annexe 2, tableau 1 du Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (1986-1990), 6/86)

Vaccination et fournitures pertinentes

L'objectif du programme PEV récemment adopté par le GORCA est d'atteindre 80% de couverture vaccinale d'ici 1990 (Fiche de Prise en Considération d'une Demande d'Assistance de l'UNICEF à un Plan d'Opération pour le Développement Accéléré du Programme Elargi de Vaccination en RCA", 1986). Les coûts récurrents estimés pour ce programme pour 1990 seront de $298.961).

La ventilation de ces coûts est la suivante:

Vaccins	$119.540
Fournitures pour lavaccination (iode, alcool, carnets de vaccination)	$105.857
Entretien des véhicules	$ 21.384
Maintenance de la chaîne de froid	$ 5.000
Kérosène	$ 23.500
Pétrole	$ 23.680
Total	$298.961

Coûts récurrents minimums des activités CCCD en 1990

Les coûts récurrents minimum des activités en 1990 seront de $648.640 sans inclure la formation ou le personnel. Très probablement, l'UNICEF continuera à contribuer la somme de $225.397 pour l'achat de vaccins et des fournitures pertinentes. Ce qui laisse $423.251 à être financés. Ce montant est assez considérable; néanmoins si le gouvernement vendait les sachets SRO et la chloroquine au lieu de les distribuer gratuitement, il pourrait recouvrer $349.687, ce qui laisse $73.568 à être financés par le GORCA.

Coûts récurrents

	Sans UNICEF ou recouvrement des coûts	Avec UNICEF mais sans recouvrement des coûts	Avec UNICEF et avec recouvrement des coûts
Chloroquine	$201.600	$201.600	
Sachets SRO	$148.087	$148.087	
PEV	$298.961	$ 73.568	$ 73.568
Total	$648.648	$423.251	$ 73.568

ANNEXE IX

PRODUITS PHARMACEUTIQUES VENDUS

DANS LES PHARMACIES VILLAGEOISES:

PEACE CORPS/BOGUILA

PREMIER TRIMESTRE 1986

Médicaments/Soins	Saison sèche (1.12.85-31.03.86) Médicaments à la vente	
pirine	552	103
avoquine	164	56
ctrim	41	10
larcil	120	0
agyl	51	0
enobarbitone	143	0
l d'iode	2,3 paquets pendant 4 mois	
gal	29 ml	3 ml
locide	--	34
rmox	46	5
lphate de fer	78	0
ide folique	42	0
vityl-sirop	1 fiole	1 fiole
vityl-comprime	25	5
eau oxygene	30 ml	0
ntian violet	suffisamment de grammes pour faire 1 litre pendant 4 mois	
istal de mecurochrome	0	-
mmade antibiotique	3	1
mmade antibiotique opthalmique	1	1
von antimicrobienne	0	0.25
nde, grande	1	2
nde, petite	1	0
mpresse	16	4
aracrap	250 cm	125 cm
l	0	0.03 kg
cre	1 kg	0.25 kg
quet d'accouchement	0	--
hemin de Sante	-	4
ermometre	0	0
c de plastique	0	0

LISTE DES MEDICAMENTS DE LA CAISSE VILLAGEOISE

Désignation	Présentation
Nivaquine	Comprimés
Quinimax	Ampoule injectable à 2 ml et 4
Fanzidar	Comprimé et injectable
Ganidan	Comprimés
Hexaforme	Comprimés
Fasigyne	Comprimés
Vermox	Comprimés et sirop
Vansil	Comprimés et sirop
Argyrol	Solution à 1%
Aureomycine	Pommade 1% et 3%
Otalgol	Solution
Penicilline G	Injectable;500.000 unité et 1 m
Bipenicilline	1 million
Extencilline	2,4 million
Oracilline	Comprimés à 1 million d'unités
Toplexil	Sirop
Benzochloryl	Solution
Ascabiol	Solution
Aspirine	Comprimés à 500 mg
Vogalène	Injectable
Spasfon	Injectable et Comprimés
Phenergan	Injectable et comprimés(adulte
Valium	Comprimés à 2 mg et 5 mg ampoule injectable à 10 mg
Solucamphre	Injectable
Alcool à 90°	
Alcool iodé	
Mercurochrome	Solution

Permanganate de potassium	Comprimés
Mercoryl	
Entogan	Poudre
Cutisan	Poudre
Gélusil	Comprimés
Fer	Comprimés
Huile gomenolée à 2%	
Amoxaryl	Pommade
Betaria	Pommade,lotrai
Fasol	Pommade
Polygynax	Ovules gynécologiques
Coton hydrophile 100 gr	
Bande de gaze	
Spradrap	
Compresses	
Eau distillée pour préparation injectables	

Fait à Bossangoa,le 23 Juillet 1986

Cette liste a été élaborée par le Chef de la Région Sanitaire N° 3 et son Adjoint.

Pour la Région Sanitaire N° 3

Docteur Emmanuel N C U D N G

Adjoint au Chef de la Région Sanitaire N° 3

Bossangoa

IX 3

4.0 Commentaires et résultats

L'équipe d'évaluation de la CCCD a mené à bien ses tâches en République Centrafricaine du 19 octobre au 8 novembre 1986. Pendant cette période de temps nous avons eu l'occasion de nous réunir avec le Secrétaire général et le Directeur de la Santé publique du Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS) ainsi qu'avec d'autres fonctionnaires, cadres supérieurs, médecins-chefs régionaux et leurs adjoints, personnel médical et infirmier des formations sanitaires du pays--hôpitaux, CS, SCS, PS (médecins, chefs de service, techniciens, personnel infirmier, personnel infirmier bénévole, auxiliaires, comités sanitaires des villages, sage-femmes, agents sanitaires, etc.). Nous avons également visité les établissements sanitaires publics et privés du pays. En outre nous avons contacté les cadres du Ministère du Plan et nous nous sommes entretenus avec les fonctionnaires du PNUD, de l'UNICEF, de l'OMS, du FMI, ainsi qu'avec le conseiller technique de la FAC auprès du MSPAS, avec les fonctionnaires de l'Ambassade américaine, les bénévoles du PC et les responsables de la liaison à l'USAID. Le mandat de l'équipe d'évaluation était le suivant:

a) Evaluer les activités de la CCCD en République Centrafricaine, en recueillant et en analysant systématiquement les données sur la gestion et la mise en oeuvre de la CCCD au niveau central, régional et périphérique;

b) Evaluer le degré d'intégration des activités de la CCCD en RCA dans le cadre de la structure existante des soins de santé primaires/planification familiale (SSP/PF) du pays;

c) Présenter des recommandations visant à améliorer et développer la prestation des services de la CCCD, y compris le développement du système d'information sanitaire (SIS), le programme d'éducation pour la santé (EPS) et les activités de formation;

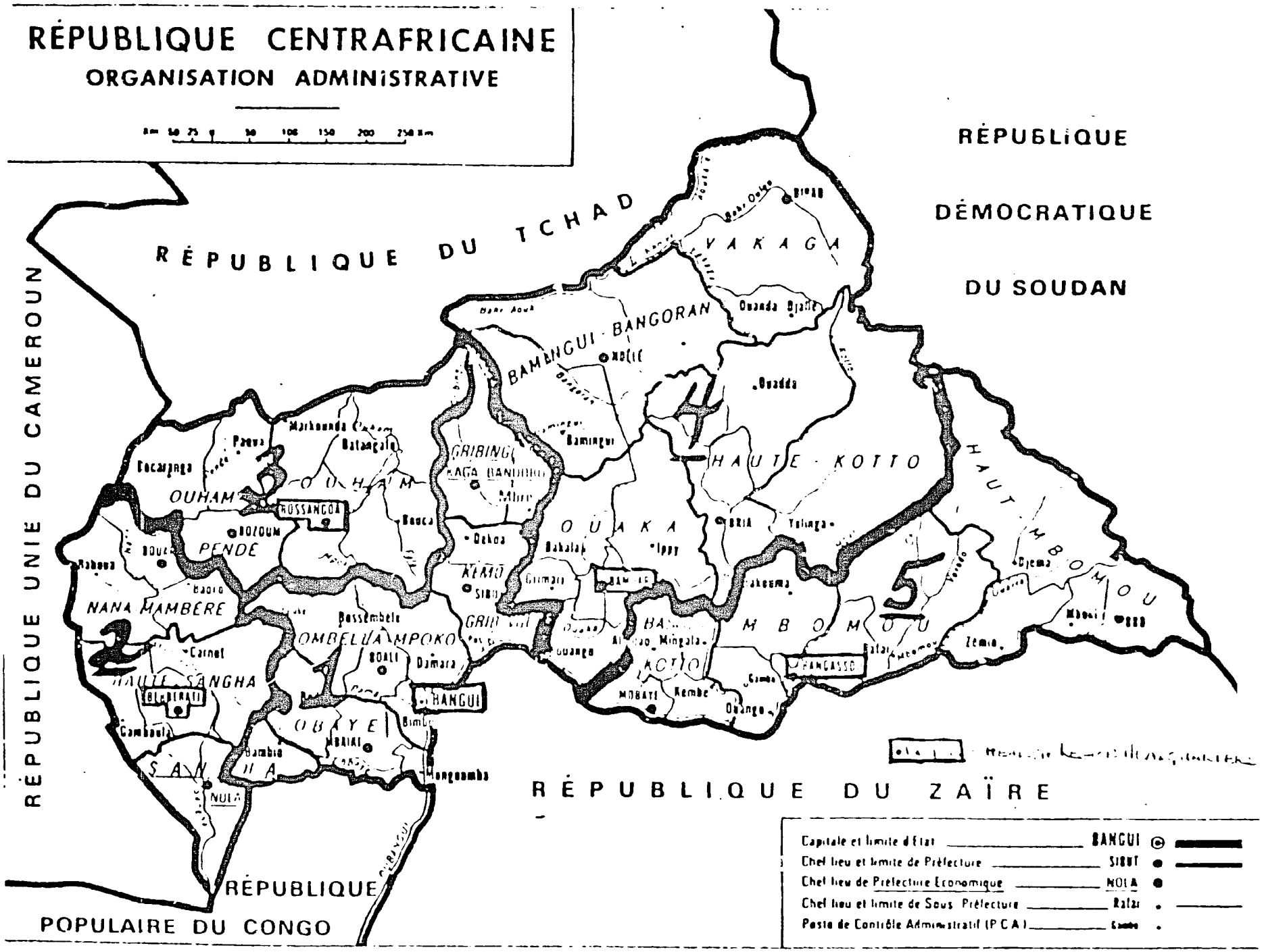
d) Accélérer l'intégration de tous ces systèmes dans le cadre de la structure actuelle des SSP en tenant compte des contraintes financières existantes; et

e) Evaluer les coûts de maintien de la CCCD en RCA ainsi que les possibilités de financement une fois que l'assistance des donateurs sera arrivée à terme. Présenter des recommandations pour assister le gouvernement de la RCA à faire face à ses obligations.

(A l'annexe I vous trouverez le mandat détaillé de l'équipe d'évaluation, à l'annexe II, la liste complète des documents consultés et à l'annexe III, la liste des personnes contactées et des formations sanitaires visitées.)

L'équipe a été impressionnée des progrès considérables accomplis par le gouvernement de la RCA dans l'établissement d'un système de soins de santé primaires viable et opérationnel (à savoir, hôpitaux régionaux et préfectoraux, centres, sous-centres et postes de santé, comités sanitaires des

Graphique 1


RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
ORGANISATION ADMINISTRATIVE
RÉPUBLIQUE DU TCHAD
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU SOUDAN
RÉPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN
RÉPUBLIQUE DU ZAÏRE
RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
VAKAGA
BAMBINGUI-BANGORAN
HAUTE-KOTTO
HAUT-MBOMOU
OUHAM
OUHAM-PENDE
NANA-MAMBERE
OMBELLA-MPOKO
OUAKA
KEMO-GRIBINGUI
BASSE-KOTTO
MBOMOU
HAUTE-SANGHA
OUAYE
SANGHA
BANGUI
BERBERATI
BOSSANGOA
BOUAR
BOZOUM
BOUALI
BAMBARI
NOLA
BANGASSOU
Capitale et limite d'Etat — BANGUI
Chef lieu et limite de Préfecture — SIBUT
Chef lieu de Préfecture Economique — NOLA
Chef lieu et limite de Sous Préfecture — Ratzi
Poste de Contrôle Administratif (P.C.A.) — Gamba
INSTITUT GEOGRAPHIQUE NATIONAL PARIS

villages, agents sanitaires, sage-femmes, etc.). Le pays compte avec un personnel médical compétent; la faculté de médecine de l'université est en mesure de former les médecins et le personnel para-médical du pays. L'équipe d'évaluation se rend compte que dû aux contraintes budgétaires et au manque de personnel enseignant, le gouvernement de la RCA se soit vu obligé de limiter le nombre de professionnels sanitaires formés à la faculté de médecine. Par ailleurs, l'équipe considère sage la décision de décentraliser le système de soins de santé du pays, et à cet égard, félicite le gouvernement de la RCA. Le graphique 1 montre une carte de la RCA avec l'organisation administrative du pays et les démarcations des cinq régions sanitaires.

L'équipe d'évaluation soutient l'objectif gouvernemental d'avoir dans toutes les préfectures, sous-préfectures et communes des centres et sous-centres de santé dotés de services complets avec des unités de SMI et de PEV. Cette décision pose un important défi au gouvernement de la RCA. Les hôpitaux et les centres de santé existants manquent tout particulièrement de personnel infirmier compétent. Par exemple, dans la région II, plus de 50% du personnel infirmier est formé de bénévoles sans une formation complète, qui ne reçoivent pas de salaire mais plutôt une petite prime versée par la communauté. Les services de SMI/PF et de médecine préventive à l'échelle régionale sont bien coordonnés et se trouvent sous les auspices du médecin-chef régional et son adjoint. En terme généraux, les activités du PEV paraissent être plus concrètes et mieux soutenues par le niveau central que les activités de SMI (nous n'avons vu aucune affiche de vulgarisation EPS ou autre matériel de sensibilisation déployé dans les formations sanitaires visitées).

L'efficacité des centres et sous-centres de santé est très variée. Dans certains, les stocks de vaccins étaient amplement suffisants, les activités du PEV bien coordonnées avec celles de la SMI, les registres bien maintenus, la chaîne de froid en bon état et des postes sentinnelles en cours d'établissement. Dans d'autres, nous avons trouvé des bâtiments délabrés, des ruptures fréquentes dans les livraisons médicales, comprimés de chloroquine et vaccins, des pratiques de stérilisation laissant à désirer et l'utilisation multiple de la même seringue (souvent par manque de matériel). Le manque de véhicules, de carburant, d'indemnité de déplacement et de personnel entrave gravement les visites de supervision et limite les activités de vulgarisation uniquement aux formations sanitaires capables de les mener à bien.

Par la voie des trois programmes quinquennaux nationaux (1986-1990) récemment approuvé par le MSPAS (PEV, CDD et lutte antipaludique) ainsi que de la structure de base décrite antérieurement, l'équipe est persuadée qu'avec les ressources nécessaires et suffisamment de temps, les faiblesses opérationnelles mentionnées auparavant peuvent être palliées, les lacunes de services comblées et le programme gouvernemental SMI/PF pour la survie de l'enfant y compris les activités CCCD renforcées. Les trois programmes nationaux prévoient des activités de soutien importantes tels que l'EPS et la formation.

Une preuve importante de cet engagement du gouvernement vis-à-vis le programme CCCD est la décision récente du Ministère du Plan d'inclure dans le budget du MSPAS une contribution gouvernementale au projet CCCD en vertu du barème suivant: 26 millions de CFA ($78.788) pour 1987, 26 millions de CFA (78,788) pour 1988; et 35 millions de CFA ($106.060) pour 1989, donnant un montant

total de 87 millions de CFA ($263.630). Si, tel que prévu, cette décision est exécutée, la contribution gouvernementale requise par l'accord du projet CCCD sera satisfaite.

4.1 Planification et stratégie

Comme nous l'avons déjà dit, nous estimons que la planification des SSP du MSPAS pour la période 1986-1990 dans les trois domaines clés du projet CCCD (PEV, CDD et lutte antipaludique) est particulièrement bien conçue, surtout en ce qui concerne le programme PEV. Nous prenons note cependant de l'absence de budget pour les programmes CDD et lutte antipaludique. La stratégie du MSPAS d'exécuter des activités par la voie d'une décentralisation de l'administration et en tant que partie intégrante de son programme de santé maternelle et infantile/planification familiale et d'exiger la participation des chefs de service des cinq régions sanitaires et leurs adjoints dans l'élaboration définitive des trois programmes, nous parait digne d'éloge.

Nous considérons excellente aussi la décision du Ministère de concentrer ses efforts de PEV dans les huit préfectures à plus forte densité de population. Ceci devrait faciliter la réalisation de l'objectif gouvernemental d'augmenter de manière significative le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans complètement vaccinés. Le tableau 1 montre la répartition géographique pour 1986 de la population desservie par le PEV dans les huit préfectures de plus haute densité démographique. Par rapport à la population totale de la RCA (grosso modo 2,7% millions d'habitants) environ 79,7% des habitants sont couverts par ces huit préfectures. Dans les huit préfectures restantes, seulement 6,7% de la population est desservie par le PEV.

Tableau 1

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ACTIVITES DU PEV
DANS LES HUIT PREFECTURES A FORTE DENSITE DE POPULATION
ANNEE: 1986 POPULATION RCA: 2.728.787

POPULATION / PREFECTURE	POPULATION ZONE URBAINE	POPULATION ZONE RURALE	POP. TOTAL PREFECTURE	% POP. PREF. / POP. RCA
BANGUI	477.854	0	477.854	17,5
OUHAM	79.846	195.953	275.799	10,3
HAUTE SANGHA	81.198	171.305	252.503	9,2
OUHAM PENDE	41.115	199.295	240.410	8,8
OUAKA	90.595	141.964	232.559	8,5
NANA-MAMBERE	64.492	152.185	216.677	7,9
BASSE KOTTO	36.068	150.233	186.301	6,8
LOBAYE	43.229	117.295	160.524	5,9
OMBELLA MPOKO	28.654	103.226	131.880	4,8
TOTAL	943.051	1.231.456	2.174.507	79,7

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ACTIVITES DU PEV
DANS LES HUIT PREFECTURES A FAIBLE DENSITE DE POPULATION
ANNEE: 1986 POPULATION RCA: 2.728.787

POPULATION / PREFECTURE	POPULATION ZONE URBAINE	% POP. ZONE URBAINE / POPULATION RCA
MBOMOU	48.053	1,8
KEMO-IBINGUI	34.068	1,2
HAUTE KOTTO	31.103	1,1
IBINGUI-ECONOMIQUE	23.490	0,9
HAUT MBOMOU	14.102	0,5
SANGHA ECONOMIQUE	12.405	0,5
BAMINGUI BANGORAN	10.697	0,4
VAKAGA	7.760	0,3
TOTAL	182.478	6,7

POPULATION TOUCHEE PAR LE PEV EN 1986:
2.174.507 + 182.478 = 2.356.985 (86,4%)

Etant donné le faible niveau de couverture vaccinale du pays--18%--et le temps de démarrage qui a été nécessaire pour compléter les enquêtes, la formation, l'achat du matériel et de l'équipement ainsi que pour recruter un conseiller technique à plein temps pour la CCCD (janvier 1986), nous estimons que quatre années entières seront nécessaires à compter de janvier 1986 pour réaliser les objectifs visés par la CCCD. Par ailleurs, cette période de démarrage s'est avérée indispensable pour rassembler les renseignements nécessaires à la préparation des programmes PEV, CDD et lutte antipaludique pour la période 1986-1990. En conséquence, l'équipe considère que le projet devrait être prolongé pour une année supplémentaire jusqu'en mai 1990.

Dans le cas où cette extension serait approuvée, le projet CCCD aura la même durée que les trois programmes nationaux 1986-1990 et correspondra à la durée du projet principal UNICEF/RCA pour le PEV qui se trouve en ce moment au dernier stade d'approbation. Cette extension laisse une période de temps réaliste pour atteindre les objectifs extrêmement désirables visés par la CCCD. Elle implique également une légère augmentation du niveau d'assistance de la part de l'USAID pour la durée du projet, ainsi qu'une contribution supplémentaire du GORCA. A l'annexe IV se trouve un budget représentatif montrant l'effort supplémentaire qui serait requis pour cette extension.

4.1.1 Recommandations

1) Préparer, le plus tôt possible, un budget pour les deux programmes qui en manquent (lutte contre les maladies diarrhéiques et lutte antipaludique) afin que le gouvernement de la RCA puisse chercher l'assistance technique, matérielle et financière nécessaire à l'exécution de ces programmes auprès des donateurs. (Par exemple, l'équipe entend que l'UNICEF serait disposé à aborder d'autres donateurs en vue d'obtenir un appui supplémentaire pour ces programmes une fois que les budgets aient été préparés et approuvés par le MSPAS).

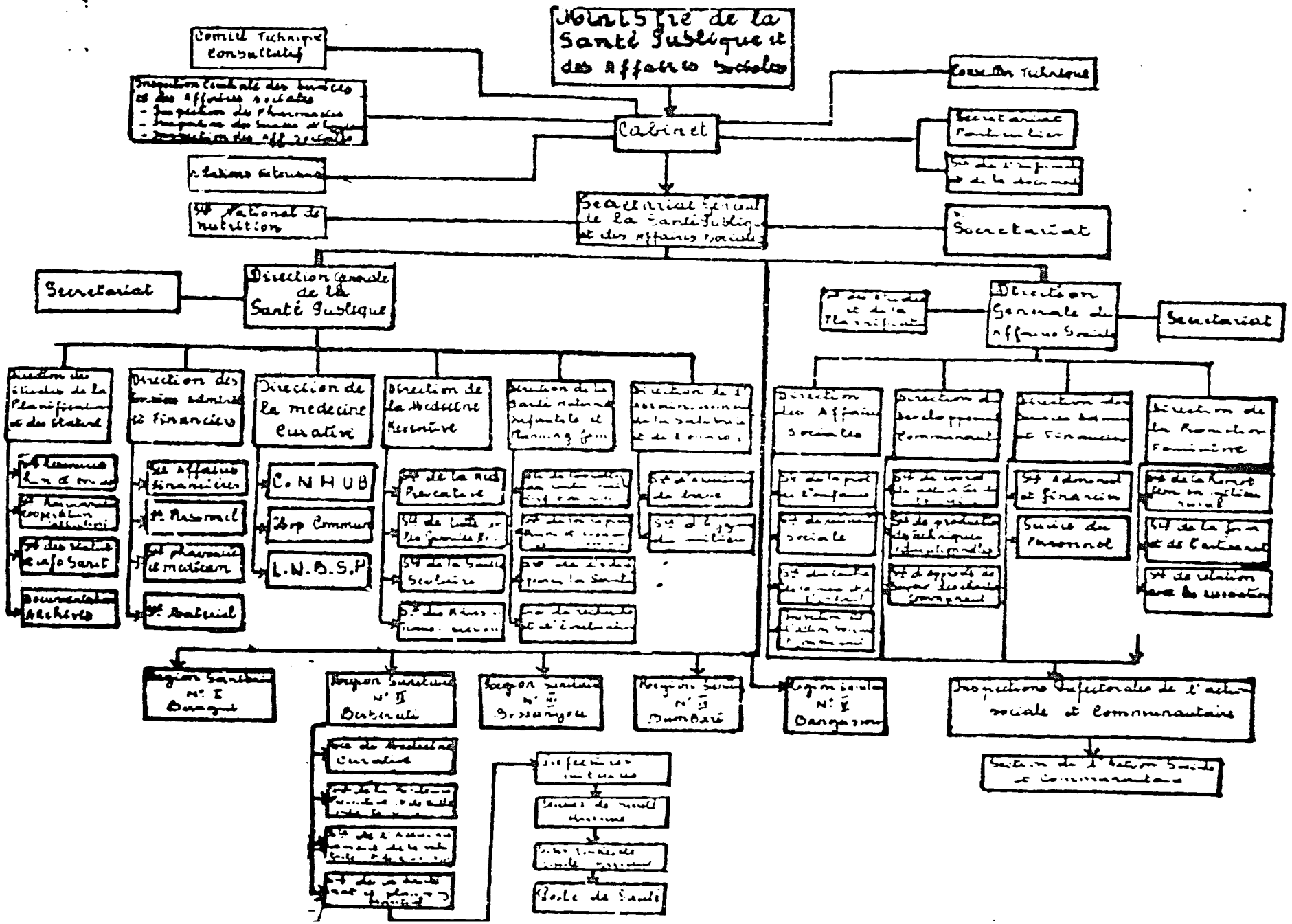
2) Il conviendrait que le GORCA et l'USAID demandent une extension du projet CCCD (y compris un conseiller technique) jusqu'en mai 1990 pour soutenir davantage les trois programmes nationaux du gouvernement (1986-1990) pour le PEV, la CDD et la lutte antipaludique et d'approuver les faibles montants supplémentaires, bilateraux et régionaux ainsi que la contribution de la RCA qui seraient nécessaires pour couvrir cette extension.

4.2 Administration et gestion

Nous avons trouvé solide la gestion administrative du projet au niveau central, à l'exception de la coordination au sein du MSPAS. Il est nécessaire d'avoir une forte coopération entre la Direction de SMI/PF et la Direction de médecine préventive dans le domaine de la planification et de l'encadrement des activités menées à bien par les cinq régions sanitaires du pays. Le graphique 2 montre un organigramme mis à jour du Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS).

Graphique 2

Organigramme du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales



De l'avis des membres de l'équipe d'évaluation, la gestion compétente du Dr. Limbassa, coordinateur du projet CCCD est un avantage supplémentaire considérable qui joue en faveur de la CCCD. La fondation est déjà en place; trois programmes nationaux extrêmement bien conçus pour le PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la lutte antipaludique. Une fois que les agents sanitaires aient été formés et que les plans entreront en vigueur, l'avenir se présente prometteur. L'insistence du Dr. Limbassa pour que les programmes de base de la CCCD soient intégrés dans le cadre des programmes SMI/PF et de vaccination de la RCA est un signe encourageant. Bien que les progrès aient été un peu lents pendant les deux premières années du projet, l'insistence du gouvernement de baser les programmes nationaux sur des enquêtes de couverture vaccinale, sur des études CAP et sur des analyses de données, signifie que bien qu'il reste plusieurs problèmes à résoudre du point de vue de la logistique et de la prestation des services, les programmes CCCD/SSP sont sur la bonne voie.

Etant donné que les activités de la CCCD, qui sont la pierre angulaire du programme de soins de santé primaires, s'exécutent maintenant de plein pied, pour atteindre les objectifs ambitieux du SSP/CCCD que le gouvernement s'est fixés pour l'année 1990, il s'avère nécessaire que le coordinateur national agisse plus rapidement et plus osément.

Le graphique 3 contient une description du système de prestation des soins de santé du MSPAS et de la distribution du personnel y compris le nombre de formations sanitaires et le type de personnel requis.

Graphique 3

Niveau	Formation Sanitaire*	Personnel
Central: DMPGE ---------- DSMI/PF Politique Planification Formation Evaluation Recherche		Medecins T.S.S. I.D.E. I.A. S.F. A.S. A.A. A.D.C.
Région Sanitaire (5)	Hopital Régional (4 + CNHU)	Medecin T.S.S. I.D.E. I.A. S.F. A.S. A.A.
Préfecture** (16)	Hopital Prefectoral (11)	Medecin ou T.S.S. I.D.E. I.A. S.F. A.S. A.A.
Sous-Prefecture** (52)	Centre de Sante (57)	Medecin ou T.S.S. I.D.E. I.A. A.S. A.A.
Commune** (173)	Sous-Centre de Sante (70)	I.D.E. ou I.A. A.H. A.D.C.
Village (plus de 8.000)	Poste de Sante (ou dispensaire) (14)	Agent de Sante A.H. A.D.C.

* N.B. Tous les services traitant les activites de soins maternels et infantiles - voir Annexes 6 et 7..

** Voir Annexes 4 et 5.

T.S.S. - Technicien Superieur de Sante
I.D.E. - Infirmier diplome d'Etat
I.A. - Infirmier Assistant
S.F. - Sage femme
A.S. - Assistant Social
A.A. - Assistant d'Assainissement
A.H. - Agent d'Hygiene
A.D.C. - Agent Devel. Communautaire

Au niveau régional, les activités de santé maternelle et infantile et de médecine préventive sont bien coordonnées par le médecin-chef de la région et son adjoint. Néanmoins, l'encadrement des préfectures, sous-préfectures et communes se voit entravé par des problèmes graves de logistique (manque de véhicules, de carburant, d'indemnité de déplacement).

Dans plusieurs centres, sous-centres et postes de santé le manque de personnel professionnel, surtout infirmier, est très grave. Plusieurs centres SMI, surtout au niveau des sous-préfectures n'ont pas encore la capacité d'administrer des vaccinations. En vertu de l'accord RCA/FMI/Banque mondiale sur les restrictions dans le recrutement des fonctionnaires publics, les donateurs voulant apporter leur soutien devraient financer des contrats cadres du MSPAS pour la durée du projet, afin de permettre au gouvernement d'avoir le personnel nécessaire pour le programme élargi de vaccination. Il conviendrait que le MSPAS conjointement avec le Ministère du Plan, conçoive un plan alternatif qui permette de recruter le personnel professionnel plus compétent (par exemple infirmier) comme employés du Ministère.

Plusieurs formations sanitaires ont des problèmes de ravitaillement en médicaments, vaccins et antipaludiques. D'autres font face à de fréquentes ruptures dans la livraison de leurs fournitures médicales. Ces problèmes de livraison dans le passé ont été résolus par des voyages ad hoc aux magasins régionaux et sous-régionaux de ravitaillement. Les problèmes de carburant pour les réfrigérateurs causent des pannes dans la chaîne de froid, ce qui a pour résultat des pertes de vaccins.

Des plans annuels ou trimestriels détaillés pour l'encadrement des programmes de SSP y compris les activités de la CCCD devraient être préparés, indiquant le nombre de formations sanitaires qui doivent faire l'objet d'une supervision, la fréquence des visites, la durée du voyage et tout autre renseignement pertinent. Ceci permettrait au MSPAS d'être réaliste dans l'allocation des véhicules et du carburant et dans la fixation d'une indemnité de déplacement. Cette planification régionale devrait se faire sur une base intégrée en tenant compte des responsabilités de SMI/PF et de médecine préventive afin que les voyages d'encadrement puissent être combinés, les fournitures livrées et les enquêtes de supervision menées à bien. Le médecin-chef de la région devrait avoir la souplesse de gérer selon son bon jugement les ressources qui lui sont affectées, en vue de faire face aux urgences de l'année (ou du trimestre) qui exigent toujours des réajustements.

Le conseiller technique (CT) de la CCCD (Katherine Montgomery) a été recruté en janvier 1986. Elle a réalisé pendant ces dix mois une tâche excellente en travaillant avec le gouvernement et promouvant le programme CCCD. Elle connaît bien le pays et elle s'est faite grand nombre d'amitiés dans le gouvernement ainsi que dans le secteur privé. Ses rapports de travail en tant que conseiller technique du coordinateur national de la CCCD (Dr. Limbassa) sont excellents; on la considère comme un membre à part entière de l'équipe de gestion du projet MSPAS/CCCD. Ses rapports avec l'USAID et l'Ambassade des Etats-Unis à Banqui sont également excellents. Elle connaît bien la communauté internationale de donateurs, ayant récemment travaillé en étroite collaboration avec l'UNICEF et le gouvernement de la RCA dans la préparation d'une requête de trois $3 millions pour le Programme élargi de vaccination.

A l'heure actuelle, Mlle. Montgomery, diplomate de carrière, est fonctionnaire du Département d'Etat des Etats-Unis et son détachement en RCA se termine en juillet 1987 après plus de quatre en fonctions à ce poste. Mlle. Montgomery est CT du projet CCCD depuis seulement dix mois.

Comme nous l'avons dit précédemment il est fondamental d'avoir en RCA un CT à plein temps jusququ'à la fin du projet en mai 1989 (ou mai 1990 si l'extension recommandée par l'équipe d'évaluation est approuvée). Nos entretiens avec le coordinateur national de la CCCD ainsi qu'avec l'Ambassade américaine indiquent qu'en principe il existe un accord sur cette question.

Il conviendrait à ce projet bilateral que la CT actuellement en fonction demeure une ou deux années de plus en RCA afin d'assurer une continuation des activités lors du stade opérationnel proprement dit. Si la titulaire de ce poste décide néanmoins de quitter le pays au début de l'été prochain, il devrait y avoir au minimum quatre à six semaines de chevauchement avec son remplaçant.

Recommandations:

1) Afin d'améliorer l'efficacité de la coordination entre la SMI et la Direction de médecine préventive, il serait souhaitable de créer un groupe de travail entre la Direction de médecine préventive et la Direction de SMI/PF qui se réunirait à des intervalles réguliers, disons toutes les deux semaines.

2) Afin de promouvoir une coopération plus étroite des activitées SSP/CCCD au sein du Ministère, il conviendrait de créer un groupe de travail interne présidé par le Coordinateur national de la CCCD. Le cas échéant, d'autres Ministères (Plan et Finances) ainsi que les donateurs bilatéraux et internationaux pourraient être invités à y participer.

3) Il existe un besoin urgent de personnel sanitaire compétent dans la périphérie. S'il n'était pas possible de suppléer ces carences en détachant dans le terrain le personnel du MSPAS, l'on devrait penser à recruter des professionnels par contrats cadres pour la durée du projet. (Les salaires de ce personnel contractuel devraient être frayés par les donateurs, en vertu des accords RCA/FMI/Banque mondiale limitant le recrutement du personnel.)

4) Afin de résoudre les graves problèmes de logistique, véhicules, carburant et indemnité de déplacement, l'on devrait élaborer des plans détaillés sur les visites annuelles ou trimestrielles de supervision et sur la sensibilisation sociale pour chaque région, par préfecture, en indiquant le nombre de formations sanitaires qui seraient visitées, la fréquence des visites et la durée du voyage. (Ce plan devrait contenir une liste détaillée des formations et postes sanitaires qui devraient faire l'objet de ces visites d'encadrement. On pourrait prendre comme modèle le plan opérationnel détaillé déjà préparé pour le programme PEV.)

5) Afin de corriger le problème des ruptures dans les livraisons de fournitures médicales, chloroquine, sachets SRO, matériels de stérilisation, kérosène, etc., les régions devraient préparer longtemps à l'avance et après avoir consulté leurs hôpitaux et formations sanitaires, des calendriers trimestriels ou annuels de ravitaillement détaillant leurs besoins en fournitures médicales. De cette façon le niveau central peut coordonner efficacement avec les donateurs l'acquisition de tous ses stocks au moment où on en a besoin.

6) Les régions devraient elles aussi élaborer des plans opérationnels pour la livraison des fournitures médicales et des vaccins, du siège régional aux formations sanitaires du pays, afin que les ravitaillements, les véhicules et le carburant puissent être fournis opportunément.

7) Etant donné que dans les années à venir le projet CCCD passe au stade vital de la mise en oeuvre, nous recommandons que le CT actuellement en fonction prolonge son séjour en RCA d'une ou deux années. Si cette solution n'est pas acceptée, les CDC devraient envoyer un nouveau CT compétent et francophone qui doit arriver dans le pays au moins quatre à six semaines avant le départ du CT actuel en juillet 1987.

4.3 Coordination des donateurs

Bien qu'il existe une certaine coordination de la part du Ministère des Plans il n'y a cependant pas de comité de coordination officiel avec les donateurs, ni pour la santé publique ni pour les activités CCCD. Officieusement toutefois, la coordination entre les donateurs bilatéraux et internationaux qui s'occuppent de la survie de l'enfant et des soins de santé primaires--UNICEF, OMS, USAID, FAO, PNUD et Peace Corps--est efficace. La collectivité des donateurs est assez réduite, donc les consultations ad hoc fonctionnent en général très bien. Dans le passé il y eut quelques essais peu réussis pour établir une structure de coordination plus officielle sous les auspices du gouvernement, car celui-ci craignait que les comités des donateurs pouvaient être utilisés comme un outil de pression afin de forcer le gouvernement à prendre des décisions peu sages.

Nous pensons qu'en ce moment il n'est nullement nécessaire de créer un comité officiel pour les activités de survie de l'enfant et la CCCD. Néanmoins, au fur et à mesure que le programme est mis en oeuvre des consultations plus fréquentes entre le gouvernement et les donateurs ainsi que des donateurs entre eux s'avéreront utiles et nécessaires.

Recommandations

Le MSPAS devrait demander au Directeur de médecine préventive, qui est à la fois coordinateur national du projet CCCD de survie de l'enfant, de créer un groupe de travail des donateurs qui participe directement au programme SMI/PF/PEV (à savoir UNICEF, USAID, FAO, OMS, PNUD et

conseillers techniques CCCD). Ce groupe devrait se réunir une fois tous les mois ou, le cas échéant plus fréquemment sur demande de son président, afin d'échanger des renseignements et d'aborder des problèmes spécifiques d'intérêt commun. Ce groupe de travail améliorerait la communication et l'entente entre le gouvernement et les donateurs, en assurant de plus un contrôle gouvernemental de cette coopération.

4.4 Système d'information sanitaire (SIS)

Le système d'information sanitaire du Ministère de la Santé a été examiné par un épidémiologue consultant des CDC en juillet 1986. Son analyse de la situation existante reste toujours valable et son rapport devrait servir de base à une action positive visant à améliorer le SIS en RCA. Son rapport se trouve à l'annexe V.

Il conviendrait d'organiser un SIS suffisamment simple pour ne pas présenter un obstacle insurmontable au personnel régional et local chargé de remplir les formulaires, mais aussi suffisamment détaillé pour fournir les renseignements indispensables à la prise de décision administrative et à l'adoption de mesures pratiques.

L'informatisation de la DMPGE va permettre une analyse rapide des données recueillies. La rétroinformation pour les régions sera également facilitée par le traitement rapide des données, ce qui à son tour motivera le personnel à considérer la collecte des données comme un outil professionnel important.

Nous avons constaté dans le terrain que l'une des principales contraintes au niveau des centres de santé à la création d'un système plus utile de collecte et d'enregistrement de données était la carence permanente de formulaires imprimés et/ou de papier. Le personnel sanitaire est très disposé à rassembler et enregistrer les renseignements requis. Etant donné le nombre assez réduit de formations sanitaires existantes dans le pays et le désir apparent du personnel sanitaire, à tous les niveaux de participer à la collecte des données, l'équipe d'évaluation recommande la création d'un système d'information sanitaire global plutôt que d'un système sentinnelle de surveillance.

Au niveau national le SIS se complique davantage, étant donné le nombre de Directions qui veulent recevoir directement des rapports des médecins-chefs régionaux. En ce moment, cinq Directions différentes reçoivent fréquemment des renseignements identiques des régions. Ce double emploi innécessaire pour les régions est une contrainte grave à la mise en oeuvre d'un système plus rationnel de collecte des données.

4.4.1 Registres des centres de santé et des hôpitaux

4.4.1.1 Centres de santé

Les centres de santé utilisent quatre formulaires d'enregistrement différents (lorsqu'ils sont disponibles): 1) un formulaire de surveillance épidémiologique qui comprend 40 maladies cibles; 2) un formulaire PEV; 3) un

formulaire de santé maternelle et infantile; et 4) un formulaire sur les activités du centre. La lourde charge de travail que représente le remplissage de tous ces formulaires pour le personnel sanitaire des centres pourrait être allégée considérablement en consolidant tous ces formulaires en un relevé unique, plus simple, qui serait également utile pour le centre de santé et le médecin-chef régional. Ce relevé unique doit être simple et inclure seulement la liste de maladies que les centres de santé sont capables de diagnostiquer; le nombre de tranches d'âge doit également être simplifié et passer des cinq utilisées aujourd'hui à trois.

4.4.1.2 Hôpitaux

Les données hôspitalières de morbidité sont enregistrées sur une liste de 95 maladies cibles. La capacité de diagnostic est bonne et les rapports sont régulièrement reçus par les régions. Cependant, ce formulaire est également trop complexe du point de vue des tranches d'âge et bénéficierait de la réduction aux trois généralement usitées.

4.4.2 Rétroinformation

Le niveau central recueille et analyse les données enregistrées et reçues mais n'envoie pas régulièrement les résultats au personnel régional et local. Nous avons pu constater lors de nos visites que lorsque les régions recevaient les résultats sommaires des études faites au niveau national ceux-ci arrivaient souvent avec plusieurs mois de retard. Par ailleurs, le personnel sanitaire local ne reçoit jamais un seul rapport annuel publié par le Directeur au niveau central.

4.4.3 Recommandations

1) Créer un comité ad hoc composé des cinq Directions intéressées ayant pour mandat de simplifier les formulaires et d'améliorer l'acheminenent des registres des régions au niveau national. Le comité devrait arriver à un consensus sur deux relevés; l'un pour les centres de santé et l'autre pour les hôpitaux fournissant uniquement les renseignements indispensables pour que les cadres de gestion du MSPAS adoptent les décisions les plus appropriées.

2) Etudier le rapport de l'épidémiologue consultant des CDC (voir l'annexe V) et l'utiliser comme document de base pour les débats de ce comité ad hoc. Le rapport final issu du comité devrait être envoyé aux régions en vue de recevoir leurs commentaires et leur approbation.

3) Charger le projet CCCD de l'impression et distribution des relevés consolidés finalement adoptés.

4) Former le personnel au niveau national pour qu'il sache utiliser l'ordinateur IBM AT. Cette formation sur l'utilisation des ordinateurs pour les activités CCCD peut être faite à Kinshasa où le Ministère de la Santé est doté des ressources nécessaires. Il conviendrait également de penser à des consultants externes pour mener à bien cette formation.

5) Organiser dans toutes les régions des cours de formation afin que le personnel des centres de santé et des hôpitaux se familiarise avec le nouveau système. Cette formation pourrait se faire spécifiquement à l'intention du SIS, ou s'intégrer dans le cadre du Plan national de formation déjà élaboré. En tout cas, le projet CCCD devrait assurer son financement.

6) Publier au niveau central un bulletin épidémiologique qui serait distribué à toutes les formations sanitaires du pays. Cette publication devrait présenter des renseignements sur les tendances des maladies ainsi que sur le degré de couverture des différents programmes (PEV, CDD et lutte antipaludique) et être utilisé comme forum pour la diffusion de renseignements nouveaux sur les maladies prioritaires. Ainsi, tout changement dans les recommandations nationales pourrait être rapidement divulgué dans tout le pays.

7) Les visites de supervision devraient vérifier les données enregistrées dans le cadre du SIS. Ceci peut se faire en examinant les registres des consultations. Tous les établissements sanitaires devraient maintenir des registres de diagnostic et de traitement.

8) Il est nécessaire d'améliorer la capacité de réaction du secteur santé face à une épidémie. A l'heure actuelle, l'on n'enregistre pas régulièrement les épidémies qui, plus est, ne sont guère investiguées. C'est-à-dire, les activités normales de vaccination sont régulièrement décrites mais l'on n'ajoute rien lorsque ces activités augmentent considérablement.

4.5 Programme élargi de vaccination (PEV)

Donnant suite à une demande du MSPAS nous avons préparé ce chapitre qui explique en grand détail les résultats de notre évaluation du PEV. Etant donné que les programmes CDD et de lutte antipaludique viennent à peine de démarrer ils ne sont pas couverts en un si grand détail que le PEV.

4.5.1 Antécédents, programmes, organisation et gestion

4.5.1.1 Antécédents et programmes

Le PEV fut introduit pour la première fois en RCA en 1979 par le Service de lutte contre les grandes endémies. Cependant les activités pratiques ne démarrèrent qu'au début de 1981 au moment de la signature de l'accord entre le GORCA et l'UNICEF pour la mise en vigueur d'un plan d'action de trois ans (1981-1983). Dès le début des activités, la source principale (presque la seule) de financement du PEV en RCA a été l'UNICEF.

Les activités PEV furent d'abord introduites dans quelques centres de SMI des zones urbaines; les zones rurales étant couvertes par les équipes mobiles de prospection du Service des grandes endémies. A l'origine, les centres SMI fonctionnaient sous les auspices de la Direction de médecine préventive mais ces dernières années la SMI est devenue une direction distincte.

Un séminaire national fut organisé vers la fin de 1982 avec la participation de plus de 40 responsables nationaux des centres de santé. A l'issu de ce séminaire un plan développement du PEV fut préparé qui servit de base pour le Plan national d'action 1984-1987. Celui-ci respectait le Plan de développement du GORCA pour 1982-1985 qui octroie une forte priorité à la protection de la santé maternelle et infantile soulignant tout particulièrement la réduction de la mortalité infantile dûe à la rougeole, la tuberculose, le tétanos et la coqueluche; de la morbidité infantile dûe à la poliomyélite et de la mortalité dûe au tétanos. Parmi les objectifs de ce plan se trouvait l'augmentation de la couverture vaccinale en 10% par an en commençant par une augmentation initiale de 20% en 1983, pour aboutir à une couverture de 80% en 1990.[1/]

Deux ans après sa mise en oeuvre, le Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, se rendant compte que les objectifs du plan n'étaient pas atteints, à la suite de la décision de l'OMS déclarant 1986 comme "L'année de la vaccination en Afrique", élabora un nouveau plan quinquennal pour le "développement du PEV accéléré" pendant la période 1986-1990. Ce plan fut préparé avec la participation de représentants du niveau régional et local et fut signé par le Ministre de la Santé en mai 1986. Le plan est global, présente en détail les objectifs du PEV pendant les cinq années et définit clairement toutes les activités nécessaires pour atteindre l'objectif visé. Outre cela, le plan soumet un budget détaillé couvrant les éléments indispensables pour l'exécution du PEV. L'équipe d'évaluation a été impressionnée des détails du plan opérationnel pour le développement d'un PEV accéléré et pense que c'est un des meilleurs plans qu'elle a examiné.

4.5.1.2 Organisation et gestion

Le bureau du PEV se trouve à Bangui au sein de la Direction de médecine préventive et des grandes endémies (DMPGE). Le directeur est un technicien supérieur en santé (TSS) qui travail sous les auspices du directeur de la DMPGE (également coordinateur du projet CCCD). Le directeur du programme a été formé en PEV et en épidémiologie. Le programme compte en outre avec un statisticien, chargé d'analyser les données et avec un technicien chargé des activités relatives au magasin central des vaccins et à la chaîne de froid. En ce moment il y a deux techniciens en maintenance de chaîne de froid recrutés par l'UNICEF sous contrat et qui travaillent pour le bureau du PEV. Ces deux techniciens ont participé au cours mené à bien à Lomé par l'OMS.

Comme nous l'avons déjà dit les services de vaccination sont disponibles dans les centres de SMI qui, à leur tour, sont sous la juridiction de la Direction de santé maternelle et infantile (DSMI). Le directeur de la DSMI est également coordinateur adjoint du projet CCCD, assurant ainsi la coordination des

---

1/ République centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Plan d'opération pour le développement accéléré du programme élargi de vaccination 1986-1990, mai 1986.

activités du programme PEV avec les autres activités de soins de santé primaires.

Au niveau régional, les activités du PEV se trouvent sous la juridiction du médecin-chef régional et du médecin-chef adjoint. Après la mise en place de la décentralisation, toutes les activités du programme incombent au bureau régional de santé publique qui est régi par les normes et les procédures émanant des Directions au niveau central, recevant de celui-ci son appui financier et administratif. Au niveau régional il n'y a pas de personnel affecté spécifiquement au PEV ce qui assure l'intégration de ces services dans le cadre du système des SSP.

Au niveau local, les services de vaccination sont offerts par la plupart des centres de santé urbains et, de plus en plus, par les centres, sous-centres et postes de santé des régions rurales. Dans les régions où il existe un centre de SMI relié à l'établissement sanitaire, les vaccins sont administrés au centre SMI. En dehors des établissements sanitaires fixes, dans les régions isolées les vaccins sont également administrés par les équipes mobiles de prospection du Service de lutte contre les grandes endémies qui visitent ces villages une fois par an ou tous les deux ans. Toutes les activités au niveau communautaire sont sous la juridiction de l'équipe médicale régionale.

Le niveau central est responsable de l'encadrement au niveau régional et réalise des visites de supervision à toutes les régions une fois par trimestre. A ce moment-là, les vaccins sont livrés au magasin régional, la chaîne de froid est examinée et certains centres, sous-centres et postes de santé sont également visités. Le niveau central utilise une fiche de contrôle pour vérifier l'état des stocks de toutes les fournitures et de tout l'équipement lié aux activités PEV. Les rapports présentant les résultats de ces visites de supervision sont envoyés aux régions pertinentes. Cependant les rapports sur les visites de supervision des centres, sous-centres et postes de santé ne sont pas envoyés aux établissements pertinents.

En théorie, le niveau régional doit mener à bien des visites de supervision à toutes les formations sanitaires sous sa juridiction une fois tous les deux mois. C'est à ce moment-là que les vaccins et les fournitures médicales doivent être livrés. Cependant, dans la pratique, le calendrier des visites n'est pas toujours respecté dû au manque de carburant. Nous avons examiné les rapports de ces visites d'encadrement pour évaluer leur qualité et leur fiabilité. Nous avons constaté qu'en plus d'être envoyés à certaines Directions sélectionnées du niveau central, des exemplaires de ces rapports étaient également gardés au niveau régional sans être envoyés aux formations sanitaires supervisées dû à la carence de matériel. Dans deux autres régions que nous avons visitées le personnel sanitaire nous a fait savoir que les visites de supervision se limitaient à être des visites de ravitaillement; livraison de vaccins et autres fournitures médicales sans passer en revue les activités de l'établissement sanitaire et ses problèmes. Etant donné le temps limité qui nous avait été imparti nous n'avons pas pu visiter tous les sièges régionaux pour vérifier cette assertion. Le niveau régional n'avait pas de fiche de contrôle standardisée aux fins de vérification par l'équipe d'évaluation, toutefois comme nous l'avons déjà dit, une révision des rapports de ces visites a révélé que la supervision était vaste et couvrait la prestation des services, la conformité aux normes du programme et la disponibilité de fournitures et de matériels.

4.5.1.3 Recommandations

1) Réaliser tous les efforts possibles pour respecter le calendrier proposé des visites de supervision. Si le financement supplémentaire du projet de l'UNICEF n'est pas approuvé, le projet CCCD devrait se charger de l'assistance supplémentaire nécessaire à l'obtention du carburant pour ces visites.

2) Préparer des fiches de contrôle pour les équipes de supervision au niveau régional afin d'assurer la qualité constante de l'encadrement. En outre, des exemplaires des rapports de toutes les visites devraient être envoyés au personnel supervisé tant au niveau régional que local.

4.5.2 Stratégies

Comme partie du plan national, les services de vaccination devront être disponibles dans tous les établissements sanitaires fixes pour 1990. Au moment de l'évaluation, les services de vaccination étaient fournis dans 90 formations sanitaires du pays. Il a été prévu que pour 1990 ces services de vaccination seront disponibles également dans 83 autres formations sanitaires, ce qui amènera à 173 le nombre total d'établissements sanitaires fixes fournissant ces services. (Ces chiffres comprennent les établissements publics du MSPAS et les établissements des missionnaires.)

Pendant les deux premières années du plan (1986-1987) les services de vaccination seront fournis dans les établissements fixes; l'objectif principal étant de couvrir tous les enfants qui s'y présentent, quelque soit la raison de leur visite. De cette façon tous les établissements sanitaires fourniront des services intégrés curatifs et préventifs (PEV, contrôle de la courbe de croissance, conseils sur les mesures diététiques et hygiène). Les vaccins seront fournis aux populations éloignées par les équipes mobiles de prospection su Service de lutte contre les grandes endémies qui visiteront chaque village une fois tous les deux ans en administrant les vaccins à dose unique (BCG, rougeole, fièvre jaune).

Pendant la deuxième étape du plan (1988-1990) les activités de vulgarisation seront exécutées dans toutes les formations sanitaires des préfectures et sous-préfectures (hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectéraux et centres de santé) en créant dans toutes les communautés sous leur juridiction des postes temporaires de vaccination. On estime que des activités de sensibilisation vont avoir lieu dans les huit préfectures à plus forte densité de population (d'un total de 16 préfectures existant dans tout le pays). Chaque sous-préfecture aura à sa disposition une équipe mobile polyvalente qui s'occupera de vacciner les populations éloignées selon un circuit prédéterminé. Par la voie de ce plan que nous venons de décrire, on estime que 79,9% de la population pourra être couverte par les services de vaccination. Dans les huit préfectures restantes, les services de vaccinations seront disponibles dans toutes les formations sanitaires fixes, augmentant ainsi la couverture vaccinale prévue en 7,1% pour arriver à une couverture totale de 87% de la population.

Outre les stratégies de prestation des services mentionnées ci-dessus, en septembre 1985 une campagne très réussie de vaccination contre la rougeole a été menée à bien à Bangui ayant pour résultat la vaccination de 80% de la population de 0 à 5 ans. Cette campagne antirougeoleuse fut précédée d'une campagne de sensibilisation extensive à la radio. Par ailleurs, les autres régions sanitaires (en dehors de Bangui) ont constaté que la demande de VAR avait augmenté au moment même de la campagne à Bangui, ce qui démontre l'efficacité des messages radiodiffusés dans le pays. Sur la base du succès de cette campagne de 1985, une autre campagne nationale de lutte contre la rougeole a été prévue pour décembre 1986. La campagne sera financée par le truchement de l'UNICEF avec les fonds Sportaid. L'équipe d'évaluation met en doute cette décision de lancer une campagne pour un seul antigène plutôt que d'y inclure tous les vaccins.

Nous avons pu constater que les services de vaccination n'étaient pas disponibles tous les jours ouvrables, même lorsque les hôpitaux examinaient parfois 200 enfants par jour. Le nombre de jour de vaccination variait, allant de plusieurs jours par semaine dans les établissements plus grands (hôpitaux et centres SMI urbains) à une fois par mois dans les CS et SCS plus petits. De 18 établissements visités, seulement cinq administraient les vaccins plus fréquemment qu'un jour par semaine aux enfants et femmes enceintes et, même dans ce cas-là, il y avait des jours prédéterminés pour certains antigènes.

L'absence de services de vaccination tous les jours ouvrables de l'établissement sanitaire est probablement une des raisons principales qui explique la faible couverture vaccinale du pays. Les enfants qui se présentent pour être vaccinés un jour où ces services ne sont pas offerts, doivent revenir pour la prochaine séance de vaccination. Ceci présuppose que les populations qui se trouvent sous la juridiction d'une formation sanitaire doivent connaître son calendrier de vaccination. Pour les formations sanitaires qui voient dix enfants ou plus pour les consultations curatives il conviendrait d'adopter une politique de vaccination tous les jours conjointement avec la vaccination des enfants malades; celle-ci améliorerait énormément la couverture vaccinale.

Plusieurs des formations visitées sont supposées mener à bien des activités de sensibilisation; cependant très peu lesient réalisent dû au manque de transport. La plupart du personnel sanitaire interviewé a exprimé sa préoccupation vis-à-vis de l'impossibilité de mener à bien cette sensibilisation pensant que c'était une injustice que certaines communautés ne pouvaient recevoir les services de vaccination que lorsque les équipes mobiles de prospection leur rendaient visite.

Toutes les formations visitées ont parlé "d'occasions manquées" vis-à-vis des contacts avec la population cible lorsque les vaccins auraient pu être administrés mais ne l'avaient pas été. Certaines unités visitées vérifient l'histoire de vaccination des enfants qui viennent pour des consultations curatives, mais aucun d'entre eux ne les vaccine. Plutôt, ils recommandent que l'enfant revienne une fois guéri pour recevoir les vaccins. Dans la plupart des unités visitées, le personnel ne vaccine pas les enfants si l'examen médical préalable détermine qu'ils sont malades.

Une autre "occasion manquée" est la réticence du personnel sanitaire à "gaspiller les vaccins". En conséquence, si moins de six à sept enfants se présentent pour recevoir le VAR, le personnel sanitaire demande aux mères de revenir pour la prochaine séance de vaccination, en vue d'éviter d'ouvrir une fiole de vaccins qui mettrait à la poubelle trop de doses. Dans certains cas, ces enfants doivent attendre encore un mois pour être vaccinés; dans d'autres, le centre de santé aurait pu exposer ces enfants à la rougeole, étant donné que les salles d'attente sont les mêmes pour tous les services (préventifs et curatifs) (certains enfants susceptibles courent donc le risque d'être exposés à la rougeole en attendant d'autres services).

Aucun établissement sanitaire avec service d'hospitalisation ne vaccine les enfants au moment de leur admission ou décharge quand ceux-ci sont en retard pour leurs vaccins; plutôt ils recommandent aux mères d'emmener l'enfant pour la séance de vaccination suivante, après la décharge de l'hôpital. Donc, nous voyons encore un exemple du risque encouru par les hôpitaux qui peuvent devenir des sources de transmission de la rougeole (vu que la rougeole est la cause principale d'admission dans les hôpitaux du pays), ajouté au fait qu'ils laissent passer l'occasion de vacciner les enfants qui sont portés à l'attention du secteur santé uniquement lorsqu'ils sont malades.

Dans les unités où la règle "d'une aiguille stérile par enfant vacciné" est respectée, s'il y a plus d'enfants à vacciner que d'aiguilles stériles, on demande aux enfants "en trop" de revenir pour la prochaine séance de vaccination.

En ce qui concerne la surveillance des enfants qui abandonnent la série de vaccinations (c'est-à-dire ceux qui commencent la série mais ne reviennent pas pour la compléter), la plupart des établissements nous ont déclaré que ceux-ci étaient visités à domicile par des assistantes sociales (cette assertion n'a pu être confirmée que lorsque les établissements maintenaient des registres. Un examen de ces registres a indiqué que très peu complétaient la série de vaccination, ce qui suggère que le suivi à domicile n'a pas réussi à attirer ces enfants.) Aucune des assistantes sociales n'était disponible pour s'entretenir sur la méthodologie suivie dans ce cas (ni même pour vérifier la pratique des visites à domicile).

Remarquons ici que tous les établissements sanitaires visités à l'exception de deux maintiennent des registres d'enfants vaccinés leur permettant de calculer le nombre d'abandons. Tous les établissements inscrivent les vaccins administrés à l'enfant dans son carnet de vaccination ou dans un papier donné à la mère. Aucun établissement cependant n'avait de carnets de vaccination; en général les mères de famille les achètent au marché local.

Le plan de 1986-1990 propose un nouveau calendrier de vaccination pour tenir compte de la dose supplémentaire du vaccin oral de poliovirus (VOP) à la naissance et du changement de l'âge à la première dose de DTC qui a passé de trois mois à six semaines. Le tableau 2 montre le calendrier de vaccination recommandé.

TABLEAU 2

CALENDRIER DE VACCINATION RECOMMANDE - RCA

Enfant

Age	Vaccin
A la naissance	BCG et polio
A six semaines	DTC et polio
A dix semaines	DTC et polio
A quatorze semaines	DTC et polio
A neuf mois	Rougeole
A douze mois	Fièvre jaune
A seize mois	Rappel DTC et polio

Femmes enceintes

A six mois	VAT 1
A huit mois	VAT 2

Femmes de 15 à 45 ans	VAT 1

Source: République Centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Plan d'opération pour le développement accéléré du programme élargi de vaccination 1986-1990, mai 1986.

Nous avons constaté lors de nos visites qu'aucune formation sanitaire ne respectait le nouveau calendrier de vaccination pour les enfants. Cependant, la plupart des membres du personnel le connaissent (BCG à la naissance, DTC/polio à 3, 4 et 5 mois, rougeole à 9 mois suivi de renfort pour la DTC et la polio un an après la dernière dose de ceux-ci).

Il est intéressant de noter que certains membres du personnel assignent une limite maximale à l'intervalle entre les doses. Donc, si un enfant a reçu la première dose de DTC/polio un an avant de venir pour la deuxième, toute la série est recommencée.

En ce qui concerne le VAT pour les femmes enceintes, le calendrier suivi est assez varié. Certains établissements administrent la première dose lors de la première visite prénatale quelque soit l'âge de la grossesse; d'autres l'administrent au cinquème mois; tandis qu'encore d'autres le font au sixième mois. Certains appliquent un intervalle d'un mois entre les doses, d'autres de deux mois.

Il est important de souligner ici que les agents sanitaires dans le terrain n'ont pas de manuel opérationnel PEV à consulter en cas de doute. En conséquence, tout changement dans les recommandations est en général diffusé par l'intermédiaire de "fiches techniques" distribuées à toutes les formations sanitaires. Cependant, lors de la visite de l'équipe d'évaluation, aucune fiche technique signalant les changements dans le calendrier de vaccination n'avait été distribuée.

4.5.2.1 Recommandations

1) Le MSPAS devrait élaborer un système plus rapide pour l'exécution des activités de sensibilisation, afin d'aider les communautés éloignées des établissements sanitaires à augmenter leur couverture vaccinale. Dans le cas où l'assistance demandée à l'UNICEF pour l'acquisition de moyens de transport supplémentaires (bicyclettes, mobilettes) ne serait pas approuvée, le projet CCCD devrait aider le MSPAS à acheter ces véhicules en vue d'assurer une exécution plus réussie des activités de sensibilisation de la population.

2) Reconnaissant les contraintes d'accès aux services de vaccination dûes à la carence de formations fonctionnent dans toutes les zones du pays, le MSPAS devrait utiliser tous les moyens à sa disposition pour moderniser les bâtiments délabrés afin que les 83 nouveaux établissements proposés soient en état de commencer à fournir ces services en 1990.

   - L'équipe d'évaluation considère que si ces établissements ne sont pas mis en service à la date prévue, d'autres stratégies (assistance extérieure supplémentaire) devraient être mises en oeuvre par le gouvernement afin d'atteindre l'objectif visé d'une couverture de 80% pour les vaccins du PEV pour 1990.

   - Etant donné les restrictions relatives au recrutement du personnel imposées par le FMI, il conviendrait de mobiliser des ressources

extra-sectorielles pour fournir ces services dans des postes de vaccination temporaires des zones non desservies par les formations existantes.

3) Eliminer toutes les "occasions manquées" de vaccination lorsque les enfants se présentent au secteur santé. Des cours de recyclage devraient être menés à bien pour tout le personnel sanitaire en vue d'assurer l'exécution de la politique visant à vacciner tous les enfants qui se présentent au secteur santé.

- Examiner l'histoire de vaccination de tous les enfants recevant des soins curatifs et, le cas échéant, vacciner ces enfants en même temps qu'ils reçoivent ces soins. La politique à suivre dans ce domaine est la règle internationalement acceptée selon laquelle seulement: "une maladie nécessitant hospitalisation est une contre-indication pour la vaccination".

- Les formations sanitaires dotées de réfrigérateurs pour le stockage des vaccins doivent offrir des services de vaccination tous les jours ouvrables.

- Aucun enfant voulant être vacciné ne doit être repoussé pour éviter "le gaspillage des vaccins". Le personnel sanitaire doit recevoir des instructions lui exigeant d'ouvrir une fiole de vaccins même pour un seul enfant si cela est nécessaire.

- En cas de carence d'aiguilles et seringues stériles les établissements sanitaires doivent stériliser à nouveau le matériel le même jour pour éviter de repousser des enfants se présentant à la vaccination.

- Il conviendrait de vacciner les enfants hospitalisés (si cela est faisable) ou d'instituer une politique selon laquelle tous les enfants hospitalisés doivent être vaccinés avant leur décharge, tant pour éliminer les "occasions manquées" que pour réduire le risque que les hôpitaux deviennent des sources de transmission de la rougeole.

4) Il conviendrait d'inclure tous les vaccins dans la prochaine campagne de lutte contre la rougeole.

5) Toutes les formations sanitaires doivent maintenir des registres de vaccination sur place et instaurer un système dynamique de surveillance visant à recapturer ceux qui abandonnent à mi-chemin. A cette fin, outre l'utilisation des assistantes sociales pour les visites à domicile, le personnel sanitaire devrait collaborer étroitement avec les dirigeants communautaires en vue d'obtenir également leur aide.

6) Le MSPAS devrait faire imprimer des carnets nationaux de santé pour les enfants, qui seraient distribués à tous les établissements sanitaires en vue d'assurer l'usage d'un carnet de vaccination

uniforme dans tout le pays. Etant donné qu'à l'heure actuelle ces carnets sont achetés dans les marchés locaux, ils pourraient être vendus par les formations sanitaires en vue de recouvrer les coûts de production.

7) Produire et distribuer d'urgence un manuel opérationnel PEV qui devra être utilisé par tous ceux qui administrent des vaccins. Ce manuel doit inclure toutes les normes en vigueur dans le pays y compris le nouveau calendrier de vaccination.

4.5.3 Chaîne de froid et distribution des vaccins

Les vaccins sont stockés dans un magasin central qui se trouve dans le même bâtiment que la DMPGE du MSPAS. Celui-ci comprend deux chambres à froid (une avec réfrigérateur, l'autre avec congélateur) avec suffisamment d'espace pour que les vaccins puissent être gardés là avant leur distribution. Le magasin central est doté d'un groupe électrogène de réserve activé manuellement. En ce moment, le magasin central de vaccins n'a pas un système d'alarme pour alerter en cas de panne d'électricité. Les plans pour l'installation de ce système ainsi que pour l'automatisation du groupe électrogène de réserve ont déjà été formulés et utiliseraient les fonds de l'assistance UNICEF par Sportaid. A part le matériel des deux chambres à froid, le niveau central possède d'autres réfrigérateurs et congélateurs pour utiliser en cas de panne. Le niveau central a déjà prévu l'installation d'un réfrigerateur solaire. Les piles solaires sont déjà installées et le réfrigérateur a été commandé au Zaire.

Le niveau central a suffisamment d'accumulateurs de froid qui maintiennent la température requise du vaccin pendant le transport aux magasins intermédiaires. Le magasin intermédiaire le plus éloigné se trouve à deux jours de distance du magasin central; pendant le voyage les accumulateurs de froid sont surveillés constamment. Tous les envois de vaccins sont accompagnés de fiches de contrôle du temps et de la température en vue d'assurer la livraison de vaccins de bonne qualité. Les entretiens avec le personnel PEV du niveau central ont révélé que les vaccins ne sont pas envoyés régulièrement au laboratoire en vue des essais de puissance, à cause des difficultés de transport.

A part les cinq magasins régionaux de distribution des vaccins (un par siège régional) il existe quatre magasins intermédiaires pour desservir les zones éloignées. Pendant la période 1986-1990 on prévoit l'installation de deux magasins intermédiaires supplémentaires. En ce moment aucun siège régional n'a de l'électricité vingt-quatre heures par jour, bien que tous aient des générateurs. Tous les magasins régionaux et intermédiaires sont équipés de réfrigérateurs et de congélateurs mixtes, électricité/kérosène. Deux magasins régionaux nous ont dit que leurs réfrigérateurs fonctionnaient exclusivement au kérosène étant donné que l'électricité de leurs villes respectives ne fonctionnait que trois à cinq heures par jour. Dû à la limite de temps qui nous avait été impartie, nous n'avons pas pu visiter de magasin intermédiaire.

Au niveau local, les formations sanitaires délabrées et récemment modernisées pour le PEV ont été dotées de réfrigérateurs à kérosène. Une seule unité

visitée avait son réfrigérateur en panne; celle-ci ayant eu lieu la semaine avant notre visite. Les plans de modernisation des 83 formations sanitaires aux fins de vaccination seront soutenus par les projets CCCD et UNICEF pour ce qui est de l'achat de l'équipement pour la chaîne de froid.

Un réfrigérateur solaire expérimental a été installé en 1983 dans une région du pays difficilement accessible. Etant donné la réussite de cette expérience (il n'y a pas eu un seul problème de fonctionnement ou d'entretien) le plan national pour le développement accéléré du programme élargi de vaccination prévoit d'en acquérir d'autres qui seront installés dans les régions difficilement accessibles du pays. (Il existe certaines régions du pays qui sont pratiquement inaccessibles pendant les six mois de la saison des pluies pour les livraisons des vaccins et du kérosène.) Le projet CCCD s'est engagé à acheter dix réfrigérateurs solaires supplémentaires.

Le kérosène utilisé dans les magasins régionaux et intermédiaires ainsi que dans les formations sanitaires est fourni par le bureau central du PEV et livré conjointement avec les vaccins; c'est-à-dire le niveau central livre les fournitures au niveau régional lors des visites trimestriels. Le kérosène est distribué en récipients métalliques qui contiennent l'approvisionnement nécessaire pour six mois.

Plusieurs formations sanitaires nous ont fait part de leurs difficultés de ravitaillement en kérosène au niveau régional. Dans les établissements sanitaires des missionnaires, le kérosène était parfois acheté sur le marché local avec les fonds des missions.

Du point de vue de l'entretien de la chaîne de froid, le bureau central du PEV a élaboré à l'intention des niveaux régionaux et locaux une fiche de contrôle pour la maintenance de l'équipement. Cette fiche exige l'enregistrement deux fois par jour de la température interne des réfrigérateurs ainsi que les dates des maintenances respectives qui sont consignées sur une liste (celle-ci a trait à l'inspection du récipient contenant le kérosène, à la vérification et au changement de la mèche, à la désincrustation de la cheminée et au nettoyage de la vitre qui recouvre la flamme).

Nous avons pu constater quelques problèmes dans cette maintenance de la chaîne de froid. Dans un établissement des missionaires, les vaccins étaient gardés sans thermomètre à côté des aliments dans le réfrigérateur de la mission. Le réfrigérateur était non seulement surchargé mais ouvert plusieurs fois par jour. Dans un autre hôpital, où le chef du département de pédiatrie était une infirmière missionnaire, il y avait un technicien en réfrigérateur responsable de vérifier tous les jours l'équipement et de nettoyer la mèche, la vitre qui recouvre la flamme et la cheminée toutes les semaines. Cependant, les températures réelles n'étaient jamais enregistrées, on cochait seulement la case correspondante à l'enregistrement de température. Quand nous sommes arrivés le thermomètre marquait 24 degrés centigrades; cependant après vérification avec le nôtre nous avons remarqué que la température réelle était de 18 degrés centigrades. Nous avons expliqué à ce technicien comment ajuster la température du réfrigérateur et comment lire notre thermomètre à cristallin liquide que nous lui avons laissé. En outre, nous avons recommandé au personnel sanitaire de cet hôpital de ne pas utiliser les VOP ou VAR étant

donné que leur puissance pourrait être douteuse. Nous leur avons promis de prévenir les autorités à Bangui et de demander l'envoi de nouveaux ravitaillements de vaccins.

Tous les établissements visités ont des porte-vaccins King-Seeley utilisés lors des activités de vulgarisation ainsi que pour garder les fioles de vaccins actifs pendant les séances de vaccination. Pendant l'une de ces séances, nous avons remarqué que l'on prenait du réfrigérateur une fiole à la fois en la gardant dans de la glace. Il nous a semblé que le personnel sanitaire de cette institution ne comprenait pas que les porte-vaccins King-Seeley ont pour but justement de garder les fioles pendant les séances de vaccination pour éviter ainsi d'ouvrir plusieurs fois par jour le réfrigérateur.

Mises à part les aberrations de la chaîne de froid mentionnées ci-dessus, l'équipe d'évaluation a été favorablement impressionnée en constatant que la plupart du personnel sanitaire comprend bien les exigences de la chaîne de froid et surveille régulièrement les températures, en réajustant le cas échéant le thermomètre. Les enregistrements de température que nous avons examinés étaient assez variés, ce qui suggère une certaine compréhension du processus. Tous les établissements sanitaires nettoient leurs cheminées à des intervalles réguliers. Le principal problème constaté en ce qui concerne la chaîne de froid a été les pièces de rechange, surtout les mèches et les vitres couvre-flammes.

Depuis le début des activités PEV en 1980, tous les vaccins utilisés dans le pays sont livrés régulièrement par l'UNICEF. L'assistance demandée à l'UNICEF pour 1986-1990 couvre le ravitaillement en vaccin.

Les vaccins sont reçus par le niveau central deux fois par an (tous les six mois). En 1985 il eut une rupture de cinq à six mois dans la livraison des stocks de VOP dûe à des difficultés d'importation. Le niveau central reçoit une notification de l'UNICEF avec l'arrivée du vol d'approvisionnement; les vaccins sont transportés directement au magasin central. La distribution des vaccins du niveau central au niveau régional a lieu tous les trois mois, en même temps que les visites trimestrielles de supervision. A part la livraison des vaccins, l'équipe de supervision est accompagnée d'un technicien en chaîne de froid pour évaluer ses différents éléments et, le cas échéant, réparer les équipements. Pendant ces visites, l'inventaire de l'équipement de la chaîne de froid est mis à jour. La distribution des vaccins aux magasins intermédiaires se fait également sur une base trimestrielle semblable à celle du niveau régional.

En théorie, la livraison des vaccins au niveau local doit se faire tous les deux mois pour coïncider avec les visites régionales et locales de supervision. Cependant, comme nous l'avons dit au préalable, en pratique ce n'est pas toujours le cas dû aux carences de carburant qui empêchent le niveau régional de respecter le calendrier des visites d'encadrement. Nous avons appris que plusieurs formations sanitaires, démunies de leurs stocks, avaient dû se rendre spécialement au magasin régional pour se procurer des vaccins. Au moment de notre visite, un magasin régional, n'ayant pas reçu à temps les ravitaillements au niveau central avait épuisé ses stocks de DTC et de BCG la semaine d'avant.

Les commandes de vaccins au niveau national sont basées sur des calculs estimatifs de la population à être vaccinée en y appliquant la marge standard de gaspillage; 25% pour les vaccins DTC, VOP, VAT et VAR; 50% pour la BCG. Ces commandes de vaccins au niveau local sont basées sur l'utilisation des mois précédents, quoique certaines unités placent leurs commandes au fur et à mesure de leurs besoins réels. Les formations sanitaires au niveau régional n'évaluent pas régulièrement les gaspillages réels de vaccins. Toutefois, étant donné leur réticence à ouvrir des fioles de vaccins pour peu d'enfants, il est probable que les chiffres réels de gaspillage se rapprochent des calculs estimatifs du bureau national.

Les responsables du niveau central ont déclaré que parfois les vaccins reçus avaient une date d'expiration très proche. A cet égard, nous avons pu constater qu'à l'exception d'un établissement, tous les autres étaient pourvus de vaccins avec des dates d'expiration se reportant à plusieurs mois. Dans l'établissement qui faisait exception, plusieurs fioles de vaccins contre la fièvre jaune étaient périmées depuis un mois et celles des BCG expiraient une semaine après.

Les niveaux central et régional maintiennent tous des inventaires mis à jour de leurs stocks de vaccins. Tous les inventaires examinés par l'équipe d'évaluation étaient exacts au jour le jour. Au niveau local, même lorsque les relevés mensuels exigent des renseignements sur les livraisons des vaccins, leur usage et la quantité qui reste à la fin du mois, on ne maintient pas régulièrement des inventaires.

En réponse à l'appel international signalant que les programmes de vaccination peuvent contribuer à la transmission de maladies par l'usage de matériel non stérilisé, en octobre 1986 un plan national d'action a été préparé ayant pour slogan "une aiguille stérile, une seringue stérile pour la vaccination de chaque enfant". Nous avons pu constater qu'aucun établissement sanitaire visité n'avait suffisamment de fournitures pour se conformer à la directive nationale, quoique la plupart d'entre eux avait suffisamment d'aiguilles. Tous les établissements sanitaires visités, sauf un, ont des stocks spéciaux d'aiguilles et de seringues destinés uniquement aux activités de vaccination.

Tous faisaient bouillir les aiguilles et les seringues le matin des séances de vaccination. Plusieurs lavaient les seringues dans de l'eau avec du savon avant la stérilisation.

Seulement deux établissements avaient l'habitude de restériliser les aiguilles pendant les séances de vaccination afin de respecter la directive nationale. Dans un autre établissement lorsqu'il y avait plus d'enfants à vacciner que d'aiguilles stériles, l'on demandait aux enfants "en trop" de revenir pour la prochaine séance de vaccination.

Dans l'une des séances de vaccination observée, les aiguilles usées étaient remises dans le même récipient avec les aiguilles stériles, sans être distinctement séparées. Un autre établissement avait pour politique trois enfants par aiguille. Aucun d'eux n'avait plus de deux seringues par type de vaccins; en conséquence, celles-ci étaient toujours utilisées plusieurs fois sans être restérilisées.

Dans un établissement on nous demanda comment éviter les abcès purulents qui avaient apparu après les vaccins de BCG et de DTC, ce qui suggère contamination à la source--soit le vaccinateur était porteur de staphylocoque le jour de la séance contaminant les fioles ou les outils utilisés pour l'injection (aiguilles, seringues), soit un des enfants était le porteur et les seringues utilisées avaient été contaminées pendant la séance de vaccination.

Le MSPAS, conscient des difficultés de mise en oeuvre de cette directive nationale, a commandé, dans le cadre de l'assistance UNICEF/Sportaid, des stocks de seringues et d'aiguilles réutilisables ainsi que des stérilisateurs nouveaux du type "casserole à pression". Ce nouveau matériel sera introduit pendant la campagne de vaccination contre la rougeole prévue pour décembre, au cours de la formation et de la distribution des stocks.

4.5.3.1 Recommandations

1) En vue de garantir un ravitaillement régulier et constant en vaccins ainsi qu'en kérosène pour les réfrigérateurs, l'on devrait s'efforcer de respecter le calendrier des visites de supervision du niveau central au régional et du niveau central au local.

2) Pour les magasins régionaux ou intermédiaires qui ont au minimum quatre à six heures par jour d'électricité, il conviendrait d'acheter des réfrigérateurs et des congélateurs entièrement revêtus de glace.

3) Avant de commander de nouveaux réfrigérateurs solaires, le MSPAS devrait étudier à fond tous les renseignements disponibles sur ces réfrigérateurs solaires en prêtant une attention toute particulière à la durabilité des piles.

4) Des cours de recyclage sur la maintenance de la chaîne de froid seraient extrêmement utiles pour le personnel sanitaire qui s'en occupe, surtout pour ceux qui travaillent dans des établissements missionnaires. Etant donné les problèmes que nous venons de signaler nous recommandons fortement que tous les établissements sanitaires, y compris les unités privées, fournissant des services de vaccination soient inclus dans les activités de formation et d'encadrement. Cette mesure se justifie puisque tous les établissements du pays reçoivent leurs vaccins du MSPAS.

5) Tous les réfrigérateurs pour les vaccins devraient être munis de thermomètres qui fonctionnent et n'être ouverts que deux fois par jour au maximum; une le matin pour vérifier la température et retirer les vaccins qui seront utilisés pendant la journée, et l'autre l'après-midi pour vérifier la température et remettre les fioles non utilisées afin de les garder pour la prochaine séance. La formation du personnel sanitaire devrait insister sur l'utilité des porte-vaccins King-Seeley pour garder les vaccins qui sont utilisés le même jour, ce qui évite d'ouvrir constamment la porte du réfrigérateur.

6) En vue d'éviter les pannes de réfrigérateur dûes au manque de pièces de rechange, l'on devrait s'efforcer d'assurer leur disponibilité.

7) En vue de mettre en oeuvre la directive nationale d'"une aiguille stérile, une seringue stérile pour la vaccination de chaque enfant", il est urgent d'acheter et de distribuer des aiguilles, des seringues et des stérilisateurs. Nous soutenons fermement la décision du MSPAS visant à reporter la campagne de lutte contre la rougeole jusqu'à ce que ce matériel soit reçu et distribué.

8) A la suite de la décision gouvernementale de vacciner tous les enfants qui se présentent au secteur santé, il est indispensable d'évaluer le pourcentage de vaccins gaspillés pour que les quantités commandées soient suffisantes et qu'il n'y ait pas de carences.

9) Vérifier périodiquement la puissance des vaccins au niveau local

4.5.4 Couverture vaccinale

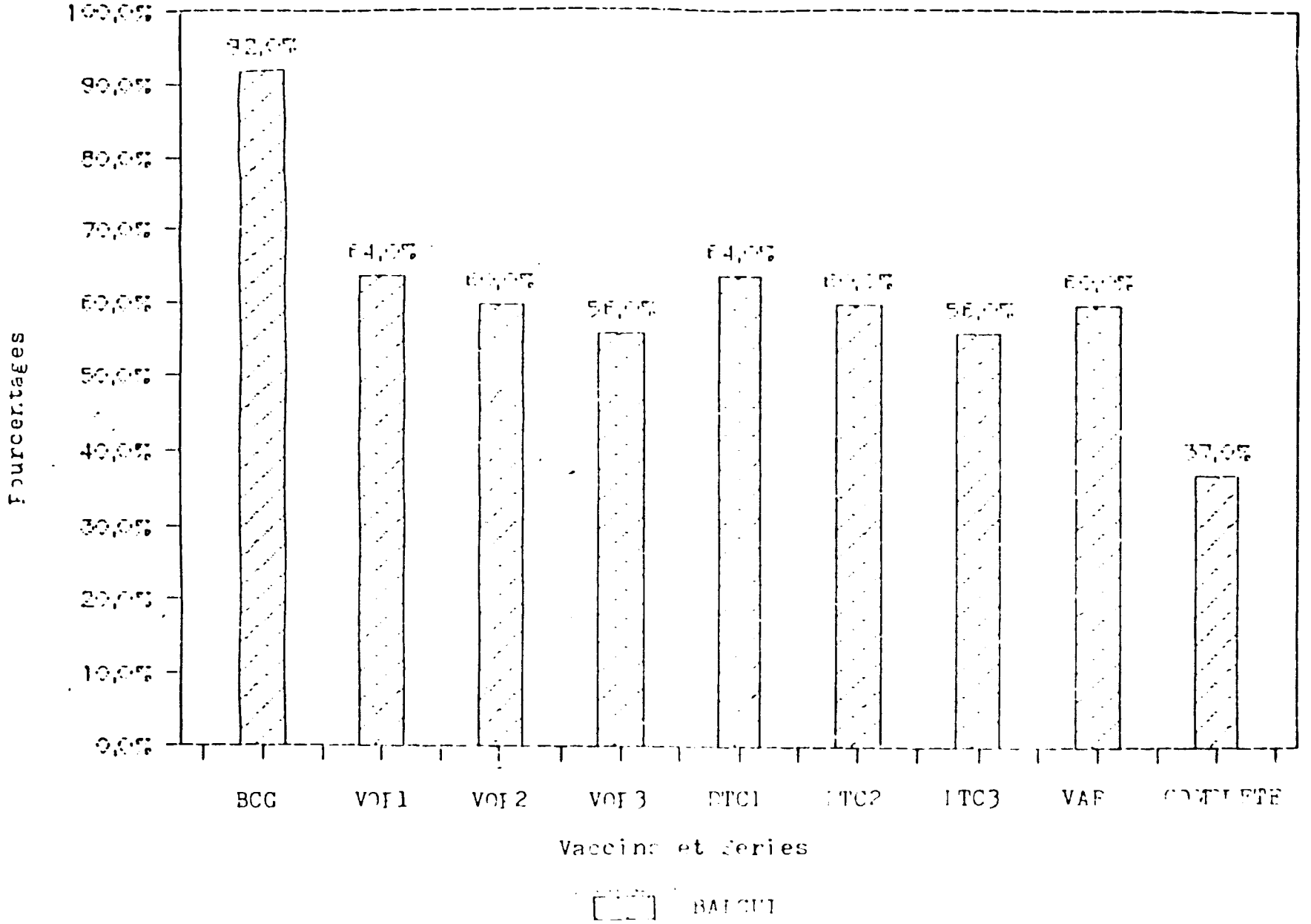
Tous les établissements sanitaires qui fournissent des services de vaccination enregistrent le nombre de vaccins de chaque type administrés, le nombre de doses de la série et l'âge de l'enfant vacciné (moins d'un an, un an, plus d'un an). Ces renseignements font partie du relevé mensuel d'activités qui est envoyé au bureau central du PEV au sein de la DMPGE et de la DSMI une fois par mois.

Les vaccins administrés par les équipes mobiles de prospection du Service de lutte contre les grandes endémies sont enregistrés au bureau central du PEV au sein de la DMPGE une fois par an. Néanmoins, ces relevés ne ventilent pas le nombre de vaccins administrés par tranche d'âge. La DSMI publie un rapport annuel qui présente les activités de vaccination des services SMI; celui-ci consigne le nombre de doses par type de vaccins administrés par tranche d'âge.

Vu les limitations du système actuel de collecte des données, en 1985 l'on a mené à bien à Bangui et dans le reste du pays une enquête de la couverture vaccinale de la population de 12 à 23 mois. Le graphique 4 présente les résultats de l'enquête à Bangui et le 5 les résultats pour le reste du pays. Il nous faut mentionner ici que jusqu'à une période très récente la plupart des activités du PEV avaient été menées à bien dans la région de Bangui qui représente à peu près 18% de la population totale de la RCA. Le niveau de couverture constaté à Bangui est impressionnant; 60% de la population ayant reçu le vaccin antirougeole. Il est important de souligner ici que les niveaux élevés de couverture pour le VAR représentent les pourcentages réajustés après la campagne de lutte contre la rougeole menée à bien à Bangui en octobre 1985. Les résultats de l'enquête de couverture préalable à cette campagne montraient une couverture totale de VAR de 26%, amenant à 24% le total de la population entièrement couverte. Ces données furent réajustées ultérieurement pour refléter la couverture atteinte par la campagne, compilées sur la base du nombre de doses administrées.

COUVERTURE VACCINALE - ECA

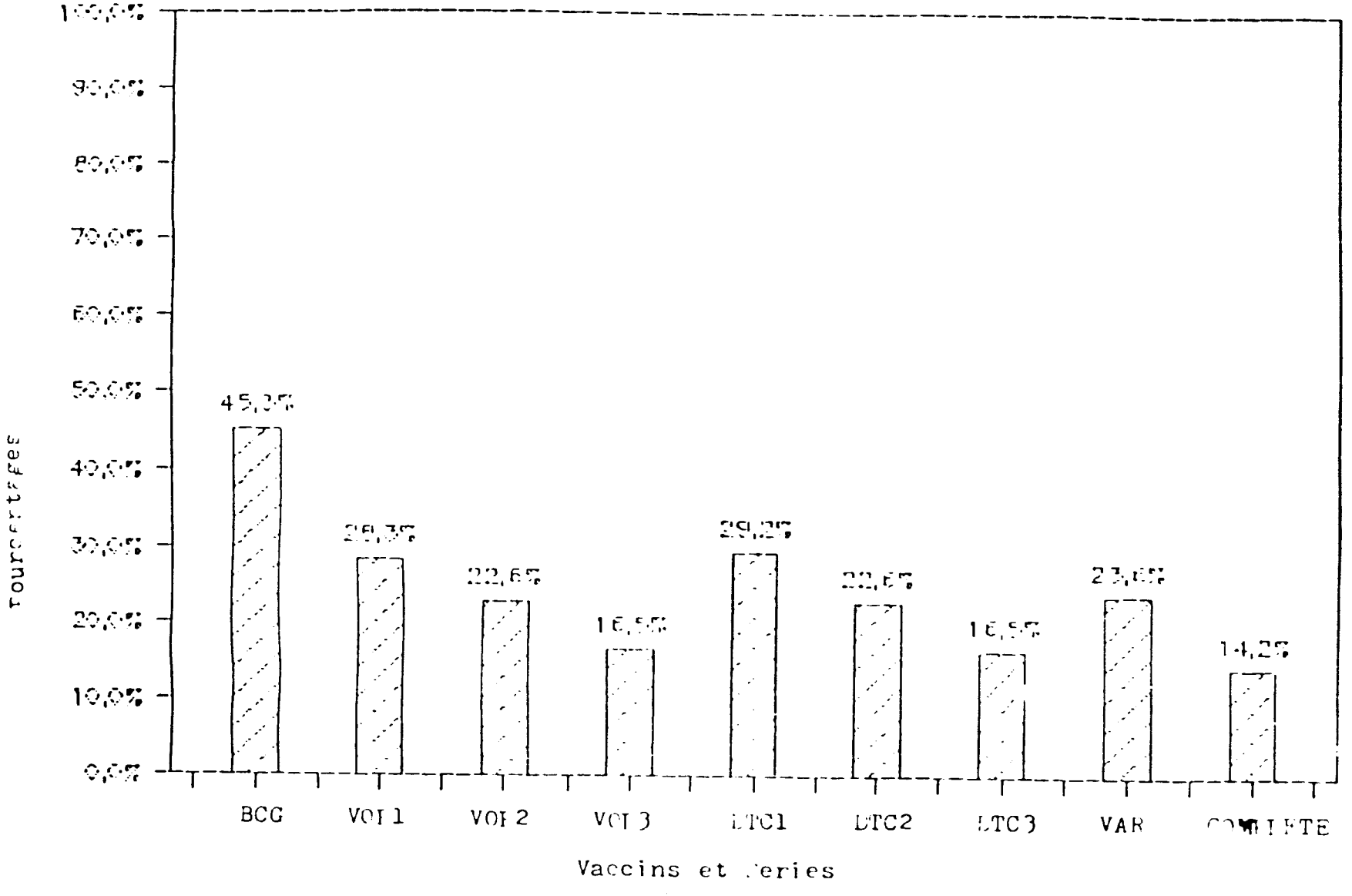
Enquete, Bangui-1985



Graphique 5

COUVERTURE VACCINALE - RCA

Enquête en dehors de Bangui-1985

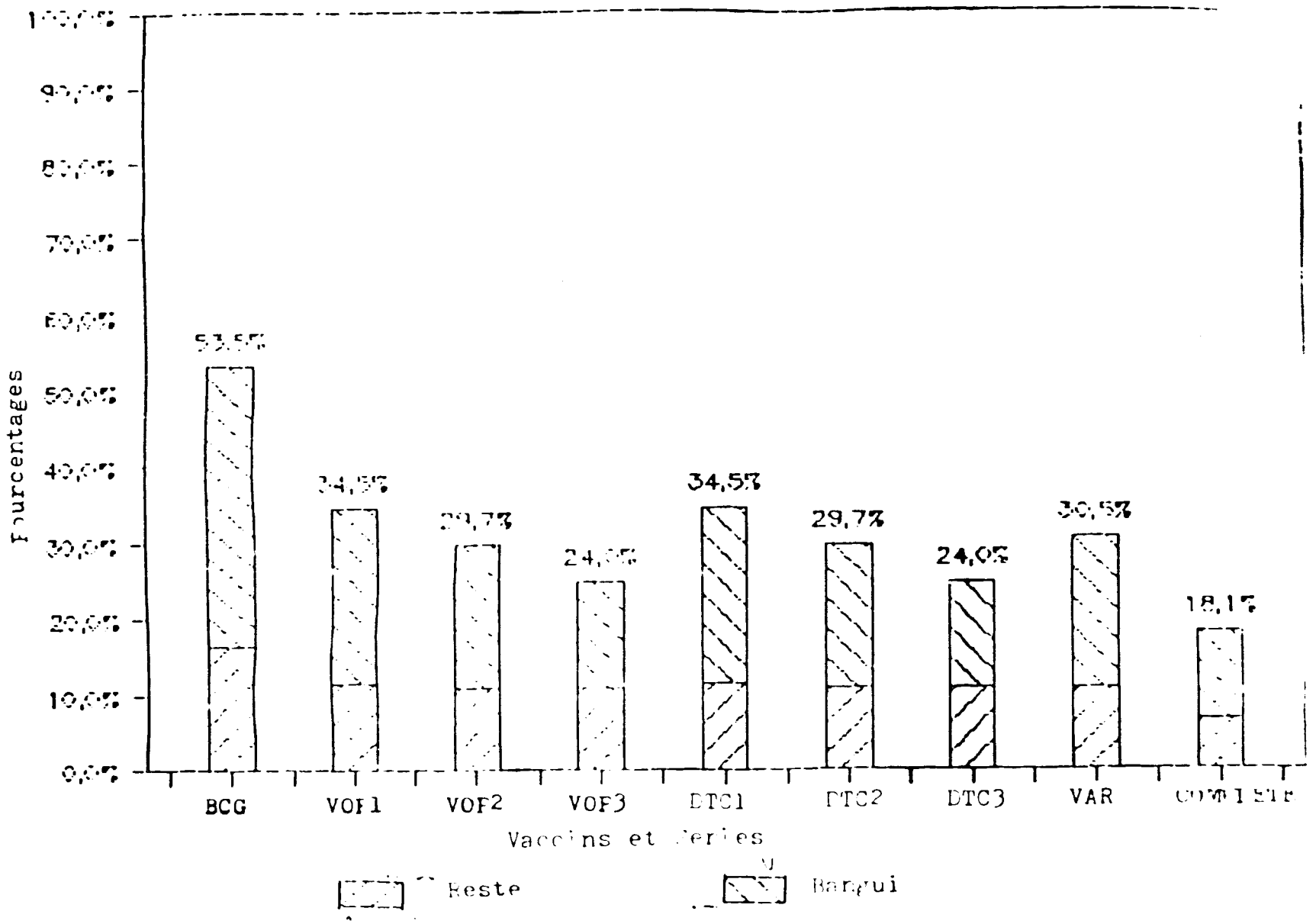


Le graphique 6 présente la couverture vaccinale réajustée de la RCA et montre la représentation proportionnelle de Banqui par rapport au reste du pays. il nous faut réitérer ici que la couverture présentée pour Bangui ne reflète pas la couverture documentée lors de l'enquête par sondage à domicile, mais plutôt les réajustements réalisés sur la base des résultats de la campagne de lutte contre la rougeole.

Graphique 6

COUVERTURE VACCINALE NATIONALE REAJUSTEE

Basee sur Enquetes, RCA, 1985



Le taux national de 18,1% de la population complètement vaccinée (BCG, DTC, VOP 1, 2, 3, et VAR) est encore très faible et montre le besoin urgent d'exécuter le plan d'opération pour le développement accéléré du PEV.

Le taux d'abandon de 12% à Bangui entre la première et la troisième dose de DTC/VOP est excellent et suggère une très bonne campagne de sensibilisation pour cette série de vaccins. Cependant, nous sommes déconcertés par l'augmentation marquée de ce pourcentage d'abandon après la troisième dose de VAR, étant donné que la rougeole est une des principales causes de morbidité et mortalité infantile dans le pays. Les taux d'abandon en dehors de Bangui nous soucient énormément; 41,7% de ceux qui reçoivent une première dose de DTC/VOP ne reçoivent pas la troisième; en termes généraux 68,7% de ceux qui commencent leur série de vaccination (avec la BCG) la terminent (avec le vaccin contre la rougeole).

Le tableau 3 présente une estimation de la couverture des femmes enceintes avec le VAT en 1985. Ces données proviennent des relevés d'activité mensuels envoyés par les établissements sanitaires à la DSMI et ne reflétent pas les enquêtes démographiques par sondage.

Tableau 3

Couverture de vaccination avec le VAT des femmes enceintes qui se présentent aux établissements sanitaires pour les visites prénatales, montrée en nombre de doses et régions sanitaires, RCA 1985.

Région sanitaire	Nombre de femmes enceintes	VAT 1	%	VAT 2	%
Région I	7916	6328	79,9%	4988	63,0%
Région II	8218	6717	81,7%	3757	45,7%
Région III	9546	5679	59,5%	3292	34,5%
Région IV	6919	4499	65,0%	2396	34,6%
Région V	4486	3736	83,3%	2345	52,3%
Sous-total région	37085	26959	72,7%	16778	45,2%
Bangui (ville)	23700	14660	61,9%	9238	39,0%
Total RCA	60785	41619	68,5%	26016	42,8%

Source: MSPAS, Direction de la santé maternelle infantile/planification familiale, Service de recherche et d'évaluation. Rapport annuel d'activités de santé maternelle et infantile et planification familiale pour 1985, Bangui, 30 septembre 1986.

Ces estimations de couverture sont assez élevées, quoique le taux d'abandon documenté entre la première et la deuxième dose soit de 37,5%. Il est important de mentionner ici que dans ce même document la population de moins d'un an pour 1985 est de 1[illegible].557. Si nous prenons ce chiffre comme une estimation du nombre de femmes enceintes (en reconnaissant que celui-ci est sous-estimé car il ne montre pas le nombre de morts-nés ou d'enfants nés vivants mais qui meurent avant la première année), la couverture en serait alors considérablement diminuée.

4.5.4.1 Recommandations

1) Etant donné les couvertures très faibles constatées pour les vaccins PEV, l'équipe d'évaluation demande instamment au MSPAS d'accélérer le calendrier d'exécution des activités du PEV; surtout la sensibilisation communautaire.

2) Il conviendrait également de mener à bien tous les ans des enquêtes par sondage pour donner suite à l'exécution du PEV. L'équipe d'évaluation recommande en outre, qu'en plus des études de vérification de la couverture des enfants de 12 à 23 mois, l'on recueille les données suivantes:

- Raisons pour lesquelles les enfants abandonnent (c'est-à-dire pourquoi les enfants ne complètent pas leurs séries de vaccination).

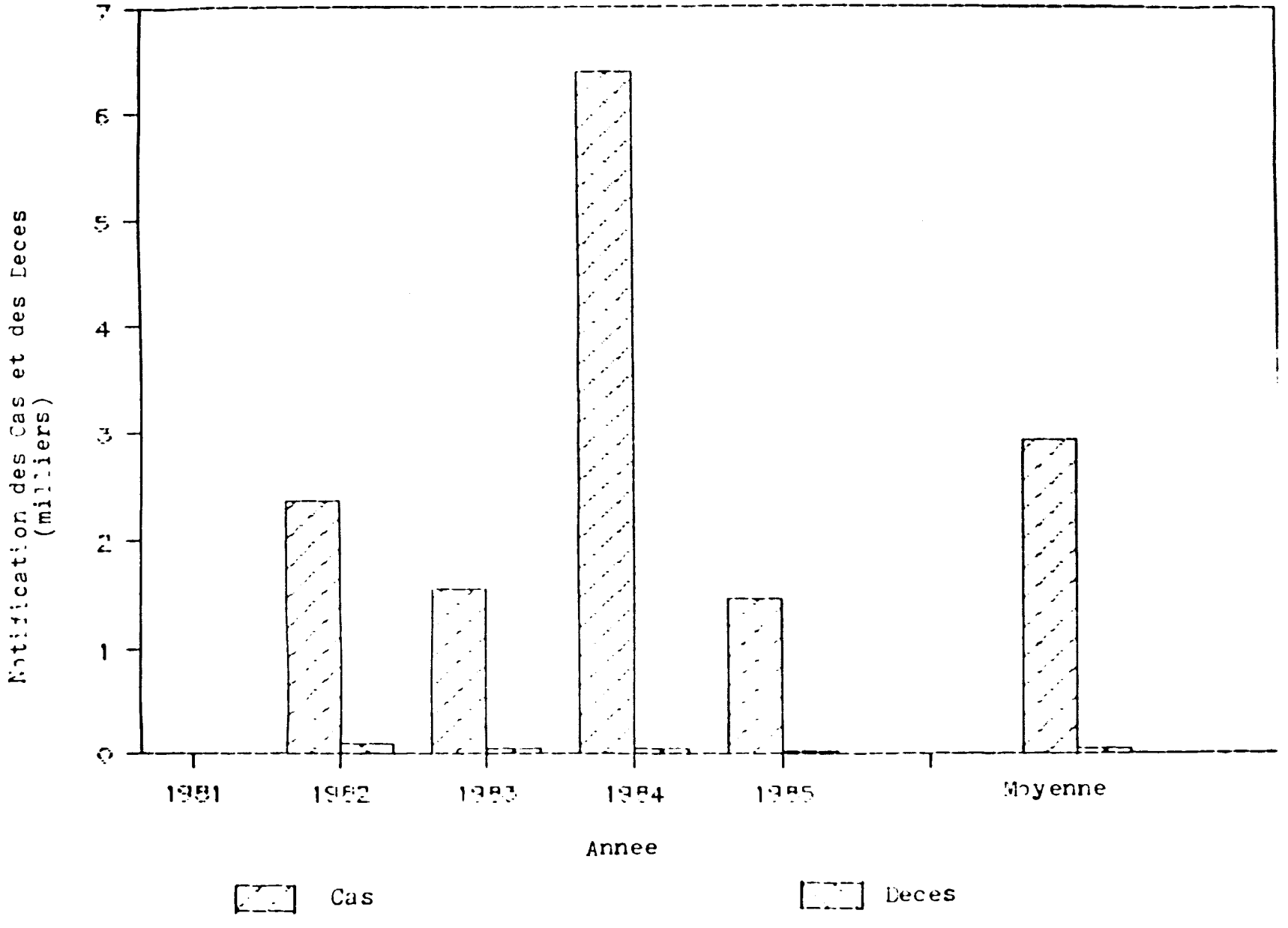
- Couverture de vaccination avec le VAT des mères des enfants inclus dans cette enquête.

4.5.5 Morbidité et mortalité dûes aux maladies cibles du PEV

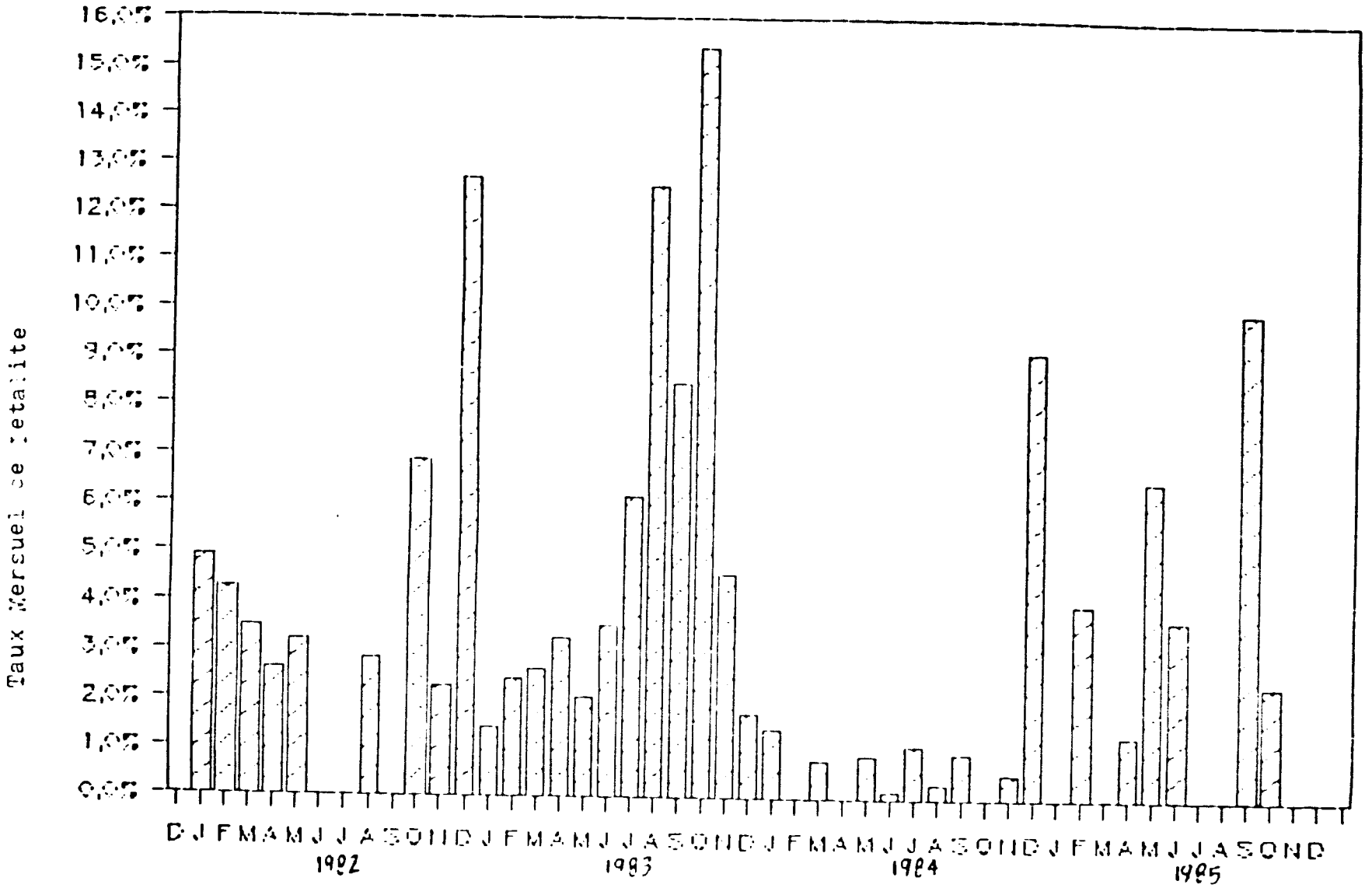
Ainsi que nous l'avons mentionné dans la section sur le SIS, on enregistre tous les renseignements relatifs au nombre de cas des maladies cibles du PEV vus dans les établissements sanitaires par tranche d'âge par mois. Récemment on a demandé d'ajouter l'histoire de vaccination de chacun de ces malades. Cependant, tous les établissements n'enregistrent pas encore ces renseignements, c'est pourquoi lors de notre enquête ces données n'étaient pas disponibles.

Le graphique 7 présente la déclaration annuelle des cas et des décès dûs à la rougeole pendant la période 1982-1985 pour toutes les tranches d'âge en milliers de cas. Soulignons le nombre très réduit de décès enregistrés pendant cette période. Les taux moyens de létalité (TL) enregistrés pendant toute la période a été de 2%, allant du minimum de 0,8% en 1984 au maximum de 4,1% en 1982. Ce TL relativement faible reflète peut-être l'accès restreint de la population aux services de santé. Il est intéressant de noter que l'évolution mensuelle du TL pendant la même période a constaté des taux extrêmement variables de 0% minimum à 15,4% maximum (voir graphique 8).

DECLARATION ANNUELLE DES CAS ET DES DECES
Rougeole-FCA-1982-1985



TAUX DE LETALITE MENSUEL * BOUGEOIE * PCA-1982-1985

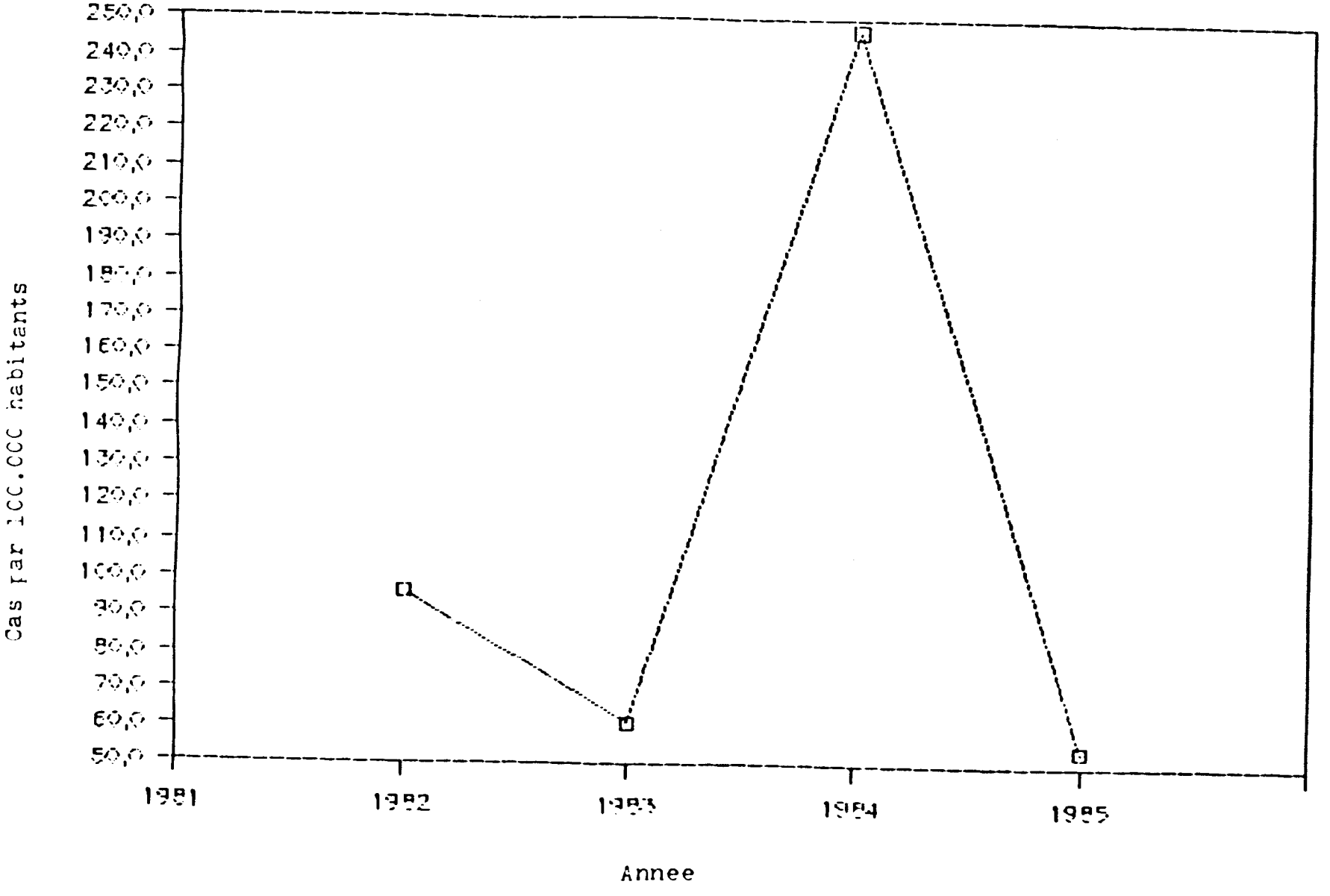


Periode du Rapport Jan 82-Dec 85

Le graphique 9 montre la morbidité annuelle dûe à la rougeole par 100.000 habitants pour la période 1982-1985. En 1984 il eut une grande épidémie de rougeole dans tout le pays. Quoiqu'en 1985 il y eut très peu de cas de rougeole enregistrés, le taux de 54 par 100.000 est assez élevé.

MORBIDITE ANNUELLE DUE A LA ROUGEOLE

par 100.000 habitants 1982-1985

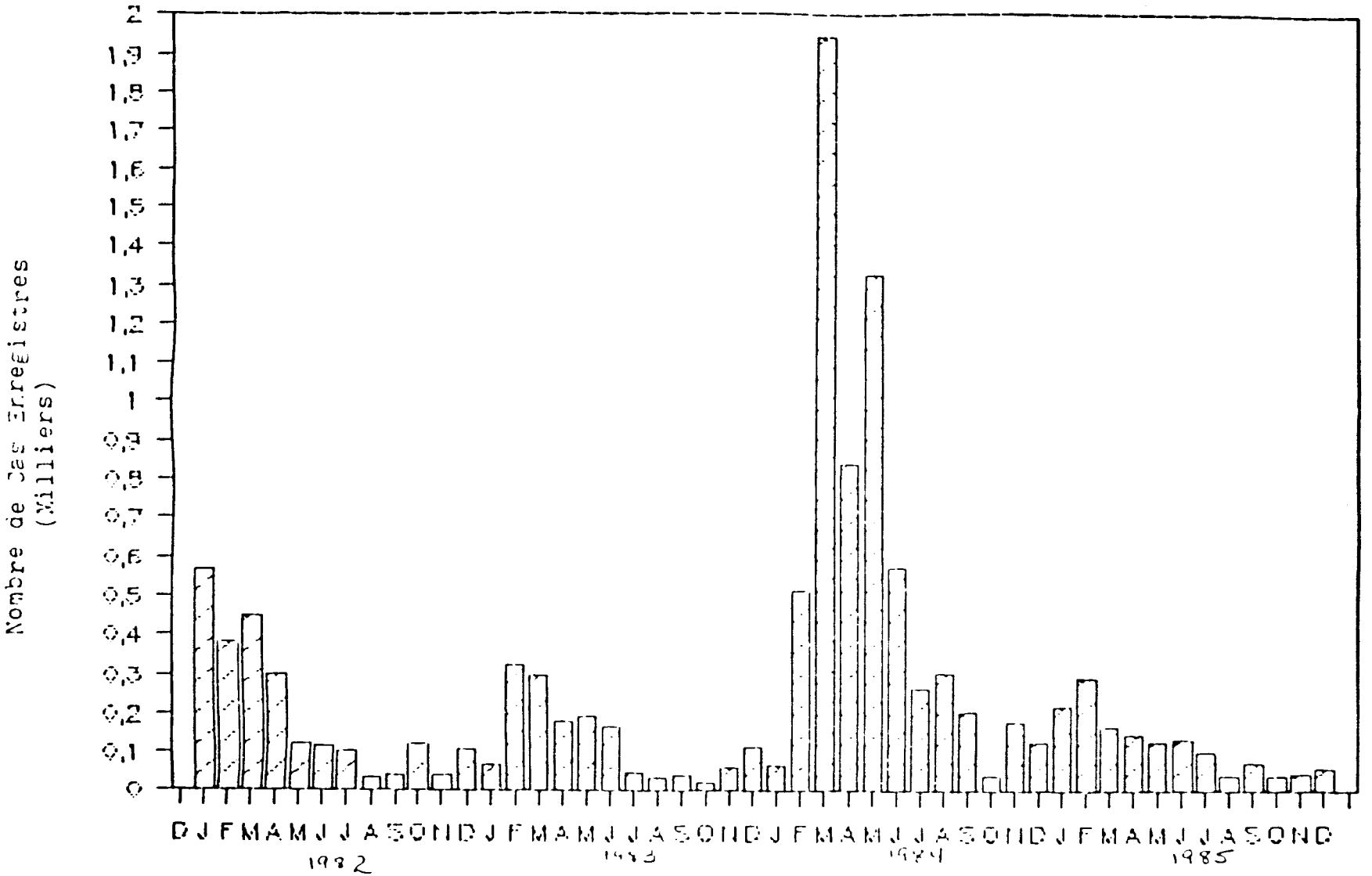


Le graphique 10 montre les cas de rougeole enregistrés par mois pendant la période 1982-1985. Notez une augmentation annuelle dans le nombre des cas enregistrés pendant les premiers mois de l'année (janvier à mars). Cette hausse saisonnière suggère que le moment le plus approprié pour lancer une campagne de lutte contre la rougeole est la période immédiatement avant cette saison; à savoir avant le début de l'année.

Graphique 10

CAS DE ROUGEOLE ENREGISTRES PAR MOIS

PCA * 1982-1985



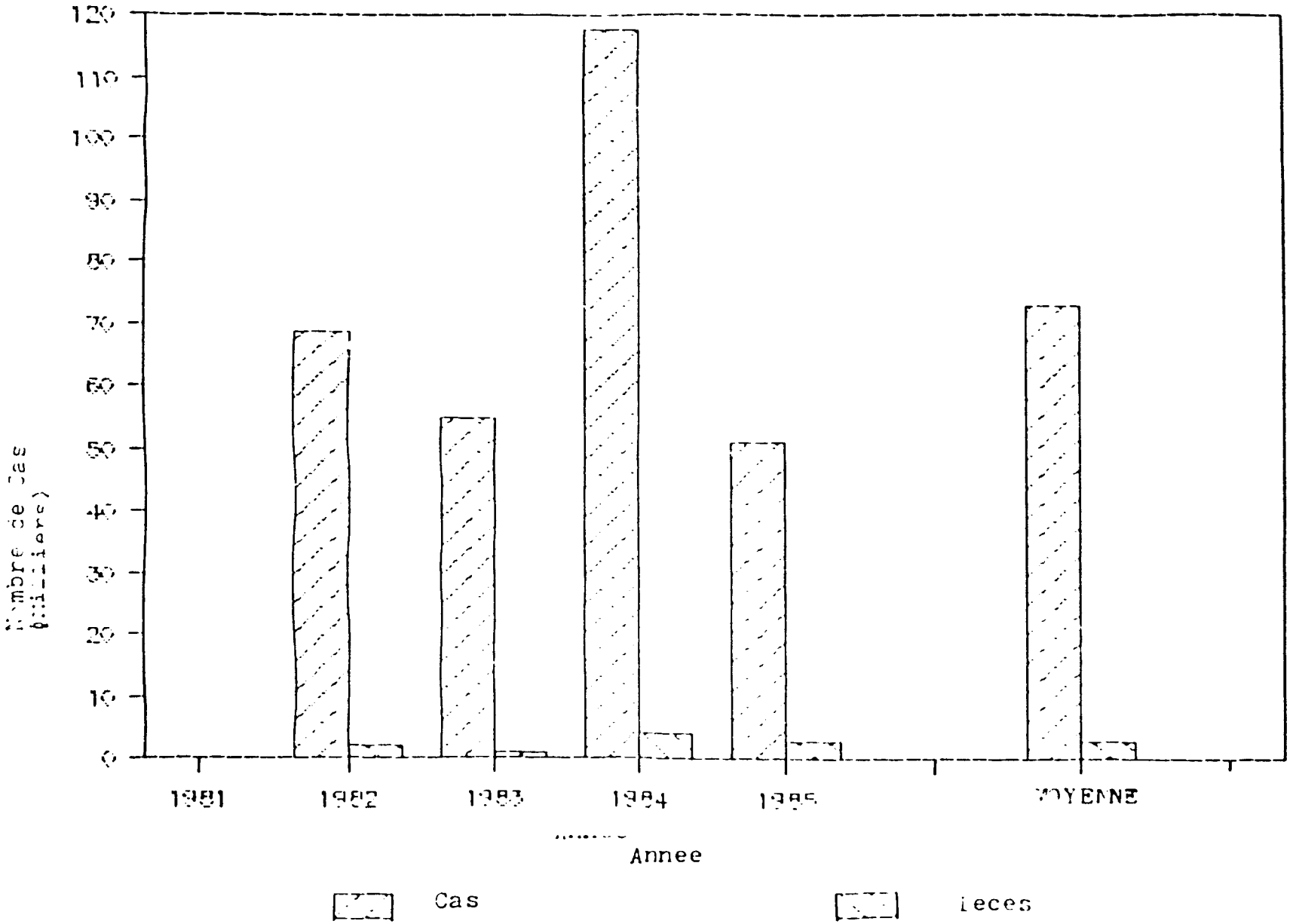
Période du Rapport* Jan82-Dec85

Le graphique 11 montre le nombre annuel de cas et de décès dûs à la poliomyélite pour la période 1982-1985. Le nombre de cas enregistrés pendant cette période de quatre ans varie de 51 à 188 avec une moyenne de 73. Le graphique 12 montre le taux réel pendant la même période basé sur une enquête par sondage, avec des variations allant de 1,9 par 100.000 en 1985 à 4,6 par 100.000 en 1984, année de l'épidémie. Le nombre de cas non enregistrés est en général 10% du nombre de cas réels. Les taux de 1,9 à 4,6 par 100.000 sont très élevés et reflètent la faible couverture existante qui, à son tour, confirme que l'on n'a pas encore atteint des niveaux permettant d'interrompre la transmission du virus sauvage de la poliomyélite. Nous n'avons pas pu obtenir des renseignements sur la distribution par tranches d'âge ni sur l'histoire de vaccination des cas de poliomyélite.

Les données sur le nombre de cas de tétanos enregistrés par la DSMI et la DMPGE ne sont pas ventilés par type de tétanos (néonatal par rapport à non néonatal). Le graphique 13 montre le nombre de cas et de décès dûs au tétanos pour la période 1982-1986. Il nous faut souligner ici que le TL annuel enregistré variait de 28% à 38%, ce qui suggère un degré extrêmement élevé de sous-enregistrement. Une analyse des enquêtes par sondage a démontré que le taux réel de morbidité pendant la même période de temps allait de 2,3 à 3,6 par 100.000 habitants.

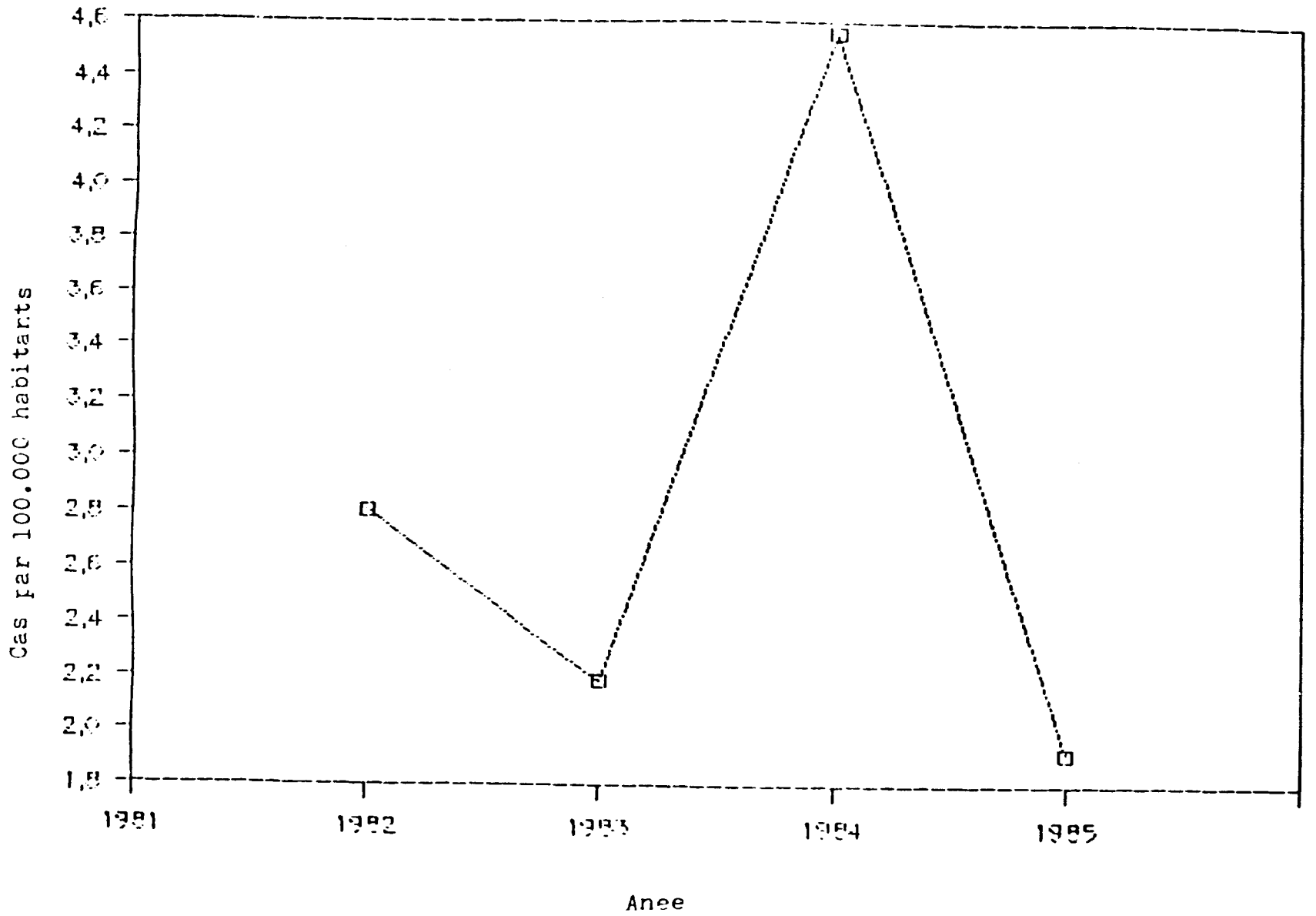
DECLARATION ANNUELLE DES CAS ET DES DECES

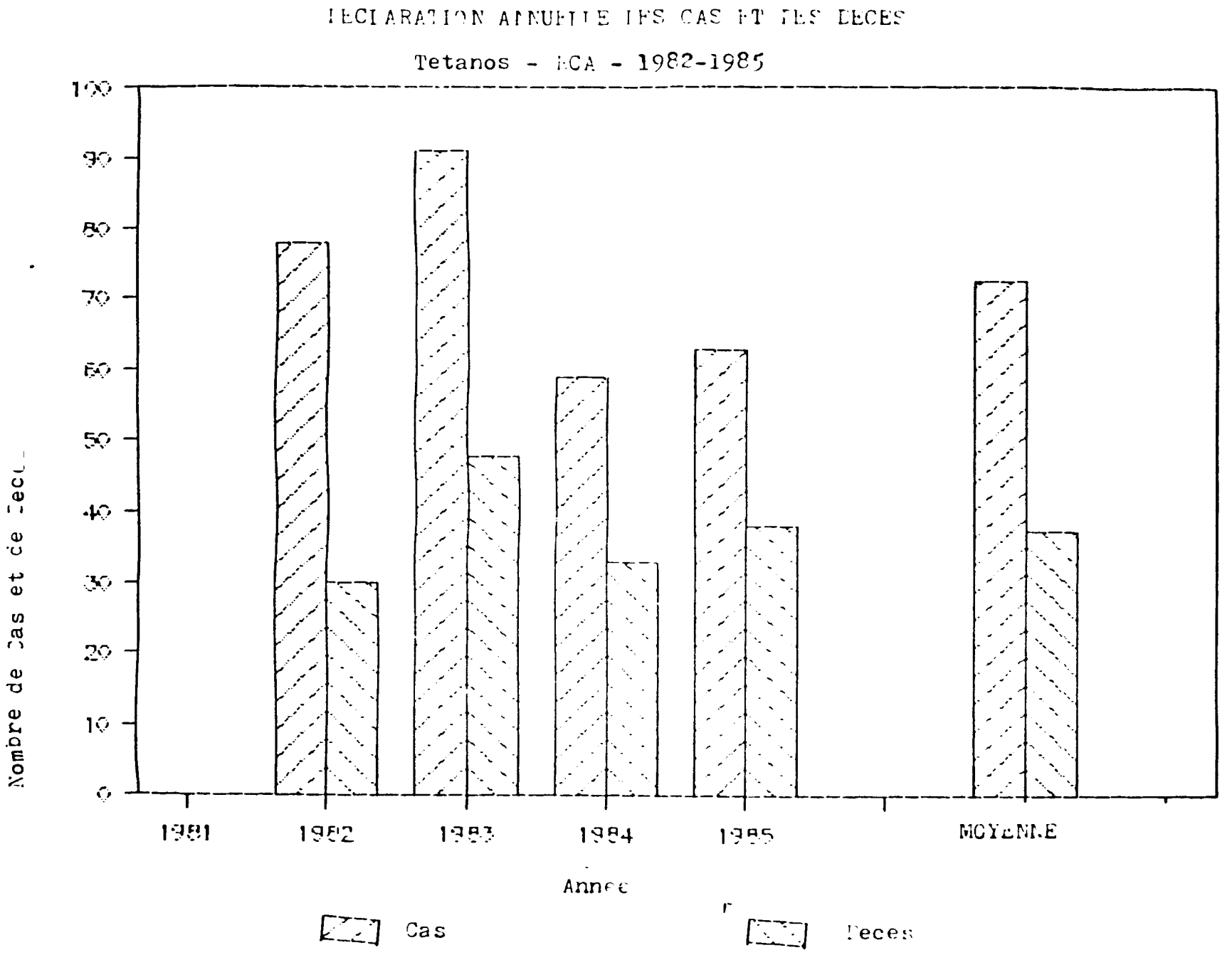
Folio - ECA - 1982-1985



MORBIDITE DUE A LA POLIO

(Par 100.000 habitants 1982-1985)




DECLARATION ANNUELLE DES CAS ET DES DECES
Tetanos - RCA - 1982-1985
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Nombre de Cas et de Deces
1981
1982
1983
1984
1985
MOYENNE
Annee
Cas
Deces

Aucune information n'était disponible sur la morbidité et la mortalité dûes à la coqueluche, la diphtérie et la tuberculose au moment de la préparation de ce rapport.

4.5.5.1 Recommandations:

1) En vue de surveiller et d'évaluer régulièrement les répercussions et recommandations des activités du PEV, il est indispensable de rassembler et d'analyser régulièrement les données sur la distribution et l'histoire de vaccination par tranche d'âge des cas de maladies cibles du PEV. Il est important d'obtenir des renseignements sur l'histoire de vaccination des cas de maladie car ils nous permettront de dépister les problèmes avec la puissance des vaccins.

2) Nous voulons insister sur la nécessité d'améliorer la capacité de réaction face à une épidémie pour permettre un dépistage et une investigation des incidents croissants de maladies qui peuvent être évitées par la vaccination, et comme corollaire, la mise en oeuvre immédiate de mesures de contrôle dans les zones courant le plus grand risque.

4.6 Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD)

4.6.1 Antécédents, plans, organisation et gestion

4.6.1.1 Antécédents et plans

En RCA les maladies diarrhéiques sont une cause importante de morbidité et de mortalité infantiles. Bien que les sachets de réhydratation orale (SRO) ont été fournis au MSPAS en quantités limitées depuis 1982/83, jusqu'à une époque très récente il n'existait aucun programme ou stratégie nationale officielle de lutte contre les maladies diarrhéiques.

En 1983 fut créé le Comité de lutte contre les maladies diarrhéiques, composé des membres de l'Institut Pasteur et de la faculté de médecine mais sans la participation de la DMPGE ou de la DSMI/PF. Les principales activités de ce comité pendant cette période étaient des études de la part de l'Institut Pasteur sur l'étiologie de la diarrhée chez les enfants (soutenues par l'OMS).

En 1983, le directeur de la DMPGE (qui est également le coordinateur du projet CCCD dans le pays) participa à un cours de formation pour cadres supérieurs donné par l'OMS à Kinshasa. Après la signature de l'accord entre l'USAID et le MSPAS pour l'exécution du projet CCCD, le médecin nommé directeur du programme national de la CDD fut envoyé à Dakar pour suivre un cours de formation sur les maladies diarrhéiques.

Avant le développement du Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, une enquête communautaire CAP par sondage fut menée à bien dans la capitale ainsi que dans la région sanitaire IV (Bambari). Une autre enquête CAP sur le personnel des établissements sanitaires fut menée à bien simultanément dans les mêmes régions géographiques. En même temps, une equête

communautaire par sondage sur la morbidité et la mortalité infantile dûes aux maladies diarrhéiques fut menée à bien par un étudiant candidat au diplôme de TSS de la région sanitaire IV.

Après avoir obtenu les résultats de toutes ces enquêtes CAP, un Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques fut élaboré et soumis au directeur de la SMI/PF, de la DMPGE et de la DMC, ainsi qu'au niveau régional (médecins-chefs et médecins-chefs adjoints), aux agences internationales d'assistance (UNICEF, USAID/CCCD, MSF, Institut Pasteur) et à la Faculté de médecine qui se réunirent pour réviser et rédiger la version finale du premier programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques. Ce programme fut signé par le Ministre en juin 1986.

Le Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques est conforme au Plan national de développement 1982-1985 en vertu duquel le GORCA s'engage dans toutes les interventions du secteur santé à octroyer la plus forte priorité à la protection de la santé maternelle et infantile et à la promotion des soins de santé primaires. Cet engagement fut renforcé plus avant par la signature d'accords avec d'autres agences internationales d'assistance (UNICEF, FNUAP, PNUD, OMS, USAID/CCCD).

Le Programme national de CDD a pour objectif principal la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles dûes aux maladies diarrhéiques chez la popoulation de 0 à 4 ans, par la voie du traitement précoce des épisodes diarrhéiques avec la RVO et de la promotion de bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement de l'environnement et de nutrition appropriée de la population cible, surtout pendant les épisodes diarrhéiques.

Les principaux objectifs du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques sont les suivants:

1) Réduire de 30% d'ici 1990 la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en:

   - augmentant l'accessibilité à la RVO jusqu'à 52% (100% à Bangui, 100% au niveau intermédiaire, 23% au niveau périphérique);

   - augmentant l'utilisation de RVO jusqu'à 37% (81% à Bangui, 49% au niveau intermédiaire, 20% au niveau périphérique);

   - augmentant le traitement correct de RVO de moins de 5% jusqu'à 61% (80% à Bangui, 75% au niveau intermédiaire, 50% au niveau périphérique).

2) Faire passer d'ici 1990 à au moins 80% la couverture vaccinale nationale contre la rougeole;

3) Faire passer à au moins 46% (90% à Bangui, 60% au niveau intermédiaire, 30% au niveau périphérique) le nombre de mères d'enfants de moins de cinq ans dans les zones cibles connaissant l'alimentation appropriée pendant et après la diarrhée;

4) Faire passer à au moins 43% le nombre de mères d'enfants de moins de cinq ans alimentant correctement leurs enfants diarrhéiques;

5) Faire passer à 90% à Bangui et à 60% dans le reste du pays le nombre de mères d'enfants de moins de 5 ans connaissant les caractéristiques de l'eau potable et son rôle dans la prévention de la diarrhée;

6) Faire passer à 95% à Bangui et à 75% dans le reste du pays le nombre de mères d'enfants de moins de cinq ans connaissant une alimentation adéquate de l'enfant;

7) Faire passer d'ici 1990 à 80% à Bangui et à 50% dans le reste du pays le nombre de mères d'enfants de moins de 5 ans connaissant les pratiques d'hygiène personnelle pour les soins et l'alimentation des enfants (laver les fesses des enfants après chaque émission de selles diarrhéiques ainsi que les mains avant de préparer la nourriture et de donner à manger à l'enfant); et

8) Faire passer d'ici 1990 à 70% à Bangui et 60% dans le reste du pays le nombre de mères d'enfants de moins de cinq ans évacuant correctement les selles diarrhéiques de l'enfant.1/

Ce Programme national est très vaste, présentant en détail tous les éléments du programme CDD et expliquant minutieusement les stratégies et les activités à être menées à bien lors de son exécution.

Le Programme national se concentre sur l'exécution des activités par la voie des établissements sanitaires existants, sur la possibilité à l'avenir d'un programme communautaire de distribution de sachets SRO.

4.6.1.2 Organisation et gestion

Le bureau central du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD) se trouve à Bangui au sein du MSPAS/DMPGE. Son directeur est un médecin qui travaille sous les auspices du directeur de la DMPGE, également coordinateur du programme CCCD. Au niveau central il n'y a pas d'autres personnes affectées spécifiquement à ce programme.

Puisque les activités du programme national sont principalement exécutées par des services de SMI, il existe en théorie une étroite coordination avec la DSMI, bien qu'au moment de l'évaluation cette direction n'avait pas encore distribué à ses effectifs pertinents les mémoires techniques sur les stratégies et les actions recommandées.

1/ République centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques 1986-1990, juin 1986.

Au niveau régional, le médecin-chef régional et son adjoint, conjointement avec le personnel de la DSMI et de la DMC, sont responsables de surveiller les activités du programme et de distribuer des fournitures médicales pertinentes.

Au niveau local, le personnel sanitaire de tous les établissements du pays chargé de traiter des épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, est responsable de l'exécution des activités du programme.

L'absence de personnel spécifiquement affecté à la CDD en dessous du niveau central, est en quelque sorte une garantie de l'intégration de ce programme au sein du système de soins de santé primaires.

Il a été prévu que l'encadrement des activités liées à ce programme serait coordonné avec la supervision de toutes les activités du MSPAS, en vertu du calendrier de supervision décrit dans la section sur le PEV (niveaux central et régional tous les trois mois; niveau local tous les deux mois). A l'heure actuelle, il n'y a pas de fiche de contrôle pour évaluer les activités de ce programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

4.6.1.3 Recommandations

1) Le MSPAS devrait, le plus tôt possible, mettre en oeuvre les activités du programme CDD conformément au programme national récemment élaboré.

2) Il est nécessaire de développer une fiche de contrôle spécifiquement pour la supervision des activités du programme CDD.

4.6.2 La réhydratation par voie orale (RVO) et le traitement des épisodes diarrhéiques

Comme nous l'avons dit précédemment, depuis 1982/83 l'UNICEF fournit les sachets SRO en quantités limitées. Bien qu'individuellement le personnel sanitaire recommande les solutions sel-sucre (SSS) faite à domicile, il n'y a pas de programme national de CDD visant à institutionaliser l'utilisation des SSS ou des SRO.

Sur la base des résultats obtenus dans d'autres pays d'Afrique relatifs aux dangers de la préparation des SSS à domicile (grande diversité des recettes; tendances des mères à les modifier ayant pour résultats des solutions avec une forte et dangereuse concentration de sodium), le MSPAS a décidé de ne pas promouvoir les SSS comme remplacement des SRO à domicile, mais plutôt de consacrer tous ses efforts à augmenter l'utilisation des sachets.

Les enquêtes CAP mentionnées préalablement ont démontré que 54 à 58% des épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans sont d'abord traités à la maison; après le premier traitement à domicile, 80% de ces cas sont portés à l'attention du secteur santé à Bangui et 36% à Bambari. Un

résultat intéressant; à Bangui[2/] 66% des épisodes de diarrhées portés à l'attention du secteur santé sont traités avec des SRO, ainsi que 49% à Bambari.[3/]

Au moment de la visite de l'équipe d'évaluation il n'y avait pas de formation nationale à l'intention du personnel sanitaire sur l'utilisation des SRO dans le traitement des épisodes diarrhéiques.

Toutefois, nos visites ont révélé que plusieurs établissements sanitaires prescrivent des sachets SRO régulièrement pour traiter les épisodes diarrhéiques. Sept des dix-huit établissements sanitaires visités (38,9%) traitaient tous les cas de diarrhées avec des SRO. Seulement un établissement ne prescrivait pas les SRO dû à la carence de stock. Un examen des registres de consultation de toutes les formations sanitaires du pays a révélé que dans les autres établissements sanitaires l'utilisation des SRO était inconsistante. Pour ce qui est du personnel sanitaire, certains ont déclaré ne prescrire les SRO que pour les cas très graves ou pour les cas de déshydratation.

Nous avons demandé à tout le personnel sanitaire interviewé comment ils prescrivaient les SRO. Deux établissements préparaient quelques litres de solution SRO par jour et administraient aux malades plusieurs cuillerées de solutions déjà préparées. La nouvelle unité de RVO était la seule à préparer individuellement la solution pour chaque enfant, avec des démonstrations à l'intention des mères de famille sur la manière de le faire à domicile.

Nous avons vu un établissement sanitaire préparer la solution avec la recette suivante: un litre d'eau pour deux sachets de SRO. Heureusement, le personnel de cet établissement administrait trois cuillerées de solution à la fois (lorsque cette pratique fut découverte, le personnel sanitaire de cette institution reçut une formation sur le tas).

Deux établissements visités versaient une cuillerée de poudre SRO dans un verre d'eau (dans ce cas aussi le personnel de l'institution reçut une formation sur le tas). Les autres établissements sanitaires enseignaient aux mères de famille la façon de préparer les SRO à domicile, mais étaient très vagues par rapport aux quantités à être administrées à l'enfant. Le personnel sanitaire de tous ces établissements n'avait jamais reçu de formation ou d'instructions sur l'usage de sachets SRO. Tous avaient reçu les sachets

---

2/ République centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la Médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Enquêtes connaissances-attitudes-pratiques/mère et couverture vaccinale. Bangui, 1985.

3/ République centrafricaine, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Direction de la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Enquête rapport de mission, Connaissance-attitudes-pratiques/mère et personnel sanitaire. Bambari, 1985.

comme partie de leurs fournitures médicales et avaient donc lu les instructions sur les sachets.

Un des établissements sanitaires recommandait l'usage des SSS selon la recette suivante: un verre d'eau, trois cuillerées de sel, une pincée de sucre. Deux autres recommandaient une solution à base d'eau et de sel.

Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques reconnait ouvertement l'usage excessif de médicament antidiarrhéiques et l'utilisation à l'aveuglette d'antibiotiques pour le traitement de la diarrhée.

A l'exception de l'unité RVO à Boye-Rabe et de l'hôpital à Berberati, tous les autres établissements sanitaires visités prescrivent régulièrement des antibiotiques pour le traitement de la diarrhée. L'antibiotique le plus couramment prescrit est le Ganidan; quatre établissements prescrivent le Chloramphenicol (lorsque celui-ci est disponible). Remarquons ici que trois des quatre établissements prescrivent le Chloramphenicol sont dirigés par des missionnaires.

Lorsque nous avons demandé pourquoi l'on prescrivait des antibiotiques, les réponses ont été très variées. Certains inculpaient la fièvre; d'autres, les résultats de l'examen de selles (quoiqu'aucun des résultats n'avait démontré la présence de cellules dysentériques); et d'autres encore, la déshydratation.

Nous avons constaté en outre, lors d'une analyse des registres de consultation, que les SRO étaient rarement administrés sans Ganidan (ou autres antibiotiques). Seulement trois établissements sanitaires ne prescrivent pas régulièrement des antibiotiques. Un établissement prescrit le Bactrim; mais étant donné que celui-ci est le seul établissement à en avoir, nous pensons que peut-être c'est la disponibilité de médicaments qui dicte ces préférences.

Une anédocte intéressante; une des infirmières missionnaires avait commandé du Ganidan d'un donateur en Allemagne, mais avait reçu à sa place des comprimés électrolytiques (sodium/potassium/bicarbonate).

L'usage de médicaments antidiarrhéiques est inconsistant. Ceci a probablement trait à leur carence plutôt qu'à leur méconnaissance.

Il est intéressant de remarquer que selon les registres examinés, lorsque la diarrhée est accompagnée de fièvre, outre les SRO et le Ganidan, on administre également du Quinimax et de la chloroquine.

A l'exception de la nouvelle unité RVO, aucun établissement sanitaire ne maintient des registres sur l'état d'hydratation des enfants diarrhéiques. De ces registres il ne ressort pas clairement si l'on tient compte de l'état d'hydratation de tous les enfants diarrhéiques. Mais lors de nos entretiens avec le personnel sanitaire, nous avons constaté qu'en général celui-ci préfère traiter la diarrhée modérée ou grave avec des solutions intraveineuses (IV), quoique dans la pratique l'usage de cette thérapie est assez limité dû à la carence de solutions IV.

4.6.2.1 Recommandations

1) Il est absolument indispensable de former tout le personnel sanitaire (y compris le personnel missionnaire) sur le traitement correct des épisodes diarrhéiques chez les enfants. L'on devrait prêter une attention toute particulière à:

- La préparation et administration correcte des SRO;
- L'innefficacité des antibiotiques dans le traitement de la plupart des épisodes diarrhéiques;
- Les dangers du Chloramphenicol et
- Les prescriptions appropriées pour l'usage de la thérapie intraveineuse dans le traitement de la déshydratation.

2) Il est nécessaire de maintenir des registres appropriés permettant une évaluation de l'exécution des activités CDD:

- Nombres de cas de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans et traitement prescrit (y compris SRO, thérapie IV, antibiotiques, médicaments antidiarrhéiques et antihelminthiques).

4.6.3 Approvisionnement et distribution des sels de réhydratation orale (SRO)

Comme nous l'avons dit auparavant ces dernières années les sachets SRO ont été fournis au MSPAS par l'UNICEF. L'accord récent de négociation entre l'UNICEF et le MSPAS inclut l'approvisionnement continu de ces sachets. En outre, le projet USAID/CCCD prévoit une assistance d'approvisionnement en SRO.

Tous les SRO existants dans le pays sont importés. Il n'y a pas de production locale de SRO.

Depuis 1983, l'UNICEF a fourni des sachets SRO à la DSMI/PF qui, à son tour, est responsable de leur distribution. Bien qu'il n'existe pas de réseau de distribution formel de ces sachets, ils ont été distribués partout et se trouvent dans presque tous les établissements sanitaires fixes. Les sachets SRO fournis par l'USAID sont en ce moment emmagasinés à la DMPGE. Le programme national prévoit la consolidation de ces deux stocks et leur distribution par l'intermédiaire du réseau PEV. Ainsi donc, le niveau central distribuera les sachets à chaque siège régional lors des visites trimestrielles de supervision. A son tour, le siège régional les distribuera aux établissements sanitaires du niveau local lors des visites bimensuelles de supervision et distribution des vaccins.

Nous avons constaté que tous les établissements sanitaires visités, à l'exception du centre de Bokolobo récemment inauguré, avait suffisamment de stocks de SRO. Aucun établissement sanitaire n'avait eu de ruptures dans les livraisons de ces sachets l'année précédente. Bien que les registres de consultation examinés montrent que la plupart du personnel sanitaire

prescrivait les SRO pour le traitement des épisodes diarrhéiques, étant donné les problèmes de ravitaillement déjà mentionnés et l'absence de ruptures dans les livraisons, nous pensons que soit la RVO n'est pas très répandue, soit les résultats des enquêtes CAP sont trompeuses et le nombre d'épisodes diarrhéiques portés à l'attention du secteur santé est plus réduit que ces enquêtes ne l'ont signalé.

L'équipe vérifia la qualité d'emmagasinage des sachets SRO et les trouva tous en bonne condition. Une pratique inquiétante; un établissement visité administrait la poudre SRO en cuillerées et maintenait les sachets ouverts toute la journée.

Dans un établissement missionnaire, à part les sachets SRO fournis par le gouvernement il y avait également des bouteilles de comprimés électrolytiques composés de chlorure de sodium, chlorure de potassium et bicarbonate, mais sans glucose et sans instructions pour l'adjonction de glucose ou sucre.

4.6.3.1 Recommandations

1) Le niveau central devrait établir un système de ravitaillement en SRO tant pour les sachets de l'UNICEF que pour ceux de l'USAID assurant leur distribution par l'intermédiaire du réseau PEV déjà en place.

2) Le bureau central du programme CDD devrait évaluer l'existence et l'utilisation d'autres produits de RVO dans le pays en vue d'assurer l'utilisation de produits appropriés.

3) Afin d'augmenter la disponibilité des sachets SRO au niveau communautaire, il conviendrait de penser à la création de pharmacies villageoises pour la distribution des SRO.

4.6.4 Centres de démonstration de la TRO

Le premier centre de démonstration de la TRO ouvrit ses portes le premier jour de notre évaluation. Le programme national prévoit l'installation de trois centres de démonstration de la TRO à Bangui qui seront utilisés pour la formation du personnel régional qui, à son tour, ouvrira des unités de RVO dans tous les hôpitaux régionaux. Les unités de RVO au niveau régional seront utilisées pour la formation du personnel sanitaire du niveau local, en lui enseignant le traitement le plus approprié pour les épisodes diarrhéiques ainsi que la préparation et administration correcte des SRO.

Nous sommes allés visiter le centre de démonstration de Boy-Rabe deux semaines après son inauguration. Lors de la première semaine ce centre avait traité 71 cas de diarrhée parmi lesquels 58 étaient classifiés comme du groupe A, et 13 comme du groupe B. Aucun cas n'avait été classifié dans les catégories C ou D. Aucun malade n'avait été traité avec des antibiotiques. Au moment de notre visite, cinq enfants étaient traités avec des SRO. C'étaient les mères qui administraient les SRO à leurs enfants avec un verre de solution et une cuillère.

Remarquons ici que le système d'eau potable de cet établissement ne fonctionnait pas depuis une semaine; les membres de la communauté apportaient l'eau au centre dans des seaux.

Les formulaires de traitement des malades sont excellents, quoique pendant la première semaine d'opération il y eut quelques problèmes pour les remplir. Nous avons noté de temps à autre que le type de traitement administré n'était pas correct à cause des erreurs de classification; par exemple, dès qu'il y avait un signe de déshydratation le malade était classifié dans la catégorie B plutôt que A. Un autre problème avec ces formulaires a trait à l'enregistrement des quantités de SRO consommées par les enfants pour les périodes de temps spécifiées.

Le triage des cas à être envoyés à cette unité RVO est fait par le responsable du personnel infirmier (un TSS) qui est chargé de toutes les consultations curatives de pédiatrie. Tous les épisodes diarrhéiques examinés depuis l'inauguration du centre avaient été envoyés directement aux fins de traitement.

Trois infirmiers dirigent ce centre; deux travaillent de 6:30 du matin à 1:30 de l'après-midi et le troisième travaille l'après-midi. L'unité est ouverte 24 heures par jour, car un infirmier de relève supervise le traitement par SRO des cas qui se présentent après les heures normales d'ouverture.

Après le premier mois de service de ce centre on a l'intention d'y envoyer le personnel du niveau régional pendant deux semaines pour être formé sur le tas.

Les solutions IV sont disponibles dans ce centre mais n'ont pas encore été utilisées. Des tubes NG sont disponibles mais n'ont pas encore été utilisés non plus.

Il semble que l'unité a eu un excellent démarrage.

En visitant deux sièges régionaux nous avons constaté que tous deux avaient déjà affecté un secteur de leurs hôpitaux respectifs pour l'installation d'unités de RVO. Ces deux régions attendent en ce moment l'assistance financière nécessaire pour moderniser ces secteurs afin qu'ils puissent commencer à fonctionner comme des unités RVO. Les coûts de modernisation ont été calculés en $EU 5000 pour chaque hôpital. Le projet CCCD prépare en ce moment un PIL pour couvrir ces dépenses.

4.6.4.1. Recommandations

1) Il faudrait apporter un amendement au projet CCCD pour lui permettre de couvrir les coûts de modernisation des secteurs affectés aux unités RVO. Le MSPAS devrait mettre en oeuvre rapidement les activités de formation du personnel régional en vue de pouvoir installer dans chaque région sanitaire du pays des unités de formation RVO pour le personnel local.

2) Le bureau central de la CDD devrait modifier le formulaire de traitement RVO afin d'y inclure l'histoire de vaccination de chaque

enfant et d'adopoter la directive de vacciner tous les enfants qui sont en retard dans leur calendrier de vaccination avant qu'ils ne quittent l'unité RVO.

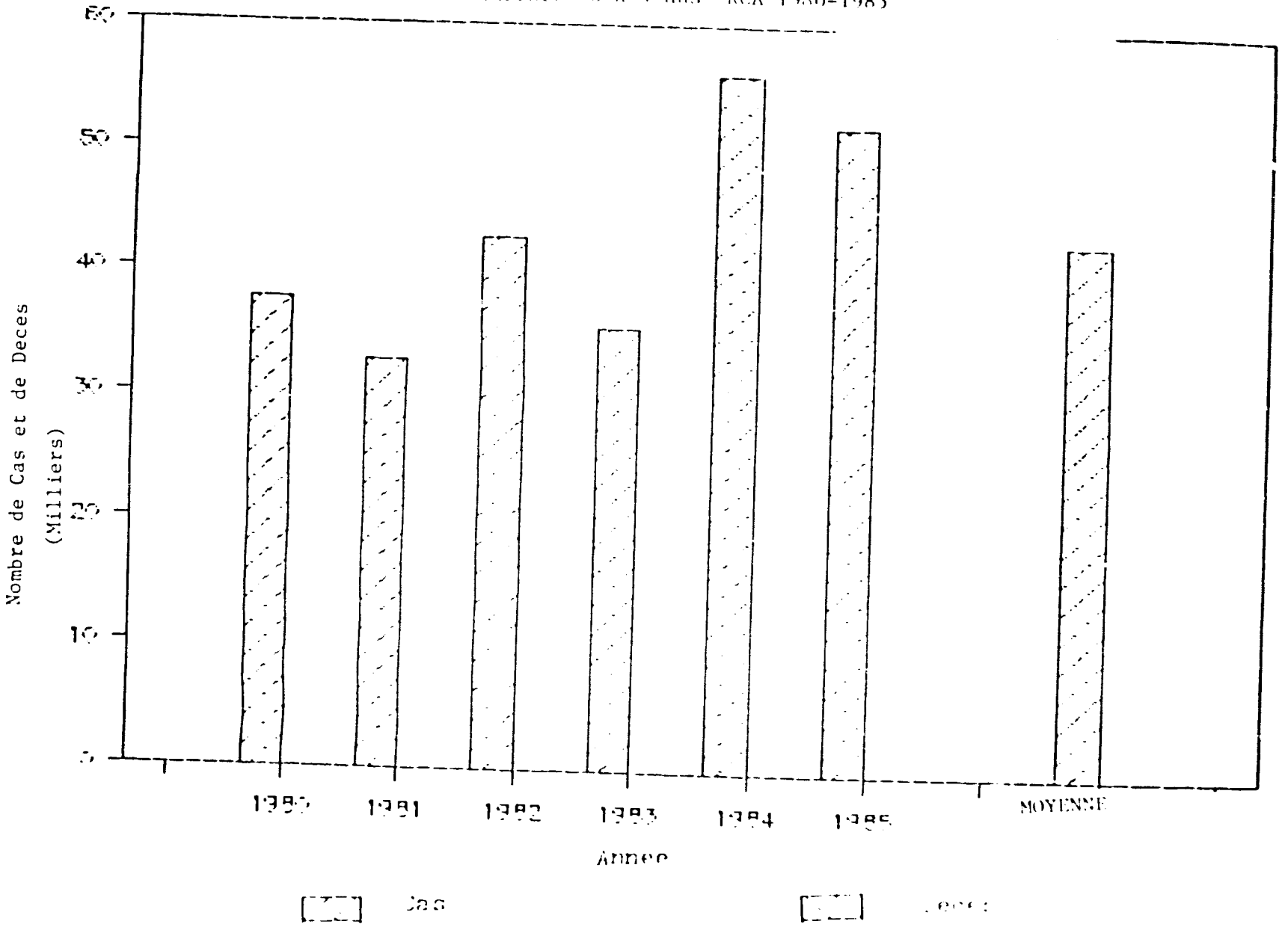
3) Il conviendrait d'utiliser les moyens de communication et les stratégies de sensibilisation sociale pour la mise en oeuvre des activités de la CDD dans toutes les communautés du pays.

4.6.5. Morbidité et mortalité dûes aux maladies diarrhéiques

Les renseignements sur la morbidité et la mortalité dûes aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans proviennent des résumés des relevés mensuels qui sont envoyés à la DSMI/PF (voir section sur le SIS) relatifs aux nombres de cas et de décès vus par les établissements sanitaires du pays. Pendant la période 1980-1985, il y eut un total de 259.266 cas de diarrhées et 275 décès pour la tranche de 0 à 4 ans, avec une moyenne annuelle de 42.208 cas et 47 décès. Le graphique 14 montre le nombre de cas enregistrés chaque année pendant cette même période de temps. Il nous faut signaler ici que le nombre de décès enregistrés chaque année étant extrêmement bas par rapport au nombre de cas de maladies, nous ne l'avons pas inclus dans ce graphique.

Graphique 14

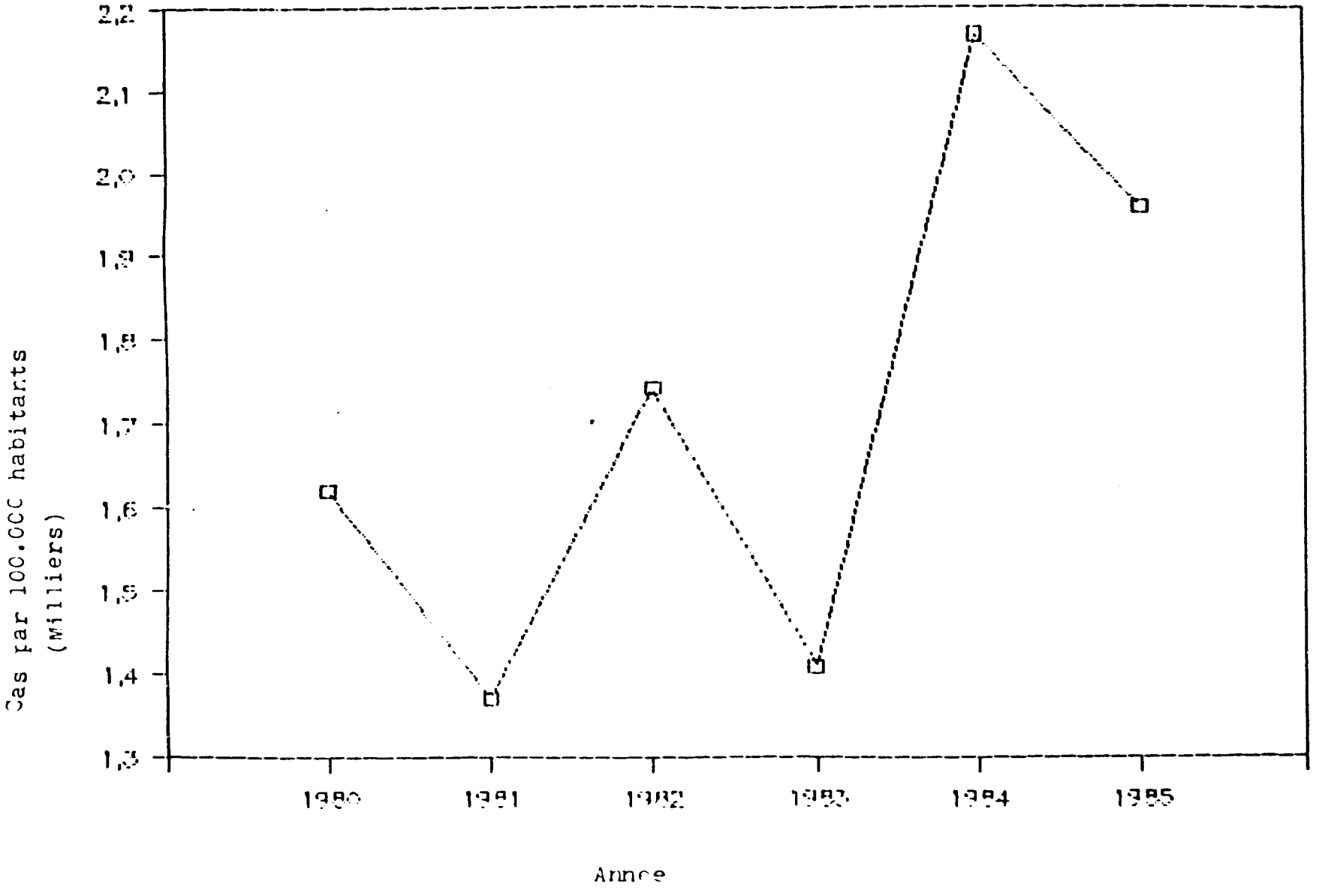
DECLARATION ANNUELLE DES CAS ET DES DECES
Diarrhee 0 a 4 ans RCA 1980-1985



Le graphique 15 montre la morbidité annuelle dûe à la diarrhée par 100.000 habitants, pendant la période 1980-1985. Nous constatons une tendance à l'augmentation de la morbidité tous les deux ans, avec le taux le plus élevé enregistré en 1984. Il est important de signaler que 1984 fut l'année de l'épidémie de rougeole et qu'en conséquence, les deux sommets épidémiques constatés cette année-là sont probablement en corrélation, étant donné qu'il a été démontré que 30% ou plus des cas de rougeole sont associés à des épisodes diarrhéiques. Remarquons également que les épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans représentent entre 1400 et 2200 cas par 100.000 habitants (c'est-à-dire 1 à deux cas par 100 habitants). Si nous réajustons ces chiffres pour la population de 0 à 4 ans (20,7% de la population totale du pays) nous constatons que pendant la période 1980-1985 chaque année 6,6 à 10,5% de la population diarrhéique de moins de 5 ans fut porté à l'attention du secteur santé.

MORBIDITE DUE A LA DIARRHEE 0 a 4 ans

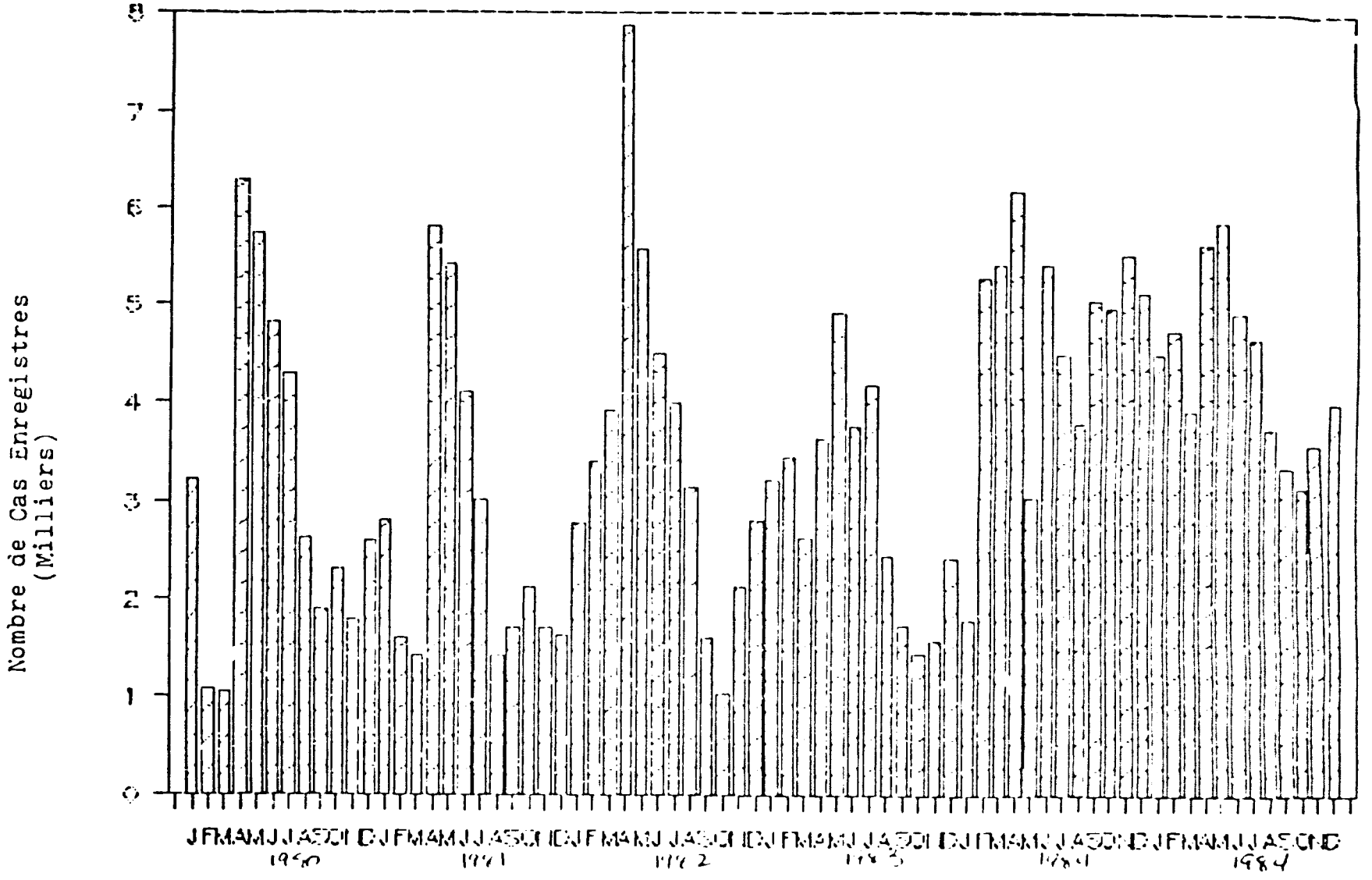
par 100.000 habitants 1980-1985



Le graphique 16 montre le caractère saisonnier des épisodes diarrhéiques avec le nombre de cas enregistrés chaque mois pendant la période quinquénnal 1980-1985. Avec l'exception de l'année de l'épidémie de rougeole (1984), les augmentations principales des épisodes diarrhéiques ont lieu généralement du mois d'avril au mois de juin ou juillet. En 1984, il y eut une augmentation marquée des cas à partir du mois de février coincidant avec l'augmentation des cas de rougeole.

DIARRHEE 0 a 4 ans

RCA - 1980-1985



Periode du Rapport - Jan 80 - Dec 85

Dans une étude de 4950 enfants de moins de cinq ans menée à bien à Bambari en 1985, 1130 (22,8%) avaient eu des épisodes diarrhéiques dans les deux semaines avant l'enquête. Si nous faisons une extrapolation des résultats, nous obtenons une moyenne annuelle de 5,95 épisodes diarrhéiques par enfant de 0 à 4 ans. Cette étude, en outre, identifia 164 décès ayant eu lieu l'année précédente pour ce même groupe d'âge; parmi ceux-ci 64 (39%) étaient morts pendant l'épisode diarrhéique et 35 (21%) avaient eu des épisodes diarrhéiques avant leurs décès.

Entre mars 1983 et février 1985, l'Institut Pasteur à Bangui, en collaboration avec la Clinique de sante infantile de l'Université de Bangui, a mené à bien une étude des agents entéropathogènes associés aux épisodes diarrhéiques chez les enfants. Parmi 869 enfants avec diarrhée et 569 sans diarrhée étudiés, 13 à 15% des épisodes diarrhéiques étaient associés à une infection de Rotavirus. Le rotavirus a été isolé chez un très grand nombre d'enfants de moins d'un an. Le second organisme isolé constamment chez ces enfants était le campylobactère, cependant celui-ci était présent tant chez les enfants malades que chez ceux en bonne santé.

4.7 Programme de lutte contre le paludisme

4.7.1 Antécédents, programmes, organisation et gestion

4.7.1.1 Antécédents et programmes

En RCA le paludisme est une des causes principales de morbidité et mortalité de la population pour toutes les tranches d'âge. Cette maladie est endémique dans tout le pays; holoendémique dans la partie australe sans variation saisonnières et mésoendémique dans la partie septentrionale avec quelques variations saisonnières.

En 1981 on élabora une stratégie de lutte antipaludique comprenant le traitement présomptif de tous les cas, la chimioprophylaxie (y compris pour les enfants en âge scolaire) et les méthodes de contrôle des vecteurs. Cependant, à la lumière des résultats mettant en doute la rentabilité de certaines mesures, on décida de ne pas mettre en vigueur cette stratégie. Donc, jusqu'à une époque très récente il n'existait pas de programme ou de stratégie officielle de lutte contre le paludisme en RCA.

A la suite de la signature de l'accord entre le GORCA et l'USAID en 1984 pour recevoir l'assistance du projet CCCD, le MSPAS décida d'élaborer un programme national de lutte antipaludique. Cependant, au préalable, le MSPAS mena à bien plusieurs études préliminaires ayant pour objectif de déterminer les stratégies appropriées vu les conditions existantes en RCA. Les résultats des enquêtes CAP relatives au traitement à domicile et dans les établissements sanitaires ainsi que les résultats des études in vivo furent amplement utilisés dans le processus de planification, ce qui démontre l'effort sérieux réalisé par le GORCA dans l'élaboration du programme définitif. Outre ces études de base, la DMPGE, comme partie des activités régulières du programme de lutte antipaludique, réalise continuellement des études de recherche

appliquée; il existe donc dans le pays une politique nationale extrêmement dynamique de lutte contre le paludisme qui permet de s'adapter aux changements survenus dans ce domaine.

A la suite des résultats des études préliminaires, la DMPGE du MSPAS adopta le programme national de lutte contre le paludisme dont l'objectif principal est:

> "la réduction et prévention de la mortalité et la morbidité en préconisant la chimiothérapie et la chimioprophylaxie dans les groupes à haut risque."1/

Tel que spécifié dans le prmier programme national, la stratégie adoptée est le traitement présomptif de tous les cas de paludisme et accès fébriles avec la chloroquine et d'assurer la chimioprophylaxie des femmes enceintes. Par l'intermédiaire de cette stratégie, le MSPAS pense accomplir les objectifs suivants:

- Réduction de la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, et

- Réduction des effets nocifs dûs paludisme sur la grossesse.

Le premier programme national de lutte contre le paludisme fut développé en 1986 et le document final, après avoir été révisé par les directions du niveau central, les médecins-chefs du niveau régional et leurs adjoints, les agences internationales d'assistance et la Faculté de médecine, fut finalement approuvé et signé par le Ministre en juillet 1986. Ces objectifs principaux sont les suivants:

o Augmenter l'accessibilité aux service d'ici 1990 pour:

  - rendre la chloroquine disponible à 100% dans les formations sanitaires couvertes par le programme; et

  - amener au moins 80% des foyers couverts par le programme à disposer de la chloroquine en permanence.

o Couverture des cas fébriles chez les enfants de cinq ans d'ici 1990 pour:

  - assurer le traitement antipaludéen correct de 100% des cas reçus dans les formations sanitaires couvertes par le programme; et

---

1/ République centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la Médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Programme national de lutte contre le paludisme, juillet 1986.

- assurer un traitement correct de 100% à Bangui, 80% dans les zones intermédiaires et 60% dans les zones périphériques, des accès fébriles au niveau des familles.

o Atteindre une couverture de 100% de traitement chimioprophylactique parmi les femmes enceintes se présentant aux consultations prénatales.

o Assurer d'ici 1990 la couverture des cas fébriles chez les femmes enceintes:

  - Assurer le traitement antipaludéen approprié chez 100% des femmes enceintes reçues dans les formations sanitaires; et

  - Assurer un traitement précoce et approprié à 80% des accès fébriles au niveau des familles.

o Réduire le pourcentage des cas sévères de paludisme d'au moins 25% au niveau des formations sanitaires d'ici 1990; et

  - Réduire de 25% la mortalité liée au paludisme en 1990 chez les enfants de moins de cinq ans.[2/]

L'équipe d'évaluation estime que le programme national de lutte contre le paludisme du MSPAS est méticuleusement bien conçu, vaste et rationnel.

4.7.1.2 Organisation et gestion

Le Bureau central du programme de lutte contre le paludisme se trouve à Bangui au sein de la DMPGE du MSPAS. Son directeur est un médecin expatrié chargé du Service de lutte contre les grandes endémies. Ce directeur est assisté d'un autre médecin qui est le directeur adjoint du service. Le Service des grandes endémies se trouve sous la juridiction du directeur de la DMPGE, également coordinateur du projet CCCD.

Ainsi qu'avec le programme de CDD, étant donné que les activités du programme national sont principalement exécutées par l'intermédiaire des services SMI, en théorie il existe une étroite coordination avec la DSMI. Cependant, ainsi qu'avec la CDD, la DSMI n'a pas encore distribué les mémoires techniques à l'intention du personnel opérationnel de SMI sur les stratégies et les mesures

---

2/ République centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la Médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Programme national de lutte contre le paludisme, juillet 1986.

recommandées pour l'exécution des activités du programme de lutte contre le paludisme.

Au niveau régional, le médecin-chef régional et son adjoint, conjointement avec le personnel de la DSMI et de la DMC sont responsables de surveiller l'exécution des activités du programme et de distribuer les fournitures pertinentes.

Au niveau local, le personnel des établissements sanitaires qui traite les accès fébriles chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi que celui des cliniques prénatales du pays, est chargé d'exécuter les différentes activités du programme.

L'absence de personnel affecté spécifiquement au programme de lutte contre le paludisme en dessous du niveau central est, en quelle sorte, une garantie de son intégration au sein du système de SSP.

Il est prévu que l'encadrement des activités du programme de lutte contre le paludisme soit coordonné avec la supervision de toutes les autres activités du MSPAS, dans le cadre du plan de supervision décrit dans la section sur le PEV et la CDD. A l'heure actuelle, il n'y a pas de fiche de contrôle spécifiquement pour l'évaluation des activités du programme de lutte contre le paludisme.

4.7.1.3 Recommandations

1. L'équipe d'évaluation encourage le MSPAS à exécuter, le plus tôt possible, les activités liées au programme de lutte contre le paludisme dans le cadre du programme national récemment adopté.

2. Il est nécessaire de préparer une fiche de contrôle spécifique pour évaluer les activités du programme de lutte contre le paludisme.

4.7.2 Résistance à la chloroquine et traitement présomptif des cas de paludisme

Vu la résistance à la chloroquine signalée dans les pays voisins, la Faculté de médecine à Bangui, en collaboration avec la LMPCE et l'Institut Pasteur a mené à bien plusieurs études in vivo ayant pour objectif d'évaluer la sensibilité à la chloroquine des souches palustres en RCA. Pendant les années 1984 et 1985, les essais in vivo ont été menés à bien parmi les enfants qui s'étaient présentés à deux dispensaires à Bangui pour le traitement des accès fébriles et parmi les élèves d'une école à Bangui. Ces études ont utilisé la méthodologie d'essai acceptée par l'OMS de dépistage de la parasitémie sept jours après le traitement.

Dès 163 tests réalisés nous avons trouvé un cas de résistance RI et un autre de RII pour la posologie de 10 mg de chloroquine par kilo de poids, enregistrés fin 1984; Ainsi qu'un autre cas de résistance RII pour la posologie de 25

mg de chloroqaine par kilo de poids (pendant 3 jours) chez un enfant vu dans un dispensaire en juin 1985.[3/]

Sur la base des résultats issus de cette étude, même si la résistance à la dose de 10 mg était minimale, La DMPGE du MSPAS a néanmoins adopté comme traitement recommandé par le Programme national de lutte contre le paludisme la posologie de 25 mg de chloroquine par kilo de poids pendant trois jours. Les difficultés de diffusion de l'information dans le pays sont citées comme justification de cette décision, étant donné que la résistance à la dose de 10 mg serait déjà plus répandue avant que tous les établissements sanitaires du pays n'aient eu le temps d'adopter la modalité de traitement recommandée.

Nous avons constaté que les modalités de traitement variaient en général selon la disponibilité des médicaments antipaludiques dans les établissements sanitaires. Il est intéressant de remarquer ici que les médecins-chefs adjoints des régions I et IV, dès leur retour du séminaire convoqué à Bangui pour réviser le programme national de lutte contre le paludisme, ont élaboré à l'intention de tous les établissements sanitaires sous leur juridiction respective des plans régionaux de lutte antipaludique. Ceux-ci ont donc été les seuls établissements sanitaires visités par l'équipe d'évaluation à administrer comme traitement de choix 25 mg de chloroquine par kilo de poids pendant trois jours (10, 10, 5).

Nos entretiens avec le personnel sanitaire ont révélé sa préférence pour le Quinimax par voie intramusculaire, surtout pour les très jeunes enfants et pour tous les malades hémétiques et avec température très élevée. Les examens des registres de consultation ont reconfirmé cette préférence; les très jeunes enfants (surtout en dessous d'un an) étaient traité catégoriquement avec du Quinimax IM, quelque fut leur température ou autres symptômes (tel que vomissements). Les doses utilisées variaient, toutes calculées sur la base de l'âge de l'enfant et non pas de son poids. En conséquence, les enfants de moins d'un an recevaient 0,1 cc de Quinimax IM une seule fois (ou une fois par jour pendant plusieurs jours) et les plus âgés, 0,2 cc une fois ou deux fois par jour selon leur température ou autres symptômes.

La posologie de la chloroquine variait aussi selon l'âge de l'enfant et non pas selon son poids. Le personnel infirmier des établissements missionnaires avait une tendance à prescrire de la chloroquine pendant cinq jours tandis que celui des autres établissements administrait la thérapie pendant un seul jour en la répétant si l'enfant revenait à l'établissement avec une fièvre persistante.

3/ "Etude de la chimiosensibilité du plasmodium falciparum, Bangui (République Centrafricaine)" Annexe 5, République Centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Programme national de lutte contre le paludisme, juillet 1986.

Dans un établissement visité, il y avait un enfant hospitalisé avec "paludisme cérébral" qui n'avait pas réagi à la chloroquine ou au Quinimax mais au chloramphenicol, ce qui suggère un cas de méningite bactérienne plutôt que de paludisme; mais le personnel de cet établissement pensait qu'il s'agissait d'un cas de palustre extrêmement résistant à la chloroquine.

Aucun établissement sanitaire, à l'exception de celui que nous venons de citer, n'a déclaré avoir vu un cas de résistance à la chloroquine (cependant avec les degrés extrêmement élevés de Quinimax utilisés, cette assertion doit être interprétée avec modération).

Très peu d'établissements prescrivent l'amodiaquine ou le fansidar, sauf pour les cas d'intolérance à la chloroquine. Toutefois il est difficile de vérifier cette assertion car les registres ne consignent pas les prescriptions de médicaments.

Un fait intéressant; même lorsque le diagnostic de paludisme n'est pas écrit, si le malade a de la fière, en sus de quelque autre traitement, on lui administre des antipaludiques. Ceci montre que le personnel sanitaire est conscient de l'importance du paludisme dans le pays du point de vue morbidité et mortalité.

Une pratique intéressante; la prescription prophylactique de valium pour les enfants avec de la fièvre afin d'éviter les convulsions. Si l'établissement n'a pas de valium, une ordonnance est remplie pour obtenir ce médicament dans le marché local.

En ce qui concerne la reconfirmation par laboratoire des cas soupçonnés de paludisme, tous les établissements sanitaires visités par l'équipe d'évaluation, sauf un, prélèvent la goutte épaisse (g.e.). L'exception à cette règle, est un établissement sanitaire qui n'avait pas de lames ou de colorants.

Dû au manque de colorants, la g.e. n'est pas régulièrement prélevée pour tous les cas de fièvre. Les indications en ce qui concerne le prélèvement de la g.e. ne sont pas très précises. Dans certaines formations qui la prélèvent, on attend les résultats avant de traiter le malade sans tenir compte de la possibilité que celui-ci ait pu prendre des antipaludiques à domicile avant de se présenter à l'établissement sanitaire.

Aucun établissement visité ne fait des tests in vivo pour surveiller la résistance à la chloroquine.

Il est important de remarquer qu'en vue d'adopter une modalité de traitement uniforme, la Faculté de médecine (FACSS) a inclu dans son programme d'études pour 1986 la posologie recommandée par le MSPAS afin de l'enseigner aux futurs médecins et au personnel paramédical formés dans son enceinte.

4.7.2.1 Recommandations

1. Il est indispensable de former les professionnels de la santé (y compris le personnel des établissements missionnaires privés) dans le traitement

présomptif des cas de paludisme, surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. A cet égard il faudrait insister sur:

- L'élimination de l'usage à l'aveuglette de quinine injectable ayant pour résultat la paralysie déjà constatée; et
- L'élimination de l'usage à l'aveuglette des médicaments antipaludiques, tels que l'amodiaquine et le fansidar, réservés comme traitement secondaire.

2. Décourager l'administration prophylactique de valium pour éviter les convulsions chez les enfants en recommandant dans ces cas l'aspirine.

3. Etablir des postes sentinnelles pour surveiller la réaction à la thérapie à la chloroquine, et faire des études in vivo permettant d'être au courant des tendances de la résistance à la chloroquine en RCA, afin que le MSPAS puisse réagir rapidement et rationnellement à tout changement futur de cette tendance.

4. Inclure dans le relevé consolidé recommandé par l'épidémiologue consultant et qui doit être envoyé à la DMPGE (voir section sur le SIS) un formulaire standardisé pour le diagnostic et le traitement du paludisme.

5. Réviser, sur la base de sa rentabilité, la posologie recommandée de 25 mg de chloroquine par kilo de poids, vu que la résistance documentée à la posologie de 10 mg par kilo de poids est extrêmement faible.

6. Elaborer une série de directives pour la reconfirmation en laboratoire des cas probables de paludisme, en recommandant de ne pas attendre les résultats des tests pour traiter les malades.

4.7.3 Chimioprophylaxie des femmes enceintes

Le programme national de lutte contre le paludisme recommande comme posologie pour la chimioprophylaxie des femmes enceintes, 300 mg de chloroquine par kg de poids une fois par semaine dès la première visite prénatale jusqu'à deux mois après l'accouchement. Cette stratégie spécifie qu'il faut administrer la première dose dans l'établissement sanitaire au moment de la visite prénatale mensuelle et ensuite donner suffisamment de comprimés pour la consommation à domicile le reste du mois, en recommandant des visites prénatales une fois toutes les quatre semaines.

Comme nous l'avons dit au préalable, au moment de la visite de l'équipe d'évaluation, les stratégies du programme de lutte antipaludique n'avait pas encore été mises en vigueur dans tout le pays. Au moment de notre visite, deux régions sanitaires avaient déjà des plans régionaux conformes au programme national.

Dans la région IV, la section SMI de l'hôpital régional de Bambari avait récemment mis en vigueur un nouveau plan régional de lutte antipaludique qui incluait la chimioprophylaxie des femmes enceintes. Toutes les femmes enceintes vues pour consultation prénatale reçoivent douze comprimés de

chloroquine avec des instructions d'en prendre trois par semaines (300 mg) et de revenir pour la prochaine visite prénatale au bout de quatre semaines pour recevoir l'approvisionnement mensuel.

D'autres établissements prescrivent également la chimioprophylaxie pour les femmes enceintes mais, soit recommandent des posologies différentes de chloroquine, soit préfèrent l'amodiaquine. Cependant, la plupart des établissements visités ne recommandent pas la chimioprophylaxie pour les femmes enceintes.

Il est intéressant de noter qu'au moment de notre visite, on menait à bien une étude sur les poids des enfants à la naissance. Chaque région était en train de compiler les donnés pour l'année 1985 sur le poids des nouveaux-nés et le mois de leur naissance. Les résultats préliminaires sont disponibles déjà pour trois régions et sont présentés dans la section sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

4.7.3.1. Recommandations

1. Il est indispensable de donner des cours de recyclage à tout le personnel sanitaire sur la posologie recommandée pour la chimioprophylaxie des femmes enceintes. La pratique actuelle d'administrer l'amodiaquine doit être découragée.

2. Etant donné les résultats internationaux qui mettent en doute la rentabilité de la chimioprophylaxie à la chloroquine pour les femmes enceintes, l'équipe d'évaluation recommande fortement au MSPAS de continuer les études déjà entamées sur le poids à la naissance en vue d'évaluer l'efficacité de cette recommandation en RCA. A cet égard, il conviendrait que le projet CCCD finance des études de recherche opérationnelle.

4.7.4 Approvisionnement et distribution de la chloroquine et des médicaments antipaludiques non chloroquinés

En RCA, la chloroquine est disponible à partir de plusieurs sources; les stocks plus récents ont été fournis par l'UNICEF et la FAC, l'Assistance japonaise et le projet USAID/CCCD. La plus grande partie de ces stocks estt livrée à la DMC du MSPAS pour être distribuée par la Pharmacie nationale. Jusqu'à présent, le projet CCCD a fourni huit millions de comprimés de chloroquine, desquels un million ont déjà été distribués.

Il est prévu de distribuer la chloroquine pour le programme national de lutte contre le paludisme par l'intermédiaire du système de distribution des vaccins du PEV, afin de pouvoir ravitailler les régions tous les trois mois au moment des visites de supervision (voir section sur le PEV). La DMPGE reconnait les difficultés inhérentes du double système de distribution de la chloroquine existant à l'heure actuelle. La chloroquine destinée à la population cible du programme national de lutte contre le paludisme (enfants de 0 à 4 ans et femmes enceintes) est distribuée par l'intermédiaire du système de distribution des vaccins de la DMPGE, tandis que la chloroquine destinée au reste de la population est distribuée par l'intermédiaire du système de

distribution de la DMC. Cependant, les deux stocks sont livrés au mêmes établissements sanitaires et le maintien de deux systèmes distincts de comptabilité est assez complexe.

A l'heure actuelle, tous les médicaments antipaludiques non chloroquinés (quinine, amodiaquine et fansidar) sont fournis par l'intermédiaire du système de distribution de la DMC. Lorsque des stocks existent, tous les établissements sanitaires reçoivent de la quinine injectable et de l'amodiaquine. Le programme national détermine clairement que lorsque l'on soupçonne la résistance à la chloroquine l'on doit immédiatement contacter le médecin-chef régional, ce qui suggère que des stocks de médicaments antipaludiques non chloroquinés sont disponibles seulement à ce niveau-là.

Les résultats des enquêtes CAP par sondage menées á bien en 1985, qui demandaient aux mères d'enfant de moins de cinq ans quel traitement elles administraient en cas de maladies fébriles (Bambari et Bangui), ont été extrêmement intéressants. D'après ceux-ci, 80 et 84% (à Bambari et Bangui respectivement) des accès fébriles sont d'abord traités à domicile; parmi eux 86 et 76% (Bambari et Bangui respectivement) sont traités à la chloroquine, ce qui suggère une utilisation élevée de chloroquine à domicile en provenance du secteur privé.[4/] [5/]

Nous avons constaté que la plupart des établissements sanitaires avaient eu des ruptures dans les livraisons de leurs stocks pendant les douze mois précédents. Seulement deux établissements avaient de l'amodiaquine et un du fansidar. En cas de rupture des livraisons, les malades reçoivent une ordonnance pour acheter le médicament au marché.

Le personnel sanitaire nous a informé que les fournitures médicales sont livrées tous les trois ou six mois (pour les régions I et IV livraisons trimestrielles; pour les régions V livraisons semestrielles). Dans la plupart des cas, c'est le personnel sanitaire qui va chercher les stocks aux magasins de ravitaillement, soit au siège régional, soit à Bangui. Dans ces cas, les frais de déplacement sont payés par l'employé sanitaire faisant le voyage. De temps à autre, les stocks sont livrés par l'équipe régionale de supervision, mais cela n'arrive pas très souvent.

4/ République Centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la Médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Rapport de mission, enquêtes connaissances-attitudes-pratiques mère et personnel sanitaire, Bambari, 1985.

5/ République Centrafricaine, Ministère de la Santé publique et des affaires sociales, Direction de la Médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies, Enquêtes connaissances-attitudes-pratiques/mère et couverture vaccinale/Bangui, 1985.

Très peu d'établissements sanitaires visités avaient des fournitures pour l'administration intraveineuse de médicaments. Les hôpitaux disposaient de stocks limités de liquides IV qu'ils réservaient pour la chirurgie (ou pour la déshydratation grave). Donc, même lorsque la quinine était disponible, la voie d'administration préférée était intramusculaire plutôt qu'intraveineuse.

4.7.4.1 Recommandations

1. Réaliser tous les efforts possibles en vue d'assurer un ravitaillement de chloroquine pour l'exécution du programme national de lutte contre le paludisme.

2. Il conviendrait d'instaurer un système unique de distribution de la chloroquine en RCA. Vu le système relativement réussi de distribution des vaccins, le MSPAS devrait penser à consolider les deux systèmes sous les auspices de la DMPGE.

3. Il est nécessaire d'avoir une politique claire de distribution et utilisation des médicaments antipaludiques non chloroquinés afin de savoir à quel niveau d'établissements sanitaires on doit livrer ces produits.

4. Le projet USAID/CCCD devrait continuer à soutenir le programme national de lutte contre le paludisme en fournissant de la chloroquine à la DMPGE.

5. En vue d'augmenter l'accès des communautés à la chloroquine, garantissant ainsi une intervention précoce en cas d'accès fébriles, l'on devrait instaurer au niveau des villages des programmes novateurs qui aideraient les habitants à établir des systèmes autonomes d'approvisionnement et de distribution de la chloroquine gérés au prix coûtant par les villageois eux-mêmes.

4.7.5 Morbidité et mortalité liées au paludisme

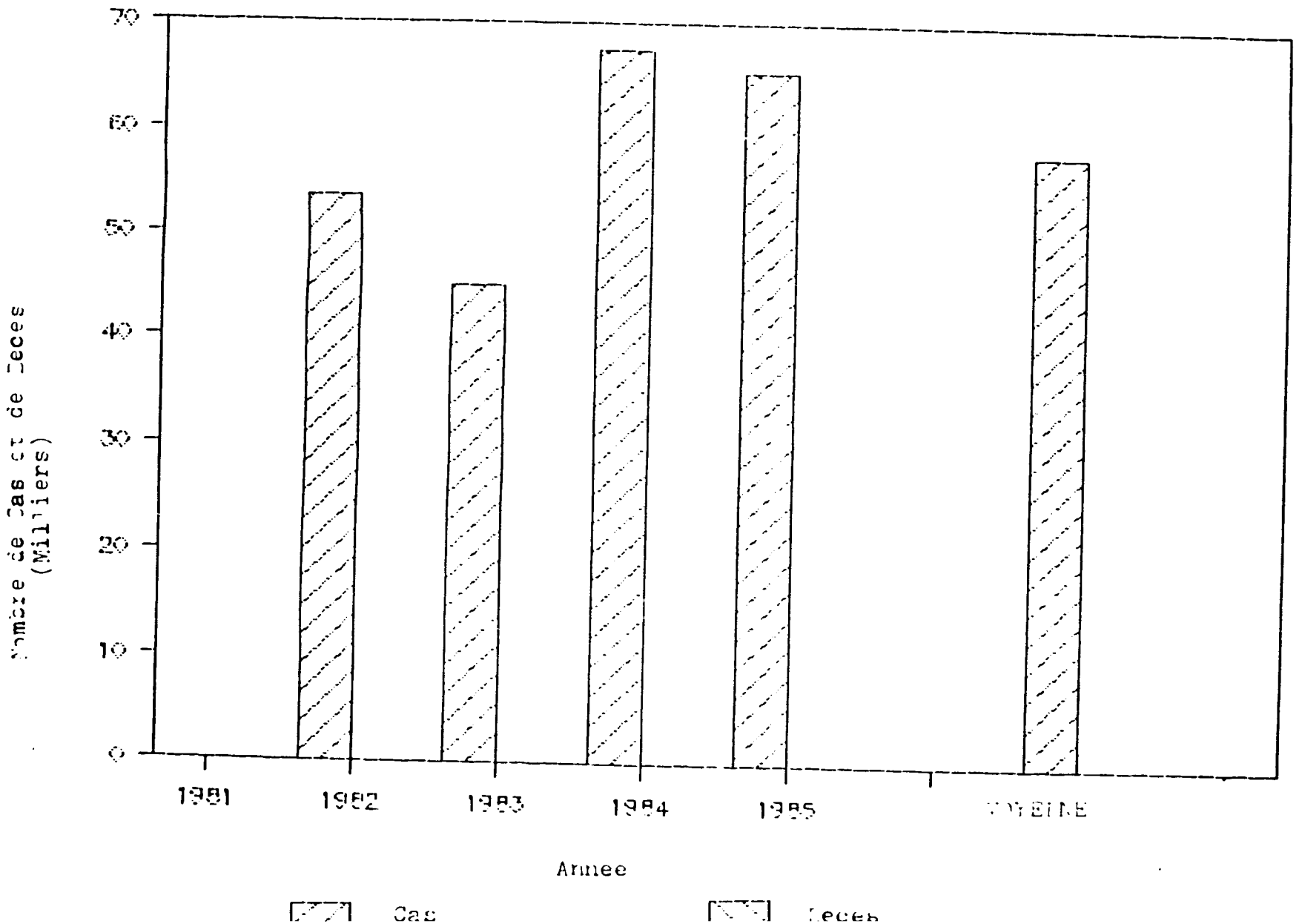
En RCA, les renseignements sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme proviennent de différentes sources. Les données sur les tendances de ces deux indicateurs sanitaires, compilées à partir des relevés mensuels que les établissements envoient à la DMCH, sont disponibles pour la période 1982-1985. Pendant cette période de temps, il y eut en moyenne 57,929 cas de paludisme et 61 décès par an. Le graphique 17 montre les déclarations annuelles des cas et des décès liés au paludisme pour cette même période de temps. Vu le nombre relativement faible de décès par rapport aux nombres de cas, nous ne les avons pas inclus dans ce graphique. Ceci reflète probablement un fort sous-enregistrement de la mortalité liée au paludisme en RCA, dû peut-être à la faible couverture de la population de la part du secteur santé.

Le graphique 18 montre la morbidité annuelle enregistrée par 100.000 habitants pendant la même période de temps. Si nous traduisons le taux de morbidité en pourcentage, à cette époque 1,6 à 2,8% des malades qui se présentaient au secteur santé furent diagnostiqués comme paludéens.

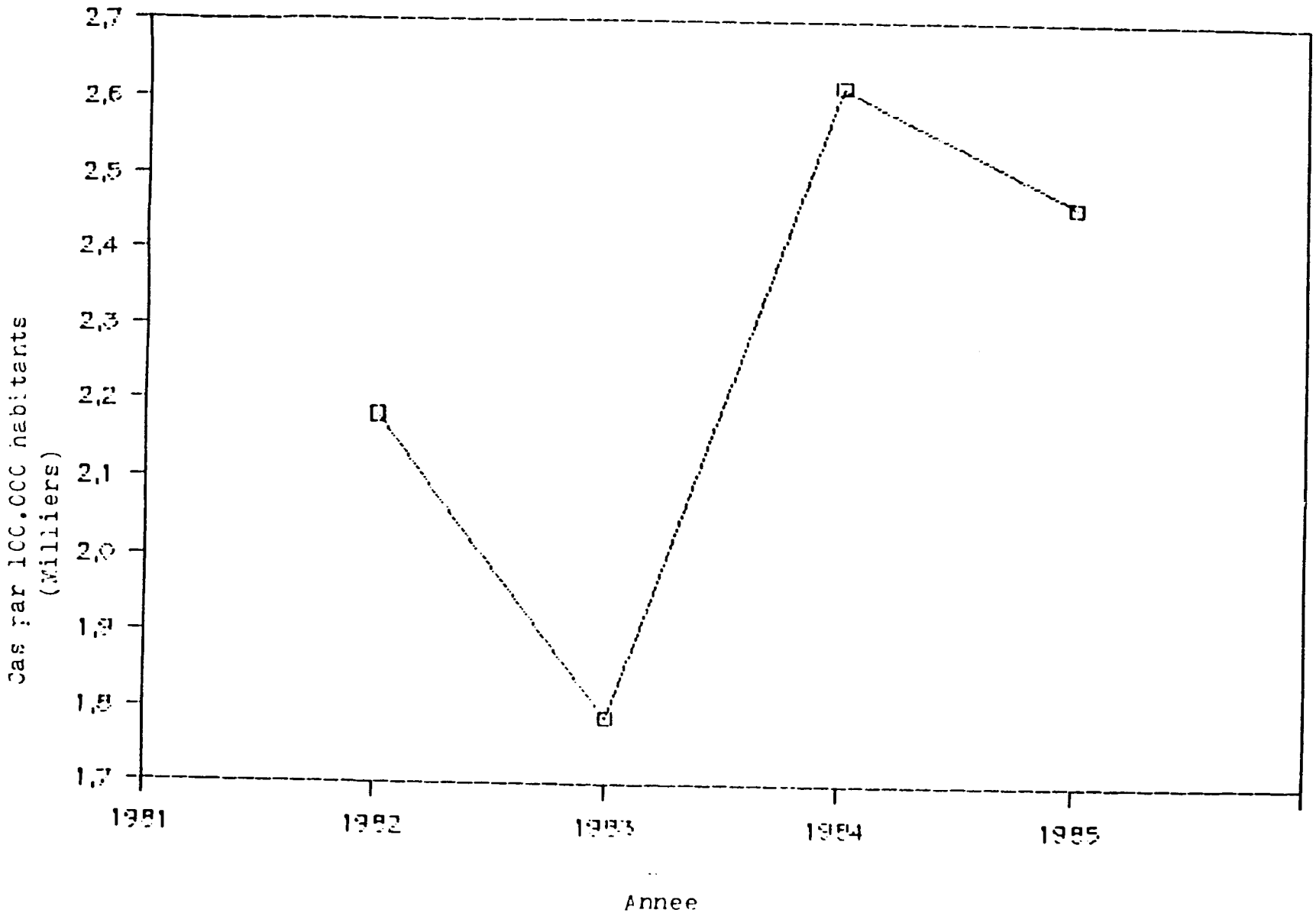
Graphique 17

EVOLUTION ANNUELLE DES CAS ET DES DECES

Paludisme - ACA-1982-1985



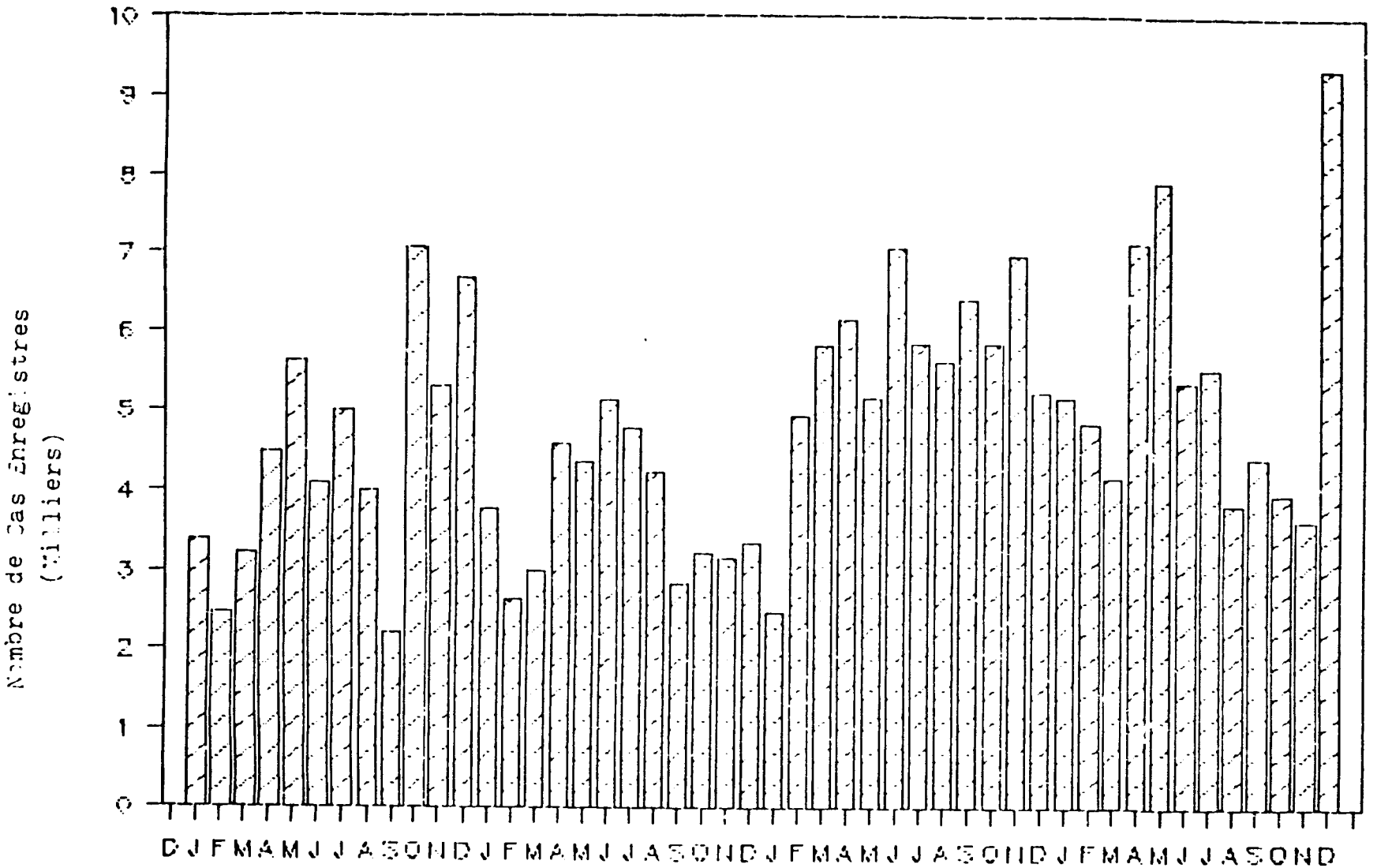
MORBIDITE PALUSTRE
par 100.000 habitants 1982-1985



Comme nous l'avons dit précédemment, le paludisme est saisonnier dans la partie septentrionale du pays tandis que dans la partie australe la maladie est holoendémique sans variation saisonnières. Le tableau 19 montre le nombre de cas enregistrés chaque mois pendant la période 1982-1986. Pendant cette période il semble y avoir de légères variations saisonnières avec des hausses constatées d'avril à juillet et d'octobre à décembre, qui coincident avec le début et la fin et la saison des pluies.

DECLARATION MENSUELLE DES CAS - PALUDISME

RCA -- 1982-1985



Periode du Rapport - Jan 82 - Dec 85

Outre les données courantes sur le diagnostic paludéen clinique, en 1985 on mit sur pied une étude ayant pour objectif de déterminer la charge de la morbidité infantile liée au paludisme à Bangui. Cette étude examina les incidences de fièvre la semaine précédente à l'enquête, le taux d'hypertrophie de la rate, le taux de parasitémie et le taux d'immunofluorescence positive chez 342 enfants de 0 à 14 ans. Les résultats sont présentés au tableau 4.

Tableau 4: Résultats d'une étude sur l'incidence de fièvre, le taux de g.e. positif, le taux de prévalence d'hypertrophie de la rate, le taux de prévalence de parasitémie positive liée au P. falciparum et le taux de prévalence de l'immunofluorescence indirecte positive pendant une période d'une semaine parmi 342 enfants de 0 à 14 ans à Bangui, RCA, octobre 1985.

Tranche d'âge	No.	% fébrile	% HR*	% P.Fal+**	% IFI+***
0 à 5 mois	13	30.7%	7.6%	0.0%	38.5%
6 à 11 mois	21	42.8%	33.3%	9.5%	28.55%
12 à 17 mois	21	61.9%	38.1%	4.7%	61.9%
18 à 23 mois	16	56.2%	31.2%	43.7%	62.5%
2 à 4 ans	108	50.9%	39.4%	28.7%	58.3%
5 à 9 ans	94	42.5%	39.3%	15.9%	71.2%
10 à 15 ans	69	28.3%	38.8%	16.4%	84.0%
Total	342	44.1%	35.1%	19.6%	64.9%

* Taux d'hypertrophie de la rate
** Taux de parasitèmie positive liée au P. falciparum
*** Taux d'immunofluorescence indirecte positive

Source: Josse, R. et Merlin, M. Rapport concernant l'enquête paludométrie par sondage effectuée à Bangui en République Centrafricaine du 28 au 31 octobre 1985, O.C.E.A.C., Yaoundé, 22 septembre 1986.

Les chercheurs conclurent que les résultats justifiaient la classification de Bangui comme zone mésoendémique de transmission paludéenne. Un phénomène intéressant; l'augmentation avec l'âge de la parasitémie liée au P. falciparum ainsi que de la prévalence de l'immunofluorescence positive. Une autre étude sur le taux de la mortalité de la population de 0 à 4 ans à Bambari recueillit des renseignements supplémentaires sur la morbidité et la mortalité dûes au

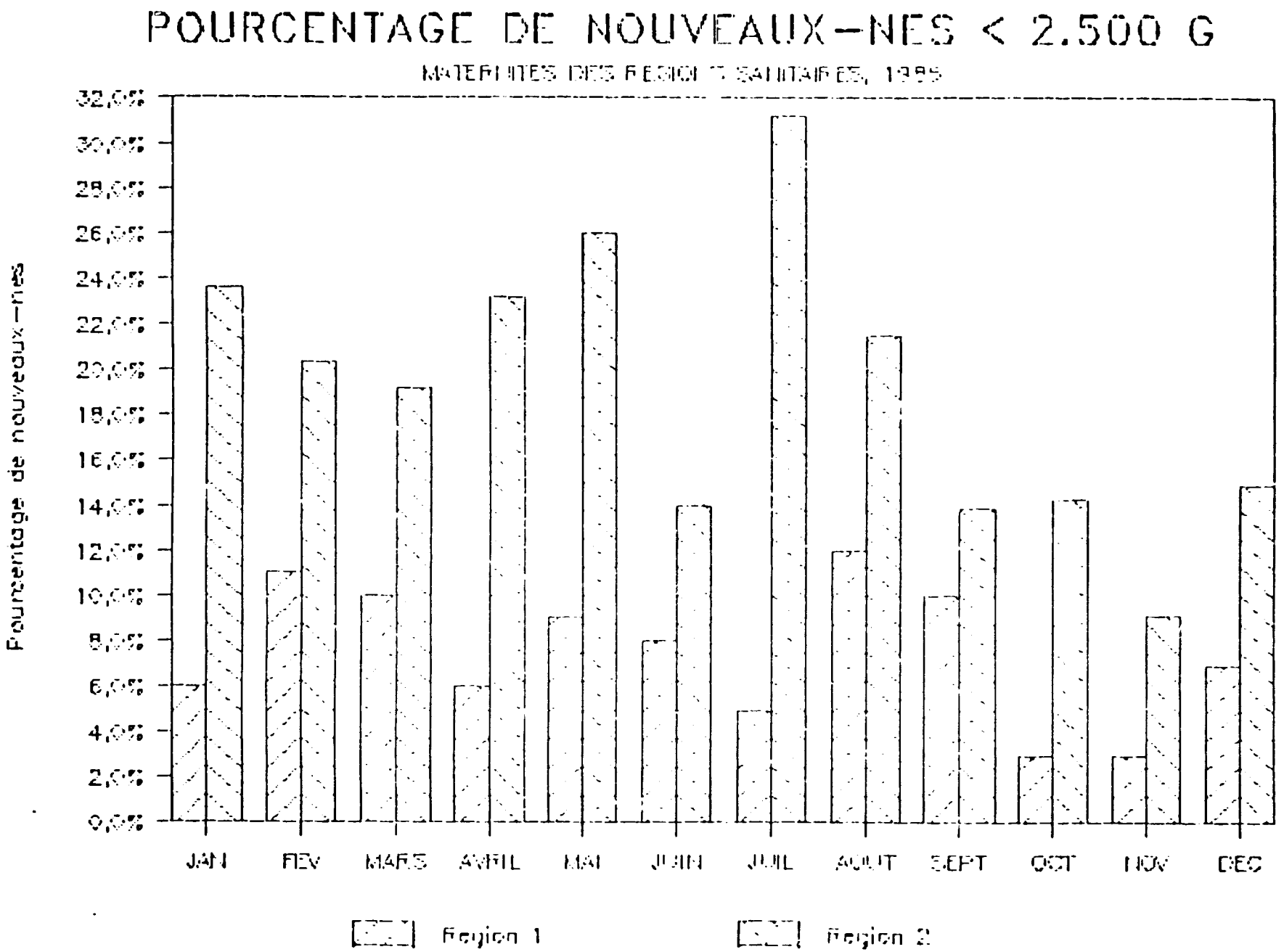
paludisme.[6/] Parmi les 164 enfants de moins de cinq ans décédés l'année précédente à l'étude, 26 (15,9%) étaient associés à des accès fébriles.

Comme nous l'avons dit précédemment, au moment de notre visite une étude d'évaluation sur les poids à la naissance des enfants nés dans les unités SMI du pays était en cours.

Les graphiques 20 et 21 présentent les résultats préliminaires concernant les nouveaux-nés pesant moins de 2500 g par mois de naissance pour trois des cinq régions sanitaires pour lesquelles ces renseignements étaient disponibles. Remarquons ici que les données présentées s'appliquent à tous les nouveaux-nés et n'ont pas été désaggrégées selon la parité de la mère (qui influence le poids à la naissane). La moyenne de 20 à 25% de nouveaux-nés pesant moins de 2500 g constatée dans deux des trois régions est inquiétante et mérite une recherche ultérieure. La surveillance continue de cette information, conjointement avec l'exécution du programme national de lutte contre le paludisme et avec la chimioprophylaxie des femmes enceintes, fournira des données indispensables sur l'efficacité de cette intervention dans une région de faible résistance à la chloroquine.

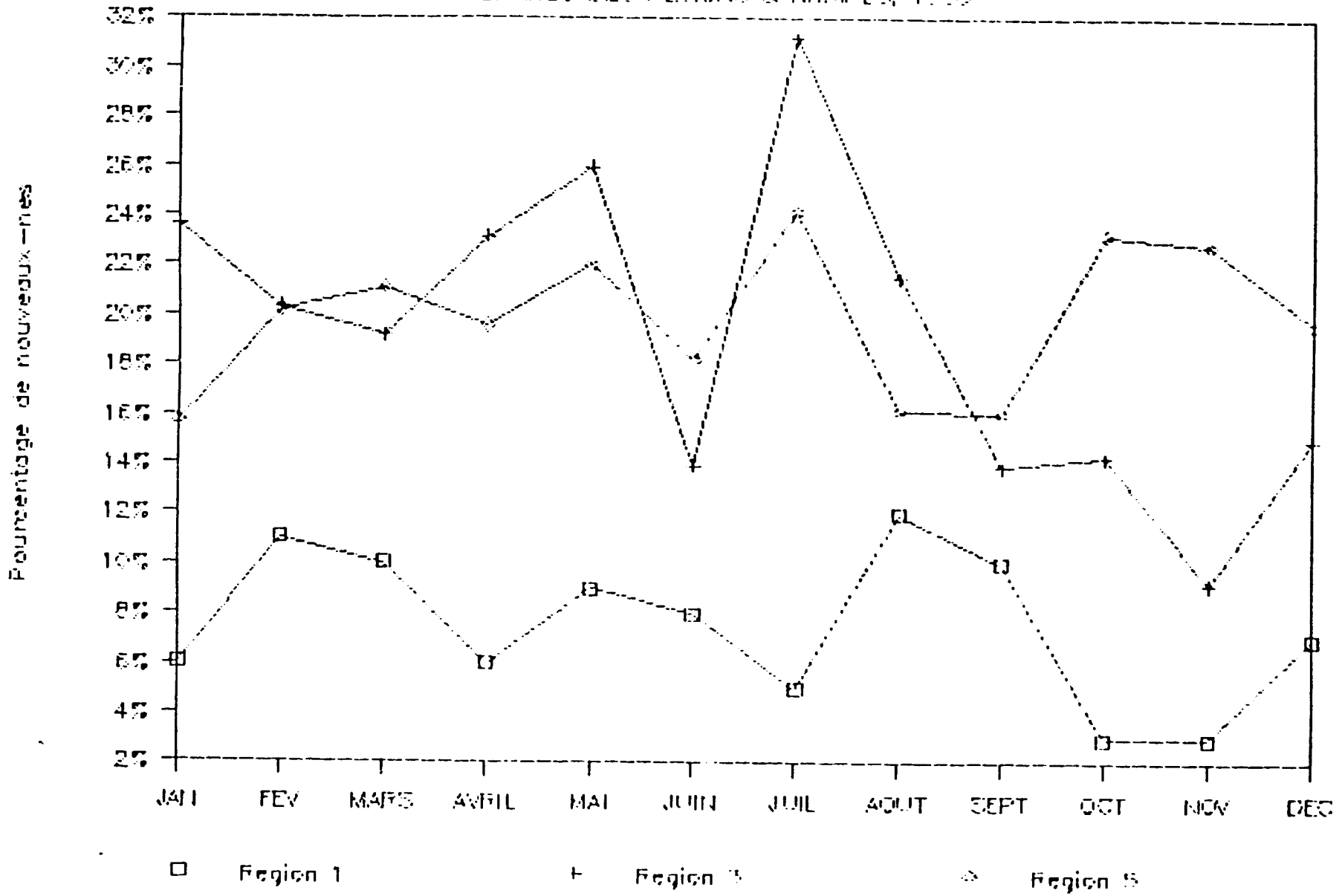
6/ Boby, Mime-Moïse; Importance des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans dans la ville de Bambari: République centrafricaine, Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (O.C.E.A.C.), Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de technicien supérieur en santé publique, présenté le 22 septembre 1986.

Graphique 20



POURCENTAGE DE NOUVEAUX-NES < 2.500 G

MATERNITES DES REGIONS SANITAIRES, 1985



4.8 Education pour la santé (EPS)/Communications

Les activités EPS dans le cadre de la CCCD ont été assez limitées, particulièrement ces derniers mois lorsque le personnel professionnel du Bureau de l'éducation pour la santé de la Direction de santé maternelle et infantile/planification familiale passa de quatre à un à cause de postes laissés vacants et de membres du personnel blessés. Le directeur de l'unité d'EPS paraît avoir reçu une formation adéquate et a participé à l'élaboration des sections EPS des trois programmes nationaux (1986-1990). En septembre 1985 la campagne de sensibilisation préalable à la campagne de luttre contre la rougeole utilisant la radio, la télévision et les autres moyens d'information fut extrêmement efficace. Cependant, lorsque l'équipe visita quatre des cinq régions sanitaires, à part quelques vieilles affiches du PEV et une miméographie sur l'hygiène communautaire, aucun matériel audiovisuel ou pédagogiques n'était déployé dans les hôpitaux ou centres de santé.

Les enquêtes de base, connaissance, aptitude, pratique (CAP) à l'intention des mères de famille sur la vaccination, les maladies diarrhéiques, le paludisme à Bangui et Bambari ont déjà été menées à bien; on dispose donc de données de base indispensables pour aller de l'avant. Les trois programmes nationaux (PEV, lutte contre les maladies diarrhéiques et lutte contre le paludisme) exigent un effort important d'EPS en vue de sensibiliser la population vis-à-vis de leur importance ainsi que d'encourager la participation communautaire.

A l'heure actuelle l'unité de d'EPS manque de ressources humaines et financières pour accomplir ces obligations.

4.8.1 Recommandations:

1. Ramener, le plus tôt possible le nombre de professionnels dans l'unité d'éducation pour la santé de la Direction de la santé maternelle et infantile/planification familiale à son niveau précédent (de une à 4 personnes) afin que celle-ci puisse apporter son soutien efficace et dynamique aux programmes nationaux de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de lutte contre le paludisme. Si ceci ne peut se faire avec le personnel du Minisère, il conviendrait de recruter des cadres par contrat pour la durée du projet. (Dans ce cas-ci, le coût de ce personnel devrait être couvert par les donateurs en vertu des accords RCA/FMI/Banque mondiale limitant le recrutement du personnel.)

2. Obtenir le plus tôt possible par l'intermédiaire du projet CCCD l'assistance technique à court terme d'un spécialiste en EPS et communications en vue de préparer le matériel audiovisuel, radiophonique et autre pour les programmes PEV, lutte contre les maladies diarrhéiques et lutte contre le paludisme (Par exemple deux visites de six à huit semaines pendant les prochains huit mois).

3. Demander, le plus tôt possible, un bénévole du Peace Corps compétent et expérimenté dans le domaine des communications et de l'EPS y compris la sensibilisation communautaire, qui serait recruté pour aider dans l'élaboration et l'exécution des programmes prioritaires.

4.9 Formation/éducation continue

Depuis la signature de l'accord du projet CCCD en mai 1984, 107 personnes ont suivi des cours de formation pendant 101 jours ce qui équivaut à 481 jours/personnes de formation. Selon les prévoyances de l'accord du projet, 1000 personnes devront être formées pendant la vie du projet. Quoique jusqu'à maintenant seulement 10% ont été formés, en 1987 nous allons voir une augmentation considérable de ce pourcentage au fur et à mesure que le personnel de niveau régional, préfectoral et communautaire est formé pour mettre en oeuvre les politiques et les procédures consignées dans les programmes nationaux récemment approuvés de PEV, CDD et paludisme.

Juste au moment de notre visite, on inaugura le premier centre de démonstration de la TRO au centre de santé de Boy-Rabe à Bangui. Pendant la première semaine l'unité a vu 71 cas de diarrhée, desquels 58 ont été classifiés comme appartenant à la catégorie de traitement A et 13 à la B. Cette unité TRO offrira une formation pratique en RVO à tout le personnel sanitaire des cinq régions qui, à son tour, se chargera de former tout le personnel sanitaire de sa région respective. A tour de rôle, ce personnel régional va former le personnel préfectoral qui va former le personnel des centres de santé et ainsi de suite jusqu'aux postes de santé et aux agents sanitaires du village. Cet effet multiplicateur va accélérer énormément la propagation de la RVO dans tout le pays.

Cette formation pratique, depuis longtemps dévolue, dans l'utilisation des sachets de sel de réhydratation orale (SRO) pour éviter ou arrêter la déshydratation est absolument indispensable, car les sachets SRO ont déjà été distribués dans tout le pays il y a plusieurs mois sans instructions d'aucune sorte au personnel sanitaire ou aux mères de famille.

Les trois programmes nationaux (PEV, CDD et paludisme) prévoient un dégré élevé de formation mettant l'accent sur les démonstrations pratiques et "l'apprentissage sur le tas". La stratégie de formation utilise une approche de "formation de formateurs" en vue d'obtenir un effet multiplicateur analogue à celui que nous venons de décrire pour la RVO. La formation et le recyclage dans les domaines tels que la stratégie avancée de vaccination (sensibilisation) et moyens visant à réduire le nombre "d'occasions manquées" pour la vaccination. D'autres secteurs ayant besoin d'aide (formation) sont la technique appropriée de stérilisation et l'utilisation d'une seringue stérile et une aiguille stérile pour la vaccination de chaque enfant, afin de réduire les risques de contamination et d'identifier et traiter le paludisme plus efficacement.

La Faculté de médecine de l'Université à Bangui offre une occasion unique pour former le personnel sanitaire de l'avenir (personnel médical et infirmier, auxiliaires médicaux etc.) dans les techniques et les procédures adoptées par les trois programmes nationaux en les y incluant sans tarder dans le programme universitaire. Ceci a déjà été fait pour le programme national de lutte contre le paludisme.

L'annexe VI présente le plan de formation de la CCCD pour 1985/1986, identifiant le personnel qui devra être formé et indiquant les résultats désirés. La formation menée à bien jusqu'à maintenant a démontré une sélection soignée des stagiaires; plusieurs d'entre eux occupent aujourd'hui des postes importants dans le secteur des activités de SSP/CCCD. En outre, le conseiller technique de la CCCD a formé individuellement ou en petit groupe de travail des cadres supérieurs du Ministère dans les techniques d'élaboration des programmes et de plans, de préparation des budgets, et des plans opérationnels chronologiques.

En termes généraux, l'équipe d'évaluation a trouvé que la qualité de la formation dans le pays ainsi qu'à l'étranger était bonne.

4.9.1 Recommandations

1. Mettre en oeuvre, sans tarder, des cours de formation dans le domaine de la RVO en vue de réduire les risques et les effets nocifs causés par un mélange inapproprié de solution SRO, et/ou son inefficacité lorsqu'elle est administrée à l'enfant en quantités insuffisantes.

2. Mettre sur pied, le plus tôt possible, des cours de formation et de recyclage à l'intention du personnel sanitaire dans les techniques et les traitements recommandés par les trois programmes nationaux--PEV, CDD et paludisme--en vue d'obtenir une amélioration marquée de la qualité des fournis.

3. Demander à la Faculté de médecine de l'Université à Bangui qui forme les médecins et le personnel infirmier et paramédical d'inclure dans ses programmes d'études les dernières modalités de traitement ainsi que les procédures adoptées par le gouvernement dans les trois programmes nationaux--PEV, CDD, paludisme--et d'assurer leur enseignement correct. Le cas échéant, l'on devrait avoir des séances de démonstration à l'intention du corps enseignant sur les techniques et les procédures recommandées.

5.0 Coût du programme

5.1 Dépenses bilatérales du projet CCCD

L'accord de subvention du projet (Pro Ag) entre le Gouvernement de la République Centrafricaine (GORCA) et le Gouvernement des Etats-Unis a été signé le 25 mai 1984. A l'origine, le projet a été prévu pour quatre ans devant être coordonné par le conseiller technique de la CCCD à Brazzaville. Le démarrage fut extrêmement lent, en partie dû à l'absence d'un conseiller technique à plein temps. En conséquence, en janvier 1986 (PIL No. 3) un conseiller technique à plein temps fut recruté et le projet fut prolongé jusqu'en mai 1989, sans financement bilatéral supplémentaire (PIL No. 4).

A partir du 30 septembre 1986, $281.335 ont été déboursés et $237.292 ont été obligés (voir tableau 5). En conséquence, des $691.000 en fonds bilatéraux affectés à la vie du projet $518.627, c'est-à-dire 75%, ont été obligés ou déboursés. Ceci laisse un montant de $172.373 disponibles pour les trois années qui restent. Toutes les fournitures médicales ont été achetées, cependant, soit elles ne sont pas encore arrivées dans le pays soit elles viennent juste d'arriver. L'équipement de la chaîne de froid n'est pas encore arrivé, les radios pour les centres de santé régionaux se trouvent en douane et l'ordinateur IBM venait d'arriver fin octobre.

Les comprimés de chloroquine et les sachets de SRO attendent d'être distribués. Donc d'un montant total de $518.627 engagés pour l'achat de fournitures il y a déjà $327.300 en produits et équipements disponibles dans le pays. En outre, les $24.500 engagés à partir de fonds bilatéraux pour l'achat d'un véhicule pour le CT auraient dû être retirés des fonds requis et devraient donc être remboursés sans tarder.

Comme le montre le budget révisé du tableau 5, plusieurs catégories de dépenses locales ont été réorientées vers l'achat de matériel, tels que radios de communication pour les régions sanitaires et un ordinateur IBM AT. D'autres matériels ont été achetés avec les fonds provenant du compte en monnaie locale plutôt qu'avec des devises: les meubles ont été achetés localement et un montant de $35.000 du budget affecté à l'achat des sachets SRO sera utilisé pour la modernisation des unités de RVO. Très peu de changements véritables ont été apportés dans le budget actuel par rapport au budget Pro Ag du point de vue des dépenses en monnaie locale plutôt qu'en devises. Néanmoins, certaines catégories de dépenses locales n'ont pas encore été déboursées entièrement. Seulement $22.021 ont été dépensés pour la formation, l'EPS, la recherche opérationnelle et l'information sanitaire (sans inclure l'ordinateur). Ces quatre catégories de dépenses revêtent une importance capitale pour promouvoir l'efficacité du programme.

Un grand accroissement de la formation est prévu pour les mois à venir au fur et à mesure que les démonstrations de la TRO passent de Bangui aux cinq régions sanitaires et que les cours de formation en PEV et lutte antipaludique sont mis en oeuvre dans le cadre des plans récemment adoptés. Un centre de formation et démonstration de la TRO vient d'être inauguré à Bangui et les médecins-chefs régionaux commencent déjà à exécuter les activités CCCD dans leurs régions respectives.

Les quatre catégories de dépenses locales; éducation pour la santé; information sanitaire; formation et recherche opérationnelle n'ayant à leur compte que $71.678 pour le reste du projet paraissent manquer gravement de financement. Le GORCA occupe à l'heure actuelle une position solide lui permettant de recevoir un financement supplémentaire pour les catégories d'activités mentionnées ci-dessus.

Tableau 5

Dépenses bilatérales du projet CCCD jusqu'au 30 septembre 1986

	Budget Pro Ag	Budget révisé	Déboursé	Obligé mais non déboursé	Total obligé ou déboursé	Bilan
SRO	155.000	96.000	96.000		96.000	0
Chloroquine	93.000	93.000		78.000	78.000	15.000
Meubles et équipement	21.000	56.000	8.720		8.720	47.289
Equipement de la chaîne de froid	86.000	86.000		80.000	80.000	6.000
Véhicules Motocyclettes Pièces détachées	152.000	149.000	117.958	30.492*	148.450	550
Radios	0	50.000		50.000	50.000	0
Carburant et réparation des véhicules	44.000	44.000	36.636		36.636	7.364
Information sanitaire	8.000	8.000	1.862	23.300	25.162	4.838
EPS	40.000	35.000	6.905		6.905	28.095
Formation	42.000	32.000	5.632		5.632	26.368
Recherches opérationnelles	40.000	20.000	7.622		7.622	12.378
TOTAL	691.000	691.000	281.335	261.792	543.127	147.873

* Ceci inclue $24.500 déjà obligés pour acheter le véhicule du CT qui seront remboursés à partir des fonds régionaux de la CCCD.

Source: Accord du projet, 1984.

Le budget révisé sera approuvé d'ici peu.

5.2 Contribution du Gouvernement de la République Centrafricaine

Conformément au Pro Ag, le GORCA doit contribuer $217.065 pendant la vie du projet affectés dans les catégories suivantes:

Tableau 6

Contribution proposée pour le Gouvernement de la République Centrafricaine

SRO	25.260
Chloroquine	120.337
Vaccins	7.885
Frets	7.714
Formation	31.115
Divers	24.757
TOTAL	217.065

Lors de l'évaluation de la première année du projet, il a été recommandé que le GORCA paie 20% la deuxième année, 40% la troisième, 60% la quatrième et 80% la cinquième. Lors de l'évaluation de 1985 il a été suggéré que le GORCA fasse sa première contribution de 25 millions de CFA ($71.000) en 1986. Ceci n'a pas été fait. Cependant, le GORCA a donné son accord au calendrier de contributions suivant:

Tableau 7

Calendrier annuel de contributions convenu par le GORCA

1987	26 millions de CFA ($78.788)
1988	26 millions de CFA ($78.788)
1989	35 millions de CFA (106.060)
TOTAL	87 millions de CFA ($263.636)

Si ce calendrier de contributions est respecté, les conditions requises par l'accord Pro Ag seront satisfaites. Le budget général du GORCA pour 1987 comprend un poste pour la contribution au projet CCCD. Ce budget attend en ce moment l'approbation du Ministre des Finances; on ne prévoit aucun problème.

5.3 Conclusions et recommandations

Les dépenses bilatérales du projet CCCD ont été déboursées principalement pour l'achat de matériel. Quoique celui-ci représente un investissement indispensable il faut également tenir en ligne de compte la formation du personnel et l'éducation pour la santé si l'on veut impulser les objectifs du programme. Ceci devient encore plus important si le projet est prolongé jusqu'en 1990 (voir section 4.1). Il faut augmenter le financement bilatéral

et fixer la contribution du GORCA pour 1990. (L'annexe IV présente le budget provisoire pour couvrir la période mai 1989-mai 1990 si l'extension est approuvée.)

5.3.1 Recommandations

1. Le GORCA, en collaboration avec le CT, doit préparer un budget de dépenses de base nécessaire pour les trois prochaines années en mettant l'accent sur l'éducation pour la santé, l'information sanitaire, la formation et la recherche opérationnelle. Une fois que ce budget ait été préparé et approuvé en tenant compte de toutes les sources de financement (c'est-à-dire fonds bilatéraux restants de la CCCD, contribution du GORCA, FAC, UNICEF, USAID-Washington) l'on devrait fournir les fonds supplémentaires pour prolonger la durée du programme jusqu'en 1990.

6.0 Financement

6.1 Economie de la RCA et finances publiques

L'économie en RCA commence à peine à remonter la pente après une longue période de déclin. Pendant la période 1979 jusqu'à 1981, et à nouveau en 1983 à cause de la sécheresse, la RCA accusa une baisse réelle de son PNB. En 1984, un accroissement de 6,1% ramena le budget au niveau de 1976. (Central African Republic Country Economic Memorandum, World Bank, 1985, p. 94). A la fin des années soixante-dix, les secteur administratif, le secteur santé et l'infrastructure du pays se trouvaient également en état de détérioration. Au début de la décennie quatre-vingt, le pays dût faire face à des déficits commerciaux et budgétaires créant de graves difficultés pour le remboursement des emprunts contractés. La RCA vient d'obtenir son premier prêt conditionnel du FMI et est en train de négocier un crédit de réajustement structurel avec la Banque mondiale. Les accords de prêts exigent des réformes importantes des directives nationales, y compris une réduction du pourcentage du budget du MSPAS affecté aux salaires--de 90% en 1980 à moins de 50% en 1989. En 1985 le gouvernement avait réduit les affectations salariales du budget du MSPAS à 58%. En vertu des accords précités, pour chaque CFA affecté à un nouveau fonctionnaire, le GORCA doit réduire de 3 CFA la charge salariale. Cette mesure eut pour résultat la perte nette de 513 postes salariés en 1985. En conséquence, le GORCA a les mains liées du point de vue nouveaux recrutements. Le tableau 8 montre les projections--calculées par la Banque mondiale--du budget du GORCA de 1983 à 1986 ainsi que des estimations budgétaires jusqu'en 1990 si toutefois les stipulations des crédits sont respectés.

Tableau 8

Budget du GORCA 1983-1989
(en millions de CFA)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Recettes	36,6	39,5	41,7	44,5	49,4	54,7	60,2
Dépenses courantes	38,6	37,0	38,3	40,4	43,5	47,1	50,5
Excédent/déficit	-2,1	2,5	3,4	4,1	5,9	7,6	9,7

source: Banque mondiale, "Report and Recommendations of the Presid International Development Association to the Executive Directors on Credit of SDR 12.3 Million and a Proposed African Facility Credit of Million to the C.A.R. for a Structural Adjustment Program", august p. 41.

6.2 Secteur santé en RCA

Les taux de mortalité infantile en RCA sont plus élevés que dans les autres PMA de l'Afrique sous-Saharienne. Les taux de mortalité pour les nourrissons en 1985 étaient de 138/1000 par rapport à la moyenne de 128,5/1000 dans les autres pays. Les taux de mortalité pour les enfants étaient de 27,2/1000 par rapport à la moyenne de 25,7/1000. Il reste donc beaucoup à faire en RCA du point de vue de la survie de l'enfant. La RCA prend comme point de départ un niveau relativement bas de couverture sanitaire et vaccinale. L'enquête sur la couverture vaccinale menée à bien en 1985 par la CCCD a déterminé que seulement 18% de la population de moins de cinq ans était complètement vaccinée (voir section sur le PEV). Seulement 40% de la population peut être atteinte par l'intermédiaire des centres fixes de vaccination. D'autres indicateurs sanitaires sont néanmoins un peu plus encourageants: la densité de population en fonction du nombre de médecins, personnel infirmier et lits d'hôpitaux est plus faible en RCA que dans les autres PMA de l'Afrique sous-Saharienne. Cependant, ces statistiques sont un peu décevantes car elles n'incluent pas la distribution géographique des soins de santé. En RCA, les formations sanitaires sont concentrées surtout dans la région I qui comprend Bangui, où se trouvent 44% des établissements sanitaires gouvernementaux. La RCA dépend énormément aussi de médecins expatriés qui occupent des postes importants au sein du MSPAS ainsi que dans les différentes régions. En 1982, plus de la moitié des médecins étaient des expatriés (Evaluation de la situation du pays par le projet CCCD, RCA 1983). Le MSPAS dépend énormément aussi de l'assistance étrangère pour couvrir les dépenses courantes. En 1985, l'assistance étrangère contribua 36% en majoration du budget du MSPAS. L'assistance française à elle seule ajouta 20% au budget de 1985 et 25% à celui de 1986. Ces chiffres n'incluent pas le soutien des donateurs au projet de construction et modernisation des établissements sanitaires ni l'envoi de personnel (ces données proviennent de la Fiche de situation, Direction des études, de la planification et des statistiques, MSPAS). Tous ces facteurs indiquent que la RCA a un plus long chemin à parcourir pour réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants de moins de cinq ans et pour être autosuffisante dans le domaine des prestations de soins de santé que les autres pays africains avec des revenus par habitant analogues.

Il semble que le GORCA a légèrement augmenté le pourcentage du budget total affecté au MSPAS depuis 1983, malgré une baisse très marquée en 1985. Celle-ci, en grande partie, était dûe à une réorganisation qui consolida le Ministère de la Santé publique et celui des Affaires sociales en une seule structure administrative (voir le tableau 9).

Tableau 9

Budget du GORCA et du MSPAS 1983-1986
(Millions de CFA)

	1983*	1984*	1985*	1986
Dépenses courantes totales	38.600	37.000	38.300	40.400
Dépenses du MSPAS	2.814	2.783	2.563	3.113
Dépenses du MSPAS comme pourcentage des dépenses totales	7.3%	7.5%	6.7%	7.7%

* En 1983 et 1984 le MSPAS fut sous-divisé en deux ministères. Les dépenses totales pour ces deux années représentent la somme des deux budgets.

source: Banque mondiale, "Report and Recommendations of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a Proposed Credit of SDR 12.3 Million and a Proposed African Facility Credit of SDR 14 Million to the C.A.R. for a Structural Adjustment Program", August 11, 1986, p. 41.
GORCA, Budget de l'Exercice 1984 and 1986.

Il est difficile de tracer l'évolution depuis 1984 des priorités budgétaires gouvernementales pour le secteur santé; en premier lieu à cause de la réorganisation et en deuxième parce qu'il n'y a pas de données pour 1985 sur les dépenses des différentes Directions. En outre, les affectations budgétaires du MSPAS sont influencées considérablement par les priorités françaises. Par exemple, tandis que les affectations pour la médecine curative ont seulement subi une réduction nominale en termes absolus et comme pourcentage du budget total du MSPAS, les affections pour la médecine préventive ont diminué considérablement (voir tableau 10).

Tableau 10

Dépenses de la médecine curative et préventive 1984 et 1986
(millions de CFA)

	1984	1986
Médecine curative (y compris Centre national hospitalier universitaire, CNHU)	781	701
Pourcentage du budget du MSPAS	28%	22,5%
Médecine préventive (y compris Service des grandes endémies et de santé maternelle et infantile)	983	187
Pourcentage du budget du MSPAS	35%	6%

Source: GORCA, Budget de l'exercice 1984 et 1986 et tableau 9.

Ces chiffres ne comprennent pas les contributions de donateurs au MSPAS. La plupart des réductions de dépenses en médecine préventive sont dûes au 80% de réduction dans les dépenses pour le personnel. Comme nous l'avons dit préalable, une partie de ces réductions peut être expliquée par la réorganisation qui, non seulement consolida aux ministères, mais en outre fusionna la Direction de médecine préventive avec le Service de luttes contre les grandes endémies. La réorganisation et la diminution des dépenses du Service de grandes endémies n'expliquent qu'une partie de cette réduction (voir Annexe VII). Le reste paraît être une diminution considérable des dépenses de la RCA en médecine préventive. Cette assertion fut confirmée par la directrice et le directeur adjoint de la Direction des services administratifs et financiers (DSAF) du MSPAS.

Si les dépenses annuelles de la CCCD étaient couvertes par le GORCA, elles ne représenteraient qu'un faible pourcentage du budget total du MSPAS. Les dépenses pour la durée du projet CCCD y compris la contribution du GORCA seraient de $908.065. Si nous l'étalons en quatre ans cela représente $227.016 par an ce qui équivaut à 2,9% du budget du MSPAS pour 1985 et 2,4% de celui pour 1986.

6.3 Moyenne des coûts

Avec les données disponibles en ce moment il n'est nullement possible de déterminer la moyenne des coûts des vaccinations, des traitements antipaludiques ou antidiarrhéiques. Il existe certains renseignements du point de vue coûts issus du relevé mensuel des dépenses en salaires et matériels (les vaccins et les médicaments sont gratuits) que l'on exige aux hôpitaux et centres de santé. Ces renseignements sont d'abord soumis aux bureaux sanitaires régionaux et après envoyés à la DSAF. Il existe en outre

quatre formulaires différents que les établissements sanitaires doivent remplir et envoyer à trois Directions différentes. Ceux-ci incluent des renseignements sur le nombre de vaccinations, les consultations totales, les consultations pour les enfants et les femmes enceintes et le nombre de maladies diagnotiquées qui, selon le formulaire, vont de 40 à 95 (voir section 4.0). Une consolidation de toutes les données recueillies dans ces formulaires pourrait nous donner une certaine estimation des coûts moyens; cependant des renseignements plus détaillés et précis seraient extrêmement utiles. Ces renseignements pourraient inclure une fiche de comptabilité de tous les matériels, vaccins et médicaments utilisés. En ce moment, le matériel reçu du gouvernement n'est pas inclu dans les relevés sur les dépenses.

Le MSPAS prévoit une simplification de tous ces formulaires. A notre avis, les nouveaux formulaires devraient inclure les renseignements qui permettraient une détermination des coûts; ou, à défaut de cela, demander aux établissements sanitaires de fournir ces renseignements sur les coûts comme partie de leur liste de dépenses. Une comptabilité fiable de la part des établissements sanitaires est un premier pas indispensable pour la mise en vigueur d'une stratégie de recouvrement des coûts.

6.4 Viabilité financière de la CCCD

Les coûts récurrents minimums des activités de la CCCD en 1990 lorsque le projet arrivera à terme a été estimé à $648.686 (voir Annexe VIII). Il s'agit là d'un coût récurrent minimum car nous n'avons pas inclus les coûts du personnel, de la formation ou de l'entretien des établissements sanitaires qui incombent principalement au GORCA. Ces estimations excluent également le coût de remplacement des véhicules et des équipements. A l'avenir l'UNICEF continuera très probablement à payer les coûts de vaccins et du matériel de vaccination estimés à $225.397, ce qui laisse un montant $423.251 à être financé par le GORCA. Il est très peu probable que le GORCA puisse réaliser une autonomie complète de son secteur santé d'ici 1990, car ce secteur est relativement sous-développé et dépend fortement d'assistance et de personnel extérieurs pour continuer à fonctionner (voir section 6.2). Cependant, les $349,687 nécessaires à l'achat de la chloroquine et des sachets SRO pourraient être facilement recouvrés en vendant les médicaments plutôt qu'en les distribuant gratuitement. Ceci laisserait donc un montant de $73.578 à être financé par le budget du MSPAS.

Il est indispensable que le GORCA entame dès maintenant une campagne de sensibilisation pour que la population participe aux coûts du secteur santé. Le niveau de dépenses du secteur santé est insuffisant même pour satisfaire la demande actuelle de service et de médicaments et, au fur et à mesure que la population s'accroît et que la couverture s'élargit, cette demande va également augmenter. L'assistance extérieure pour le programme de santé du gouvernement ne va pas toujours être disponible en quantité suffisante pour couvrir les dépenses croissantes. En conséquence, le gouvernement doit chercher les moyens d'augmenter les recettes du secteur santé. Il s'avère donc très important d'établir un système de paiement pour les soins de santé et les médicaments. En lisant les sections suivantes de ce rapport, il en ressortira que les personnes sont disposées à payer pour les soins de santé et d'ailleurs elles le font déjà dans certains établissements sanitaires et pharmacies privées. On se rendra compte en outre que même des sommes très

modestes accompagnées d'une bonne gestion peuvent contribuer grandement au recouvrement des coûts des établissements sanitaires. En vendant quelques médicaments de base, les établissements publics pourraient les offrir à des prix moins élevés que le marché privé. Les recettes pourraient être utilisées pour acheter des fournitures supplémentaires. La création de pharmacies villageoises est une autre façon d'augmenter la disponibilité de médicaments et de recouper les dépenses publiques. La Direction de développement communautaire, conjointement avec deux agences internationales, a déjà installé dans certains villages des pharmacies pilotes. La section suivante décrit quelques expériences avec le système de redevances pour les soins de santé et présente des recommandations sur la manière de commencer ce processus en RCA.

6.5 Autonomie des soins de santé

Cette section décrit trois expériences différentes avec le système de paiement pour les soins de santé: 1) carnets de santé, 2) redevances pour les soins de santé dans certains établissements sélectionnés, 3) achat des médicaments sur le marché privé et dans les pharmacies villageoises. Il faut remplir deux conditions pour mettre en oeuvre un système réussi d'autonomie financière:

1. Une saine gestion financière des recettes; et

2. Les recettes doivent être destinées à l'amélioration des soins de santé plutôt qu'à d'autres usages.

Les sections suivantes, qui décrivent l'expérience avec les carnets de santé, les redevances pour services reçus dans les établissements sanitaires et la vente de médicaments, soulignent l'importance du recouvrement des coûts.

6.5.1 Carnets de santé

Dans le passé, les carnets de santé coûtaient 500 CFA ($1.50) et donnaient droit aux soins de santé gratuits. Ce système fut abandonné car la plupart des recettes n'arrivaient pas au trésor national et, de ce qui arrivait, très peu était affecté au secteur santé. Les détenteurs de carnets recevaient donc très rarement les bénéfices qui leur étaient dévolus. A l'heure actuelle, les carnets de vaccination sont distribués gratuitement dans les établissements sanitaires; mais il y a une telle carence que très souvent on achète des calepins au marché pour enregistrer l'histoire de vaccination.

6.5.2 Formations sanitaires

A l'heure actuelle, un système de redevances existe déjà dans plusieurs établissements sanitaires du gouvernement et dans la plupart des établissements missionnaires. La section suivante décrit trois établissements où ce système existe.

6.5.2.1 Centre national hospitalier universitaire (CNHU)

Le CNHU, hôpital principal de Bangui, applique le tableau suivant de redevances pour couvrir les frais d'hospitalisation.

Tableau 11

Redevances d'hospitalisation du CNHU

1er jour	5.000 CFA	($15,15)
2ème jour	3.500 CFA	($10,60)
3ème jour	2.500 CFA	($ 7.57)
4ème jour	2.000 CFA	($ 6.06)
5ème jour	Gratuit	

Conformément au système actuellement en vigueur, toutes les recettes perçues par le CNHU doivent être déposées au trésor national. L'on a estimé qu'en 1981, même si tous les malades n'avaient payé que 1000 CFA par jour, le CNHU aurait dû recevoir au minimum 230.395.000 CFA ($698.166), ce qui est amplement suffisant pour couvrir les coûts de fonctionnement. Cependant, le revenu enregistré pour 1985 ne fut que de 26.000.000 CFA ($78.788), c'est-à-dire 11% du revenu minimum calculé pour 1981 ("Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de participation des ménages au financement de la santé," Florence Pasnik, 1986). Ceci indique que très souvent les frais ne sont pas perçus, probablement parce qu'ils sont trop élevés pour la plupart des gens et parce que la comptabilité des recettes est inappropriée. Des frais plus bas, conjointement avec un système plus rigoureux de collecte des redevances, augmenteraient les recettes perçues. Si les recettes pouvaient être investies dans l'hôpital plutôt que transférées au gouvernement central, le personnel hospitalier serait plus motivé à exiger ces redevances.

6.5.2.2 Maternité des Castors

La Maternité des Castors facture 1000 CFA ($3,03) par jour d'hospitalisation. Son directeur a été autorisé à garder toutes les recettes. Les revenus mensuels de la Maternité des Castors ont été estimés entre 700.000 CFA ($2.121) et 800.000 CFA ($2.424); c'est-à-dire un tiers du montant perçu par la CNHU ("Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de participation des ménages au financement de la santé", Florence Pasnik, 1986). Même avec des redevances relativement peu élevées la Maternité des Castors, vu qu'elle garde ses recettes, est motivée á bien gérer ses finances. Avec moins de malades et des prix plus bas par rapport au CNHU cette institution perçoit d'importantes recettes.

6.5.2.3 Centre médical de l'église des frères évangéliques, Boguila

Cet hôpital fonctionne à Boguila depuis plus de 20 ans. En outre, les frères évangéliques gèrent un autre hôpital à Yaloke et 34 centres de santé. Le personnel médical de l'hôpital et des centres de santé évangéliques, à l'exception d'un chirurgien et d'un dentiste expatrié, est composé de ressortissants du pays. L'hôpital facture 2000 CFA ($6,06) par jour pour la clinique pédiatrique desservant les enfants de moins de cinq ans, et 3500 CFA ($10.60) par jour pour la clinique prénatale. Il y a également d'autres redevances pour les frais d'hospitalisation et de chirurgie. Les consultations sont gratuites, mais le prix des médicaments est légèrement

majorée pour recouvrer les coûts et couvrir la consultation. La maternité et la clinique pédiatrique accusent des pertes et sont subventionnées par d'autres revenus. L'hôpital peut à peine récupérer ses coûts récurrents; les frais de réparation des bâtiments, d'entretien et de remplacement des équipements proviennent de donateurs externes. L'hôpital reçoit certains vaccins et le kérosène du GORCA.

Son directeur estime que l'hôpital étant connu pour ses services excellents, même dans une région relativement pauvre comme Boguila les gens sont disposés à payer, si bien toutefois il leur faut emprunter cet argent. La preuve en est, que la plupart des gens achètent leurs médicaments à l'hôpital même lorsqu'ils pourraient se les procurer à des prix plus bas chez des commerçants privés.

6.5.2.4 Résumé

L'expérience des centres de santé missionnaires et de la Maternité des Castors prouvent qu'un système de redevances pour les soins de santé peut contribuer énormément à recouvrer les coûts d'exploitation des établissements sanitaires. Il exige cependant une formation solide des directeurs dans le domaine de la gestion financière ainsi qu'une certaine liberté de maneuvre pour surveiller de près la collecte de ces recettes. Il est indispensable que celles-ci soient gardées par l'établissement sanitaire, et ce pour deux raisons: cela motive les administrateurs sanitaires à surveiller de près la collecte et l'utilisation de ces recettes, et les usagers qui paient pour les soins de santé en voient les bénéfices tangibles. Si les recettes sont utilisées pour améliorer la qualité des soins et augmenter les stocks de médicaments disponibles, les bénéfices tangibles seront notés immédiatement par l'usager. L'expérience d'autres établissements qui facturent pour leurs services indique que les personnes sont disposées à payer pour des soins de bonne qualité. Il conviendrait donc de chercher une méthode permettant aux établissements sanitaires de recueillir et administrer leurs propres revenus, sous la supervision adéquate du gouvernement central.

6.5.3 Produits pharmaceutiques

La population de la RCA dépend fortement du secteur privé pour son ravitaillement en médicaments, étant donné que ce qui est distribué gratuitement par le gouvernement est insuffisant. (Toutes les formations sanitaires visitées ont déclaré avoir des carences de chloroquine.) Le GORCA importe les produits pharmaceutiques par l'intermédiaire de l'Office pharmaceutique d'approvisionnement. Son budget en 1986 était de 115.000.000 CFA ($348.485). Avec cet argent il approvisionne dix hôpitaux préfectoraux, 58 centres de santé, 90 sous-centres de santé et 186 postes de santé. Cet Office acheta et distribua 3.000.000 de comprimés de chloroquine en 1986. Le programme de SMI reçoit des donateurs 208.000 comprimés supplémentaires de chloroquine par an. Ainsi donc, en excluant la contribution de la CCCD, 3.200.000 comprimés de chloroquine ont été distribué en RCA par le MSPAS. Cette quantité est absolument insuffisante, vu que les besoins en chloroquine pour la population cible de la CCCD ont été estimés en 14.200.000 comprimés pour 1986 (Programme national de lutte contre le paludisme en République Centrafricaine, juillet 1986). Comme résultat des ruptures dans les

livraisons des stocks, les personnes traitées dans les établissements sanitaires reçoivent très souvent des ordonnances pour acheter les médicaments dans une pharmacie privée.

Les pharmacies privées sont ravitaillées par deux importateurs principaux; Sodephac et l'Office pharmaceutique centrafricain. Ces pharmacies n'ont pas voulu divulguer leurs chiffres d'affaires, mais celui-ci a été estimé à un montant considérable. Dans les villes et les villages plus importants, bon nombre de petits commerçants vendent des produits pharmaceutiques (par exemple, aspirine, chloroquine, antibiotiques). Puisqu'ils contribuent à une augmentation de la disponibilité de médicaments, leur rôle est important. Cependant, signalons le désavantage de ce type d'activité: les commerçants n'ont pas de formation sanitaire, ne sont pas supervisés et il n'y a pas de contrôle du type ou de la qualité de médicaments qu'ils vendent. Un système novateur et prometteur visant à augmenter la disponibilité de produits pharmaceutiques dans les régions éloignées des établissements sanitaires est de créer des pharmacies villageoises, dirigées par des agents sanitaires compétentes. En ce moment le Peace Corps et la Direction de développement communautaire, en collaboration avec le PNUD, sont en train d'établir des pharmacies villageoises. Une pharmacie du Peace Corps fonctionne déjà et deux autres pharmacies de la DDC et du PNUD ont été inaugurés il y a deux mois. En conséquence, l'expérience avec les pharmacies villageoises est très limitée. Cependant, ces expériences nous montrent que trois conditions administratives sont requises pour le succès de ces pharmacies villageoises:

1. Participation financière de la communauté, ce qui motive ces pharmacies à bien gérer leurs fonds;

2. Rémunération des agents sanitaires du village qui travaillent dans ces pharmacies; et

3. Participation des responsables régionaux dans la formation et la supervision de ces agents sanitaires.

Les deux expériences suivantes prouvent cette assertion.

6.5.3.1 Coopérative pharmaceutique de Boguila/Peace Corps

La pharmacie de Boguila est en réalité une coopérative de sept pharmacies villageoises avec un magasin central de ravitaillement à Boguila. Les fonds de démarrage ont été fournis par une subvention de l'Ambassade des Etats-Unis/Fonds d'aide à soi-même et par une contribution de 250 CFA ($0,76) de la part de chaque habitant, ce qui lui donnait le droit à un décompte sur les prix des médicaments. Les agents sanitaires du village furent choisis par un conseil communautaire et formés par les bénévoles du Peace Corps.

Le fait que la pharmacie de Boguila soit une coopérative de plusieurs pharmacies villageoises pose quelques problèmes du point de vue de la gestion administrative. Il y a eu en outre plusieurs cambriolages de médicaments et d'argent et aucun village ne fut responsable de l'investigation et de la poursuite en justice des coupables. L'on a découvert les coupables du premier cambriolage, mais le seul châtiment a été de rembourser l'argent volé. Les

coupables du deuxième cambriolage n'ont pas été identifiés, mais il semble pour au moins l'un d'eux qu'il s'agisse d'un coup interne. Etant donné que les agents sanitaires ont reçu seulement 2000 CFA ($6,06) pour deux ans de travail, la menace d'être débauchés et d'avoir à rembourser les fonds n'est nullement un dissuasif.

Le fait que les agents sanitaires ne soient ni formés ni supervisés par le médecin-chef régional a eu pour résultat des prescriptions et des traitements contraires aux directives du MSPAS. Par exemple, la solution-sel-sucre est prescrite pour la diarrhée et les seuls médicaments antipaludiques vendus depuis 1985 ont été la Flavoquine (amodiaquine) et Malicide (pyriméthamine). Après les vitamines multiples, l'aspirine et la flavoquine/malacide, le phenobarbitol est le quatrième médicament le plus vendu. (Les quantités des médicaments vendus se trouvent à l'annexe VIII.) Il existe également une tendance à prescrire la flavoquine en sus d'un antibiotique et des vitamines ou du fer pour traiter tous les symptômes. Lorsque le client ne peut pas payer toute cette gamme de médicaments, il y a une tendance à diminuer la dose de chacun d'eux plutôt qu'à éliminer les moins importants. Les agents sanitaires du village bénéficieraient énormément d'une formation supplémentaire et d'une supervision de la part des médecins-chefs régionaux.

6.5.3.2 Pharmacie de la DDC/PNUD à Bondongofio

Le PNUD a prêté des fonds pour l'achat du stock initial de médicaments pour cette pharmacie; ceux-ci doivent être remboursés après un an ou les intérêts seront dûs. L'autre moitié a été fournie par la SOCADA (Société centrafricaine de développement agricole, le monopole gouvernemental du coton) qui paie 3 CFA à chaque village pour chaque kilo de coton livré. Les représentants du PNUD et de la DDC ont tous deux insisté sur l'apport financier des villageois ainsi que sur l'octroi d'un prêt et non pas d'une subvention. Ceci pour que les villageois se sentent plus engagés financièrement vis-à-vis de la pharmacie.

L'agent sanitaire a été choisi par le village et a suivi un cours de formation de six mois à l'hôpital de Bossongoa; ses frais de déplacement et de séjour étant payé par les villageois eux-mêmes. Il recevra 5000 CFA ($15.15) par mois et son adjoint 3000 CFA ($9.10); leurs salaires seront payés des recettes de la pharmacie. Il est probable que tous deux aient à attendre jusqu'à la fin de l'année pour être payés. Cette pharmacie vient tout juste d'être installée donc nous ne savons pas encore si les fonds alloués et les salaires du personnel seront suffisants pour garantir une bonne gestion financière.

L'Office médical régional approuve la liste de médicaments qui seront vendus, néanmoins la formation et la supervision sont indispensables en vue d'assurer des pratiques conformes aux directives gouvernementales. Par exemple, en ce moment, la pharmacie manque de sachets SRO, vend du Ganidan pour traiter la diarrhée, et du Kansidar, du Quinimax injectable et de la Nivaquine pour traiter le paludisme (à l'annexe VIII se trouve la liste complète de ces médicaments).

6.5.3.3 Résumé

Les pharmacies villageoises sont un phénomène récent en RCA et il est encore trop tôt pour prévoir leur succès ou leur échec. Quoiqu'il en soit, elles peuvent contribuer à élargir la couverture médicale dans les régions rurales. Elles présentent un avantage financier par rapport aux postes de santé car leurs coûts d'exploitation sont frayés par le village et non pas par le GORCA; et elles sont préférables aux commerçants privés car les agents sanitaires du village peuvent être formés par le siège régional en y recevant les directives gouvernementales.

6.6 Conclusions et recommandations

Bien qu'il soit peu probable que le GORCA puisse financer les coûts récurrents des soins de santé d'ici 1990, il y a plusieurs possibilités pour alléger la lourde charge financière que représente le secteur santé. Soulignons en deux; la participation financière des ménages dans les coûts des médicaments et des soins de santé et la création de pharmacies villageoises.

Avant de pouvoir fixer les redevances sanitaires, il faut améliorer les renseignements sur les coûts et les activités sanitaires consignés dans les relevés mensuels des hôpitaux et des centres de santé. Avant de pouvoir facturer les populations pour les soins de santé, les formations sanitaires du pays doivent avoir un système de comptabilité fiable qui leur permette d'enregistrer toutes leurs dépenses et de déterminer les coûts des différents services. Ces renseignements devront inclure en outre le coût de revient de tout le matériel utilisé, qu'il ait été acheté ou non (voir Section 6.3).

Etant donné que les hôpitaux sont les principaux fournisseurs de soins ambulatoires et hospitaliers, ils pourraient déjà commencer par vendre les médicaments aux malades ambulatoires, vu les raisons suivantes:

1. Les stocks de médicaments dans les établissements sanitaires y compris les hôpitaux sont insuffisants, ce qui fait que les gens achètent déjà les médicaments sur le marché privé.

2. Le coût de revient des médicaments est connu puisqu'ils sont importés par la Pharmacie d'approvisionnement du MSPAS. Ils pourraient donc être vendus à leur coût de revient, sauf pour certains d'entre eux qui, du fait de leur importance sociale, peuvent être fournis gratuitement ou à des prix très modestes.

3. La conception d'un système de comptabilité fiable et pertinent et la formation du personnel administratif coûtent cher et exigent une étroite surveillance de la part du niveau central. Cependant, les recettes potentielles élevées qui seraient perçues par les grands établissements sanitaires, tels que les hôpitaux, justifient ces dépenses supplémentaires.

4. Comme fournisseurs des services de santé, les hôpitaux ont une tendance à être assez chers. Donc, un système de redevances dans les hôpitaux encouragerait les malades à se faire soigner dans les

centres et les sous-centres de santé, dont l'exploitation est bien moins onéreuse, et à n'utiliser les hôpitaux que lorsqu'on les y réfère.

5. Les hôpitaux se trouvent dans les zones urbaines où les habitants jouissent de revenus plus élevés, ceci étant surtout vrai à Bangui.

L'expérience acquise avec la vente des médicaments dans les hôpitaux pourrait ensuite être utilisée pour implanter ce même système dans les centres de santé.

La dernière étape serait de se valoir de tous les renseignements sur les coûts compilés par les établissements sanitaires pour fixer les redevances de soins hospitaliers et ambulatoires. Celles-ci devrait d'une part refléter les coûts des services, et de l'autre tenir compte des directives nationales; car si le gouvernement tient à promouvoir quelques services spécifiques, il peut leur fixer une très faible redevance.

En même temps, il faudrait soutenir les pharmacies villageoises en intégrant la formation et la supervision des agents sanitaires dans le cadre du système régional de santé; la CCCD devrait fournir un stock initial de chloroquine et de sachets SRO à ces pharmacies.

6.6.1 Recommandations

1. Il conviendrait que les établissements sanitaires puissent gérer une partie de leurs recettes en vue de les utiliser pour améliorer les soins de santé.

2. En vue de mettre sur pied un système de comptabilité analytique d'exploitation, en y ajoutant éventuellement les revenus, il faudrait améliorer la collecte de données sur les coûts des soins de santé et des activités sanitaires. Ces renseignements devraient inclure une ventilation des coûts des différentes activités. La CCCD devrait envoyer un spécialiste en gestion sanitaire pour s'occuper de remanier les formulaires des relevés mensuels.

3. On devrait commencer par vendre les médicaments dans les hôpitaux. L'USAID/Washington devrait assister avec la formation administrative requise pour mettre sur pied ce système de redevances.

4. Les renseignements obtenus par l'intermédiaire du système amélioré de comptabilité analytique d'exploitation devraient être utilisés pour fixer les redevances sanitaires dans les hôpitaux et formations du pays. Ici encore l'USAID/Washington devrait fournir l'assistance technique.

5. Les médecins-chefs régionaux devraient coopérer avec la DDC pour s'assurer que les agents sanitaires des pharmacies villageoises soient au courant des directives gouvernementales relatives au traitement antipaludique et antidiarrhéique. Ces pharmacies villageoises devraient recevoir un stock initial de sachets SRO et les agents sanitaires du village ainsi que de toute la région devraient être formés sur la manière de les utiliser.

7.0 Fonds pour la recherche opérationnelle

Jusqu'à maintenant, les fonds pour la recherche opérationnelle fournis en vertu du projet CCCD ont été sous-utilisés en RCA; tel étant le cas dans d'autres pays d'Afrique participant à la CCCD. Cependant, au fur et à mesure que le PEV s'élargit et que les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme sont mis en oeuvre, la RCA aura besoin de plus de recherche. Les études portant sur les aspects techniques, la planification et la gestion issues de cette recherche, pourraient augmenter l'efficacité de ces programmes ainsi que des autres activités reliées à la CCCD.

7.1 Recommandations

1. Utiliser plus largement les fonds disponibles dans le cadre du projet CCCD pour la recherche opérationnelle. Fournir l'aide nécessaire dans la préparation de ces programmes de recherche.

ANNEXE I

MANDAT DE L'EQUIPE D'EVALUATION

DOMAINE D'APPLICATION

ANNEXE I

Mandat

1. OBJECTIFS DE L'EVALUATION:

1.1 Evaluer les activités de la CCCD par l'intermédiaire de la collecte et de l'analyse systématique des données sur la gestion et la mise en oeuvre des activités CCCD aux niveaux central, régional et périphérique.

1.2 Examiner le degré d'intégration des activités CCCD au sein de la structure des soins de santé primaires.

1.3 Présenter des recommandations visant à améliorer et à développer les services fournis par la CCCD (y compris la formation, l'éducation pour la santé et le système d'information sanitaire) et à accélérer leur intégration au sein de la structure de soins de santé primaires compte tenu des contraintes financières existantes à l'heure actuelle.

2. METHODES D'EVALUATION:

2.1 Etudier aux niveaux central et régional les documents de base pertinents.

2.2 Visiter in situ un certain nombre d'établissements sanitaires des zones urbaines et rurales de quelques régions représentatives du pays.

2.3 Examiner les données issues des enquêtes.

2.4 Interviewer un certain nombre de représentants responsables de la mise en oeuvre du projet CCCD.

3. ELEMENTS D'EVALUATION:

3.1 Planification, administration et gestion du projet:

A. Examiner l'accord CCCD et évaluer sa pertinence en tant que document de base pour la planification du projet CCCD.

B. Examiner le développement des plans d'opération et leur adaptabilité à diriger et soutenir les activités dans le terrain.

C. Examiner la structure administrative gouvernementale et déterminer si elle est en mesure de gérer un programme régional comprenant la vaccination, la RVO et le paludisme.

D. Examiner l'assistance, la gestion et le soutien fournis par les CDC et déterminer la pertinence des procédures mises en place à cet effet.

E. Examiner la structure et les fonctions administratives du projet mettant l'accent sur le comité exécutif pertinent de la CCCD.

F. Examiner la coordination entre les donateurs et leurs réalisations.

3.2 Soutien du projet:

A. Analyser les statistiques épidémiologiques et sanitaires afin de déterminer si le projet CCCD a réussi à diminuer le taux de morbidité et mortalité, à accroître la disponibilité des service sanitaires et à améliorer la qualité des soins de santé primaires.

B. Faire une étude du système d'information (actuel et prévu) et déterminer s'il permet d'obtenir les données indispensables pour évaluer les répercussions du projet.

3.3 Mise en oeuvre du programme:

A. Examiner le système de prestation des services de santé (actuel et prévu pour les activités CCCD).

B. Examiner les aspects suivants du système de prestation des services de santé: supervision, logistique, ravitaillement, communication, personnel, couverture, contrôle des fonds et des fournitures médicales.

C. Examiner la distribution du personnel dans le site de prestation des services CCCD.

D. Examiner la distribution du personnel fournissant les services CCCD.

E. Eléments du programme PEV: 1) analyser la couverture géographique du système de prestation de soins de santé et cataloguer ledit système; 2) examiner les directives nationales et le calendrier de vaccination; 3) examiner la fréquence des différentes séries de vaccination; 4) examiner la couverture vaccinale; et 5) examiner les pratiques de vaccination, tout particulièrement la stérilisation du matériel, la vaccination des enfants malades et le nombre d'unités de vaccination.

F. Programme de RVO: 1) analyser la couverture géographique du système de RVO et cataloguer ce système; 2) examiner à l'échelle nationale les directives relatives à la RVO; 3) examiner la couverture démographique de la RVO; 4) examiner les pratiques de RVO, tout particulièrement l'utilisation continue de la thérapie IV; 5) déterminer l'usage et la fréquence des SRO et la sensibilisation communautaire à leur égard.

G. Paludisme: 1) analyser la couverture géographique du système de lutte antipaludique et cataloguer ce système; 2) examiner à l'échelle nationale les directives relatives au traitement antipaludique et la chimioprophylaxie; 3) évaluer la couverture démographique du traitement antipaludique; et 4) examiner les pratiques thérapeutiques antipaludiques ainsi que la chimioprophylaxie, tout particulièrement la disponibilité de chloroquine et la chimioprophylaxie des femmes enceintes.

H. Acquisition, distribution et contrôle de la qualité des SRO et autres produits analogues: 1) examiner le système d'acquisition et de distribution des médicaments antipaludiques; 2) examiner le fonctionnement de la chaîne de froid; 3) examiner le système de distribution des vaccins.

I. Formation: 1) examiner le type de formation existante et son ampleur; 2) examiner les matériels pédagogiques; 3) calculer le nombre de personnes recevant cette formation, examiner leur catégorie professionnelle et évaluer leur performance; et 4) examiner le plan de formation prévu pour le reste du projet.

J. Surveillance des maladies cibles et système d'information sanitaire: 1) étudier les enquêtes de base; 2) examiner le système actuel d'enregistrement des données; 3) examiner le remaniement proposé au système actuel en vue d'obtenir des données fiables et utiles; et 4) évaluer les activités du système d'information sanitaire proposées pour le reste du projet.

K. Education pour la santé: 1) examiner la structure actuelle de l'EPS, sa mise en oeuvre et les activités menées à bien jusqu'à présent; 2) déterminer la disponibilité d'un corps enseignant et la capacité institutionnelle pour offrir une formation sanitaire; et 3) examiner la pertinence de l'assistance technique fournie pour le soutien des activités de formation sanitaire.

L. Financement: 1) examiner les sources de financement, le montant affecté aux activités en cours; 2) examiner le budget ordinaire et la possibilité d'autonomie financière; 3) examiner les fonds bilatéraux de l'USAID ainsi que d'autres donateurs bilatéraux et multilatéraux; et 4) étudier les possibilités futures de financement des coûts récurrents ainsi que la capacité gouvernementale de les couvrir avec les finances publiques pour 1986, 1987 et 1988.

M. Coûts du programme: 1) évaluer les coûts de chaque vaccination, de chaque enfant complètement vacciné et de chaque femme enceinte immunisée; 2) examiner les coûts annuels de la TRO, de chaque traitement et de chaque enfant couvert; et 3) évaluer les coûts moyens de chaque traitement antipaludique, et de la thérapie chimioprophylactique de chaque femme enceinte pendant toute sa grossesse.

ANNEXE II

LISTE DE DOCUMENTS CONSULTES

ANNEXE II

Liste de documents consultés

1. CCCD Office, Bangui. "Peace Corps and Combatting Childhood Communicable Diseases in the C.A.R." September 1986.

2. CDC Atlanta. Country Assessment. June 1983.

3. USAID/CAR. Project Agreement. May 25, 1984.

4. USAID. Project Implementation Letter No. 1. August 23, 1984.

5. USAID. Project Implementation Letter No. 2. September 27, 1984.

6. USAID. Project Implementation Letter No. 3. February 1986.

7. USAID. Project Implementation Letter No. 4. Pending signature.

8. CCCD Office, Bangui. Project CCCD (698-0421.76): Récapitulatif du budget.

9. CDC/Atlanta and AID/IO. CCCD/CAR Program Review. May 27-31, 1985.

10. MSPAS. Plan d'opération pour le développement accéléré du programme élargi de vaccination 1986-1990. Mai 1986.

11. MSPAS. Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques 1986-1990. Juin 1986.

12. MSPAS. Programme national de lutte contre le paludisme en République centrafricaine. Juillet 1986.

13. CCCD/Brazzaville. CAR CCCD TDY Report, December 8-20, 1984. Karen Reed.

14. CCCD/Kinshasa. Trip Report, December 10-13, 1984. Melinda Moore.

15. CDC/Atlanta. Trip Report, March 11-15, 1985. Kathy Parker.

16. CDC/Atlanta. Trip Report, May 6-June 29, 1985. Joan Mayer.

17. CDC/Atlanta. Trip Report, June 13-30, 1985. Melinda Moore.

18. CDC/Atlanta. Trip Report, September 16-November 16, 1985. Joan Mayer.

19. CCCD/Kinshasa. Trip Report, February 1986. Melinda Moore.

20. CCCD.Brazzaville. Monthly report, October/November 1985. Karen Hawkins-Reed.

21. CCCD/Bangui. Monthly report, April 1986. Katherine Montgomery.

22. CCCD/Bangui. Monthly report, May 1986. Katherine Montgomery.

23. CCCD/Bangui. Monthly report, June 1986. Katherine Montgomery.

24. CCCD/Bangui. Monthly report, July 1986. Katherine Montgomery.

25. CCCD/Bangui. Monthly report, September 1986. Katherine Montgomery.

26. CCCD/Bangui. Plan de travail, 1986.

27. CCCD/Bangui, Plan de formation.

28. MSPAS/DMPGE. "Une aiguille stérile, une seringue stérile pour la vaccination de chaque enfant" - Plan d'action. Octobre 1986.

29. MSPAS. Enquête connaissances-attitudes-pratiques/mères, Bangui. Juin 1985.

30. MSPAS. Enquête connaissances-attitudes-pratiques/personnel sanitaire, Bangui. Juin 1985.

31. MSPAS. Rapport de mission: Enquêtes connaissances-attitudes-pratiques/mères et personnel sanitaire, Bambari. Novembre 1985.

32. CCCD/Bangui. Comparaison des résultats CAP/mères Bangui et Bambari. Novembre 1986.

33. OCEAC. Rapport concernant l'enquête paludométrique par sondage effectuée à Bangui en RCA du 28 au 31 octobre 1985. R. Josse et M. Merlin, OCEAC, Burkina Faso.

34. CCCD/Bangui. Various tatles and graphs showing mortidity and mortality data for malaria, diarrheal diseases, and the EPI diseases.

35. CCCD/Bangui. Rapport de l'enquête nationale sur la couverture vaccinale. 5 mars 1986.

36. MSPAS. Impact d'une campagne de vaccination contre la rougeole sur la couverture vaccinale à Bangui. Mars 1986.

37. CDC/Atlanta. Evaluation of the health information system in CAR: trip report, July 14-27, 1986. William Taylor.

115

38. CDC/Atlanta. Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de participation des ménages au financement de la santé en RCA. Septembre 1986. Florence Pasnik.

39. MSPAS. Lettre du Ministre de la Santé publique et des affaires sociales à Mme. la Représentante de l'UNICEF à Bangui concernant l'utilisation des fonds "Sportaid" dans le cadre du PEV. Octobre 1986.

Documents supplémentaires revus dans le cadre
de l'évaluation du programme CCCD en RCA - MPP

40. Boby, Mime-Moise: Importance des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans dans la ville de Bambari: République Centrafricaine, Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de technicien supérieur en santé publique, présenté le 22 septembre 1986.

41. MSPAS/DMPGE; Fiche de contrôle (EPI Supervisory Checklist).

42. MSPAS/DMPGE; Fiche de surveillance et d'entretien des réfrigérateurs - congélateurs.

43. MSPAS.DMPGE; Workplan, Methodology, Summary results, National EPI coverage survey, Note de service, 16 décembre 1985.

44. MSPAS/Direction générale de la santé publique/Région sanitaire IV; Rapport mensuel de surveillance épidémiologique et de traitement du paludisme (ou accès fébrile); N /RS4-86.

45. MSPAS/Direction générale de la santé publique/Région sanitaire IV; Rapport mensuel de surveillance IV; Note de service N 181/RS4-86 (Regional Malaria Control Program Plan of Action).

46. MSPAS/Direction générale de la santé publique/Région sanitaire IV; Note de service N 181/RS4-86; définissant les conditions de mise en application des stratégies du programme national du paludisme.

47. MSPAS/Direction de la santé maternelle infantile et planification familiale/service de recherche et d'évaluation; N 190/DSMI/PF/SRES, Rapport annuel d'activités de santé maternelle infantile et planification familiale pour l'année 1985.

48. Report submitted by Peace Corps Volunteer, Marion Goyette, Trip Report to Mohage September 1986.

49. World Bank, "Report and Recommendations of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a Proposed Credit of SDR 12.3 million and a Proposed African Facility Credit of SDR 14 million to the CAR for a Structural Adjustment Program, August 1986.

50. World Bank, "Central African Republic Country Economic Memorandum", 1985.

51. Gouvernement de la République Centrafricaine, Budget de l'exercice 1986 et 1984.

52. Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS), Fiche de situation, Direction des études de la planification et des statistiques.

117

ANNEXE III

LISTE DES PERSONNES CONTACTEES

ANNEXE III

Liste des personnes contactées

1. MSPAS/Bangui

M. Moussa-Labe, Secrétaire général
Dr. Mamadou KPossa, Directeur général de santé publique
Dr. Jean Limbassa, Directeur de Médecine préventive et des grandes endémies (MPGE) et Coordinateur national du projet CCCD
Dr. Jean Delmont, Directeur du programme d'études, Faculté de médecine de Bangui (FACSS) et directeur du programme de lutte contre le paludisme
Dr. des Fontaines, conseiller technique, Paludisme (MPGE)
M. Antoine Wayawo, Directeur du Programme élargi de vaccination (PEV)
Dr. Gouaud, Chef de la division du PEV, Région sanitaire I
Dr. Michel G. Badjamo, Directeur du Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD)
M. Pierre Ngoutti, Directeur des études de la Direction de planification et statistiques
M. Henri Billaut, Directeur de la pharmacie étatique
Dr. Pierrette Sokambi, Directeur de la Santé maternelle et infantile et planification familiale (SMI/PF) et Directeur national adjoint du projet CCCD
Mme. Ruth Boutisonga, Directeur d'Education pour la santé (SMI/PF
Mme. Lucienne MPoka, Directeur des Services administratifs et des affaires financières
M. Faustin Voume,--------
M. David Ongbama, Comptable du Projet CCCD, MPGE
Mlle. Katherine Montgomery, Conseiller technique, CCCD

2. Ministère du Plan

M. Yadjona Padoundji, Directeur des programmes

3. UNICEF

Mme. Marie Toure Ngom, Représentante
M. Anthony Haby, Responsable du programme

4. PNUD

M. K. Gitera, Représentant résident
M. Tom Giossi, Bénévole des Nations-Unies

119

5. OMS

Dr. Lekie Botte, Représentant résident

6. FMI

Dr. Pierre Van den Boogarde, Directeur du projet

7. FAC (Assistance française)

Dr. M. Carrie, Conseiller technique auprès du Ministère de la Santé et des Affaires sociales

8. Ambassade des Etats-Unis

Ambassadeur David Fields
Fred LaSor, SCM

9. USAID

M. Hugh Smith, Responsable de la liaison à l'USAID, Bangui
M. Gary Leinen, Conseiller sanitaire de l'USAID à Yaoundé et Responsable de liaison technique du projet CCCD

10. Peace Corps

M. Paul Olsen, Directeur
Mlle. Lahoma Smith, Directeur adjoint pour la Santé
M. John Lamoreux, Bénévole de la division de santé

11. Voyages sur le terrain

L'équipe d'évaluation a contacté les responsables de la supervision et le personnel de prestation des services de santé des régions, préfectures, centres de santé, sous-centres de santé et postes de santé suivants:

a. Région sanitaire I

Centre de démonstration de la TRO, Boye Rabe
Hôpital préfectoral, Sibut
Centre de santé, Yaloke
Sous-centre de santé, Kobadja

120

b. Région sanitaire II

Siège de la région II
Hôpital régional, Berberati
Sous-centre de santé, Poto Poto, Berberati
Sous-centre de santé, Bania
Hôpital préfectoral, Carnot
Centre de santé, Baoro

c. Région sanitaire III

Hôpital préfectoral, Bossangoa
Pharmacie villageoise de Bondongofio
Pharmacie villageoise de Boguila
Centre médical, Eglise de Grâce Brethren, Boguila

d. Région sanitaire IV

Siège de la région IV, Bambari
Sous-centre de santé, Boholia
Sous-centre de santé, Bokolobo
Sous-centre de santé, Poudjo
Centre de santé, Grimari

e. Région sanitaire V

Hôpital préfectoral du centre, Alindao
Sous-centre de santé, Kongbo
Mission privée suédoise, Elim

12. AID/Washington et CDC Atlanta

AID/Washington

Mlle. Wendy Roseberry, CCCD, Conseiller technique AFR/TR/HPN

CDC Atlanta

M. Andy Agle, Coordinateur technique, projet CCCD, IHPO
Dr. Jason Weisfeld, Chef des activités de formation, IHPO
Dr. Bill Taylor, Division d'évaluation et de recherche, IHPO
Dr. Ron Waldman, Division d'évaluation et de recherche, IHPO
M. Dennis Olsen, Responsable de la supervision dans le pays, IHPO
Mlle. Kathleen Parker, Spécialiste dans l'éducation pour la santé, IHPO
Mlle. Carol Goettl, Administration, IHPO
M. Kevin Murphy, Responsable de la supervision dans le pays, IHPO
M. Jean Roy, Coordinateur technique adjoint, projet CCCD

ANNEXE IV

BUDGET ILLUSTRATIF JUSQU'EN 1990

Annexe IV

Budget illustratif si le projet CCCD est prolongé jusqu'en 1990

(Avec les fonds italiens et UNICEF ou sans fonds italiens et UNICEF pour le PEV)
(en dollars des Etats-Unis)

	PIL 4 10/86	Fonds du budget qui doivent encore être obligés			Augmentation proposée jusqu'en 1990		Commentaires
		10/86-12/87	1988	1989	Avec UNICEF/I	Sans UNICEF/I	
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	
SRO	96.000						
Chloroquine	93.000				50.000	50.000	
Matériel Equipement Améliorations	56.000	41.000	4.280	2.000	55.000	55.000	11 PS TRO
Equipement de la chaîne de froid	86.000	6.000				50.000	équipement/sensibilisation
Véhicles, motos, pièces détachées	149.000	20.000*	20.000*			194.000	40 mobilettes, 86 bicyclettes, sensibilisation
Carburant/réparation, maintenance	44.000	4.000 40.000*	2.364 40.000*	1.000 50.000*			
Radios	50.000	2.000*	2.000*	2.000*			Impôt annuel
Information sanitaire	30.000	3.000	1.838		10.000	10.000	Relevés
Education pour la santé	35.000	25.000	5.000	3.368	20.000	20.000	Matériel **
Formation	32.000	15.000	10.000	1.368	30.000	45.000	PEV/TRO Palu, SIS
Recherche opérationnelle	20.000	8.000	4.000	2.378	20.000	20.000	
Sous-total	691.000	102.000 82.000*	27.482 79.000	10.114 106.000	135.000		
TOTAL	691.000	184.000	106.482	116.114	185.000	444.000	

* Contribution de la République Centrafricaine

** TRO - 431 personnes à $100 par personnes; PEV - séminaires nationaux et régionaux; Palu - 5 séminaires régionaux à $1500; SIS - séminaires régionaux.

122

ANNEXE V

EVALUATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) EN RCA ET RECOMMANDATIONS

PAR: DR. WILLIAM TAYLOR, M.D., M.P.H.

28 AOUT 1986

MEMORANDUM

Date: 27 août 1986

De: Epidémiologue médical

Sujet: Rapport de voyage à l'étranger

A: Directeur, CDC

Dates et lieux de voyage

5-13 juillet 1986, Sienne, Italie
14-27 juillet 1986, Bangui, République Centrafricaine

Objectif

Sienne, Italie - Participer au séminaire sur "les études comparatives de mortalité et de morbidité: approches anciennes et nouvelles d'évaluation et d'analyse", organisé par le Comité sur les changements comparatifs de la mortalité, Union internationale pour l'étude scientifique des populations.

République Centrafricaine - Evaluer le système d'information sanitaire en RCA en vue d'éliminer le double emploi dans la collecte de données afin de déterminer quels renseignements sont disponibles et quelles données doivent être recueillies pour suivre les progrès du Programme CCCD et pour promouvoir l'utilisation des renseignements au niveau régional.

Principales personnes contactées à Siene, Italie

Peter Abey, Institut d'Anthropologie, Université de Copenhagen
Stan Becker, Division de Santé Reproductive, CDC/Atlanta
William Brass, Centre des Etudes de Population, Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale, Londres
Stan d'Souza, PNUD, Bénin
Doug Ewbank, Centre des Etudes de Population, Université de Pennsylvanie
Philippe Fargues, INED, Paris, France
Michele Garenne, Orstom, Dakar, Sénégal
Ronald Gray, Université de Johns Hopkins
Mehtad Karim, Université de l'Agha Kahn, Pakistan
Allen Lopez, Surveillance Epidémiologique Globale et Evaluation des Tendances Sanitaires, OMS, Genève
Sheila Macrae, Administration de Développement en Outre-Mer, Londres, Angleterre
Alberto Palloni, Centre pour les Etudes Démographiques, Université de Wisconsin, USA

Patience Stephens, Office de Recherche Démographiques, Université de Princeton, USA
Jeremiah Sullivan, Westinghouse Public Applied Systems, Columbia, Maryland
Etienne van de Walle, Centre pour les Etudes des Populations, Université de Pennsylvanie
Susan Zimicki, Orstom, Dakar, Sénégal

Principales personnes contactées en République Centrafricaine

Direction de Médecine Préventive et de Lutte contre les Grandes Endémies

Dr. Jean Limbassa, Directeur de Médecine Préventive, Directeur CCCD
Dr. Desfontaines, Grandes Endémies
Dr. Michel Gbadjamo, Coordinateur du Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
M. Antonio Wayawo, PEV
M. Jean Paul Nguet, PEV
Mlle. Katherine Montgomery, Conseiller Technique, CCCD
Dr. Emmanuel Ngkembi, Médecin-chef adjoint, Région 3, Bossangua
Dr. Justin Ndoyo, Médecin-chef adjoint, Région I, Bangui

Direction des Etudes et de la Planification Sanitaire

M. Ngoutti, Directeur
M. Samuel Etene, Chef des Services statistiques

Direction de Santé Maternelle et Infantile

Dr. Pierrette Sokambi, SMI
Mlle. Kjengbot, Coordinateur pour les maternités et la formation

Direction d'assainissement et de l'environnement

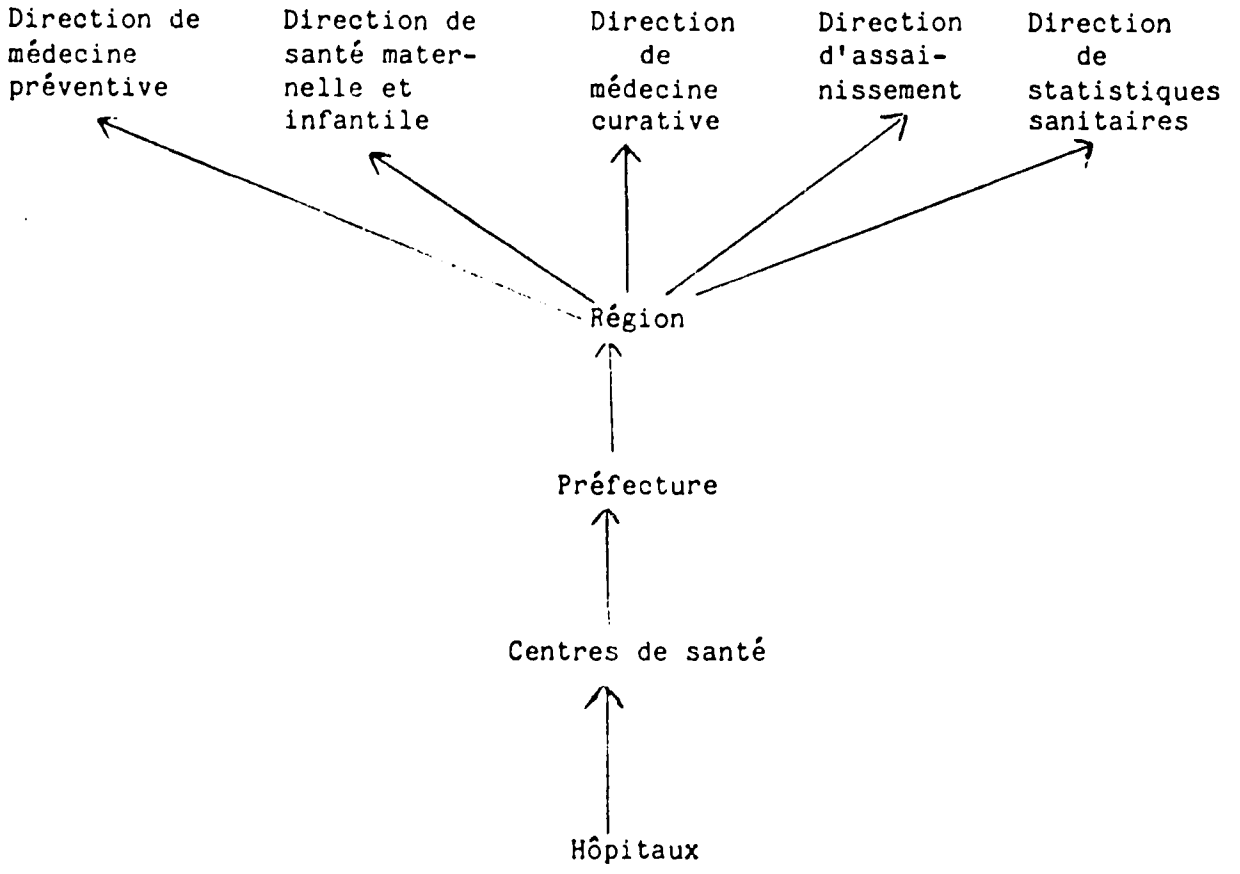
Dr. Silinghia, Directeur

Activités et Recommandations

Je me suis rendu en RCA à la suite d'une requête du programme CCCD me demandant de rationaliser leur système d'information sanitaire. Le programme CCCD, qui fut lancé au mois de mai 1984, a eu pour résultat des plans nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme qui incluent des indicateurs d'évaluation. Plusieurs enquêtes ont été conduites pour rassembler les renseignements de base sur les pratiques sanitaires et la couverture vaccinale dans le pays. J'ai tout d'abord examiné le système d'enregistrement de données en vue de déterminer comment le perfectionner et diminuer le double emploi existant à l'heure actuelle. J'ai ensuite examiné les indicateurs

consignés dans les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme en vue de déterminer s'il existe des sources d'information permettant d'évaluer ces programmes. Et finalement, j'ai préparé une liste d'indicateurs prioritaires pouvant être utilisés par les médecins-chefs régionaux pour évaluer les programmes de leurs régions respectives.

I. Acheminement de l'information sanitaire



(1) Vaccination (2) Santé maternelle et infantile (3) Surveillance épidémiologique (4) Relevé d'activité des centres de santé

Le diagramme ci-dessus présente les quatre formulaires d'enregistrement et montre leur acheminement vers le niveau central. Le système en vigueur à chaque niveau est décrit ci-dessous.

a. Centre de santé

Quatre formulaires d'enregistrement doivent être remplis par les centres de santé: (1) Surveillance épidémiologique, qui inclue 40 maladies cibles; (2) Vaccinations; (3) Information sanitaire maternelle et infantile; (4) Relevé d'activités des centres de santé, qui inclue 95 maladies enregistrables, ventilées par sexe, par tranches d'âge (5), et par type de soins--hospitaliers et ambulatoires. Ce relevé d'activité est trop détaillé pour le niveau des centres de santé, étant donné qu'ils ne sont pas en mesure de faire des diagnostics d'une si grande spécificité. Qui plus est, les mêmes renseignements doivent être inclus dans d'autres formulaires.

Les données sur les vaccinations doivent être enregistrées sur le formulaire de vaccination ainsi que sur celui de la santé maternelle et infantile. Les formulaires de surveillance épidémiologique exigent des renseignements sur 40 maladies déjà consignées dans le relevé d'activité. De plus, les centres de santé sont toujours à court de formulaires. Les formulaires sont imprimés au niveau régional avec un budget alloué par la Direction de médecine préventive qui cependant n'est responsable que d'un de ces formulaires; les autres trois dépendent de l'initiative du médecin-chef régional.

Recommandations

L'on devrait élaborer un seul formulaire pour les centres et les sous-centres de santé exigeant uniquement des renseignements pertinents sur la vaccination et la santé maternelle et infantile et sur quelques autres maladies devant être notifiées. Celles-ci devraient inclure les maladies qui se trouvent déjà sur le formulaire de surveillance épidémiologique en plus de quelques autres maladies prioritaires tirées parmi les 95 qui sont sur le relevé d'activités. Le nombre de tranches d'âge devraient passer de 5 à 3: en dessous de 5 ans; de 5 à 14 ans et de 15 ans et plus. L'on pourrait éliminer les catégories sexuelles. En diminuant le nombre de maladies et de catégories, les centres de santé auront moins de mal à enregistrer les données et à son tour le niveau central pourra analyser ces données plus aisément.

b. Hôpitaux

Les hôpitaux, ayant une meilleure capacité de diagnostic puisque les médecins sont responsables de cette tâche, sont en mesure d'être plus fiables dans leur notification de certaines maladies spécifiques. La liste détaillée des maladies incluses dans le formulaire de notification peut être utile aux hôpitaux du pays car elle leur permettra de connaître le spectre complet des maladies requérant hospitalisation. Toutefois, les tranches d'âge sont trop nombreuses pour la notification des cas

et n'existent pas pour les décès. L'on devrait réduire le nombre de tranches d'âge et l'on devrait ajouter cet indicateur pour les décès en vue de calculer les taux de létalité.

Recommandations

Les seize hôpitaux du pays devraient continuer à utiliser le formulaire de notification en y laissant les 95 maladies mais en diminuant le nombre de tranches d'âge à trois: 0 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 et plus; celles-ci étant également inclues pour la notification des décès. Ce qui signifie que les hôpitaux rempliraient deux formulaires; un pour les malades hospitalisés et l'autre couvrant à la fois la vaccination, la santé maternelle et infantile et les consultations ambulatoires.

c. Equipe régionale de santé

Dans les régions 1 et 3 que j'ai visitées, il existe une coordination excellente entre les quatre services, vaccination et médecine préventive; santé maternelle et infantile; assainissement de l'environnement; et médecine curative. Au niveau régional le système de collecte de données est excellent. Au fur et à mesure que les rapports arrivent, les renseignements sont copiés dans des livrets sur la santé maternelle et infantile, sur les activités de vaccination et sur la surveillance épidémiologique. En ce moment, personne n'utilise les catégories de diagnostic extrêmement détaillées consignées dans le relevé d'activités. Au niveau régional, tous les renseignements des centres de santé pour la surveillance épidémiologique sont compilés en un seul relevé régional qui est envoyé au niveau central. Les autres rapports individuels sont tout simplement transcrits au niveau régional avant d'être envoyés directement à leurs directions respectives. L'utilisation des renseignements inclus dans ces formulaires par les régions se limitent surtout aux maladies qui se trouvent sur le formulaire de surveillance épidémiologique.

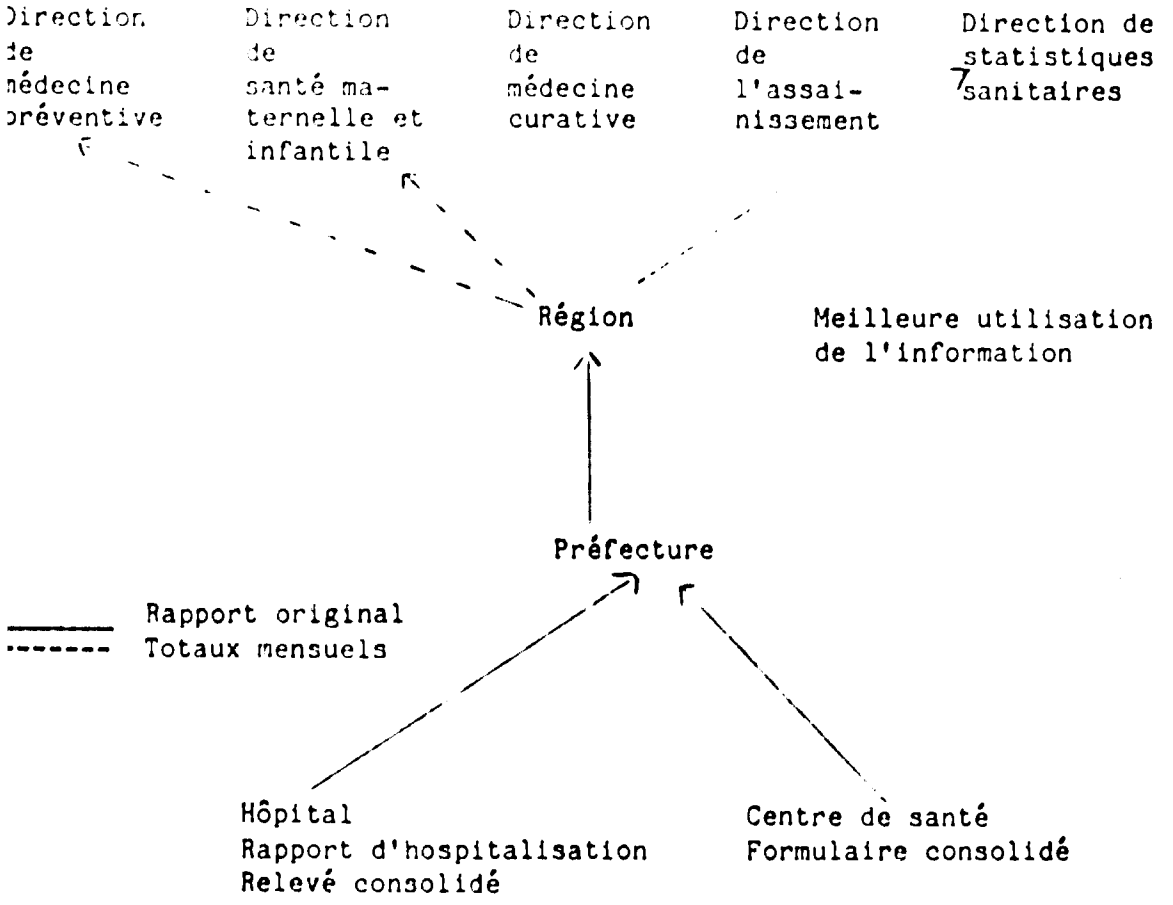
Recommandations

Plutôt que de transcrire les rapports de chaque centre de santé et de les envoyer au niveau central, il est préférable de compiler au niveau régional tous ces rapports en un seul relevé mensuel qui serait alors envoyé au niveau central. A la fin de chaque année, les régions pourraient envoyer les données annuelles pour chaque centre de santé en vue de permettre une analyse désagrégée. Ce système diminuera la quantité envoyée au niveau central et le rendra à la fois plus utile.

Le niveau régional devrait utiliser cette information en choisissant parmi toutes les données rassemblées des indicateurs prioritaires. Ces indicateurs peuvent être utilisés pour faire des comparaisons entre les sous-préfectures ainsi que pour évaluer les réalisations d'une année à l'autre dans une même sous-préfecture. Vous trouverez ci-joint la liste des indicateurs recommandés.

On devrait modifier l'acheminement actuel des rapports. En théorie, le système actuel est décentralisé. En pratique cependant, le niveau régional ne fait que transcrire l'information et envoyer l'original au niveau central; sauf pour les rapports de surveillance épidémiologique. Le médecin-chef régional devait consigner une fois par mois les données totales de la région et maintenir une liste d'indicateurs pour chaque sous-préfecture.

Ce relevé mensuel consolidé pourrait alors être envoyé à un seul bureau du niveau central--le Bureau d'études et de la planification sanitaire. Le niveau régional pourrait préparer, le cas échéant, des rapports mensuels qui seraient envoyés aux directions pertinentes nécessitant des renseignements sur la santé maternelle et infantile, la vaccination et la surveillance épidémiologique. Un seul bureau dépositaire de l'information sanitaire au sein du Ministère de la Santé simplifie la recherche et la restitution des données requises.



d. Direction du Ministère de la Santé

La rétroinformation se limite exclusivement aux rapports annuels qui ne sont distribués qu'au niveau central et régional. Il serait très utile aux directions de médecine préventive, santé maternelle et infantile et médecine curative de collaborer entre elles. A l'heure actuelle, la collecte des données est très indépendante, ce double système fournissant parfois des renseignements contradictoires étant alors difficile de discerner les données fiables.

Recommandations

En vue d'instaurer un système d'informations qui diminue le double emploi et réponde vraiment aux besoins des planificateurs de la santé, il est nécessaire d'établir une coordination entre les différentes directions du Ministère de la Santé. Il conviendrait de former un comité de représentants de chaque direction afin de prendre les décisions qui affectent tout les systèmes d'information sanitaire. Parmi les sujets à discuter: adopter un formulaire d'enregistrement unique et simplifié pour les centres de santé et un autre pour les hôpitaux; s'assurer qu'il y ait suffisamment de fonds pour imprimer les formulaires; élaborer un plan de travail en y fixant des dates limites pour recevoir les rapports et publier la rétroinformation issue de ceux-ci; et partager la responsabilité pour publier un bulletin épidémiologique. Il est nécessaire d'envoyer régulièrement la rétroinformation à chaque unité envoyant des rapports. Celle-ci pourrait être un bulletin, voire trimestriel, démontrant l'utilité des renseignements enregistrés. Le niveau central doit encourager le niveau régional à utiliser les renseignements rassemblés. L'on pourrait commencer par exiger aux régions des renseignements compilés pour chaque discipline. A la fin de l'année, les régions pourraient faire une ventilation plus détaillée pour chaque centre de santé fournissant ainsi tous les ans les précisions nécessaires au niveau central.

II. Indicateurs pour évaluer le programme et la vie de vaccination, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et le programme de lutte contre le paludisme

Les programmes nationaux incluent des indicateurs pour mesurer l'accessibilité, la qualité, la couverture des services, l'éducation pour la santé, la morbidité et la mortalité. Les sources actuelles d'information incluent le système normal de collecte des données qui enregistrent les vaccinations administrées, la morbidité et la mortalité hospitalière. Une autre source sont les enquêtes croisées qui ont été utilisées pour mesurer les niveaux de couverture des services, les connaissances et les pratiques relatives au traitement des maladies cibles. Deux types d'information sont nécessaires pour obtenir certains indicateurs.

1. Evaluer la qualité et l'accessibilité des services.

Ces indicateurs incluent la disponibilité des sachets de réhydratation orale et de chloroquine, l'utilisation correcte des sels dans un centre de santé; la durée de l'interruption du ravitaillement et le traitement correct. Ces indicateurs doivent être mesurés avec fiabilité pendant les visites de supervision ou en conduisant une enquête des centres de santé. Pour rassembler ces données il conviendrait d'élaborer un formulaire de supervision ou un questionnaire homogène.

2. Evaluer la mortalité dans la communauté.

Les indicateurs de mortalité stipulés dans les programmes sont liés spécifiquement aux causes. Cependant, puisque les interventions du programme CCCD doivent avoir comme résultat une diminution globale de la mortalité, il est moins important de se concentrer sur la réduction de la mortalité pour une maladie spécifique. Etant donné les estimations imprécises sur la mortalité émanant des enquêtes, une autre approche pourrait être d'utiliser les maternités dans les zones urbaines où le pourcentage d'accouchements est très élevé. A Bangui 90% des nourrissons naissent dans les maternités. Cette méthode nécessite que le personnel sanitaire de la maternité demande à chaque mère qui accouche si son dernier enfant né vivant est toujours en vie. La proportion des derniers-nés décédés par rapport à tous les derniers-nés signale la mortalité chez les enfants de moins de deux ans et, de plus, indique l'évolution de la mortalité lors de la phase de mise en oeuvre CCCD.

III. Liste des indicateurs qui devraient être surveillés dans chaque sous-préfecture

Santé maternelle et infantile:

Pourcentage des rapports reçus
Pourcentage des grossesses recevant les soins prénataux
Pourcentage des grossesses accouchant dans un établissement sanitaire
Pourcentage d'enfants de moins d'un an inscrit dans une clinique pédiatrique
Moyenne des visites prénatales pour chaque femme enceinte
Moyenne des visites aux cliniques pédiatriques pour chaque enfant

Vaccination:

Pourcentage des rapports reçus
Pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant reçu la BCG
Pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant reçu la DTC
Pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant reçu le vaccin contre la poliomyélite

Pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant reçu le VAR
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une première dose de toxoïde de tétanos
Pourcentage de ceux qui ont reçu la première dose de DTC ayant complété la série
Pourcentage de ceux qui ont reçu la première dose de vaccin contre la poliomyélite ayant complété la série
Pourcentage de ceux qui ont reçu la première dose de toxoïde de tétanos ayant complété la série

Maladies cibles du programme CCCD:

Pourcentage de rapports reçus
Cas de diarrhées hospitalisés chez les enfants de moins de cinq ans par rapport à ceux de la même tranche d'âge traités par des soins ambulatoires
Cas de paludisme hospitalisés chez les enfants de moins de cinq ans par rapport à ceux de la même tranche d'âge traités par des soins ambulatoires
Décès hospitaliers dûs à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans par rapport à tous les cas de diarrhée de la même tranche d'âge hospitalisés
Décès hospitaliers dûs au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans par rapport à tous les cas de paludisme de la même tranche d'âge hospitalisés
Cas de rougeole chez les enfants de moins de cinq ans parmi tous les enfants de moins de cinq ans
Cas de tétanos néonatal par rapport au nombre de naissances vivantes

Dénominateurs:

Enfants de moins d'un an = total de la population x taux de naissance
Enfants de moins de cinq ans = total de la population x 20,7%
Nombre de grossesses estimées = total de la population x taux de naissance

William Taylor, M.D., M.P.H.

cc: Jones, Foster, Agle, Roy, Murphy (CAR), Montgomery (CAR)

ANNEXE VI

PLAN DE FORMATION

1985/1986

PLAN DE FORMATION - PROJET CCCD/RCA - 1985/86
(* - Formation complétée)

CCCD - CADRES MOYENS:

Personnel à former	Lieu de formation	Période et durée	Résultats désirés
6 personnes:* -Chef de service PEV (M. Wayawo) -Chef, EPS/CCCD (Mme. Doutizonga) -Chef, Paludisme/CCCD (dr. Kpizingui) -Chef adjoint, RSI (Dr. Ndoyo) -Chef de service, PEV/RSI (M. Kanda) -Infirmière, SMI/PF (Mme. Dethoua)	Brazzaville, Congo	Juillet 1985 (10 jours)	Cadres moyens de la CCCD connaissant les renseignements de base des trois interventions du du projet: maladies diarrhéiques, PEV, paludisme
3 personnes:* -Chef, CDD/CCCD (Dr. GBadjamo) -Chef de service, PEV (M. Wayawo) -Chef, EPS/CCCD (Mme. Doutizonga)	Bangui	1985-1986 (25 jours)	Personnel capable d'élaborer un programme national (définissant ses buts, objectifs, stratégies, activités, système d'évaluation, budget)
3 personnes:* -Chef de service, PEV (m. Wayawo) -Chef, EPS/CCCD (Mme. Doutizonga) -Chef de service, SMI/RSI (M. MBekobori)	Bangui	1985 (5 jours)	Personnel capable de préparer une enquête, choisir les groupes, préparer la logistique, analyser les données (enquête CAP et enquêtes de couverture vaccinale)

MALADIES DIARRHEIQUES:

35 personnes:* -personnel, CNHUB	Bangui	Juin 1985 (1 jour)	Personnel capable de traiter correctement et d'utiliser les SRO

MALADIES DIARRHEIQUES (Suite)

Personnel à former	Lieu de formation	Période et durée	Résultats désirés
2 médecins:* -Chef, CDD/CCCD (Dr. GBadjamo) -Pédiatre, CHUB (Dr. Bureau)	Dakar, Sénégal	Juillet 1985 (10 jours)	Médecins capables d'administrer correctement la TRO et de reconnaître les éléments-clés d'une unité de RVO appropriée.
12 personnes:*	Bangui	Octobre 1986 (3 jours)	Personnel capable de 1) traiter correctement avec la TRO, et 2) promouvoir les habitudes suivantes: - continuation de l'allaitement maternel pendant/après la diarrhée; - allaitement jusqu'à 18 mois; - sevrage correct; - continuation de l'alimentation pendant et après la diarrhée; - utilisation d'eau potable; - alimentation appropriée; - lavage des mains pour les mères; - lavage des fesses pour les enfants après chaque selles diarrhéiques; - évacuation appropriée des selles diarrhéiques; - vaccination contre la rougeole pour tous les enfants entre 9 et 59 mois.
5 médecins, 14 infirmiers/ techniciens	Bangui, centre de démonstration de la TRO à Boye Rabe	Commençant 12/86 en groupes de 2 ou 3 de chaque région sanitaire	Voir ci-dessus.
32 médecins, techniciens, infirmiers	Régions sanitaires (unités RVO créées par le personnel formé)	Après la formation à Bangui	Voir ci-dessus.
112 professionnels sanitaires à tous les niveaux + privés	Préfectures sanitaires	Après la formation au niveau régional	Voir ci-dessus.
Personnes (infirmiers et auxiliaires) de 72 sous-centres et de 196 postes sanitaires	In situ (sous-centres, postes)	Après la formation au niveau préfectoral)	Voir ci-dessus

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION:

Personnel à former	Lieu de formation	Période et durée	Résultats désirés
23 personnes: -5 médecins chefs-adjoints des RS -5 chefs de service/PEV -chefs de service/SMI -4 personnel DSMI/PF -4 personnel DMPGE	Bangui: cours de PEV pour cadres moyens donné par l'OMS (recyclage)	Début du programme (1/87)	Personnel capable de mettre en oeuvre les directives prévues y compris l'organisation et la supervision des activités accélérées du PEV.
146 personnes: -2 CNHU -2 de chaque hôpital régional -2 de chaque hôpital préfectoral -2 de chaque centre de santé -1 de chaque sous-centre de santé	Préfectures sanitaires	Après le séminaire national (2/87)	Voir ci-dessus.
12 techniciens en réfrigération: -2 x 5 RS -2 DMPGE	Bangui	(3/87)	Personnel sachant installer, entretenir et réparer les réfrigérateurs et congélateurs à kérosène.
2 techniciens en réfrigération	Bangui et intérieur du pays	Décembre 1986	Personnel sachant installer, entretenir et réparer les réfrigérateurs solaires.

PALUDISME:

5 personnes:* -Chef paludisme/CCCD (Dr. Kpizingui) -Chef de service PEV/RSI (M. Kanda) -Technicien en laboratoire DMPGE (M. Madji) -Technicien en laboratoire Castors (M. Donazi) -Tech. en laboratoire Laboratoire national (M. Kobangui)	Kinshasa, Zaire	Sept.-oct. 1985 (40 jours)	Personnel sachant faire une étude in vivo de résistance chimique au P. falciparum.

131

PALUDISME (Suite):

Personnel à former	Lieu de formation	Période et durée	Résultats désirés
15 personnes:* -5 médecins-chefs régionaux -5 médecins-chefs adjoints -5 chefs de service/DOE	Individuel (Bangui ou à l'intérieur du pays)	Sept.-oct. 1986 (1 jour)	Personnel connaissant les stratégies nationales et capable de les diffuser à tous les niveaux.
Personnel de laboratoire et autre personnel responsable de la lutte antipaludique	Bangui et intérieur du pays	Commençant 11/86	Personnel sachant faire des études de sensibilité du P. falciparum à la chloroquine.
Personnel - hôpital régional, hôpital préfectoral, centres et sous-centres	Régions et préfectures	Commençant 11/86	Personnel connaissant les stratégies nationales et sachant les mettre en oeuvre.
Tout le personnel	Tout le pays	Visites d'encadrement	- Contrôle efficace du programme; - Diffusion des renseignements récents sur les stratégies; - Contrôle des diagnostics et des traitements des accès fébriles; - Vérification de la collecte et de l'analyse des données; - Echange d'idées et rétro-information; - Changement de comportement le cas échéant.

DIVERS

26 personnes:* -personnel sanitaire -étudiants de la Fac. de médecine	Bangui et Bambari	Mai 1985 décembre 1985 (1 jour)	Enquêteurs sachant poser correctement des questions et remplir les questionnaires des enquêtes (enquêtes CAP et de couverture (vaccinale).

RECAPITULATION DE LA FORMATION DEJA REALISEE:

s: 107

PALUDISME (Suite):

Personnel à former	Lieu de formation	Période et durée	Résultats désirés
15 personnes:* -5 médecins-chefs régionaux -5 médecins-chefs adjoints -5 chefs de service/DGE	Individuel (Bangui ou à l'intérieur du pays)	Sept.-oct. 1986 (1 jour)	Personnel connaissant les stratégies nationales et capable de les diffuser à tous les niveaux.
Personnel de laboratoire et autre personnel responsable de la lutte antipaludique	Bangui et intérieur du pays	Commençant 11/86	Personnel sachant faire des études de sensibilité du P. falciparum à la chloroquine.
Personnel - hôpital régional, hôpital préfectoral, centres et sous-centres	Régions et préfectures	Commençant 11/86	Personnel connaissant les stratégies nationales et sachant les mettre en oeuvre.
Tout le personnel	Tout le pays	Visites d'encadrement	- Contrôle efficace du programme; - Diffusion des renseignements récents sur les stratégies; - Contrôle des diagnostics et des traitements des accès fébriles; - Vérification de la collecte et de l'analyse des données; - Echange d'idées et rétro-information; - Changement de comportement le cas échéant.

DIVERS

26 personnes:* -personnel sanitaire -étudiants de la Fac. de médecine	Bangui et Bambari	Mai 1985 décembre 1985 (1 jour)	Enquêteurs sachant poser correctement des questions et remplir les questionnaires des enquêtes (enquêtes CAP et de couverture (vaccinale).

RECAPITULATION DE LA FORMATION DEJA REALISEE:

Nombre de personnes formées:	107
Nombre de jours de formation:	101
Nombre de personnes-jours de formation:	482

ANNEXE VII

BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ET DES AFFAIRES SOCIALES

1983-1986

UE CENTRAFRICAINE
DIGNITE - TRAVAIL

LOI DE FINANCES 1986
CHARGES DE FONCTIONNEMENT

	NOMENCLATURE DES DEPENSES	Crédits 1986	Crédits 1985	DIFFERENCE en +	DIFFERENCE en -	% AUGM
	CHAPITRE 24 - (Suite)					
34	24-15-22 - C.N.H.U. BANGUI Fonctionnement	181.700	174.000	7.700		+ 4
44	24-15-23 - Carburant et Lubrifiant C.N.H.U.B.	8.360	8.360			
34	24-15-24 - Laboratoire National	17.340	20.750		3.410	- 16
34	24-15-25 - Hôpital Communautaire	5.000	1.575	3.425		+217
34	24-15-26 - Hôpitaux et Formation de Provinces	24.270	23.113	1.157		+ 5
34	24-15-27 - Hôpital Général de Bouar	4.960	4.725	235		+ 5
34	24-15-28 - Centre de Santé PK 22	240	230	10		+ 4
34	24-15-29 - Mission Médicale Chinoise	2.340	2.230	110		+ 5
34	24-15-30 - Centres Santé Urbains Maternités BANGUI	2.010	1.911	99		+ 5
34	24-15-31 - Direction de la Médecine Préventive	240	230	10		+ 4
34	24-15-32 - Médecine Préventive L.C.G.E. et SCES Santé Urbains	6.580	6.265	315		+ 5
34	24-15-33 - Equipe Nationale d'Epidémologie	580	557	23		+ 4
34	24-15-34 - Direction Santé Maternelle et Infantille	240	230	10		+ 4
34	24-15-35 - Centre de Nutrition BOSSANGOA	660	630	30		+ 5
34	24-15-36 - Santé Maternelle et Infantile	2.100	2.000	100		+ 5
34	24-15-37 - Direction Assainis. Salubrité Environnement	240	230	10		+ 4
34	24-15-38 - Service National Hygiène Education Sanitaire	4.690	4.462	228		+ 5
24	24-15-39 - Main d'Oeuvre Temporaire BANGUI	110.000	99.400	10.600		+ 11
24	24-15-40 - Main d'Oeuvre Temporaire Province	112.000	102.250	9.750		+ 10
34	24-15-41 - Direction des Affaires Sociales	650	620	30		+ 5
31	24-15-42 - Centre de la Mère et de l'Enfant	2.930	2.788	142		+ 5
31	24-15-43 - Secours Assistance et P.H.I.	6.000	7.518		1.518	- 20
31	24-15-44 - Direction de la Promotion Feminine	530	500	30		+ 6
21	24-15-45 - Main d'Oeuvre Temporaire Affaires Sociales	9.840	9.837	3		
41	24-15-46 - Carburants et Lubrifiants Affaires Sociales	2.400	2.400			
34	24-15-47 - Service Psychiatrique BANGUI	1.000	0	1.000		+999
34	24-15-48 - Service National Nutritionnel	600	0	600		+999
34	24-15-49 - Direction Générale de la Santé Publique	250	0	250		+999
34	24-15-50 - Direction Générale des Affaires Sociales	250	0	250		+999
34	24-15-51 - Direction Centre de Formation DAMARA	1.890	0	1.890		+999
	TOTAL ARTICLE 24-15	654.860	616.001	38.859		+ 6
	TOTAL CHAPITRE 24 :	3.112.968	2.562.516	550.452		+ 21

LES MONTANTS SONT EN MILLIERS DE FRANCS

EDITE LE 10.2.86

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
UNITE - DIGNITE - TRAVAIL

LOI DE FINANCES 1986
CHARGES DE FONCTIONNEMENT

	NOMENCLATURE DES DEPENSES	Crédits 1986	Crédits 1985	DIFFERENCE en +	DIFFERENCE en -	% AUGM.
	CHAPITRE 24 - DEPARTEMENT DE LA SANTE ET AFFAIRES SOCIALES					
	24-10 - PERSONNEL PERMANENT	12.215	1.946.515		1.934.300	- 99
14	24-10-10 - Ministre	25.050	0	25.050		+ 999
14	24-10-30 - Cabinet	20.412	0	20.412		+ 999
14	24-10-40 - Secrétariat Général	14.181	0	14.181		+ 999
14	24-10-50 - Direction Générale Santé	8.256	0	8.256		+ 999
14	24-10-51 - Direction Etudes Planification Statistiques	28.078	0	28.078		+ 999
14	24-10-52 - Direction Services Administratifs et Financiers	511.082	0	511.082		+ 999
14	24-10-53 - Direction Médecine Curative	158.819	0	158.819		+ 999
14	24-10-54 - Direction Médecine Préventive Lutte Contre GDES Endémies	27.555	0	27.555		+ 999
14	24-10-55 - Direction Santé Maternelle et Infantille	562.859	0	562.859		+ 999
14	24-10-56 - Direction Assainissement	676.848	0	676.848		+ 999
14	24-10-61 - Région Sanitaire BERBERATI	196.122	0	196.122		+ 999
14	24-10-71 - Direction Affaires Sociales	90.309	0	90.309		+ 999
14	24-10-72 - Direction Développement Communautaire	14.302	0	14.302		+ 999
14	24-10-73 - Direction Promotion Feminine	13.849	0	13.849		+ 999
14	24-10-74 - Direction Adm. Financière	2.317	0	2.317		+ 999
14	24-10-88 - Fonctionnaires détachés	35.463	0	35.463		+ 999
14	24-10-98 - Dotation pour rappels	60.391	0	60.391		+ 999
14	24-10-99 - Fonctionnaires en attente d'affectation					
	TOTAL ARTICLE 24-10	2.458.108	1.946.515	511.593		+ 26
	24-15 - DEPENSES COURANTES ET DIVERSES					
34	24-15-10 - Ministre (Hôtel)	400	381	19		+ 5
34	24-15-11 - Cabinet	200	190	10		+ 5
34	24-15-12 - Inspection Générale des Services de Santé	480	453	27		+ 6
34	24-15-13 - Secrétariat Général	200	190	10		+ 5
34	24-15-14 - Médecine Intégrée (Régions Sanitaires)	1.230	1.170	60		+ 5
34	24-15-15 - Direction Etudes et Planification	290	273	17		+ 6
34	24-15-16 - Direction des Services Appui	670	637	33		+ 5
34	24-15-17 - Service Central de la Pharmacie	840	796	44		+ 6
34	24-15-18 - Médicaments Vaccins Gaz Médicaux	115.500	110.000	5.500		+ 5
34	24-15-19 - Entretien Matériel Santé Publique	1.050	1.000	50		+ 4
34	24-15-20 - Carburant et Lubrifiant	23.870	23.870			
34	24-15-21 - Direction Médecine Curative	240	230	10		+ 4

NOMENCLATURE DES DEPENSES	1984	1983	EN +	EN -	ADDM.
PITRE 24 (SUITE)					
24-15-31 - Direction des étud.et statis.	325	208	117		+ 56
24-15-32 - Laboratoire national de santé	20.750	20.750			
24-15-33 - Hopital communautaire	1.500	96	1.404		+1463
24-15-34 - Centres de santés urb.et mater B/gui	0	0			
24-15-35 - C.S.U. et mater. urb. de Bangui	1.820	1.655	165		+ 10
24-15-36 - Mission médicale M'Baiki	2.124	1.931	193		+ 10
24-15-37 - Equipe nationale d'épidémiologie	530	482	48		+ 10
24-15-38 - Centre nutrition. Bossangoa	600	275	325		+ 118
24-15-40 - Médic.vaccins.serumset gaz médicaux	78.000	78.000			
24-15-42 - Hôpital flottant	800	0	800		+ 999
24-15-50 - Carburant et lubrifiants	29.837	27.125	2.712		+ 10
24-15-51 - Carb.lubrif.centre hosp.Bangui	C 10.450	9.500	950		+ 10
24-15-52 - Dire. des aff.adm. et du budget	759	0	759		+ 999
TOTAL ARTICLE 24-15	530.037	487.362	42.675		+ 9
TOTAL CHAPITRE 24	2.370.6585	2.412.172		41.514	- 2

EDITE LE 14 1 84

LES MONTANTS SONT EN MILLIERS DE FRANCS.

CHARGES DE FONCTIONNEMENT

MOPHSA Budget 1982-1984

NOMENCLATURE DES DEPENSES	CREDITS 1984	CREDITS 1983	DIFFERENCE EN +	DIFFERENCE EN -	% AUGM.
PITRE 24 DEPARTEMENT DE LA SANTE					
10 PERSONNEL PERMANENT					
24-10-10 - Ministre de la santé	9.021	9.021			
24-10-12 - Cabinet	10.000	11.539		1.539	- 13
24-10-13 - Secrétariat général	82.000	75.528	6.472		+ 9
24-10-14 - Dire. de la santé urb. et des hop.	0	72.381		72.381	- 100
24-10-15 - Centr. natio. hospitalier de Bangui	C 493.000	514.010		21.010	- 4
24-10-16 - Hipotal général de Bouar	10.000	10.490		490	- 5
24-10-17 - Direction de la santé rurale	0	765.770		765.770	- 100
24-10-18 - Direction de la médecine curative	C 112.000	0	112.000		+ 999
24-10-19 - Sce de lutte contre les Gdes indem.	P 209.000	241.270		32.270	- 13
24-10-20 - Sce nat. d'hyg. et d'éduc. sanitaire	140.000	115.590	24.610		+ 21
24-10-21 - Dir. des sces pharmaceutiques	11.500	15.735		4.235	- 27
24-10-22 - Inst. nat. d'ensei. médico-social	0	86.018		86.018	- 100
24-10-23 - Garade serpa	8.100	7.658	442		+ 6
24-10-24 - Direction de la médecine préventive	P 756.000	0	756.000		+ 999
24-10- TOTAL ARTICLE 24-10	1.840.621	1.924.810		84.189	- 4
DEPENSES COURANTES ET DIVERSES					
24-15-10 - Ministre (hotel)	454	413	41		+ 10
24-15-12 - Cabinet	227	207	20		+ 10
24-15-13 - Secrétariat général	227	207	20		+ 10
24-15-14 - Dir. de la santé urb à Bangui	0	207		207	- 100
24-15-15 - Cent. nation. hospit. de Bangui	C 165.590	150.537	15.053		+ 10
24-15-16 - Hopital général de Bouar	4.500	3.220	1.280		+ 40
24-15-17 - Dir. santé rurale et Gdes endémies	0	20.011		20.011	- 100
24-15-18 - Sce national de la santé de base	500	207	293		+ 142
24-15-19 - Sce de lutte contre les Gdes endémies	P 5.967	5.425	542		+ 10
24-15-20 - Sce Nat. d'hyg. et d'educ. sanitaire	5.313	4.830	483		+ 10
24-15-21 - Dir. des sces pharmaceutiques	759	690	69		+ 10
24-15-22 - Inst. nat. d'ensei. médico-social	0	207		207	- 100
24-15-23 - Direction de la médecine curative	C 227	0	227		+ 999
24-15-24 - Garage Unicef	0	482		482	- 100
24-15-25 - Centre de santé km22 et Bobangui	227	207	20		+ 10
24-15-26 - Inspec. des services de santé	539	490	49		+ 10
24-15-27 - Direction de la médecine préventive	P 22.012	0	22.012		+ 999
24-15-30 - Main d'oeuvre temporaire santé	176.000	160.000	16.000		+ 10

.../...