

PD-ABA-882  
66117

CDIE (47)

EVALUATION FINALE DE LA PHASE II  
DU  
PROJET DE RENFORCEMENT DES SYSTEMES  
DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE (RSSP)  
EN  
AFRIQUE CENTRALE ET OCCIDENTALE



Evaluation entreprise conjointement  
par  
l'AID (REDSO/WA) et l'OMS/AFRO

Avril 1982

**UNITED STATES OF AMERICA**  
**AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT**  
**REGIONAL ECONOMIC DEVELOPMENT SERVICES OFFICE, WEST AFRICA**

UNITED STATES ADDRESS  
ABIDJAN (REDSO)  
DEPARTMENT OF STATE  
WASHINGTON, D. C. 20520

INTERNATIONAL ADDRESS  
REDSO/WA  
C/O AMERICAN EMBASSY  
01 BP. 1712 ABIDJAN 01  
IVORY COAST

Principal Officer  
American Embassy  
N'Djamena, Chad

May 7, 1982

Dear Sir:

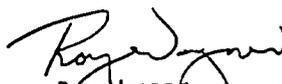
Attached is the French version of the joint, final evaluation of the Strengthening of Health Delivery Systems Project (SHDS) by WHO/AFRO and REDSO/WA. The English version was pouched last week. The SHDS project is scheduled to end in December 1982. The evaluation report will be reviewed by the Project Review Committee (PRC) in Abidjan, June 21-25.

Although WHO/AFRO in Brazzaville is officially responsible for transmitting the report to member governments, we would appreciate your assistance in assuring that the French version of the report is received and reviewed by PRC members as soon as possible. Therefore, please pass one copy of the French version of the report to the appropriate official of the host government.

Dr. Wishik's separate memo to AID on recommendations for AID action was pouched last week under separate cover. REDSO/WA would welcome your cabled comments on the report and any insights you may have regarding the work of the project as soon as possible. Please copy AFR/RA.

We greatly appreciate your assistance to the SHDS evaluation team.

Sincerely,

  
Roy Wagner  
Acting Director

Attachment: a/s

INFORMATIONS SUR LE PROJET

Pays: Etats membres de la Région du RSSP: Bénin, Cameroun, République Centre Africaine, Tchad, Congo, Guinée Equatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Côte d'Ivoire, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Haute Volta.

Titre du Projet: Renforcement des Systèmes des Services de Santé Publique (RSSP) en Afrique Centrale et Occidentale, Phase II

Durée du Projet: Cinq ans, 1978-1982

Exécution du Projet:

1. Phase I : Planification, 1976-1978
2. Phase II : Exécution, 1978-1982
3. Dépenses : \$17,043,000

Date de la Fin du Projet--Dépenses finales: 31 décembre, 1982

Financement du Projet (dépenses effectuées à la date du 31/12/81):

<u>Aide Totale</u>	<u>\$12.8</u>
OMS/AFRO	2.5
Université de Boston	5.6
CDC	3.4
Achat de vaccins contre la rougeole	1.3

Exécution:

1. Accord de Subvention avec l'OMS/AFRO (No. 698-0398);
2. Contrat (AID/afr-C-1414) pour l'exécution du Projet avec l'Université de Boston;
3. PASA (H2/AR-0398-6-78) pour l'assistance technique au Projet avec le CDC.

Evaluations:

1. Evaluation du Projet à moyen-terme effectuée par Dimpex en 1980;
2. Evaluation finale conjointe du Projet en 1982 (l'USAID et l'OMS/AFRO).

Responsables de l'AID pendant la durée du Projet:

1. Directeur de l'AFR/RA: Donald F. Miller;
2. Directeur de REDSO/WA: Gordon W. Evans.

## INTRODUCTION

L'évaluation finale de la Phase II du Projet RSSP a été financée conjointement par l'USAID et l'OMS/AFRO.

Ces deux organisations ont apporté leur soutien au processus d'évaluation en désignant chacune un professionnel de la santé comme membre à plein temps de l'Equipe d'Evaluation.

L'Equipe remercie chaleureusement les Ministères de la Santé, l'OMS, l'AID et tous les autres officiels, qui nous ont aidé à rendre productives nos courtes visites dans leurs pays et qui nous ont fait profiter de leurs avis très pertinents sur le Projet RSSP. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux nombreux professionnels de la santé, aux encadreurs, aux responsables de la santé villageoise et aux comités villageois de la santé qui ont partagé leurs expériences, succès et problèmes en renforçant les services de santé au bénéfice de leurs populations.

Il n'aurait pas été possible de faire le présent rapport sans les efforts fournis par le personnel du Projet RSSP en coopérant avec l'Equipe d'Evaluation. Les professionnels et le personnel du bureau du RSSP/Abidjan ont répondu à de nombreuses demandes pour les informations du programme, et ont généreusement partagé leurs points de vue et leurs expériences avec l'équipe.

La présente évaluation a été effectuée par l'intermédiaire de REDSO/WA (Bureau Régional de l'USAID pour les Services du Développement Economique en Afrique de l'Ouest et Centrale), sous la direction de

Gordon W. Evans. Le rapport a été préparé dans le bureau dirigé par Hadley E. Smith avec comme responsable du Projet RSSP, le Dr. George Jones. L'équipe remercie le personnel de REDSO/WIA pour son assistance soutenue et pour sa prévoyance en désignant l'assistante du Responsable du Projet, Susan Lloyd, pour aider l'équipe. Nous sommes profondément reconnaissants à Mme. Lloyd qui a travaillé pendant de longs mois à rassembler les rapports du projet, organiser les informations, préparer les tableaux pour le rapport d'évaluation, et qui a aidé l'équipe avec maîtrise à faire ses analyses.

Nous remercions spécialement les nombreux secrétaires et traducteurs qui ont contribué à la préparation du présent rapport. Nous avons tout spécialement apprécié les talents de Marilyn Erickson qui a tapé à la machine avec célérité les dossiers volumineux de la version anglaise tout en prenant soin de son nourrisson, et Jocelaine Wong qui nous a gracieusement accordé de nombreuses heures supplémentaires en travaux de secrétariat.

Nous ne saurions terminer sans mentionner que le présent rapport a tiré profit de l'étude minutieuse faite par les collègues qui ont pris part à la réunion du Comité d'Etude de l'Evaluation, tenue en mars 1972. Les membres du Comité de Coordination du Projet, y compris les représentants du Congo, du Libéria, de l'Université de Boston, du CDC, de l'OMS/AFRO et de l'AID, ainsi que le personnel du RSSP, ont collégalement lu et discuté le présent rapport de manière très constructive. L'Equipe, toutefois, prend l'entière responsabilité de ses opinions et de toutes erreurs de fait qui ont pu échapper à la minutieuse attention du Comité d'Etude ou de la rédaction.

RAPPORT D'EVALUATION  
SUR  
LE PROJET DE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE  
PRESTATION DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE (RSSP)  
EN AFRIQUE CENTRALE ET OCCIDENTALE

22 mars, 1982

Equipe d'Evaluation:  
Mary Ellen Duffy  
Aena Konde  
Samuel M. Wishik, M.D.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
A. RESUME POUR LA DIRECTION	1
B. L'EVALUATION	15
1. Introduction	15
2. Collecte de Renseignements	15
3. Le Concept d'Evaluation	17
C. ACTIVITES DE RSSP	19
1. Obligations Contractuelles	19
2. Structure et Relations du RSSP; Personnel	22
3. Séminaires et Cours à Cycle Court	29
4. Prestations de Consultant	41
5. Autres Activités Professionnelles et Techniques	43
6. Les Bourses d'Etude	44
7. Dépenses du Projet RSSP	46
D. OBJECTIFS	63
I. Planification et Gestion	63
II. Formation des Formateurs	74
III. Contrôle des Maladies Transmissibles	90
IV. Recherche Appliquée en Soins de Santé Primaires	116
E. RESULTATS, CONCLUSIONS ET BESOINS PREVISIBLES	122
F. APPENDICES	

#### A. RESUME POUR LA DIRECTION

La présente évaluation a trait aux quatre premières années (1978-81) du projet quinquennal de Renforcement des Systèmes de Prestation des Soins de Santé Publique en Afrique Central et de l'Ouest (RSSP) Phase II. Dans le cadre du parrainage conjoint de l'USAID et de l'OMS/AFRO, l'équipe de trois membres, au cours de la période de septembre 1981 à Mars 1982, a examiné la documentation, interviewé des personnes et visité 11 des 20 pays se trouvant dans la région du projet.

Ce projet est financé dans le cadre d'un accord entre l'OMS/AFRO et l'USAID/ Bureau Afrique et mis en oeuvre grâce à un contrat passé par l'USAID avec Boston University et un Accord de "PASA" conclu avec les Centers for Disease Control (CDC). Boston University a établi à Abidjan un siège du projet constitué de trois responsables professionnels. Une équipe de personnel permanent au sein de l'Université et des consultants à court terme ont soutenu le siège à Abidjan. Le CDC a placé sur le terrain six professionnels qui sont soutenus par le personnel permanent de son siège à Atlanta en Georgie.

Compte tenu des quatre objectifs, le projet RSSP a accompli beaucoup de travail de haute qualité et en a produit beaucoup de grande valeur qui aura une utilité résiduelle dans les années à venir et tout cela avec un noyau de professionnels, relativement petit à Abidjan. Le coût a été élevé et il semble qu'il s'est trouvé des occasions de réduire les dépenses. Dans l'ensemble, la structure intra-agence qui a été créée a très bien fonctionné. Les rapports entre le RSSP et les gouvernements sont bons. Le transfert de certaines responsabilités de l'USAID de Washington à REDSO (Bureau de l'USAID) à Abidjan a amélioré ces rapports. Les

contacts avec les Missions USAID ont été convenablement fréquents, celles-ci fournissent habituellement l'appui nécessaire en rapport avec les séminaires organisés dans le cadre du projet RSSP qui ont eu lieu dans les pays respectifs. La communication avec ces bureaux d'une façon générale n'a toutefois pas été ce qu'il y avait de mieux, reflet du niveau régional du travail de RSSP. Il était indiqué dans la Phase II de favoriser l'accentuation du niveau régional plutôt que national mais pas jusqu'au point que fixait le mandat de l'USAID. Cette restriction a empêché le RSSP de se fonder sur l'intérêt national et de répondre à des demandes relatives à des contacts de suivi.

Le projet RSSP s'est développé à partir du programme OMS d'éradication de la variole et de la lutte contre la rougeole appuyé par l'USAID (1966-72) dans 20 nations d'Afrique de l'Ouest et Centrale. L'Association Américaine de Santé Publique (APHA) à laquelle l'USAID a confié le contrat d'évaluer ce projet, a insisté sur le fait que toute nouvelle aide internationale au développement en matière de santé devrait viser à améliorer les systèmes actuels de prestations de soins de santé dans la région de ces 20 pays, par l'intermédiaire d'un projet régional de santé venant à l'appui des organisations et institutions régionales de santé. En 1973 l'USAID et l'OMS ont parrainé des réunions à l'intention des représentants des 20 gouvernements, organisations sous-régionales et organismes d'aide bilatérale et multilatérale. On avait prévu un grand projet régional de santé, bénéficiant de donateurs multiples, pour faire face aux faiblesses des systèmes de santé et on s'était mis d'accord sur le mécanisme de coordination de ce projet sous la forme de deux comités. L'APHA en 1975 a signé avec l'USAID un contrat de mise en oeuvre de la Phase I du projet RSSP de cinq ans. L'APHA a sous-traité la réalisation technique de la Phase I avec Boston University. L'USAID a adjugé à Boston University en 1978 le contrat relatif

à la Phase II par une procédure non concurrentielle, puisque l'USAID/Washington a estimé que Boston University avait une "capacité prédominante" pour réaliser la Phase II.

Les dépenses afférents aux quatre premières années (1978-81) de la Phase II s'élevaient à 12,8 millions de dollars et l'USAID s'est engagé pour 4 millions de dollars au titre de la cinquième et dernière année de cette Phase II. Les principales attributions des coûts et leur pourcentage affectée aux organisations et institutions impliquées dans le projet RSSP se présentent comme suit:

	TOTAL°	\$12,779.309	100%
AID	A lancé, financé et contrôlé le projet.		Organisme donneur
OMS/AFRO	A servi de secrétariat au projet assumant la responsabilité de la coordination et de l'organisation générale.	\$ 2,448.546	19,2%
Boston University	A exécuté l'ensemble du projet en fournissant l'expertise professionnelle et technique dans l'administration quotidienne du projet.	\$ 5,643.706	44,2%
Centre de lutte contre les maladies (CDC)	A fourni l'expertise épidémiologique et autre expertise technique pour réaliser les principaux éléments de l'un des quatre objectifs du projet (objectif III).	\$ 3,351.825	26,2%
°	Ajouter le prix d'achat du vaccin contre la rougeole et des Ped-o-jets fournis par l'intermédiaire de RSSP à 18 des 20 pays pour une somme de	\$ 1,335.232	10,4%
	GRAND TOTAL	\$12,779.309	

Les quatre principaux objectifs de la Phase II du projet RSSP sont:

- I. Renforcement des capacités régionale et nationale de planification et de gestion en matière de santé publique;
- II. Renforcement des capacités régionale et nationale en matière de formation et de développement des animateurs de santé;
- III. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles, y compris les programmes élargie de vaccination (PEV) et les activités de santé connexes; et
- IV. Renforcement de la Recherche Appliquée sur les services de santé de soins de santé primaires.

OBJECTIF I -- Renforcement des capacités régionales et nationales de planification et de gestion en matière de santé publique.

Il a été organisé au Centre OMS de Dakar et au CRF de Lagos et de Lomé, au cours de la période 1978-81 vingt et un séminaires ou cours de courte durée dont certains ont été financé par les ministères de la santé, ayant pour thème la planification et la gestion de la santé et s'adressant à des fonctionnaires de haut niveau et de niveau moyen ainsi qu'à des superviseurs. Sur les 21, il y avait six séminaires/cours que le RSSP a réellement permis d'organiser en même temps qu'il a fourni les facteurs de production en matière de mise au point du programme d'études, les facilités nécessaires et/ou le financement (y compris des bourses). Quinze séminaires/cours n'ont pas été organisés par le RSSP qui leur a néanmoins apporté son concours direct sous forme de mise au point du programme d'études, des facilités nécessaires et/ou de financement (y compris des bourses).

En tout 287 participants de la REGION RSSP ont assisté aux 21 conférences-ateliers ou cours de courte durée; 78 d'entre eux ont participé aux six conférence-

ateliers ou cours organisés par RSSP et 209 participants au quinze conférence-ateliers ayant bénéficié d'autres contributions du projet RSSP. Les participants ont attribué une très grande valeur à la qualité et à l'utilité de ces réunions. Il a été noté certains changements dans la planification sanitaire nationale, dans la structure administrative et dans les méthodes de gestion. L'OMS/AFRO a commencé en 1979 à mettre au point un plan relatif à un réseau régional de onze instituts nationaux africains pour l'enseignement de la science gestionnaire et pour renforcer l'attention qu'ils accordent au thème de gestion des systèmes sanitaires. Il faudra au secrétariat de ce groupe beaucoup d'appui pour déservir les centres associés et faire de l'activité un vrai réseau jouissant d'une planification coopérative et d'un échange d'information et de ressources entre ces instituts et les unités de planification au sein des ministères de la santé.

Dans les années à venir, il est logique de tenir compte du capital que représente la riche activité des séminaires régionaux sur la gestion et d'accorder plus d'attention à l'assistance technique à apporter aux gouvernements dans la mise en oeuvre des concepts acquis.

OBJECTIF II -- Renforcement des capacités régionales et nationales en matière de formation et de développement des animateurs de santé,

Le renforcement de la capacité de formation a été abordé de trois manières:

1. Le projet RSSP a octroyé neuf bourses d'études supérieures d'une durée de deux ans en science infirmière à Boston University et à celle de Montréal. A leur retour les boursiers enseigneront dans l'un des CESSIs ou au Cuttington University College.
2. Le projet RSSP a apporté son appui à trois conférence-ateliers (organisés à l'intention de 42 infirmiers) d'instituts anglophones non-affiliés. Les

conférence-ateliers ont mis l'accent sur l'intégration des concepts de soins de santé primaires dans l'éducation de base et continue des infirmières.

3. Le RSSP a apporté son appui (y compris des bourses) à des cours de formation courte durée (moins de six mois), au niveau de cinq centres régionaux de formation: les CESSIs de Dakar et de Yaoundé, Cuttington University College au Libéria et les RTCs de Lagos et Lomé.

A. Centre d'Enseignement de Soins Supérieurs des Infirmières

(CESSI) à Dakar et à Yaoundé:

Quatre promotions d'un effectif de 17 à 26 chacune sont parties du CESSI au cours de la période 1978-81 sur laquelle porte l'évaluation. 176 infirmières de la Région RSSP ont été inscrites dans les programmes de deux ans de formation supérieure. Le RSSP n'a pas octroyé des bourses mais a fourni des consultants, du matériel et des fonds en ce qui concerne la pratique des étudiants sur le terrain.

B. Le programme de formation post-élémentaire de Cuttington College, Libéria:

Ce programme de formation post-élémentaire a été organisé à l'intention des infirmiers du Libéria, de Sierra Leone et de la Gambie. Dix étudiants dont six boursiers du RSSP ont commencé le programme de deux années en 1980, et huit étudiants dont quatre boursiers du RSSP l'ont commencé, l'année suivante. Le RSSP a également fourni à Cuttington University College des consultants et du matériel.

Les deux CESSI ont démarré avant le projet RSSP; Cuttington College a commencé en 1976 cette formation supérieure. Bien que ces écoles soient sensiblement améliorées grâce à la contribution du RSSP, elles n'ont pas encore atteint les niveaux

souhaitables. Dans l'effort mondial en vue de renforcer et d'élargir les prestations de soins de santé primaires la profession d'infirmière à travers ses multiples niveaux joue un rôle crucial, celui de constituer l'échelon d'encadrement, la source des superviseurs et souvent les formateurs en ce qui concerne les Agents de santé de village (ASV). Sans supervision efficace, les soins de santé primaires (SSP) auraient peu de signification. La faiblesse générale actuelle des efforts des SSP relève peut-être d'avantage du manque de supervision que de tout autre facteur isolé.

C. Les Centres Régionaux de Formation de l'OMS à Lomé et à Lagos:

Dix neuf séminaires ou cours de courte durée visant à renforcer les capacités de formation et de développement des agents de santé ont obtenu l'appui du RSSP de 1978 à 1981.\* Neuf d'entre eux étaient des conférences-ateliers que le RSSP a permis d'organiser; 167 ressortissants de la Région RSSP y ont participé. Ces conférences-ateliers ont obtenu du RSSP d'autres assistances sous forme d'élaboration du programme d'études, de fournitures indispensables ou de financement (y compris des bourses). Les dix autres ont été des conférences-ateliers ou des cours de courte durée (141 ressortissants de la Région RSSP y ont participé) qui n'ont pas été organisés par le RSSP mais qui ont à coup sûr profité de ce projet par voie d'élaboration du programme d'études, fournitures indispensables et/ou de financement (y compris des bourses).

En ce qui concerne la formation des animateurs de santé que vise l'Objectif II, les conférences-ateliers et cours de courte durée des deux CFR ont touché bien plus les agents de santé que les autres institutions engagées dans le projet RSSP malgré

\* En plus de ces 19 cours mentionnés sous l'Obj. II, but de Formation, inclure 11 cours mentionnés sous l'Objectif I, but de Planification/Management inclure 3 cours mentionnés sous l'Objectif III, but du Control des maladies contagieuses

Total: 33 cours reçoivent l'aide de RSSP, 1978-81, Obj. I, II, III aux CFR.

leur durée plus brèves. Les participants ont loué la qualité des séminaires/cours abrités par les CFR. Cet important ensemencement des pays d'individus bien informés et intéressés aux méthodes de formation que fait valoir les soins de santé primaires grâce aux CFR a entraîné des demandes officielles de suivi pour adapter les cours de manière à développer des systèmes nationaux de formation. Certains pays ont réalisés ces systèmes. Des détails sont donnés à ce propos dans le présent rapport.

La disponibilité d'un suivi à l'échelon national devrait entrer en ligne de compte pour l'appui continu à apporter à cet objectif de formation. A l'avenir l'accentuation peut passer de la formation surtout de niveau régional à l'assistance technique nationale. Les effectifs des centres régionaux sont mieux qu'auparavant à même de mener à bien cette tâche et d'obtenir un nombre appréciable de diplômes africains grâce aux séminaires pour servir d'animateurs de séminaires dans leurs propres pays et dans d'autres. Pendant deux ou trois ans la poursuite de l'assistance étrangère, telle que celle accordée par le RSSP, serait indispensable pour travailler dans ces pays aux côtés des consultants du centre de formation pour aider les gouvernements à renforcer les systèmes nationaux de formation. Les exigences de travail régional par des consultants étrangers seraient largement atténuées par rapport aux besoins régionaux passés, mais seraient remplacées par le volume d'activité dans les différents pays. Le travail national servirait comme un moyen pratique et efficace de contribuer à faire avancer les membres du personnel associés des centres.

En ce qui concerne tant les soins de santé primaires que les PEV, les systèmes nationaux de formation doivent être décentralisés de manière à atteindre un taux de croissance géométrique des nombres des agents de santé périphériques et de superviseurs formés. Il faudra une planification et une organisation sophistiquées des systèmes de formation, pour éviter des années de retard avant que ces services

puissent approcher la couverture nationale d'ici l'an 2000. Le talent constitue une exigence moins criarde que les ressources. Les organismes donateurs sont réticents à appuyer la formation du personnel sur le plan national parce que cela devrait être une activité régulière et permanente de tous les services. Dans l'exemple actuel, le fait d'aider un système national de formation à s'installer et à être fonctionnel serait un catalyseur et non une fonction à long terme.

OBJECTIF III. — Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles, y compris les programmes élargis de vaccination (PEV) et les activités connexes de santé.

Grâce à des arrangements conclus avec les centres de lutte contre les maladies CDC, le projet RSSP a permis d'établir des Zones de Démonstration et de Formation (DTA) dans trois pays: le Camérout, la Côte d'Ivoire et la Gambie, avec dans chacun de ces pays, un technicien des opérations à plein temps fourni par les CDC. En outre, trois épidémiologistes à plein temps ont été placés auprès de l'Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies en Afrique de l'Ouest (OCCGE) et de la Gambie respectivement avec des responsabilités supplémentaires dans d'autres pays proches de la Région RSSP.

Sous la supervision directe des CDC d'Atlanta, les sous-objectifs de l'objectif III ont été parfaitement atteints. La couverture géographique dans les zones de démonstration et de formation a été atteinte au moyen d'un effort intensif. Dans les zones couvertes, des séries complètes de vaccination contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la tuberculose et la polio en faveur des enfants ayant atteint l'âge d'objectif, ont été réalisées jusqu'à concurrence des niveaux ci-dessous. (Voir aussi le Tableau 16)

La Gambie (pour l'ensemble du pays... environ 600,000 habitants)

Rougeole	70%
DPT (diphtérie - Coqueluche - Tétanos)	76%
BCG (Tuberculose)	96%
Poliomyélite	66%

Côte d'Ivoire (dans trois zones définies... environ 3,000,000 d'habitants)

de la plus faible à la plus forte des trois zones

Rougeole	37 - 73%
DPT	28 - 80%
BCG	49 - 87%
Poliomyélite	28 - 80%

Cameroun (dans trois zones définies... environ 1,000,000 d'habitants)

de la plus faible à la plus forte des trois zones

Rougeole	30 - 56%
DPT	27 - 58%
BCG	60 - 83%
Poliomyélite	27 - 56%

La vaccination des femmes enceintes, contre le tétanos a été jusqu'à présent moins parfaite. Des difficultés et des contraintes ont été identifiées et analysées. Certaines solutions ont été essayées et instituées ou prévues.

Tous les trois pays ont entrepris des démarches allant au delà des zones de démonstration et de formation vers une ouverture nationale des PEV. Le vaccin contre la rougeole a été fourni à 18 pays. L'intérêt général pour les PEV dans la région a été largement encouragé par les activités de RSSP. Des PEV ont été démar-

rés dans 14 des 20 pays comme faisant partie de la politique générale de l'OMS.

L'objectif visant à former des homologues des six conseillers CDC n'a été que partiellement réussi. Les affectations d'homologues aux trois techniciens des opérations ont été réalisées et bien utilisées. Les techniciens des opérations ont travaillé de manière assidue avec leur homologues respectifs. En fait le technicien des opérations en Côte d'Ivoire a été transféré et l'homologue national travaille maintenant en toute indépendance. Le placement des homologues auprès des épidémiologistes a toutefois été loin d'être parfait ou continu. Ceci était dû en partie à la difficulté rencontrée pour trouver une solution aux rôles et rapports sur les plans régional et national. Il existe dans la région une importante divergence d'opinion quant à la meilleure voie pour parvenir à l'autonomie épidémiologique. Il y a des défenseurs de l'objectif visant d'abord: des épidémiologistes nationaux; le renforcement de la connaissance épidémiologique chez tous les nouveaux médecins. Ces questions feront sans aucun doute l'objet d'une attention spéciale dans le prochain programme des CDC en matière de lutte contre les maladies transmissibles infantiles en Afrique, et les trois postes d'épidémiologie récemment créés et les programmes zonaux de l'OMS/AFRO.

Il a été tenu neuf séminaires sur différents aspects de la gestion des PEV. Le RSSP a permis d'en organiser six (pour 165 participants venant de la Région RSSP) qui ont obtenu d'autres aides du RSSP sous forme d'élaboration du programme d'études, de facilités nécessaires et/ou de financement (y compris des bourses). Les autres séminaires sur les PEV (avec 87 participants venant de la Région RSSP) sans être organisés par le RSSP a profité du projet sous forme de mise au point de programme d'études, de facilités nécessaires et/ou de financement (y compris des bourses).

En outre, cinq conférence-ateliers ou cours de courte durée (avec 42 participants venant de la Région RSSP) ont été tenus sur d'autres aspects de la lutte contre les

maladies transmissibles; si aucun des trois n'a été organisé par le RSSP, chacun cependant a profité de l'élaboration du programme d'études, de fournitures indispensables et/ou du financement du projet (y compris des bourses).

Les participants ont généralement loué la qualité des séminaires et des cours de courte durée.

A propos du développement de la surveillance des maladies et de la collecte des renseignements démographiques, le fait qu'il n'a connu qu'un succès modéré peut-être attribué aux contraintes sous-jacentes qui prévalent dans la région. La dépendance excessive faite aux rapports de routine sur les maladies a été remplacée par une orientation vers un système de collecte de données recueillies auprès de certains points d'observation spéciaux telles que les hôpitaux d'urgence spécialisés. Il a été réalisé peu de progrès en matière de développement des informations nationales pour la planification de la santé.

L'assistance future de l'USAID aux activités de lutte contre les maladies transmissibles en Afrique se réalisera dans le cadre du Nouveau Projet de Lutte contre les Maladies Infantiles Transmissibles. Il est logique que dans le choix des premiers pays pour le développement du projet CCCD, il faille prendre en considération l'état actuellement qu'ont atteint les pays avec les appuis antérieurs. En ce qui concerne les trois pays de zone de démonstration et de formation du RSSP, le PEV est parvenu à la couverture géographique nationale en Gambie et a obtenu en Côte d'Ivoire et au Cameroun des taux de vaccination respectables. Au Cameroun tout au moins, la suppression de la collaboration professionnelle à plein temps et très étroite que fournissait les CDC/RSSP avant que l'OMS apporte un appui suffisant et résolve les problèmes majeurs menacerait sérieusement la stabilité des prestations en cours dans des zones de démonstrations et de formation et les chances d'une

extension heureuse des PEV vers d'autres parties du pays.

OBJECTIF IV -- Renforcement de la recherche appliquée sur les services de soins de santé primaires.

Le RSSP a permis d'organiser, de concevoir, de conduire et de financer deux conférence-ateliers sur l'organisation pratique des soins de santé primaires et de trois conférence-ateliers sur la recherche. Cinquante-cinq personnes venant de la Région RSSP ont suivi ces cinq séminaires; la réaction sur le plan général a été favorable. Ces séminaires ont suscité de l'intérêt mais on ne pouvait pas s'attendre à les voir conférer la compétence technique en un bref exposé. Les participants voulaient une formation qui utiliserait comme élément de base le cadre de leurs services respectifs. Plusieurs pays ont demandé des séminaires nationaux de formation. Le RSSP a également permis d'introduire dans les centres de formation un certain contenu de la recherche.

Le suivi national est à présent opportun. On devrait aider les investigateurs à sélectionner des questions simples mais pressantes pour des types d'investigation pratiques de courte durée, de préférence moins de six mois. Des ressources pourraient être affectées tout juste pour une petite étude dans chaque pays participant et pour rassembler par la suite les enquêteurs au cours d'un séminaire en vue d'un échange d'expériences approfondi. Ces appuis en faveur de la recherche appliquée constitueraient une première phase, avec des modèles subséquents d'appui déterminés par le développement.

Dans le cadre de l'objectif IV, un projet de recherche a reçu de l'assistance en matière de consultation et a été financé: Une étude d'efficacité des PEV en fonction des coûts en Côte d'Ivoire. Cette question est importante; l'enquêteur

principal, réfléchi, dévoué et expérimenté en matière de recherche, et la conception de l'étude est appropriée. L'équipe d'évaluation estime cependant que le problème comporte trop de facettes, que les méthodes de recherche requises sont trop complexes et la question trop difficile pour obtenir une réponse en ce qui concerne une première étude dans le cadre de l'Objectif IV du RSSP. Il conviendrait pourtant de continuer le financement et la consultation pour mener l'étude jusqu'à la conclusion prévue ou à une issue raisonnable.

## B. L'EVALUATION

### 1. Introduction

L'évaluation porte sur les activités passées, actuelles et futures. Dans le cadre du projet du RSSP, l'évaluation consiste à étudier les activités du RSSP, sa structure, ses relations et ses coûts et à identifier son effet en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale sur les services actuels de santé publique et sur certaines maladies-cibles. Comprendre le présent aide à faire un choix parmi les formules possibles et les méthodes de prestation de soins de santé publique au niveau des futurs efforts internationaux et nationaux. Un examen rétrospectif de l'expérience acquise peut aider les bailleurs de fonds et les institutions de politique sanitaire à arrêter les plans futurs.

L'évaluation est une entreprise commune de l'USAID et de l'OMS/AFRO. L'équipe d'évaluation est composée de spécialistes de trois branches de la santé publique à savoir un spécialiste de la nutrition (AID/REDSO), une infirmière (OMS/AFRO) et un médecin de santé publique (chef d'équipe et consultant). La période examinée est les quatre premières années (1978-81) des cinq années du Projet.

### 2. Collecte de renseignements

Le travail d'évaluation a été réalisé au cours de la période de septembre 1981 à mars 1982. Des documents, données et interviews ont été obtenus de responsables des institutions et services des bailleurs de fonds, des agences et secteurs contractants chargés de l'exécution en l'occurrence:

USAID - Washington et Abidjan (REDSO)

OMS/AFRO - Brazzaville

Boston University - Boston et Abidjan

Centres de lutte contre les maladies - Atlanta

L'équipe a visité onze des vingt pays (Append. 1 et 2) qui entrent dans le cadre géographique du projet°. Dans chacun de ces pays, l'équipe a rendu des visites sur le terrain à des dispositifs aménagés pour la prestation de soins de santé, a fait des observations sur les activités communautaires en matière de santé et a tâché de s'entretenir avec:

- Les responsables de la santé de la mission de l'USAID et des représentants de l'Ambassade des Etats-Unis
- Les coordinateurs des programmes de l'OMS (WPC/NWC)
- Les fonctionnaires et des membres du personnel compétents des services officiels
- Les personnes travaillant dans les institutions internationales apparentées telles que CARE et UNICEF
- Les enseignements des centres et institutions d'enseignement
- Les personnes ayant participé aux activités du Projet RSSP, et
- Le personnel des services sanitaires.

---

° Cameroun, La Gambie, Côte d'Ivoire, Libéria, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Léone, Togo et Haute Volta.

L'append.3 donne une liste détaillée des personnes contactées et des endroits visités, ainsi que les dates.

Le plan d'évaluation (Append.4) a été examiné avec le Comité de coordination du Projet (Novembre 1981) et l'avant-dernier projet de rapport d'évaluation a été étudié avec un Comité spéciale d'évaluation représentant les institutions et gouvernements participants. (Mars 1982)

### 3. Le Concept d'Evaluation

Le but du projet RSSP consiste essentiellement à oeuvrer pour renforcer la capacité interne de la région plutôt qu'à fournir tout simplement des ressources extérieures. En premier lieu, le projet mettrait fortement l'accent sur le soutien aux activités de formation à l'échelon régional comme celles que mènent un certain nombre de centres de formation du personnel. L'objectif de l'aspect régional consistait à produire un effet aussi large que possible sur la capacité interne au niveau national, ce qui permettrait ensuite d'atteindre les juridictions politiques de niveau inférieur et enfin les collectivités locales.

La présente évaluation porte sur les activités du projet à l'échelon régional. On a procédé à une évaluation directe du travail effectué relatif à l'importance, l'adéquation, la qualité et l'efficacité et on a recherché des cas de développement indirect dans le pays. Cependant, cela n'implique pas que les changements identifiés dans les pays sont nécessairement imputables aux activités de RSSP. Pour utiliser une métaphore, on peut, à propos d'un cours d'eau ruisselant en flanc de coteau, affirmer avec certitude qu'une partie de ce cours d'eau ira rejoindre le fleuve qui coule dans la vallée et cette affirmation peut se vérifier si l'on suit ce cours d'eau jusqu'au confluent. Néanmoins, on peut rarement dans le service publique pro-

céder à un tel suivi. Les relations entre l'activité régionale et les changements au niveau des pays doivent être cherchés à travers plusieurs types d'association: association en nature, en lieu, en personnes, en calendrier et en ampleur. Le présent rapport vise à fournir des données assez détaillées sur les facteurs de production du projet et les renseignements connexes ou sur l'essor que cela favorise dans le pays, de manière à mettre en relief les associations logiques. Le spectateur debout au bord d'un fleuve ne sait pas quelle est la partie de l'eau qui vient du cours d'eau situé en flanc de coteau. Mais parfois, près du confluent, on peut constater un élargissement ou une accélération du courant ou un changement possible de direction du canal.

Le projet de RSSP n'est pas une démarche exclusivement régionale. Trois des quatre principaux objectifs ont eu un petit retentissement au niveau national tandis que le quatrième objectif, relatif à la surveillance épidémiologique, aux programmes élargis de vaccination (PEV) et aux aspects connexes, concerne directement une sphère plus étendue dans les pays. Dans ces cas, les relations directes sont en quelque sorte plus facile à démontrer et elles sont identifiées dans la présente évaluation.

C. ACTIVITES DE RSSP

1. Obligations contractuelles

Le projet est financé dans le cadre d'un accord entre l'OMS/AFRO et l'USAID/Bureau d'Afrique et il est mis en oeuvre par contrat de l'AID avec l'Université de Boston et aux termes d'un accord PASA avec les centres de lutte contre les maladies - (Appendice 5-7).

Les principales fonctions des organisations et institutions associées au projet RSSP sont les suivantes:

USAID	A entrepris, financé et suivi le projet
OMS/AFRO	A joué le rôle de secrétariat du projet chargé d'assurer la coordination et l'organisation générale.
BU	A mis en oeuvre le projet d'ensemble en fournissant cadres et techniciens pour la gestion quotidienne.
Centres de lutte contre les maladies	Ont fourni les épidémiologues et les cadres techniques pour réaliser plusieurs principales composantes de l'objectif III.

Dès le début et continuellement par la suite, des échanges de vues entre les parties et avec les comités de coordination ont permis d'échaffauder et de modifier les principaux objectifs et sous-objectifs du projet. Les quatre organismes et institutions ainsi que des représentants des 20 pays ont été engagés dans l'étude et la planification du projet tout au long de la Phase II. Quatre

grandes lignes directrices sont à la base des objectifs du projet :

- I. Renforcement des capacités régionales et nationales pour la planification et la gestion de la santé publique;
- II. Renforcement des capacités régionales et nationales pour la formation et le perfectionnement d'agents sanitaires;
- III. Renforcement des activités de lutte et d'intégration contre les maladies transmissibles et des activités sanitaires connexes;
- IV. Renforcement de la recherche appliquée aux soins de santé primaires.

L'équipe d'évaluation souscrit pleinement à la concentration sur ces quatre objectifs pour plusieurs raisons.

Objectif I. La bonne gestion, outre qu'elle est naturellement souhaitable, détermine tout particulièrement l'efficacité maximale des ressources limitées disponibles pour les services sanitaires dans la région. De plus, étant donné que dans les années à venir on risque d'évoluer vers l'expansion et l'intensification sur le plan de la démographie et de la couverture géographique, une planification et une administration systématiques seront particulièrement nécessaires. Avec le développement des services sanitaires, le succès à tous les niveaux, et en particulier au niveau de la décentralisation qui s'averera nécessaire, dépendra d'une bonne gestion.

Objectif II. Pour pouvoir répondre aux besoins en personnel des services de santé publique en expansion, il importe d'assurer la formation en ayant recours à des centres régionaux de formation, des instituts d'études supérieures, des centres nationaux de formation, des systèmes décentralisés de formation, des méthodes organisées d'orientation professionnelle, un programme cohérent de formation sur le

tas, des séminaires de recyclage et une surveillance efficace en cours d'emploi. Le projet RSSP vise à renforcer l'autonomie de la région dans ces domaines. L'élan manifeste de l'OMS d'apporter les soins de santé primaires aux collectivités locales surtout en milieu rural, confronte les pays de manière plus évidente aux réalités de la pénurie de main-d'oeuvre sanitaire et l'on se rend compte que des mesures correctives doivent être prises de façon plus urgente.

Objectif III. Il est généralement admis que le moyen le plus probable de vite réduire les taux actuels de morbidité et de mortalité dans les pays en développement, consiste à lutter contre les maladies transmissibles, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes. Les programmes élargies de vaccination (PEV) constituent une part importante de la lutte contre les maladies transmissibles, comme on le souligne à l'heure actuelle dans diverses régions du monde. Bien que les programmes de lutte contre ces maladies aient déjà un long passé tant sur le plan national qu'à l'échelon international, on ne sait pas encore quelles sont les méthodes d'organisation les mieux adaptées aux différentes situations afférentes à l'habitat dispersé, à la communication, au déplacement et aux aspects économiques. C'est à juste titre que le projet RSSP a abordé l'objectif III par la méthode de "zones de démonstration" qui donne en même temps l'occasion d'assurer la formation et la recherche. Un sous-objectif important et le but original de l'objectif III concernait le développement de la surveillance épidémiologique à l'échelon régional et national et les systèmes de collecte des données.

Objectif IV. Après une période bien avancée de la Phase II, il a été décidé de redéfinir l'approche de cet objectif pour y inclure le soutien à la recherche appliquée aux services de prestation de soins de santé primaires. C'était là une mesure souhaitable étant donné qu'on n'a pas trouvé de solution à bon nombre de

questions relatives à la prestation des soins de santé surtout dans les domaines de la santé publique et des PEV. Des études sélectives pourraient aider à faire de la rencontre entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne une expérience plus harmonieuse qu'antithétique.

## 2. Structure et Relations du RSSP; Personnel!

Le Projet RSSP/Abidjan maintient des relations avec plusieurs agences dans différents secteurs -- sur le plan organisation avec l'OMS/AFRO, l'USAID, Boston University, sur le plan collégial avec CDC et les centres régionaux, et sur le plan coopération avec les gouvernements et les ressortissants des pays.

L'interaction bureaucratique, bien que nécessaire et généralement constructive, crée parfois des difficultés, des contradictions, gêne la communication et occasionne des retards. En trouvant le juste milieu, le groupe de RSSP est parvenu à des résultats surprenants.

Il a entretenu des relations étroites et collégiales avec l'AFRO et les représentants de l'OMS qui d'une manière générale se sont rendus utiles. Le bureau africain de l'USAID a porté un intérêt soutenu et accordé son soutien au projet durant la réalisation de ses deux phases (voir Append.8 pour le fond du projet RSSP). Certaines divergences sont apparues au cours de l'année dans les caractéristiques de la mise en oeuvre du projet. Quelquefois, le groupe d'Abidjan a cédé le pas à l'instance supérieure. Le récent transfert de la plupart des responsabilités directes en matière de suivi et d'administration au Bureau de l'USAID à Abidjan, en l'occurrence le REDSO/WA, a provoqué une accélération dans l'ensemble et a permis d'améliorer la communication et de rendre l'échange constructif. Parmi les diverses questions abordées avec l'USAID/Washington, figure cette vieille question qui consiste à privilégier les interventions au niveau régional par opposition au niveau national. Cette question a pris de l'ampleur et elle sera examinée

plus loin dans le présent rapport. Une lacune analogue a certainement caché l'image du RSSP dans les pays et amené les gouvernements à accepter avec moins d'empressement les bourses et divers autres avantages.

Les relations avec les centres de lutte contre les maladies ont connu des sorts variables. Elles ont parfois présenté des difficultés mais pour des raisons compréhensibles. Bien que les centres de lutte contre les maladies donnent une direction technique pour la partie PEV de l'objectif III, cette activité fait partie intégrante du projet RSSP. La supervision depuis Atlanta des épidémiologues et des responsables des opérations affectés dans quatre pays différents fait que ces agents sont coiffés par beaucoup de "patrons" et les décisions doivent venir de loin. Néanmoins, les relations de travail entre le personnel de terrain et le RSSP/Abidjan ont été excellentes dans l'ensemble malgré de légères variations suivant les personnes. De même, la rigueur du contrôle exercé sur le personnel du centre de lutte contre les maladies (CDC) par le centre d'Atlanta a varié avec les individus.

D'une manière générale, les relations entre le RSSP et les centres de formation d'une part et le RSSP et les fonctionnaires des services officiels ont été empreintes de cordialité et de respect mutuel. Le groupe RSSP/Abidjan entretient des relations personnelles avec un grand nombre de personnes dans les vingt pays. L'utilisation libre du télex et, le cas échéant, du téléphone, a favorisé grandement la bonne marche des choses, compte tenu des sérieuses difficultés de communication que la région connaît.

Deux comités ont été constitués en vue de favoriser la coordination entre les institutions et les pays. Le Comité d'examen des projets qui se réunit tous les deux ans (1979-81, une fois; 2ème prévu pour 1982) comprend, outre les membres des institutions, un représentant pour chacun des vingt pays. Le Comité de coordination

des projets qui se réunit chaque année (1979-81, 4 fois) n'est, lui, composé que de quatre représentants nationaux -- deux pour le groupe francophone et deux pour le groupe anglophone -- la représentation au sein de ce comité faisant l'objet d'une rotation parmi les membres de chaque groupe.

Les comités ont examiné les plans d'exécution et les budgets et ont reçu les rapports d'activité. Les décisions unanimement prises aux réunions ont été communiquées à toutes les parties et elles ont servi de lignes directrices à suivre dans les limites contactuelles et dans les limites des politiques des institutions. Il est difficile de juger de l'utilité et de la valeur du mécanisme de ce comité. Assurément les liens personnels ont été resserrés, la communication a été améliorée et une coopération intégrale a été instaurée. Les services du RSSP/Abidjan estiment que le mécanisme de comité constituera l'un des moyens les plus puissants pour faire sentir le projet comme une création de la région plutôt qu'une superposition venant de l'extérieur. Les participants représentant les divers pays en disent beaucoup de bien. Parfois, des faiblesses sont signalées telles que le défaut de fréquence dans des réunions. A la lecture des documents, on constate que les modifications d'un plan d'exécution recommandées lors des réunions de comités étaient ni radicales ni trop nombreuses. Sans aucun doute, dans l'activité dynamique du projet, certaines décisions importantes doivent être prises entre deux réunions. Après plusieurs réunions, on a pu faire les constatations suivantes: l'ordre du jour des réunions était trop chargé, le temps ne suffisait pas pour un examen approfondi des questions et la conduite trop formelle des débats due à la nécessité d'interprétation simultanée constituait une contrainte. La diffusion des renseignements après les réunions varie suivant les individus.

Plusieurs copies de compte-rendus de réunions devraient être fournies à chaque pays pour permettre une plus grande circulation. L'OMS/AFRO devrait faire des efforts pour s'assurer qu'ils sont distribués aux personnes appropriées. Le

coût de la tenue de ces réunions est une autre affaire à suivre plus tard dans le rapport.

On se demande combien d'autres réunions internationales sur la santé sont tenues et auxquelles participent des représentants des mêmes pays, fussent-ils les mêmes personnes. Le projet RSSP n'est qu'une petite partie de l'investissement dans le secteur de la santé publique dans la région. Quels types de diffusion fréquente de l'information pourrait-on concevoir, outre les bulletins récemment instaurés, si un programme devait se poursuivre après 1982. L'équipe d'évaluation se félicite de l'effort sincère déployé pour stimuler la participation comme on le constate au niveau de la structure des comités et de l'assiduité aux réunions. L'équipe suggère que l'on réfléchisse à la conception de mécanismes ou de modifications moins pénibles et plus efficaces.

Des interviews auprès des responsables du Ministère de la Santé, des représentants de l'USAID, de l'OMS et d'autres parties intéressées dans les pays visités révèlent un manque de diffusion des informations effective dans les pays et les activités de projet. Les ressortissants des pays, le Personnel International et même les consultants RSSP n'étaient guère familiers avec les aspects du projet pour lesquels ils n'étaient pas directement concernés. Par exemple, les pays où on fait des démonstrations et où l'on dispense une formation des méthodes PEV, où les institutions de l'OMS voient généralement dans le projet RSSP surtout un support pour ces programmes spécifiques. L'équipe d'évaluation a rencontré plusieurs officiels de l'USAID et de l'OMS qui ont dit franchement n'avoir pas suffisamment connaissance des activités, des réalisations et des opportunités du RSSP pour être en mesure de faire des commentaires autres que superficiels sur le projet.

Etant donné que les 11 pays visités par l'équipe d'évaluation ont été choisis

parce qu'ils avaient plus ou moins participé au RSSP, soit par le biais des centres régionaux ou de DTAs, il est probable que les personnes des 9 autres pays soient encore moins familiers avec le projet.

Le RSSP a fait son possible et a souvent réussi à se faire greffer sur les concepts des quatre objectifs des cours et des séminaires ayant pour thème l'un ou l'autre des objectifs, par exemple, les modules PEV en relation avec les cours de gestion de niveau moyen aux RTC de Lagos et de Lomé; la gestion et la supervision en relation avec la Formation des Formateurs d'Animateurs de Santé Rurale. Il est malheureux que la même communication intégrée n'ait pas eu lieu au niveau des pays où des officiels des ministères avaient bien souvent connaissance d'une seule zone d'activité.

Au Libéria, un comité RSSP s'est formé très tôt lors de l'exécution du projet afin de partager les informations et les initiatives du programme et de décider comment profiter au mieux des possibilités de formation. Pour chacun des quatre objectifs RSSP, des sous-comités furent chargés de coopérer avec le Projet et de nommer des participants aux cours et aux séminaires. Les membres des comités et des sous-comités étaient plus au courant des activités de RSSP que les personnes occupant des postes similaires dans la plupart des autres pays.

En plus des réunions du PCC et du PRC et des visites du personnel RSSP, trois moyens de diffusion de l'information furent mis en oeuvre au niveau régional. Le RSSP commença à publier un bulletin sur ses activités et son personnel en 1981. Il prépara aussi une brochure attrayante d'information en français et en anglais. Enfin, REDSO/WA envoya plusieurs communiqués aux bureaux de l'USAID et aux Ambassades donnant la liste des réalisations significatives du RSSP, les noms des participants récents par pays et donnant les possibilités futures de formation. Les résultats indiquèrent que ces efforts augmentaient effectivement la prise de conscience chez

les personnes et étaient très appréciés.

Le Directeur Général d'un pays, qui avait participé à une réunion du PRC et avait pris part à quelques activités RSSP, a trouvé que le RSSP avait de bonnes relations avec l'OMS/AFRO mais des relations plus restreintes avec les pays. A son avis, les réunions annuelles ne sont pas suffisantes pour que les pays se sentent concernés par le Projet. Il suggère que l'OMS et/ou le RSSP fournissent aux pays, tous les trimestres, des informations sur ce qui a été dans les trois derniers mois, ce qui est prévu dans le futur immédiat, et quelles autres propositions sont envisagées.

Les limites imposés par l'USAID sur le développement, par le RSSP, des activités à l'intérieur des pays, n'auraient pas dû empêcher le personnel RSSP de rendre visite aux pays afin de se renseigner sur les degrés de collaboration et d'implication possibles de ces pays; ou mieux encore, de profiter d'une de ces visites, quelle qu'en soit la raison, pour se faire des contacts supplémentaires. Il faut reconnaître que les pressions exercées par le temps et le coût des voyages doivent être prises en considération. L'USAID et l'OMS/AFRO ont eu l'occasion de contribuer à la diffusion des informations et se sont partagés les responsabilités en cas de défaillance. Ils devraient prendre des dispositions pour renforcer, par un courrier d'information ou d'une autre manière, leurs efforts en relation avec une future coopération régionale de santé.

Le personnel permanent du RSSP durant la plus grande partie de l'exécution de la Phase II était constitué comme suit:

- A Boston - Coordinateur chargé de la planification et la coordination
- Coordinateur chargé de l'éducation (un an et demi seulement)
- Coordinateur administratif de l'Université

Coordinateur en soins infirmiers de l'Université

Quatre agents de soutien (2 à plein temps et 2 à temps partiel)

A Abidjan - Directeur

Sous-Directeur - Objectifs I et II

Sous-Directeur - Objectifs III et IV

Neuf agents de soutien

### 3. Séminaires et cours à cycle court

Comme il sera décrit dans les derniers chapitres de ce rapport, RSSP a surtout travaillé avec huit centres de formation et institutions déjà établis situés dans six villes de six pays différents. (Append.9) RSSP a aussi contribué à organiser et soutenir des réunions indépendantes dans les six pays. Ainsi au moins un séminaire ou cours à cycle court a eu lieu dans 12 des 20 pays compris dans le Projet RSSP. Le matériel pédagogique et les autres considérations figurent dans le chapitre de ce rapport intitulé Objectifs.

De 1978-81, 64 des ateliers et des cours à cycle court (hormis les programmes d'infirmiers sur 2 ans) qui ont eu lieu ont été à un degré ou un autre financés par le projet RSSP. La distribution numérique des interventions de formation par pays est la suivante :

Nigéria	14 (12 cours offerts à CFR)
Togo	21 (21 cours offerts à CFR)
Sénégal	9
Caméroun	7
Gambie	2
Côte d'Ivoire	3
Libéria	2
Sierra Leone	2
R.C.A.	1
Congo	1
Mali	1
Haute Volta	1

Les 64 séminaires et cours ayant eu lieu pendant la phase II du RSSP ont été ainsi répartis sur une période de 4 ans :

1978	5
1979	16
1980	22
1981	21

38 séminaires et cours ont été organisés en français, 23 en anglais et trois en français et anglais (simultané). Les séminaires et cours se classent dans l'une des deux catégories :

- I. 31 Commencés par RSSP ou aidés par RSSP et recevant d'autres apports dans le programme de développement, fourniture de stage ou d'animateur.
- II. 33 Non-instaurés par RSSP mais recevant d'autres apports dans le programme de développement, fourniture de stage ou d'animateurs de cours et/ou de financement.

I. La Participation RSSP dans l'Initiation des Cours et des Séminaires

Voici une liste de 12 différents types de séminaires et de cours que RSSP a lancés. La durée de la période de formation variait d'un séminaire d'une journée à des cours de 13 semaines, en tout 110, 4 semaines de stage. La participation totale des pays RSSP participants pour les 31 activités de formation s'est montée à 557 et il y avait 1897 personnes/semaines de formation.

	<u>Séminaires/Cours</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Lieu/Année</u>
Obj. I	Gestion des Services de Santé pour les Cadres Moyens	3	Sénégal (Centre OMS) '79, '80, '81
	Gestion Sanitaire Intersectorielle Services pour Cadres Supérieurs	3	Sénégal '80; Nigéria '81; Togo (CFR) '81

	<u>Séminaire/Cours</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Lieu/Année</u>
Obj.II	Orientation pour la Formation d'animateurs de Santé Rurale pour les Décideurs de Formateurs	1	Togo (CFR) '79
	Formation des Formateurs des Animateurs de Santé Rurale	5	Togo (CFR) '79, '80, '81 Nigéria (CFR) '80, '81
	Soins Infirmiers et Santé Primaires	5	Gambie '80; Togo CFR '80, Sénégal (CESSI) '80; Sierra Leone '81; Cameroun (CESSI) '81
	Elaboration Systématique de Cours pour le Personnel CFR	1	Nigéria (CFR) '79
	Post Basic Nursing Curriculum	1	Libéria '79
Obj.III	Planification Nationale de PEV	2	Nigéria '79; Côte d'Ivoire '79
	Gestion de PEV à un niveau Moyen	4	Gambie '80; Cameroun '80, '81 Côte d'Ivoire '81
	Formation des Formateurs pour PEV	1	Nigéria (CFR) '80
Obj.IV	Formation/Recherche en SSP	2	Cameroun (CUSS) '78; '79
	Recherche Appliquée en SSP pour les Professionnels de Haut Niveau	3	Haute Volta '80; Mali '81; RCA '81

1978

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

Cours à court-terme et Ateliers Non Initiés mais soutenus par le RSSP	Par mois - Par objectif				Sujet				Apports du Projet RSSP				No. de pays		No. de participants		
	Planification/ Gestion	Formation	Surveillance des maladies	Recherche	Emphase	Participants	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Animateur	Financement	Région RSSP	Autre	Région RSSP	Autre
Ateliers de courte durée que RSSP a aidé à initier				3	Organisation pratique de soins de santé primaire (SSP)	Corps médical de niveau supérieur interpays	X	X	CIUSS et OMS Yaoundé	X	X	X	X	10	3	14	3
	1				Orientation à la santé publique	Corps médical de niveau supérieur	X		CRF Lomé	0	X	0	X	8	5	11	7
	3				Education sanitaire	Corps médical de niveau intermédiaire	X		CRF Lomé	0	X	0	X	10	3	15	5
	4				Santé publique	Infirmières et sage-femmes	X		CRF Lomé	0	X	0	X	9	5	19	8
	10				Recyclage	Inspecteurs sanitaires	X		CRF Lomé	0	X	0	X	9	2	15	5

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1979

Ateliers de courte durée que RSSP a aidé à initier	Par mois - Par objectif				Sujet			Apports du Projet RSSP				No. de pays		No. de participants			
	Planification/ Gestion	Formation	Surveillance des maladies	Recherche	Emphase	Participants	Français	Anglais		Direction/ Formation	Programme	Animateur	Financement	Région RSSP	Autre	Région RSSP	Autre
12					Gestion des services sanitaires	Niveau intermédiaire	X		Min. de la Santé, Dakar et OMS	X	X	X	X	8	0	10	0
	6				Agents de Santé Villa- geoise (ASV)	Formateur/Politique	X	X	CRF Lomé	X	X	X	X	16	1	21	2
	7				Formation des Formateurs des ASV	Formateurs	X		CRF Lomé	X	X	X	X	11	1	25	1
	8				Post-basic Nursing Curriculum Workshop	Post-basic teaching personnel/sub-regional		X	OMS/Min. de la Santé Monrovia	X	X	X	X	3	0	11	0
	10				Systematic course design	Personnel du CRF Lagos et faculté de Min. de la Santé		X	CRF Lagos et Min. de la Santé	X	X	X	X	1	0	18	0
		1			Planification et Gestion du PEV	Planificateurs PEV nationaux - interpays		X	OMS et Min. de la Santé Lagos	X	X	X	X	5	8	12	9
		4			Planification et Gestion du PEV	Planificateurs PEV nationaux - interpays	X		OMS et Min. de la Santé Abidjan	X	X	X	X	14	0	29	0
			6		Formation et Recherche de soin de santé primaire	Corps médical de niveau supérieur interpays	X	X	CUSS et OMS Yaounde	X	X	X	X	6	1	9	2

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1979

Cours à court-terme et Ateliers  
Non initiés mais soutenus par le RSSP

Par mois - Par objectif				Sujet				Aports du Projet RSSP				No. de pays		No. de participants		
Planification/ Gestion	Formation	Surveillance de maladies	Recherche	Emphase	Participants	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Amateur	Financement	Région RSSP	Autre	Région RSSP	Autre
1				Cons. Santé Publique	Médecins	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	7	5	13	7
1				Organisation de l'Administration au niveau central	Secrétaires et Administrateurs médicaux	X		CRF Lomé	0	X	X	X	7	5	15	7
8				Country Health Program- ming	Corps médical de niveau supérieur, Libéria	X		OMS et Min. de la Santé, Monrovia	0	X	X	X	1	0	34	0
10				Planification et Programmation de la santé	Corps médical de niveau supérieur	X		OMS Dakar	0	X	X	X	9	9	15	14
10				Orientation SSP pour les superviseurs de niveau intermédiaire	Superviseurs du Centre de Santé		X	CRF Lagos	0	X	X	X	4	9	8	5
	4			SP pour les infirmières	Infirmières/Sage-femmes	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	10	7	18	10
	9			Méthodologie pédagogique	Techniciens de labo.		X	CRF Lagos	0	X	X	X	5	5	8	8
	10			Recyclage	Inspecteurs sanitaires	X		CRF Lagos et OMS	0	X	X	X	10	6	16	8

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1980

Cours à court-terme et Ateliers que RSPS a aidé à initier

Par mois - Par objectif				Sujet				Apports du Projet RSPS				No. de pays		No. de Participants		
Planification/ Ceston	Formation	Surveillance de maladies	Recherche	Emphase	Participants	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Animateur	Financement	Région RSPS	Autre	Région RSPS	Autre
4				Management de haut niveau	Multi-sectoriel	X		Min. de la Santé, Sénégal et OMS	X	X	X	X	8	0	21	0
12				Management/Services Sanitaires	Niveau intermédiaire		X	CRF Dakar et OMS	X	X	X	X	4	4	5	4
	1			Formation des Formateurs (FDF) pour les Agents de santé Villageoise(ASV)	Formateurs des ASV	X		CRF Lomé et OMS	X	X	X	X	5	3	22	8
	10			FDF	Formateurs du personnel de SSP		X	CRF Lagos et OMS	X	X	X	X	5	6	14	13
	10			FDF, gestion PEV niveau intermédiaire	Personnel de la Santé niveau intermédiaire		X	CRF Lagos et OMS	X	X	X	X	1	0	14	0
	11			Nursing PHC	Inter-country senior nursing training personnel		X	Min. de la Santé, Banjul et OMS	X	X	X	X	3	0	15	0
	12			SSP et le rôle de l'infirmière	Faculté CESSI et Licenciés CESSI	X		CRF Lomé et OMS	X	X	X	X	13	2	27	2
	12			1 journée d'Atelier sur le SSP	Personnel enseignant des soins primaires au Sénégal	X		Dakar CESSI	X	X	X	X	1	0	25	0
		5		Gestion PEV	Niveau intermédiaire		X	OMS Banjul et Min. de la Santé, Gambie	X	X (Eval. seulement)	X	X	4	0	37	0
		8		PEV	Cadres de niveau moyen PEV		X	Bafoussa, Min. de la Santé/Caméroun	X	X (Eval. seulement)	X	X	4	0	24	0
			4	Recherche appliquée-SSP	Professeurs médicaux de niveau supérieur	X		Min. de la Santé, Ouaga et OMS	X	X	X	X	8	0	11	0

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1980

Cours à court-terme et Ateliers  
Non initiés mais soutenus par le RSSP

Par mois - Par objectif				Sujet			Apports du Projet RSSP				No. de pays		No. de Participants			
Planification/ Gestion	Formation	Surveillance de maladie	Recherche	Emphase	Sujet	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Animateur	Financement	Région RSSP	Autre	Région RSSP	Autre
1				Santé publique de niveau supérieur	Médecins	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	8	2	13	4
3				Orientation SSP, superviseurs de niveau intermédiaire	Superviseurs du Centre de Santé		X	CRF Lagos	0	X	X	X	6	7	16	14
3				SP pour les infirmières	Infirmières	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	9	6	18	7
4				Administration/Supervision	Infirmières/Sage-femmes		X	CRF Lagos et OMS	0	X	X	X	5	9	11	16
10				Planification/Gestion des services sanitaires	Niveau supérieur		X	CRF Dakar et OMS	0	0	0	X	5	7	7	11
	5			Recyclage éducation sanitaire	Personnel de niveau intermédiaire/éducation sanitaire	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	10	4	18	7
		1		Env. sanitaire et CDC	Personnel de la santé publique de niveau intermédiaire		X	CRF Lagos et OMS	0	X	X	X	5	5	14	10
		3		Planification/Admin. PEV	Planificateurs nationaux PEV Interpays	X		OMS Brazzaville	0	X (Eval, scule- ment)	X	0	9	9	16	12
	9			Recyclage	Inspecteurs sanitaires	X		CRF Lomé	0	X	X	X	9	4	10	7
		9		Tech. de contrôle du Paludisme	Personnel SP, niveau intermédiaire		X	CRF Lagos et OMS	0	X	X	X	5	9	11	13
		6		Epidémiologie	Stagiaires épidémiologues	X		OMS et Gvt. du Caméroun	0	X	X	0	2	3	2	3

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1981

Cours à court-terme et Ateliers que RSP a aidé à initier

Par mois - Par objectif				Sujet			Apports du Projet RSP				No. de pays		No. de participants			
Planification/ Gestion	Formation	Surveillance de maladies	Recherche	Ephase	Participants	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Animateur	Financement	Région RSP	Autre	Région RSP	Autre
7				Management de haut niveau	Intersectoriel Minis- tériel		X	Min. de la Santé, Nigéria et OMS	X	X	X	X	4	0	19	0
10				Management de haut niveau	Intersectoriel Minis- tériel	X		CRF Lomé et OMS	X	X	X	X	6	2	12	4
12				Gestion des services sanitaires	Personnel de la santé niveau intermédiaire	X		OMS Dakar	X	X	0	0	8	1	11	11
	1			FDF	Formateurs du personnel SSP		X	CRF Lagos et OMS	X	X	X	X	3	4	10	6
	1			FDF	Formateurs du personnel SSP	X		CRF Lomé et OMS	X	X	X	X	10	2	16	4
	2			Education continue (1 jour) Soins de santé dans le SSP	Etudiants CESSI et personnel enseignant des écoles de soins sanitaires, Caméroun	X		Yaoundé CESSI	X	X	X	X	1	0	23	0
	11			SSP	Personnel infirmier de niveau supérieur inter- pays		X	Min. de la Santé et OMS, Freetown	X	X	X	X	3	0	16	0
		1		Gestion PEV	Superviseurs de niveau intermédiaire	X		OMS et Min. de la Santé, Abidjan	X	X (Eval. seule- ment)	X	X	9	0	42	0
		6		Gestion PEV	Cadres de niveau inter.	X		Eseka Min. de la Santé, Caméroun	X	X	X	X	1	0	21	0
		3		Recherche appliquée SSP	Professeurs médicaux de niveau supérieur	X		Min. de la Santé, Bamako et OMS	X	X	X	X	3	0	11	0
		12		Recherche appliquée SSP	Personnel de la santé, niveau inter. et niveau supérieur	X		Min. de la Santé, Bangui	X	X	X	X	2	0	10	0

TABLEAU D'ENSEMBLE DES COURS A COURT-TERME ET ATELIERS

1981

Cours à court-terme et Ateliers  
Non Initiés mais soutenus par le RSSP

Par mois - Par objectif				Sujet			Apports du Projet RSSP				No. de pays		No. de participants					
Planification/ Gestion	Formation	Surveillance des maladies	Recherche	Emphase	Participants	Français	Anglais	Dirigé ou hébergé par	Direction/ Initiation	Programme	Animateur	Financement	Région RSSP	Autre	Région RSSP	Autre		
4	10			Santé sociale	Corps médical de niveau intermédiaire	X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	8	3	11	5		
4				Gestion des services sanitaires	Niveau intermédiaire		X		CRF Lagos et OMS	0	X	X	X	4	2	6	4	
9				Gestion des services sanitaires	Niveau intermédiaire		X		CRF Lagos	0	X	X	X	4	5	6	9	
9				Santé sociale	Corps médical de niveau intermédiaire		X		CRF Lomé et OMS	0	X	X	X	10	6	16	8	
				Gestion des services sanitaires	Corps médical de niveau supérieur		X		OMS Dakar	0	X	X	X	11	7	20	11	
				Recyclage	Inspecteurs sanitaires		X		CRF Lomé	0	X	X	X	8	5	11	8	
				Formation de niveau intermédiaire PEV	Cadres de niveau moyen PEV		X		Min. de la Santé, Dakar et OMS	0	X (Eval. seulement)	X	X	1	1	29	3	
				Gestion PEV	Niveau intermédiaire			X		OMS et Min. de la Santé, Freetown	0	0	X	X	2	0	42	0
X				Epidémiologie	Stagiaires épidémiologues			X		Gvt. de Caméroun et OMS	0	X	X	0	3	6	4	6
5				Epidémiologie	Stagiaires épidémiologues			X		Gvt. de la Côte d'Ivoire et OMS	0	X	X	0	10	5	11	5

II. Non Instaurés par RSSP mais recevant d'autres apports du Projet.

33 séminaires et cours non-instaurés par RSSP ont cependant reçu des apports de RSSP pendant la période 1978-81. La plupart (23) sous forme de cours régulièrement offerts dans les deux CFR. La durée de la formation pour les 33 allait d'une semaine à 25 semaines, soit un total de 245 semaines de formation. Les participants ont été 478 ce qui fait une moyenne de 3149 personnes/semaines de formation.

RSSP a contribué aux 64 séminaires de la manière et dans les proportions suivantes:

	<u>Contribution RSSP</u>
31 (48%)	Instauré et Planifié
57 (89%)	Programme de développement
58 (91%)	Fourniture de stage et d'animateurs
59 (92%)	Financement
64 (100%)	N'importe lequel de ceux cités ci-dessus

29 séminaires avaient eu lieu lorsque la Phase II de RSSP (catégories II) a commencé. Bien qu'il y ait eu qu'une modeste augmentation dans la participation quand ils furent répétés avec le soutien du RSSP, cela était dû au fait que les limitations physiques et autres n'avaient pu être surmontées. Dans quelques cas cependant, les cours précédents qui n'avaient pas eu une participation massive lorsque répétés, RSSP joua un rôle incitateur dans l'engagement de fonds d'AID pour la rénovation et l'élargissement du CFR de Lomé.

Parmi les 64 séminaires et cours organisés pendant la Phase II, 35 n'avaient jamais été donnés avant 1978. Trente et un d'entre eux ont été lancés ou introduits par RSSP.

Une comparaison entre la période de 3 ans qui a précédé RSSP (de 1973-75) avec la Phase II (1979°-81) eu égard aux deux centres de formation les plus actifs Lomé et Lagos, montre les différences suivantes: il y a eu 22% d'Augmentation Actuelle dans la participation à Lagos et 60% à Lomé (cf tableau).

La question est fréquemment posée: "est-ce-que l'aide du RSSP pour les bourses (par exemple, dans les CFR) a permis d'augmenter le nombre total ou l'argent n'était-il qu'un substitut pour d'autres sources antérieures?" Le tableau ci-dessous y répond en justifiant les deux dans une certaine mesure. RSSP a financé la totalité de l'augmentation. Les portions des fonds du RSSP pouvant être considérées comme des substituts représentent 50% des ressources des bourses à Lagos et 34% à Lomé. (Le calcul a été établi sur l'hypothèse d'un coût moyen par bourse)

	<u>Lagos</u>	<u>Lomé</u>
Fréquentation moyenne annuelle - Avant RSSP (1973-75)	87	80
- Phase II (1979-81)	106	128
Pourcentage d'augmentation	22%	60%
Nombre moyen annuel de bourses de RSSP (79-81)	38	73
Pourcentage par rapport à avant RSSP	(38/87)	(73/80)
Augmentation prévue	44%	91%
Différence entre l'augmentation prévue et l'augmentation actuelle	(44%-22%)	(91%-60%)
Pourcentage des fonds de bourses RSSP	(22/44)	(31/91)
Non utilisé pour augmentation (substituts)	50%	34%
Utilisé pour augmentation	50%	66%

---

° La 1ère année du financement des bourses dans les CRF par le Projet RSSP, Phase II.

En bref, pour RSSP la combinaison de la multiplication des centres de formation dans les différents pays, la plus grande variété des cours, les plus grandes fréquences et d'une plus grande fréquentation moyenne par cours dans les CFR, a contribué à une augmentation significative de la formation sanitaire dans la Région.

#### 4. Prestations de consultant

Le RSSP a recruté et payé des consultants pour aider à organiser et à réaliser des ateliers et des cours et pour exécuter d'autres tâches. Dix disciplines ou spécialités différentes ont été ainsi couvertes. Naturellement, certains experts qui avaient des connaissances élargies ont apporté des éléments supplémentaires empruntés à diverses disciplines connexes. Les consultants dont les prestations ont couvert des domaines variés ont plus particulièrement rempli les fonctions suivantes:

- planification d'ateliers
- animateurs d'ateliers
- conseillers en matière de suivi des cours nationaux de formation des formateurs
- professeurs aux centres régionaux de formation, aux CESSIs et à Cuttington College
- conseillers en matière de conception et d'évaluation de programmes des centres régionaux de formation, des CESSIs et de Cuttington College.

Au total, le RSSP a recruté 57 consultants totalisant 8052 hommes/jours de travail. Bon nombre de consultants étaient dans les grades supérieurs de leurs spécialités. Les personnes avec lesquelles ils ont eu à collaborer ont hautement apprécié la qualité et l'utilité de leurs contributions. Le Tableau 3 indique les points saillants sur lesquels ont été axées les prestations de consultant. De toute

TABLEAU 3  
CONSULTANTS DU RSSP AFRICAINS ET NON-AFRICAINS  
PAR SPECIALITE DE CONSULTATION

Spécialités de Consultation	Consultants Non-Africains	Consultants Africains	Total
1. Gestion	Consultants 4	6	10
	Jours 196	490	686
2. Enseignement du Personnel d'Infirmierie	Consultants 9	15	24
	Jours 2086	2700	4786
3. PEV	Consultants -	5	5
	Jours -	112	112
4. Santé Publique (Médecins)	Consultants -	1	1
	Jours -	90	90
5. Inspecteur en Assainissement	Consultants -	1	1
	Jours -	960	960
6. Formation et Programme de Développement	Consultants 5	2	7
	Jours 841	73	914
7. Economie (en Santé)	Consultants 1	-	1
	Jours 31	-	31
8. Pharmacie	Consultants 1	1	2
	Jours 24	24	48
9. Recherche (en Santé)	Consultants 1	4	5
	Jours 92	115	207
10. Arts Graphiques	Consultants -	1	1
	Jours -	218	218
Total	Consultants 21 (37%)	36 (63%)	57 (100%)
	Jours 3270 (41%)	4782 (59%)	8052 (100%)

évidence, l'accent a été mis sur les quatre objectifs du projet RSSP.

Tableau 3 distingue également le recrutement de consultants en Afrique et hors d'Afrique. Il convient de noter que 36 consultants ont été recrutés en Afrique, notamment un grand nombre d'anciens participants aux ateliers organisés dans le cadre du RSSP. Les prestations de ces 36 consultants représentent 59% du nombre total de jours de prestations de consultant. En ce qui concerne le renforcement des ressources régionales, cette évolution très importante sera examinée à nouveau. Si l'on tient à arriver à l'auto-suffisance en matière de ressources régionales, il faudra prendre des mesures pour former, par le biais d'études universitaires à long terme, les catégories de consultants requis.

##### 5. Autres activités professionnelles et techniques

Dans le chapitre précédent sur les consultants, nous n'avons présenté que les contributions à court terme par des personnes extérieures au personnel du RSSP. Celui-ci cependant a continuellement été occupé à résoudre les problèmes de conception, à évaluer les ressources, à préparer la programmation en commun avec les pays et par d'autres échanges professionnels dans la région, au-delà des activités relevant spécifiquement des stages. Nous donnerons quelques exemples pour justifier à quel point RSSP est devenu un partenaire reconnu qui contribue à la promotion sanitaire régionale. RSSP a soutenu l'objectif de l'OMS/AFRO dont le but est de développer un réseau d'institution de formation en management. RSSP a coopéré avec le Collège de Soins Infirmiers de Santé de l'Afrique de l'Ouest. Au Togo, RSSP a été un des initiateurs des discussions qui ont conduit à l'accord USAID d'orienter des fonds de construction bilatéraux du projet initial pour un centre sanitaire vers l'extension du CFR de Lomé.



b. Bourses d'étude pour le cours avancé d'infirmiers au Cuttington University College

La première promotion commença les études en mars 81 avec 4 personnes RSSP du Libéria sur un total de 8 inscrits. Cependant, six personnes RSSP, 4 du Libéria et 2 de Gambie, ont commencé en 1980 avec l'ancienne promotion (total des inscrits 10). A l'heure actuelle, il y a 10 étudiants parrainés par RSSP au CUC.

c. Bourses à l'étranger pour des études post scolaires en infirmerie

Neuf infirmiers suivirent les programmes d'infirmiers d'étudiant sur 2 ans au Canada (5 se trouvaient à l'Université de Montréal) et aux Etats-Unis (quatre étaient à Boston University). Trois des infirmiers venaient du Libéria, trois du Sénégal et trois du Cameroun. Quatre se sont spécialisés en éducation sanitaire, deux en administration sanitaire, deux en soins parent-enfants et un en soins de santé communautaire.

## 7. Dépenses du Projet RSSP

Vingt millions de dollars furent alloués au budget de la Phase II du Projet RSSP lors de la signature du Document du Projet dudit projet en 1977. Au bout de la quatrième année du Projet, le montant de 12.779.309 dollars fut dépensé en frais d'exécution du projet. Quatre millions de dollars ont été engagés pour la cinquième et dernière année de la Phase II du Projet RSSP et probablement pour tout report à effectuer en 1983. (Une copie du budget du Projet RSSP se trouve dans l'Append.10. 1981 est présenté comme étant la dernière année de la période de quatre ans couverte par la présente évaluation.)

D'une importance historique, la Phase I du Projet RSSP (A.F. 1976-78) a dépensé 1.496.419 dollars. La répartition de cette dépense se présente comme suit: 466.999 dollars sont allés à "l'Association Américaine de Santé Publique" (American Public Health Association) qui était l'adjudicataire de l'exécution de la Phase I du Projet RSSP, et 978.000 dollars à Boston University ( B.U. ) à qui l'Association Américaine de Santé Publique a sous-traité le projet. L'objectif principal et la réalisation de la Phase I étaient l'élaboration d'un programme pour la Phase II. Le contrat de la Phase II a été adjudgé sans appel d'offre à Boston University parce que AID/W a estimé que B.U. dispose de capacité prédominante pour réaliser la Phase II.

Le tableau ci-dessous donne un profil des dépenses du montant de 12.779.309 dollars effectuées en 1978-81. Boston University a dépensé 44,2% de la somme totale; CDC: 26,2% soit le second montant le plus élevé; AFRO: 19,2%; et les dépenses effectuées par AID pour l'achat des vaccins contre la rougeole et les "Ped-o-ject" et pièces de rechange, se sont élevées à 10,4% du montant total.

TABLEAU 4  
DEPENSES TOTALES DU PROJET RSSP  
1978-81

Boston University	5.643.706 \$	44,2%
CDC	3.351.825 \$	26,2%
AFRO	2.448.546 \$	19,2%
Vaccins contre la rougeole et "Ped-o-jets" (estimation)	1.335.232 \$	10,4%
TOTAL	12.779.309 \$	100,0%

TABLEAU 5

Boston University

Le tableau ci-dessous montre la répartition du montant de 5.653.706 dollars dépensé par B.U. pendant la période 1978-81:

Montant: Dépensé	% du Budget Total de B.U.	% du Montant Total du Projet 12.779.309 \$	Bilan des Dépenses
5.643.706 \$	100%	44,2%	Dépenses effectuées par B.U.
549.284 \$	9,7%	4,3%	<u>Coût du Personnel Professionnel/Bureau de RSSP</u> (non compris les frais généraux). Les dépenses ci-inclues représentent les salaires, indemnités et coûts de déplacement de deux professionnels; les salaires du personnel de bureau(4 personnes); les fournitures et équipements de bureau; et divers frais directs.
2.283.617 \$	40,5%	17,9%	<u>Coût du Personnel Professionnel/Bureau de RSSP/Abidjan</u> (non-compris les frais généraux). Les dépenses ci-inclues représentent les salaires et indemnités de trois professionnels; les coûts de soutien et de déplacement; les salaires de six membres du personnel de bureau; les fournitures de bureau et autres; les frais directs tels que location de bureau trois véhicules et un scooter; les frais de télex.

TABLEAU 5 (suite)

Montant Dépensé	% du Budget Total de B.U.	% du Montant Total du Projet 12.779.309 \$	Bilan des Dépenses
1.369.365 \$	24,3%	10,7%	<u>Frais Généraux de Boston University.</u> Les frais généraux sont représentés dans tous les articles de dépenses de B.U. y compris les frais du bureau d'Abidjan et les activités entreprises sur le terrain dans le cadre des quatre objectifs. Le taux est de 53% (taux de campus) sur les frais du bureau RSSP/Boston et 34% (taux hors du campus) sur les frais du bureau RSSP/Abidjan plus toutes les activités.
1.441.440 \$	25,5%	11,3%	<u>Activités du Projet RSSP de B.U. Identifiables sur le Terrain. (Non compris le personnel/bureau de RSSP/Abidjan et les frais généraux.</u> Les dépenses ci-inclus représentent les salaires, les frais de soutien et de déplacement des consultants; l'éducation supérieure à l'étranger pour neuf infirmiers; l'équipement de formation et les fournitures pour diverses institutions; frais de secrétariat occasionnel; production de matériel d'éducation; frais divers, telle que la communication.

TABLEAU 6COUTS ACTIVITES IDENTIFIABLES SUR LE TERRAIN/BOSTON UNIVERSITY(1978-81 En U.S. \$)

<u>Objectifs</u>	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>TOTAL</u>
I. Planification et Organisation de la Santé.	11.335	30.773	47.771	34.447	124.326
II. Formation du Personnel de la Santé et Centres de Formation.					
Lomé/Lagos	81.488	181.744	97.253	115.202	475.687
CESSI Dakar/Yaoundé	31.846	71.803	131.934	172.144	407.727
Enseignement Infirmier (Sierra Leone, Libéria, Gambie)	1.346	32.218	91.786	210.210	335.560
III. Contrôle des Maladies	0	0	0	0	0
IV. Recherche Appliquée	14.522	18.297	26.326	38.995	98.140
<b>TOTAL</b>	<b>140.537</b>	<b>334.835</b>	<b>395.070</b>	<b>570.998</b>	<b>\$1.441.440</b>

TABLEAU 7

Centre de Contrôle des Maladies

CDC a dépensé 3.351.825 dollars de la manière suivante (1978-81):

Montant Dépensé	% du Budget Total de CDC	% du Montant Total du Projet (12.779.309 \$)	Bilan des Dépenses
3.351.825 \$	100%	26,2%	Dépenses de CDC
1.693.901 \$	50,5%	13,3%	<u>Coûts du Personnel de CDC et du Bureau d'Atlanta (non compris les frais généraux).</u> Les dépenses ci-incluses représentent les salaires de tous les professionnels (Atlanta et sur terrain); les frais de déplacement du personnel d'Atlanta; les salaires du personnel administratif d'Atlanta; et les frais du bureau d'Atlanta, tels que équipements et fournitures, tirages, reproductions et communications.
1.256.328 \$	37,5%	9,8%	<u>Frais du personnel de terrain (aux U.S.A.) et Coûts des Activités (non-compris les frais généraux).</u> Les dépenses ci-incluses représentent les indemnités du personnel, les frais de soutien, et de déplacement du personnel à l'étranger; les frais d'aide au laboratoire; les salaires du personnel local embauché; les véhicules.
401.596	12,0%	3,1%	<u>Frais Généraux de CDC</u> CDC taxe de 20% les frais généraux pour tous les articles de dépenses énumérés au chapitre des <u>coûts du Bureau d'Atlanta et du Personnel CDC</u> ; CDC taxe de 5% <u>toutes les Activités et Coûts du Personnel de terrain aux Etats-Unis.</u>

Dans le tableau ci-dessous, toutes les dépenses CDC (Objectif III.) sont réparties par année.

	<u>Dépenses de CDC</u>				
	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>TOTAL</u>
Objectif IIIK	\$336.616	\$695.053	\$1.104.652	\$1.215.504	\$3.351.825

TABLEAU 8

OMS/AFRO

Le tableau ci-dessous indique la répartition du montant de 2.448.546 \$ que OMS/AFRO a dépensé pendant la période 1978-81.

<u>Montant Dépensé</u>	<u>% du Budget Total de OMS/AFRO</u>	<u>% du Montant Total du Projet (12.779.309)</u>	<u>Articles de Dépense</u>
2.448.546 \$	100%	19,2%	Dépenses effectuées par AFRO
2.268.884 \$	92,6%	17,8%	<u>Activités AFRO au Projet RSSP.</u> Les dépenses ci-inclues représentent les salaires des consultants, les coûts de soutien et de déplace- ment; les subventions de salaire pour cinq CESSI; les appointements des participants, les irais de soutien et de déplacement pour des cours à court terme et des ateliers de travail, et pour dix étudiants de Cuttington College; les frais directs des activités de formation, telle que tra- duction; les équipements et fournitures.
179.662 \$	7,3%	1,4%	<u>Réunions PRC et PCC</u>
- 0 - \$			<u>Frais d'organisation et contributions de profession- nels AFRO, et frais généraux.</u>

TABLEAU 9

1978 - 1981

<u>Objectif</u>	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>TOTAL</u>
I. Planification et Organisation de la Santé	\$ 7.467	\$ 42.870	\$ 120.619	\$ 166.381	\$ 337.337
II. Formation du Personnel de la Santé et Centres de Formation					
Centres de Formation de Lomé	--	287.031	256.149	233.683	776.863
Centre de Formation de Lagos	--	57.247	130.086	231.914	419.247
TOTAL PARTIEL					1.196.110
CESSI Dakar	--	9.435	50.938	53.636	114.009
CESSI Yaoundé	--	--	4.204	22.890	27.094
TOTAL PARTIEL					141.103
Enseignement Infirmier (Sierra Léone, Libéria, Gambie)	--	2.767	26.795	218.999	248.561
III. Contrôle des Maladies	--	181.341	48.007	42.909	272.257
IV. Recherche Appliquée	--	--	20.405	53.111	73.516
Réunion PRC et PCC	20.017	57.775	82.664	19.206	179.662
<b>TOTAL</b>	<b>\$27.484</b>	<b>\$638.466</b>	<b>\$ 739.867</b>	<b>\$1.042.729</b>	<b>\$2.448.546</b>

TABLEAU 10

VACCINS CONTRE LA ROUGEOLE ET "PED-O-JETS"

1. Un montant de 1.200.000 dollars du Projet RSSP a été utilisé pour l'achat des vaccins contre la rougeole pour 18 des 20 pays que couvre le Projet RSSP au cours de la période 1978-81:

1978 -	120.000
1979 -	235.000
1980 -	370.000
1981 -	<u>475.000</u>
	1.200.000

2. CDC et AID/W ont acheté des ped-o-jets et les pièces de rechange y afférentes dans le cadre des PIO/C:

1978 -	§	469.85
1979 -		78.623.00
1980 -		5.902.45
1981 -		<u>50.237.00</u>
	§	135.232.30

3. Le département d'immunization de CDC a donné à RSSP des ped-o-jets et pièces de rechange y afférentes d'une valeur de 32.422.60 dollars.

TABLEAU 11

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES DE 12.779.309 DOLLARS  
AU COURS DE LA PERIODE 1978-81

<u>% du Montant Total</u> <u>des 12.779.309 \$</u>	<u>Dépenses</u>	<u>Catégories de Budget</u>
100%	12.779.309 \$	Toutes les Catégories
17.9%	2.283.617 \$	Personnel Professionnel et Bureau de B.U./RSSP/Abidjan (non compris les frais généraux)
17.8%	2.268.884 \$	Activités du Projet AFRO/RSSP
13.3%	1.693.901 \$	Personnel CDC et Bureau d'Atlanta (non compris les frais généraux)
11.3%	1.441.440 \$	Activités Identifiables sur le terrain du Projet RSSP/B.U. (non compris les frais généraux)
10.7%	1.369.365 \$	Frais généraux B.U.
9.8%	1.256.328 \$	Personnel de terrain CDC aux Etats-Unis et Activités (non-compris les frais géné- raux)
10.4%	1.335.232 \$	Vaccins contre la rougeole et Injections au pistolet
4.3%	549.284 \$	Personnel Professionnel et Bureau RSSP/ B.U. (non compris les frais généraux)
3.1%	401.596 \$	Frais Généraux CDC
1.4%	179.662 \$	Réunions PRC et PCC

TABLEAU 12

DEPENSES EFFECTUEES DANS LE CADRE DU PROJET RSSP. PAR

BOSTON UNIVERSITY ET CDC

1978, 1979, 1980, et 1981

<u>OBJECTIFS</u>	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>TOTAL</u>	<u>POURCENTAGE</u>
I. Planification et Gestion de la Santé	18.802 \$	73.643 \$	168.390 \$	200.828 \$	461.663 \$	3.61%
II. Formation du Personnel de la Santé						
Centres de Formation						
Lomé/Lagos	81.488	526.022	483.488	580.799	1.671.797	
CESSI Dakar/Yaoundé	31.846	81.238	187.076	248.670	548.830	
Enseignement Infirmier	1.346	32.218	118.581	429.209	581.354	
Atelier	-	2.767	-	-	2.767	
Total Partiel					<u>2.804.748</u>	<u>21.95%</u>
III. Surveillance des Maladies (CDC)	295.926	790.864	1.029.184	1.106.512	<u>3.222.486</u>	<u>25.22%</u>
IV. Recherche Appliquée	14.522	18.297	46.731	92.106	<u>171.656</u>	<u>1.34%</u>
Réunions	20.017	57.775	82.664	19.206	<u>179.662</u>	<u>1.41%</u>
Boston University - Abidjan	233.054	610.965	691.615	747.983	2.283.617	
Boston University - Boston	86.287	144.067	142.335	176.595	549.284	
Total Partiel					<u>2.832.901</u>	<u>22.17%</u>
Frais Généraux						
Boston University	81.417	409.874	393.172	484.902	1.369.365	
CDC Atlanta	40.690	85.530	123.475	151.901	401.596	
Total Partiel					<u>1.770.961</u>	<u>13.86%</u>
Vaccins contre la rougeole et Ped-o-jets	120.470	313.623	375.902	525.237	<u>1.335.232</u>	<u>10.45%</u>
TOTAL:	<u>1.025.865 \$</u>	<u>3.146.883 \$</u>	<u>3.842.613 \$</u>	<u>4.763.948 \$</u>	<u>12.779.309 \$</u>	<u>100.00%</u>

OBSERVATIONS A PROPOS DES DEPENSES DU PROJET RSSP

Dépenses Annuelles

Les dépenses annuelles du Projet ont progressivement augmenté pendant la période de quatre ans, reflétant ainsi la croissance des activités. Les augmentations annuelles du pourcentage se présentent comme suit:

De 1978 à 1979	151%
De 1979 à 1980	24%
De 1980 à 1981	20%
(Envisagé) De 1981 à 1982	7,5% (ne permettant pas de report en 1983)

Le niveau des dépenses totales d'une année avait atteint à peu près 4.000.000 dollars en 1981. Ce montant est celui qui est pris en considération lorsqu'on évalue les futurs besoins d'aide aux activités existantes.

Objectifs

L'Equipe d'Evaluation n'a pas pu obtenir ou calculer la répartition exacte des fonds alloués à chacun des quatre objectifs, de même qu'il n'a pas jugé utile d'essayer de faire une division artificielle précise du temps de chaque membre du personnel ou d'autres rubriques de dépenses. Il est toujours intéressant d'évaluer les poids relatifs des investissements effectués aux différents efforts principaux. A cette fin donc, il a été procédé à une distribution approximative qui a permis d'identifier les responsabilités différentielles. L'estimation nette comme l'indique le tableau ci-dessous, et qui porte sur les objectifs I, II, III et IV (en prenant 1980 comme exemple), ne tient pas compte des coûts d'administration générale et autres d'infrastructure et de soutien qu'on supposait proportionnels aux objectifs mais qui ne le sont nécessairement pas.

TABLEAU 13

DEPENSES APPROXIMATIVES PAR OBJECTIFS (1980)

Objectif I - Planification et Organisation	\$ 215.000
Objectif II - CRF et FDF	517.000
Objectif II - Soins Infirmiers	391.000
Objectif III - Contrôle des Maladies	621.761
Objectif IV - Recherche Appliquée	136.000

Comme l'indique le tableau 13, l'Objectif II pour la FDF et autre développement humain a reçu le plus de fonds. Cela est juste. Le renforcement des CRF et l'exposition d'un grand nombre de personnes à travers tous les pays ont consolidé les institutions régionales de formation et ont donné à la Région des formateurs en Santé mieux formés.

A l'avenir, le développement de ressources humaines continuerait à avoir droit à la plus grande part de toutes les aides extérieures avec les Centres Régionaux qui dépendent des bourses, et autre assistance, ce chapitre nécessite également le développement du corps enseignant et d'autres ressources nécessaires au travail intensif à l'intérieur du pays qui porte sur les systèmes nationaux de formation.

Les soins infirmiers s'adjugent la deuxième place des dépenses totales. Il existe ici moins de raisons de satisfaction si on considère le facteur coût/bénéfice, bien qu'il soit reconnu qu'avec un investissement à long-terme, les résultats sont plus difficiles à voir. Une grande part des contributions RSSP a été absorbée par les écoles d'infirmiers (en particulier le CESSI de Yaoundé) pour l'accroissement de leurs personnels, de même que pour la modification de leurs programmes.

On le comprend, l'Objectif IV portant sur les recherches appliquées a été le

dernier sur la liste des dépenses. Il a débuté tard. On s'attend également à ce que les futurs besoins restent inférieurs à ceux des autres objectifs. Une certaine période de consultation sera nécessaire pour stimuler les petites études de recherches et aider à leur élaboration; ce travail devrait être fait plus efficacement par un consultant à temps plein. La seule manière probable de débiter et d'entreprendre un nombre élevé d'études serait qu'elles soient prises en charges par des fonds extérieurs destinés aux recherches. Cela ne nécessitera pas un montant élevé si les études restent simples et petites et de courte durée.

#### AGENCES ET INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Boston University - La plus grande part, et de loin, des fonds dépensés par Boston University a servi aux activités qui ont eu lieu en Afrique (environ 70%) et seulement 30% environ ont servi à Boston. On a l'impression que les dépenses pourraient être réduites si les deux échelons de l'administration -- Abidjan et Boston -- étaient réduits par certains aspects. Pour en être certain, il faudrait procéder à une analyse détaillée des procédures administratives et fiscales au-delà de l'objectif raisonnable de cette évaluation. Le montant des frais généraux est une affaire de politique de l'Agence, mais il est particulièrement élevé parce que le taux qui est appliqué aux activités en Afrique, bien qu'inférieur à ceux de Boston, est toujours important.

Il revient évidemment plus cher d'employer du personnel extérieur que Régional. Les salaires et indemnités sont beaucoup plus élevés; il y a des frais supplémentaires de déplacement et de communication, et les frais généraux s'entassent. Les coûts seuls ne devraient pas suffire pour décider entre une ressource extérieure ou régionale. Mais lorsque les produits sont raisonnablement comparés, cela devient un argument supplémentaire et valable en faveur des préférences locales. Il est impor-

tant de mentionner que parce que les salaires du personnel de B.U. ont été négociés avec l'AID conformément à la politique de contrat de l'AID et que d'autre part parce que les salaires du personnel local et ceux des consultants ont été fixés conformément aux principes de l'OMS, les salaires n'étaient pas toujours proportionnels aux responsabilités et aux postes dans la structure de RSSP.

Le personnel de RSSP a effectué un très grand nombre de déplacements, ce qui coûte cher en Afrique. Ce serait économiser les sous et prodiguer les louis que d'interdire les déplacements alors qu'ils est prouvé que le contact personnel est l'un des mécanismes de RSSP les plus efficaces. Il appartient toujours au personnel d'éviter tous déplacements non essentiels et de planifier leurs voyages de manière stratégique en vue d'une meilleure économie. Il est nécessaire d'allouer des fonds pour prendre part aux réunions professionnelles afin d'éviter l'isolement scientifique.

Le coût annuel estimé (51.442 dollars dans le budget de 1980) pour les opérations et entretiens des trois voitures automobiles et d'un scooter, y compris les salaires du chauffeur, est excessif pour le petit nombre du personnel de la Direction d'Abidjan qui n'a presque pas de demandes d'utilisation de ces véhicules sur le terrain. D'une manière générale, un examen plus minutieux des budgets de RSSP par AID aurait été souhaitable.

CDC - Le personnel basé à Atlanta a fréquemment effectué des voyages en Afrique pour prendre part aux réunions prévues, aux évaluations, supervisions et autres. Un tels contact avec le personnel sur le terrain semble avoir été approprié pour les besoins du Projet. Il est difficile de répondre à la question de savoir si le montant des salaires que couvre le Projet est égal à la proportion du temps requis pour le personnel. Il pourrait être un peu plus élevé. Bien que le taux des frais géné-

raux de CDC soit plus bas que celui de Boston University, il est plus élevé qu'il ne devrait l'être parce que le personnel employé sur le terrain en Afrique est techniquement basé à Atlanta.

REMARQUES GENERALES

Dans tous les cas, les dépenses doivent faire l'objet d'une attention minutieuse pour éviter l'exagération. Dans le Projet RSSP, les coûts totaux du personnel professionnel (Tableau 14) sont élevés et ce, principalement à cause des frais généraux et indemnités qui s'y ajoutent, en particulier le logement du personnel. Deux maisons louées à Abidjan ont coûté presque un tiers de plus que celles qu'occupent le personnel professionnel expatrié de REDSO dans la même ville. Il se peut qu'il y ait des circonstances atténuantes.

TABLEAU 14

COÛTS DU PERSONNEL (1980)

	<u>RSSP/Abidjan (5)</u>	<u>Personnel de CDC sur le terrain (6)</u>
Salaires Totals de Base	167.944 \$	212.115 \$
<u>Salaire Moyen de Base</u>	33.589 \$	35.352 \$
Avantages Supplémentaires	35.268 (21%)	21.212 (10%)
Indemnités	245.465	253.082 (plus loyer)
<u>Indemnités Moyennes</u>	49.093	42.180
Frais Généraux (27.1%)	<u>121.591</u>	<u>97.282 (20%)</u>
Total Moyen par Personne	114.536 \$	97.282 \$

OMS/AFRO - OMS/AFRO ne fait rien payer pour ses contributions administrative et professionnelle au Projet RSSP. Il gère les bourses d'études et coordonne les Comités PRC/PCC, parmi d'autres rôles.

L'éventail des coûts par boursier pris en compte pour des cours à court terme dans les CRF varie entre 1.050 \$ et 3.500 \$ avec une moyenne de 2.300 \$, non compris les salaires que les gouvernements organisateurs continuent de payer. Le principal facteur du coût de la bourse est la durée du cours. Les coûts varient selon le lieu, la position des boursiers, les distances des déplacements, et quelque peu selon aussi les disciplines. Le coût moyen de participation d'une semaine (qui varie aussi avec la durée) a été d'environ 225 \$ pour le CRF/Lomé et environ 300 \$ pour le CRF/Lagos.

Les dépenses du PRC/PCC ont été relativement petites, bien qu'elles ne soient pas insignifiantes -- environ 1 1/2 pourcent du coût total. Conformément à l'indication faite ailleurs dans le présent Rapport, il est nécessaire de trouver les moyens pour améliorer la coordination. Des dépenses supplémentaires pour une coordination efficace devraient être payantes.

TAUX DES FRAIS GENERAUX DES ORGANISATIONS

QUI ONT PARTICIPE AU RSSP EN 1981

	<u>Directions</u>	<u>Sur le terrain</u>
OMS/AFRO	0%	0%
Boston University	53%	32% <sup>°</sup>
CDC	20%	5% <sup>°°</sup>

---

<sup>°</sup> Dépenses et activités à l'extérieur du campus

<sup>°°</sup> Coûts à l'intérieur des pays.

D. OBJECTIFS

OBJECTIF No. 1 -- Améliorer la planification et la gestion de la santé régionale et nationale.

Dans le cadre de cet objectif, il y a plusieurs domaines d'activités appelés sous-objectifs. Ces sous-objectifs ont changé pendant la IIe Phase du Projet pour tenir compte du but des institutions et de leur contenu. Le plan de mise en oeuvre de 1979 incluait les sous-objectifs suivants:

- a. Fournir le personnel et les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs de RSSP au Centre de l'OMS à Dakar.
- b. Elargir et renforcer les programmes de formation en planification et gestion sanitaires afin de former un noyau de cadres en Afrique centrale et occidentale susceptible de préparer et de mettre en oeuvre des programmes nationaux de formation à la planification et à la gestion.
- c. Développer au Centre de Dakar un service consultatif en planification et gestion sanitaires pour les pays d'Afrique centrale et occidentale.
- d. Renforcer la partie recherche appliquée du programme du Centre de Dakar.
- e. Renforcer la collaboration avec les autres centres régionaux et établissements nationaux appropriés, y ajouter les institutions nationales comme indiqué dans le point 2 de la description générale de l'objectif 1.
- f. Mettre au point des systèmes pratiques de surveillance et d'évaluation.

Pour tenir compte des modifications intervenues dans la politique régionale de

stratégie de développement de OMS/AFRO pour l'établissement d'un réseau de centres de planification et de gestion, des modifications importantes ont été réalisées dans les activités du projet RSSP. Le plan de mise en oeuvre de 1980 énonce les cinq sous-objectifs suivants:

- a. Renforcer la planification sanitaire ainsi que la programmation de formation à la gestion dispensée par le Centre de Dakar et autres centres offrant une collaboration;
- b. Améliorer les capacités des planificateurs des pays d'Afrique Centrale et Occidentale à effectuer une gestion intersectorielle dans le développement des programmes sanitaires.
- c. Renforcer la capacité du Centre de Dakar et des autres centres offrant une collaboration à participer et à suivre les exercices des "PSP" (Programmation sanitaire par pays) et faciliter la mise en oeuvre de programmes nationaux de développement.
- d. Elaborer un élément de recherche appliquée aux centres de Dakar et autres centres offrant une collaboration pour la planification, la programmation et les principes de gestion en matière de gestion en matière de soins de santé primaires.
- e. Développer les capacités de planification sanitaire, de programmation et de formation en matière de gestion d'institutions éducatives nationales sélectionnées.

Puisqu'un accent croissant a été mis sur le développement du réseau des Centres nationaux et comme l'article relatif aux activités de recherche a été

transféré à l'Objectif IV, d'autres modifications ont été apportées dans les activités de l'Objectif I. La mise en oeuvre du projet 1981 fut approuvée avec les trois sous-objectifs suivants :

- a. Renforcer les programmes de formation en planification, programmation et en gestion en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP).
- b. Améliorer les capacités des pays d'Afrique centrale et occidentale d'effectuer une gestion pluri-sectorielle dans le développement des programmes sanitaires en mettant un accent sur les soins de santé primaires.
- c. Renforcer des exercices de programmation sanitaire par pays (PSP) et faciliter la mise en oeuvre des programmes nationaux de développement.

On peut résumer comme suit la tendance des changements survenus ces trois dernières années :

- a. On est passé d'un seul centre à un réseau de centres.
- b. Un accent supplémentaire sur la gestion intersectorielle.
- c. Une plus grande insistance sur le travail au niveau national plutôt qu'uniquement au niveau régional.
- d. Une focalisation spéciale sur les Soins de Santé Primaires.

Etant donné les changements importants survenus à l'intérieur de l'Objectif I, nous organiserons la discussion du progrès par type d'activités plutôt que par sous-objectifs particuliers.

## Développement Institutionnel

### Etat d'avancement:

Pendant les premières années de Phase II, l'effort était centré sur le renforcement et l'expansion du Programme OMS Régional de Dakar concernant la programmation, la planification et la gestion (Centre de Dakar). Ce Centre fut créé en 1974 par la fusion de deux projets OMS (Projet de consultation pour la planification sanitaire nationale et l'Institut de planification sanitaire). Chaque année des cours en planification et en gestion sanitaire ont été organisés alternativement en anglais et en français.

Des consultants ont été envoyés et des plans formulés pour augmenter le personnel du Programme de trois professionnels (un directeur, un économiste et un spécialiste de gestion) afin de pouvoir faire face à des responsabilités accrues. Des consultants complémentaires devraient être recrutés pour étoffer le personnel dans les domaines de l'épidémiologie, la démographie et les statistiques.

Tôt dans la Phase II (1979) l'OMS/AFRO commença à réviser sa stratégie pour répondre aux besoins en planification et gestion sanitaires dans la Région. La nouvelle approche implique un réseau d'institutions nationales sélectionnées reconnues pour leur potentialité en tant que sites de formation de planification et gestion sanitaires. Le RSSP ajusta en conséquence les plans qu'il proposait pour l'exécution afin d'inclure le "Programme de Dakar et les centres collaborateurs".

Bien que le personnel de RSSP se soit rendu compte de l'importance du changement du Programme de Dakar reporté sur le réseau et ait proposé plusieurs options pour les activités de l'Objectif I du Projet, AID a tenu à honorer ses engagements centrés sur la consolidation du Centre de Dakar, ainsi qu'il l'avait été statué dans le projet initial. Quelques représentants PPC ont concédé que les soutiens à la mise en oeuvre du Programme de Dakar et du réseau proposé ne s'excluaient pas

mutuellement.

En 1978-79 et 80 le personnel du RSSP et les consultants à court terme ont travaillé en collaboration avec trois membres du personnel de Dakar pour améliorer et étendre les cours offerts et accroître leur contribution aux exercices de programmation du pays. Néanmoins le Programme de Dakar ne fut pas renforcé en tant qu'institution, des consultants supplémentaires ne furent pas recrutés et, de fait, deux des trois membres du personnel furent mutés (l'un en juillet 80 et l'autre en août 81). Le coordinateur resta dans l'établissement mais le projet qu'il exécutait fut changé en 81 et ses responsabilités à l'intérieur du réseau n'ont pas encore été définies.

RSSP a contribué au développement des premières phase du réseau des institutions nationales de gestion. RSSP fut invité à participer au secrétariat de la première consultation OMS/AFRO sur la formation en gestion sanitaire en Juillet 80 à Arusha. A la suite de cette réunion, 11 institutions furent sélectionnés comme sites où pouvaient être développés ou renforcés la formation en gestions sanitaire. Six d'entre elles, se trouvent dans la région RSSP. Actuellement, RSSP collabore avec l'OMS/AFRO pour la programmation de cours de formation de formateurs pour les animateurs, pour les programmes nationales de gestion intersectorielle de haut niveau. L'élaboration de ces cours doit se faire dans un des pays qui a des institutions participants à l'intérieur du réseau de gestion sanitaire.

RSSP a aussi aidé le CFR de Lomé et de Lagos a élaborer de nouveaux cours d'un niveau moyen de gestion sanitaire. Le projet s'est aussi occupé de renforcer les programmes présentés dans ces centres. (cf Objectif II pour plus amples détails) Depuis début 81, RSSP a élargi l'éventail des activités de renforcement institutionnel aux CFR pour inclure l'enrichissement des capacités de son personnel pour la conduite de gestion sanitaire.

### 3. Programmes de Formation

Etat d'avancement: Au cours de la deuxième phase du projet de RSSP, plusieurs nouveaux ateliers ou cours sur la gestion ont été organisés et réalisés et un cours de planification en santé de six semaines a été renforcé.

Le personnel du RSSP et les consultants ont collaboré avec les services du Programme de Dakar pour améliorer le contenu et l'organisation du cours de six semaines en matière de planification organisé chaque année à l'intention de hauts fonctionnaires de la santé. On a plus particulièrement mis l'accent sur l'intégration à ce cours d'un plus grand nombre de techniques de gestion et de la méthodologie de programmation sanitaire par pays.

Un nouvel atelier de dix jours a été organisé sur la gestion à l'intention du personnel de santé de niveau moyen dans le cadre du Programme de Dakar, avec l'assistance du RSSP. Il fut réalisé pour la première fois en décembre 1979 pour dix participants venus de huit pays couverts par le projet RSSP. Ce cours avait pour objet de sensibiliser le personnel du cadre moyen aux procédures, techniques et attitudes de gestion moderne et à la manière de les appliquer aux services de santé. Cet atelier se tient à Dakar chaque année pour anglophones et francophones alternativement.

Le RSSP a été le premier à créer des programmes de formation à la gestion à l'intention des cadres de haut niveau de la région. Le personnel du RSSP et les consultants ont conçu, réalisé et évalué des ateliers de gestion intersectorielle de haut niveau. Ce programme a été réalisé trois fois - Sénégal, Nigéria et Togo - et a vu à chaque fois la planification de plusieurs pays. Ces réunions avaient regroupé des ministres de la santé, des affaires sociales, du développement rural, du plan, des sciences et de la recherche et des directeurs de cabinet et divers

hauts fonctionnaires desdits ministères. Par la méthode d'étude de cas, on s'est attaché à résoudre les problèmes de coordination au sein d'un même ministère ou entre divers ministères, à améliorer la prise de décisions et les opérations au moyen de la planification et de la gestion par des objectifs et à résoudre des problèmes de personnel. Forts des expériences acquises à l'occasion de ces trois ateliers, le personnel du RSSP et les animateurs préparent des modules à l'usage du réseau d'institutions nationales pour les cours de formation des formateurs en 1982.

Très récemment, le RSSP a conçu avec la collaboration du personnel des centres régionaux de formation de Lomé et de Lagos des cours de gestion sanitaire de niveau moyen dans le cadre du programme normal de ces centres. Le RSSP a mis à la disposition de l'un et l'autre centres des consultants en gestion pour réaliser le cours de santé communautaire à Lomé et le cours de gestion des services sanitaires pour les cadres sanitaires moyens de Lagos. Ces cours en ont remplacé d'autres aux centres régionaux de formation. En un sens, ils se sont substitués aux cours d'intérêt régional qui ne sont plus dispensés dans le cadre du Programme de Dakar.

#### 4. Programmation Sanitaire par Pays

Etat d'avancement: L'OMS a conçu une méthodologie de programmation, de planification et de gestion des systèmes sanitaires vers la fin des années 1970. Le principe fondamental de cette programmation consiste à mettre en relief l'interaction entre le secteur de la santé et divers autres secteurs connexes, en plaçant ainsi la santé dans l'optique plus élargie du développement socio-économique total. La programmation sanitaire par pays fut introduite dans les programmes de formation à la planification sanitaire dans la région de l'OMS/AFRO, et en particulier dans le Programme de Dakar. Les ateliers et exercices sur la programmation sanitaire par

pays ont eu lieu dans un certain nombre de pays au sud du Sahara à savoir, la Gambie, le Libéria, le Niger, le Sénégal, le Mali et le Benin dans la région du RSSP.

Le RSSP a participé directement à l'exercice de programmation au Libéria et à l'introduction des concepts de programmation sanitaire par pays dans les cours de formation du Programme de Dakar. Le personnel du Centre de Dakar a réalisé avec dynamisme ces ateliers et exercices pour la région de l'OMS/AFRO mais le RSSP n'y a pas été directement associé. Le RSSP avait proposé d'évaluer l'incidence de la programmation dans un pays donné, mais les contraintes budgétaires n'ont pas permis de réaliser cette évaluation.

#### 5. Pertinence:

Avec l'accroissement de la demande des populations en matière de soins de santé au regard de ressources insuffisantes, il importe de veiller à ce que les ressources humaines et matérielles soient utilisées avec efficacité. Le développement des soins de santé primaires dont l'objectif consiste à atteindre les populations des périphéries aggrave les contraintes qui pèsent sur les services sanitaires centraux et les systèmes d'approvisionnement et des transports mis en place par les ministères.

Il devient de plus en plus évident que la planification et la gestion de programme de santé dans la région constituent les points faibles des stratégies de développement de la santé. Le RSSP a accordé une certaine attention à ces éléments et a contribué à mettre en relief les contraintes. De plus, le RSSP a pris certaines mesures importantes visant à résoudre une partie des problèmes essentiels et s'est surtout attaché aux importants domaines de la coopération intersectorielle, de la communication, de la supervision, des attitudes et du comportement, des systèmes d'information et de données, et de la structure organisationnelle.

## 6. Efficacité

Le RSSP a inclus certaines de ces questions déterminantes de planification et de gestion dans les programmes de formation visant diverses catégories de décideurs et de fonctionnaires du cadre moyen.

Si le côté "consolidation des institutions" visé par l'Objectif 1 n'a pas été atteint, il n'en demeure pas moins que d'autres formules ingénieuses de formation ont été trouvées. La participation des consultants et du personnel du RSSP aux principaux aspects de gestion a été excellente et dans certains cas inégalable.

Il est difficile d'évaluer les résultats des trois ateliers intersectoriels de haut niveau sur la planification et la gestion sanitaires. L'ampleur de l'influence de ces cours sur les structures et/ou les pratiques dans les pays participants à ces ateliers ont au niveau de l'appareil gouvernemental. La plupart des représentants étaient suffisamment haut placés dans le ministère de la santé et dans les divers départements connexes de leurs pays respectifs. Plusieurs faits indiquent que l'influence a été positive. Les participants ont fait des observations très favorables sur l'utilité de telles rencontres. Un ministre qui n'avait pas été en mesure de participer et à qui ses collègues ont fait un rapport élogieux a exprimé son regret de n'avoir pas pu participer et a demandé qu'on lui annonce à temps la date du prochain séminaire. Il y a eu beaucoup de demandes relatives au suivi à l'échelon national des ateliers multinationaux, ce qui dénote que la sensibilisation à l'importance du sujet a connu un certain succès. Dans un cas au moins, un ministre de la santé a créé une nouvelle cellule de planification sanitaire après la participation d'un grand nombre de fonctionnaires de ce pays au cours de planification de six semaines à Dakar. Dans certains cas, on a enregistré le phénomène habituel de choc et de frustration que les participants éprouvent lorsque la

bureaucratie ne leur permet pas d'instituer les innovations suggérées au cours de la formation. Il convient de soutenir sans relâche le plan du RSSP visant à atteindre plusieurs niveaux dans chaque organe afin que des changements parallèles d'attitude aient plus de chance de se produire.

### 7. Besoins Actuels et Futurs

Lorsque la demande est forte et les ressources limitées, la tendance naturelle et typique est d'adopter un système d'intervention de crise où l'on résout chaque problème au coup par coup plutôt que de prévoir l'évolution et d'affecter des ressources en conséquence. Il apparaît très clairement que la planification est la chose la plus essentielle dans la situation caractérisée par une pénurie de ressources précieuses. Economistes et planificateurs du développement ont accordé moins d'attention au secteur de la santé qu'à d'autres secteurs, tels que l'agriculture. Au cas où une planification sanitaire est faite, la responsabilité de cette planification peut être principalement confiée à l'organe public de planification ou au ministère de la santé. Dans la situation antérieure, il importe que l'organe d'autorité, en l'occurrence le Ministère de la Santé, soit invité à donner des renseignements et à prodiguer des conseils. Les ateliers multisectoriels de haut niveau organisés par le RSSP visaient à favoriser la prise de conscience mutuelle entre les organes de la planification et de l'opérations, et à faire comprendre que la santé est une matière convenable pour la planification publique.

Il est recommandé que l'approche multisectorielle de la planification et de la gestion sanitaires continue d'être mise en relief par le biais du réseau d'institutions. Il faudrait organiser périodiquement des réunions de renouvelle-

ment, en égard à la rotation réputée rapide des hauts fonctionnaires. Le même concept devrait être introduit dans la formation de gestionnaires du cadre moyen et certainement dans la formation des formateurs d'animateurs. Même sans directives de politique venant du sommet, l'agent de santé local, l'agent de développement communautaire et le vulgarisateur agricole pourront apprendre à coopérer et à mettre en commun leur effort.

Le RSSP a mené des activités extensives pour la formation de gestionnaires de haut niveau et de niveau moyen. Même si une grande partie du temps de formation a été consacrée aux études de cas, aux solutions de problèmes et au travail de terrain, chaque participant retourne dans son pays, avec probablement le sentiment que la formation a été didactique dans une large mesure, en ce sens qu'elle ne s'adresse pas directement à ses problèmes professionnels réels. Néanmoins, un premier pas était nécessaire. Il devrait permettre de créer une disponibilité pour la tenue d'ateliers nationaux avec des collègues réels, liés par des rapports administratifs horizontaux ou verticaux, participant ensemble à des débats sur des concepts, principes et techniques de gestion tels qu'ils sont appliqués spécifiquement au service de santé. Il est encourageant de constater que ces ateliers sont sollicités. A l'avenir, on devra s'employer plus particulièrement à répondre à ces demandes. Le réseau que l'OMS/AFRO organise devrait être suffisamment doté de ressources pour pouvoir aider à mettre au point et à réaliser des séries de séances de formation en cours d'emploi et surtout de fournir des prestations de consultant aux pays pour ce qui concerne les questions de gestion sanitaire. Il est recommandé que deux ou trois experts de haut niveau soient affectés à la région à temps plein, pour une longue durée et avec résidence dans la région, pour soutenir le secrétariat du réseau. Il serait utile d'adapter le matériel didactique produit par le RSSP aux différentes situations nationales.

## OBJECTIF II

L'objectif II du Projet RSSP a pour but :

"D'accroître les compétences et d'améliorer l'utilisation du personnel de santé en offrant des services de santé généralisés de cadres de supervision et de cadres subalternes".

1. Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers — Cette partie de l'objectif est axée essentiellement sur trois institutions de formation aux soins infirmiers—

Le CESSI de Yaoundé (Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers)

Le CESSI de Dakar

Programme de Formation Supérieure en Soins Infirmiers - Cuttington University College au Libéria.

De plus en plus, on considère l'infirmière comme le noyau du personnel de santé publique. Les infirmières constituent le lien clinique entre la médecine et la grande partie des agents sanitaires. Elles aident à former et assurent une bonne part de la supervision. Diverses sous-catégories professionnelles d'auxiliaires, désignés sous des titres différents, ont été affectés à des programmes de santé partout dans le monde. Elles sont toutes englobées dans le présent examen.

La campagne actuelle pour les soins de santé primaires met un accent particulier sur le rôle crucial des infirmiers qui auront à assumer une bonne part de la responsabilité de formation et de supervision des agents de santé villageoise (ASV). Pour mener à bien ces tâches au niveau des programmes de prestation de soins de santé primaires, on devra recourir à l'encadrement par des infirmières. C'est en cela que justifie l'importance que le projet accorde à l'enseignement supérieur en soins infirmiers dans la région, ce qui pourrait accroître l'aptitude à assumer des responsabilités de haut niveau dans les écoles d'infirmières de base, dans les cliniques

et dans les services de santé publique. Dans les services de prestation de soins de santé primaires, les soins obstétricaux accusent généralement un retard lamentable sur les autres activités. Une composante rigoureuse d'obstétrique s'impose donc également pour améliorer la qualité de l'assistance lors de l'accouchement et la qualité des soins préventifs durant la période de grossesse et la période post-natale.

### Les CESSI

Les objectifs de cette activité sont les suivants: améliorer le programme des CESSI actuels en vue de répondre aux besoins en soins infirmier de l'Afrique francophone, dispenser une formation continue aux diplômés des CESSI, et instaurer une procédure d'évaluation systématique continue.

Les CESSI sont des institutions publiques créées avec la collaboration de l'OMS. Le CESSI de Dakar (Sénégal) a ouvert ses portes en 1968. Le CESSI de Yaoundé (Cameroun) est un département du CUSS (Centre Universitaire des Sciences de la Santé) qui est a commencé à fonctionner en 1972. L'objectif de l'une et l'autre institution consiste à former des formateurs d'infirmières et de sages-femmes.

Le projet RSSP ne paie pas de bourses aux étudiants des CESSI; elles sont payées par l'OMS/AFRO et l'UNICEF. Le RSSP contribue aux deux programmes CESSI en fournissant le personnel, les consultants et l'équipement, et en finançant les travaux pratiques des étudiants.

Après avoir rencontré maintes difficultés qu'il est arrivé à résoudre en partie, le CESSI de Dakar a institué un nouveau programme englobant les soins de santé primaires. Le CESSI de Yaoundé poursuit la révision de son programme. En raison de la pénurie de professeurs au CESSI de Yaoundé, le consultant de terrain du projet

RSSP a eu à enseigner à temps plein au cours de l'année universitaire 1980-81. Cette situation pourrait changer en 1982, puisque un accord a été arrêté entre le Directeur du CUSS et le personnel de CESSI.

Le CESSI de Dakar et le CESSI de Yaoundé ont déjà évalué leurs programmes et l'utilisation de leurs diplômes. C'est compte tenu des résultats de cette évaluation que le CESSI de Dakar a conçu son nouveau programme tandis que celui du CESSI de Yaoundé est encore en cours d'élaboration.

En ce qui concerne la consultation à l'intérieur des pays avec les diplômés des CESSI, la stratégie initiale idéale à adopter n'était pas évidente. Les consultants RSSP et le personnel de CESSI ont décidé que le meilleur moyen pour mettre en oeuvre cette activité est de développer un programme continu d'éducation pour les diplômés des CESSI.

En 1980, les professeurs de ces deux institutions ont organisé au CRF de Lomé un atelier de formation continue de dix jours à l'intention de leurs diplômés. Cet atelier était axé sur la réorientation des programmes nationaux de formation d'infirmières et de sages-femmes vers la prestation de soins de santé primaires. Cet atelier a regroupé 25 participants dont 23 venus de 13 pays du projet RSSP. Les participants ont reconnu le mérite de ces ateliers qui les ont aidés à actualiser leurs connaissances en pédagogie. En outre, chaque CESSI a organisé son propre séminaire d'une journée de formation continue relative à la méthodologie à adopter pour intégrer les soins de santé primaires au programme général. Deux ateliers sont aussi prévus pour 1982: l'un à Dakar et l'autre à Yaoundé. Les participants viendront des pays couverts par le projet RSSP, et d'autres pays francophones de la région OMS/AFRO et l'accent sera mis sur la gestion. La méthode pédagogique utilisée est appliquée à la formation continue et à divers aspects du programme CESSI. Un des ateliers prévu pour 1981 a dû être abandonné car les questions

administratives n'avaient pas été réglées à temps par l'OMS/AFRO.

En raison de la pénurie de professeurs à temps plein, les CESSI n'étaient pas en mesure d'entreprendre le suivi avec les diplômés. Pour résoudre ce problème de pénurie de personnel qualifié, le projet RSSP a accordé six bourses de maîtrise pour des études à l'Université de Montréal et à l'Université de Boston (respectivement 5 et 1). Quatre infirmiers et deux dans l'administration en soins infirmiers. Au terme de leurs études, ces boursiers enseigneront à temps plein aux CESSI de Dakar et de Yaoundé.

Le projet RSSP a complété les traitements des professeurs des CESSI pendant une brève période de manière à encourager les infirmières qualifiées à ne pas quitter l'enseignement. Une année plus tard, il fut décidé que le RSSP mette fin à cette pratique qui était contraire à la politique de l'USAID. L'OMS/AFRO a accepté de prendre en charge le complément de traitement.

#### Besoins Futurs des CESSI

D'ici à la fin de 1983, le CESSI de Dakar disposera de six professeurs à temps plein, titulaires du diplôme de maîtrise tandis que le CESSI de Yaoundé en aura cinq. Ces effectifs sont insuffisants. En outre, les pays-hôtes n'accordent aucun sursalaire pour le diplôme de maîtrise, les CESSI risquent de connaître une instabilité de personnel enseignant si l'OMS arrête de compléter le traitement des professeurs.

Le développement du personnel des CESSI est la clé de voûte du renforcement de ces institutions dont on attend qu'elles assurent des activités au niveau des pays, la formation continue et la consultation. Il serait souhaitable d'établir une liste d'infirmières et sages-femmes diplômées, plus particulièrement orientées vers la santé publique, pour permettre aux CESSI d'aider les pays à améliorer la formation aux soins infirmiers et leurs services infirmiers.

TABLEAU 15

NOMBRE D'INSCRITS (CESSI) DEPUIS L'ENGAGEMENT DU RSSP

1978 - 81

Pays	Total No. Etudiants Inscrits dans les								
	2 CESSI 1978-83	Classe '78-'80 Dakar Yaoundé		Classe '79-'81 Dakar Yaoundé		Classe '80-'82 Dakar Yaoundé		Classe '81-'83 Dakar Yaoundé	
Benin	12		1	2	2		2	3	2
Cameroun	57		15		12	2	16		12
RCA	4	1			1			1	1
Tchad	2		1						1
Congo	5	1	2				1		1
Guinée Equ.	0								
Gabon	4		1	1		1		1	
Guinée	0								
Côte d'Ivoire	19	3	1	2	4	3		3	3
Mali	5	1				2		1	1
Mauritanie	7	1		2		2		2	
Niger	10	1	2	1	2	1	3		
Sénégal	32	5		6			11	10	
Togo	6	2		2		2			
Haute Volta	13	2	2	2	3	2		2	
<b>Total pour</b>									
les Pays RSSP 176°	17	25	18	24	26	22	23	21	

° Ajouter 16 inscrits d'autres pays francophones soit un total CESSI inscrits 1978-81 de 192.

Programme de Formation Supérieure en Soins Infirmiers de la Sous-région Anglophone comprenant la Gambie, le Libéria et la Sierra-Leone

Les sous-objectifs du projet RSSP pour la sous-région anglophone visent :

- à développer un programme de formation supérieure en soins infirmiers à Cuttington University College (CUC);
- à mettre en place un atelier de formation continue afin de souligner l'importance des éléments de soins de santé primaires dans le programme de formation des infirmiers et d'administration dans les écoles de formation en soins infirmiers;
- à prendre en charge le programme (non sanctionné par le diplôme) de formation en soins infirmiers au Tubman National Institute of Medical Arts (TNIMA), qui sera disponible aux étudiants des trois pays.

Le CUC où est offert le programme de formation supérieure en soins infirmiers est situé à Suacocco, dans le département de Bong, au Libéria. En tant qu'établissement privé, le CUC dépend des droits d'écologie payés par les élèves, des prêts et dons de l'Eglise Episcopale Américaine et de l'USAID et des subventions du gouvernement Libérien. Le projet RSSP a permis pour le CUC une autre source de revenus par les droits d'écologie.

En tant que Faculté, le CUC offre une licence en Sciences, en Education, en Lettre, en Sciences Sociales, en Soins et en Théologie. L'école d'infirmiers a deux programmes. Le diplôme de base établi en 1964 prépare les débutants dans un programme d'une durée de 4 ans à travailler dans les différents services de santé. Le programme de formation supérieure fut créé en 1967. Il dure 2 ans 1/2 et il est réservé aux infirmiers diplômés d'Etat formés. Il vise à compléter leur éducation

générale et à perfectionner leurs compétences professionnelles. Tandis que cette formation supérieure en soins infirmiers a précédé le projet RSSP, le projet RSSP contribue à le fortifier/consolider et à lui donner de l'importance en le rendant accessible aux candidats de la Gambie et de Sierra Leone. Avec le programme corrigé, la formation supérieure en soins infirmiers du CUC permet aux infirmiers professionnels d'être élevés au niveau du B.S. Le programme a été instauré en consultation avec les trois pays de la sous-région anglophone. La première classe ouverte après que le programme renoué ait été appliqué, a commencé en mars 1981, avec quatre boursiers RSSP du Libéria (effectif de la classe: 8). Cependant, six boursiers RSSP, quatre du Libéria et de la Gambie, ont commencé en 1980 avec l'ancien programme.

Trois consultants RSSP ont participé à l'élaboration du nouveau programme de formation supérieure en soins infirmiers. Ils ont enseigné dans les classes étant donné le manque de personnel enseignant dans le département d'Infirmiers où, pour une centaine d'élèves dans les deux cycles, il n'y a que 5 professeurs.

Treize bourses ont été attribuées par RSSP, pour poursuivre l'enseignement en soins infirmiers, pour le Libéria, La Sierra Leone et La Gambie. Trois étaient destinées à une maîtrise en Soins et Santé Communautaire et Soins Parent/Enfants à Boston University; à leur retour, ces infirmières viendront augmenter le nombre des enseignements à Cuttington. Dix bourses étaient destinées à un diplôme de bachelier en Sciences, en Médecine communautaire et soins infantiles dans le cadre du programme avancé en soins infirmiers à CUC.

Le projet RSSP a fourni des équipements pour l'école d'infirmières et une jeep pour le transport. Actuellement, ce véhicule sert aux consultants RSSP qui vivent à Monrovia comme moyen de transport sur le long parcours jusqu'à la CUC. Cependant, le programme de formation supérieure rencontre d'importants problèmes de transport pour que les élèves entreprennent leurs travaux pratiques sur le terrain dans le

domaine des soins de santé primaires.

Le projet a également commencé à mettre en oeuvre un programme (non sanctionné par un diplôme) de formation en soins infirmiers à TNIMA, à Monrovia afin de renforcer l'éducation en soins infirmiers et les services sanitaires au Libéria, en Sierra Léone et en Gambie. Il comprend 4 départements:

1. Ecole d'infirmiers - infirmiers d'état
  - infirmiers auxiliaires
  - sage-femmes
2. Ecole de Santé de l'environnement
3. Ecole des médecins assistants
4. Ecole de Technologie de Laboratoire Médical.

L'équipe d'évaluation a été informée que le Ministre de la Santé du Libéria aimerait poursuivre ce programme de formation en soins infirmiers à TNIMA parcequ'il n'y a pas assez de professeurs pour les écoles d'infirmiers dans les trois pays.

Les consultants du projet RSSP ont dirigé trois ateliers pour 42 éducateurs infirmiers et les infirmiers confirmés sur les programmes de développement, les soins de santé primaires et la nutrition. Des participants des trois pays anglophones s'y trouvaient. On trouve inclus dans le programme de 1982, une session d'un séminaire sur les programmes de développement et un cours de 4 semaines sur la méthodologie d'intégration SSP dans le programme de base de l'école d'infirmiers.

Le programme de formation en soins infirmiers de Cuttington College à besoin:

- de consultants pour renforcer le programme
- d'un personnel enseignant plus important
- de véhicules et d'équipement, surtout pour les stages pratiques en brousse

- d'améliorer la bibliothèque
- de fournitures et besoins divers.

Il est difficile de faire un parallèle entre buts éducatifs du développement de Cuttington visés par projet RSSP avec le marché pour les lauréats quand ils retournent dans leurs pays respectifs. Les gouvernements hésitent à promouvoir de jeunes diplômés avant les infirmiers vétérans confirmés simplement parce-que les jeunes ont acquis un diplôme universitaire. Malgré tout, les étudiants repugnent à retourner à leurs anciens postes et salaires et se demandent à quoi leur a servi de faire des études diplômés. Une politique logique aurait été de réserver la place à Cuttington aux infirmiers chevronnés, mais ils n'ont pas été sélectionnés à cause de considération concernant leur niveau par rapport aux exigences d'admission.

Les trois pays anglophones ont grand besoin de personnel pour leurs écoles d'infirmiers et pourraient placer quiconque ayant un diplôme de spécialiste en éducation d'infirmiers. Le programme avancé en soins infirmiers, quant à lui, n'offre rien de spécial dans cette branche.

Seulement deux étudiants sur un total de dix-huit, y ont participé: deux Gambiais. Il semble que les conditions d'admission à Cuttington aient été un obstacle. Il est maintenant admis qu'il est possible d'accepter comme équivalent aux diplômes universitaires des examens compensatoires. La Sierra Léone a désigné deux candidats dont le poste sera réservé pour leur retour.

Le programme de Cuttington tel qu'il est, affrontera de graves difficultés s'il ne continue pas à recevoir une aide extérieure. Ses besoins ont été décrits dans ce rapport. Dans l'ensemble, l'équipe d'évaluation ne peut pas faire de recommandations en ce qui concerne la continuation de l'aide au programme avancé d'infir-

miers à Cuttington, tant que le dilemme concernant le placement des lauréats de ces études n'aura pas été résolu par les parties concernées dans la sous-région.

2. Centres Régionaux de Formation (CRF) à Lagos et Lomé -- Cette partie de l'objectif II du projet RSSP a été conçue pour améliorer la formation, l'évaluation et les activités régionales dans les deux centres régionaux de formation, et pour asseoir l'autonomie de ces centres afin qu'ils soient à même d'aider les gouvernements des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale à renforcer la formation et améliorer l'utilisation du personnel de santé au niveau des superviseurs et des cadres subalternes, en particulier en ce qui concerne la prestation de soins de santé primaires.

Les centres régionaux de formation de Lomé et de Lagos, où l'enseignement est dispensé respectivement en français et en anglais, organisent des ateliers et des cours de brèves durées pour le personnel diplômé de santé publique dans diverses disciplines. Commencant en 1978 à Lomé et en 1979 à Lagos, le RSSP a collaboré intensivement avec les deux centres en mettant l'accent sur la promotion de la formation à la prestation de soins de santé primaires visée par les centres. Le projet RSSP a mis à la disposition de ces centres des consultants, du matériel, des fournitures, et a attribué des bourses. Une partie du travail effectué par le consultant a abouti à la conception d'un ensemble de modules d'enseignement et de matériel didactique (tels que les modules d'enseignement pour la formation des formateurs d'animateurs), tandis que d'autres consultants ont contribué à modifier les programmes de cours existant déjà.

La méthode pédagogique utilisée était orientée vers des tâches à réaliser. En se rendant dans les villages dès le début, les consultants du projet RSSP ont démontré à quel point il est important que le formateur connaisse parfaitement le cadre dans lequel le stagiaire est appelé à travailler. Une partie importante du programme développé concernait le travail effectif sur le terrain.

Avec l'accent qui vient d'être mis sur les soins en santé primaires, le rôle du personnel de santé se modifie. Le but, si ce n'est pas encore la pratique, est de s'orienter plus vers des services de prévention et de promotion de la santé. L'animateur est la personne toute indiquée pour remplir ces fonctions du niveau de la collectivité, étant donné qu'il a déjà eu des contacts fréquents à l'occasion de la prestation de soins curatifs ou d'autres services. Compte tenu des observations faites sur le terrain, 49 tâches principales ont été identifiées pour les animateurs. Ces tâches ont été analysées avec les méthodes conçues par le CEDH de Boston University de manière à faciliter la confection de manuels pédagogiques détaillés.

Les premiers projets de matériel didactique des animateurs furent conçus et mis à l'essai sur le terrain par le personnel CRF et les consultants RSSP et une série de sept modules fut produite sur la nutrition, les soins aux enfants, les premiers secours, les soins aux adultes et l'organisation des activités d'animateur. Ce matériel est maintenant disponible aux 2 centres régionaux de formation. Les 2 modules ont servi à la formation de 87 formateurs de la région RSSP qui sont retournés dans leurs pays respectifs et ont commencé, à leur tour, à former des animateurs.

Entre 1978 et 1981, le projet a servi de support à 33 cours et séminaires de courte durée aux deux centres régionaux de formation. \* Le projet RSSP a contribué à initier 10 de ces 33 cours/séminaires de courte durée, et a aussi apporté son soutien en matière de développement de programme, procuration d'animateurs et/ou financement (bourses incluses). Le projet a aussi servi de support à 23 des cours (sur les 33) en matière de développement de programme, procuration d'animateurs et/ou financement (bourses incluses), bien que ces cours n'aient pas été initiés

\* En plus de ces 19 cours mentionnés sous l'Obj. II, but de Formation, inclure 11 cours mentionnés sous l'Obj. I, but de Plannification/Management inclure 3 cours mentionnés sous l'Obj. III, but du Control des maladies contagieuses  
Total: 33 cours reçoivent l'aide de RSSP, 1978-81, Obj. I, II, III aux CRF.

par le RSSP.

Les dix nouveaux cours/séminaires que le RSSP a contribué à initier aux centres régionaux de formation (1979-1981) sont les suivants (voir la Table des Matières pour plus de détails sur les cours avec support du RSSP):

- 1 Cours de Formation des animateurs de Santé Rurale pour les Décideurs et les Formateurs
- 5 Cours de Formation des Formateurs des Agents de Santé de Village
- 1 Cours en l'Elaboration Systématique des Cours
- 1 Atelier en Soins de Santé primaires et de Rôle des Infirmiers
- 1 Cours sur la Gestion à un haut niveau des Services de Santé
- 1 Cours PEV sur la Gestion à un niveau moyen

Les consultants du projet RSSP qui collaborent avec les enseignants des centres régionaux de formation n'ont pas encore achevé l'élaboration d'autre matériel didactique sur la manière d'assurer la supervision des animateurs. Les premiers projets terminés, le matériel sera testé sur le terrain comme d'habitude. Les méthodes d'évaluation ont aussi été enseignées auparavant, mais là aussi il reste à concevoir des directives pédagogiques systématisées.

Les centres régionaux de formation viennent de commencer la formation d'animateurs dans les pays. Sur les vingt pays, seuls trois ont été assistés à la fin de 1981, à savoir la Gambie, la Mauritanie et le Sénégal. Les autres pays sont très intéressés par la formation nationale et cinq d'entre eux ont déjà sollicité une aide à cette fin.

Les activités, qui s'étendent à la formation nationale d'animateurs de santé rurale, passent par :

- l'évaluation des besoins de formation au niveau du village
- la formation des formateurs des agents de santé de village (ASV)
- l'adaptation du programme national existant ou des modules de formation des animateurs élaborés au centre régional de formation.

Le personnel des CRF mène ces activités au niveau national avec la collaboration de ceux qui avaient suivi les cours de formation des formateurs.

Les deux CRF ne sont pas encore indépendants. Les effectifs en personnel restent insuffisants dans certaines spécialités. Ces centres ayant été créés pour soutenir et renforcer le système de formation dans les divers pays, il importe de les doter d'un nombre suffisant d'enseignants afin qu'ils puissent mener à bien les activités de CRF et les activités de caractère national.

Malgré les ressources limitées, les enseignants des CRF font un excellent travail. Des anciens participants ont apprécié la qualité des cours et du matériel didactique que certains d'entre eux ont du reste adopté.

Les consultants du projet RSSP ont constitué aux CRF, des comités chargés d'examiner le contenu des cours. Par ces comités, un cours de brève durée sur la conception systématique des cours a été conçu et dispensé.

#### Situation des CRF

La composition du personnel des CRF se présente comme suit:

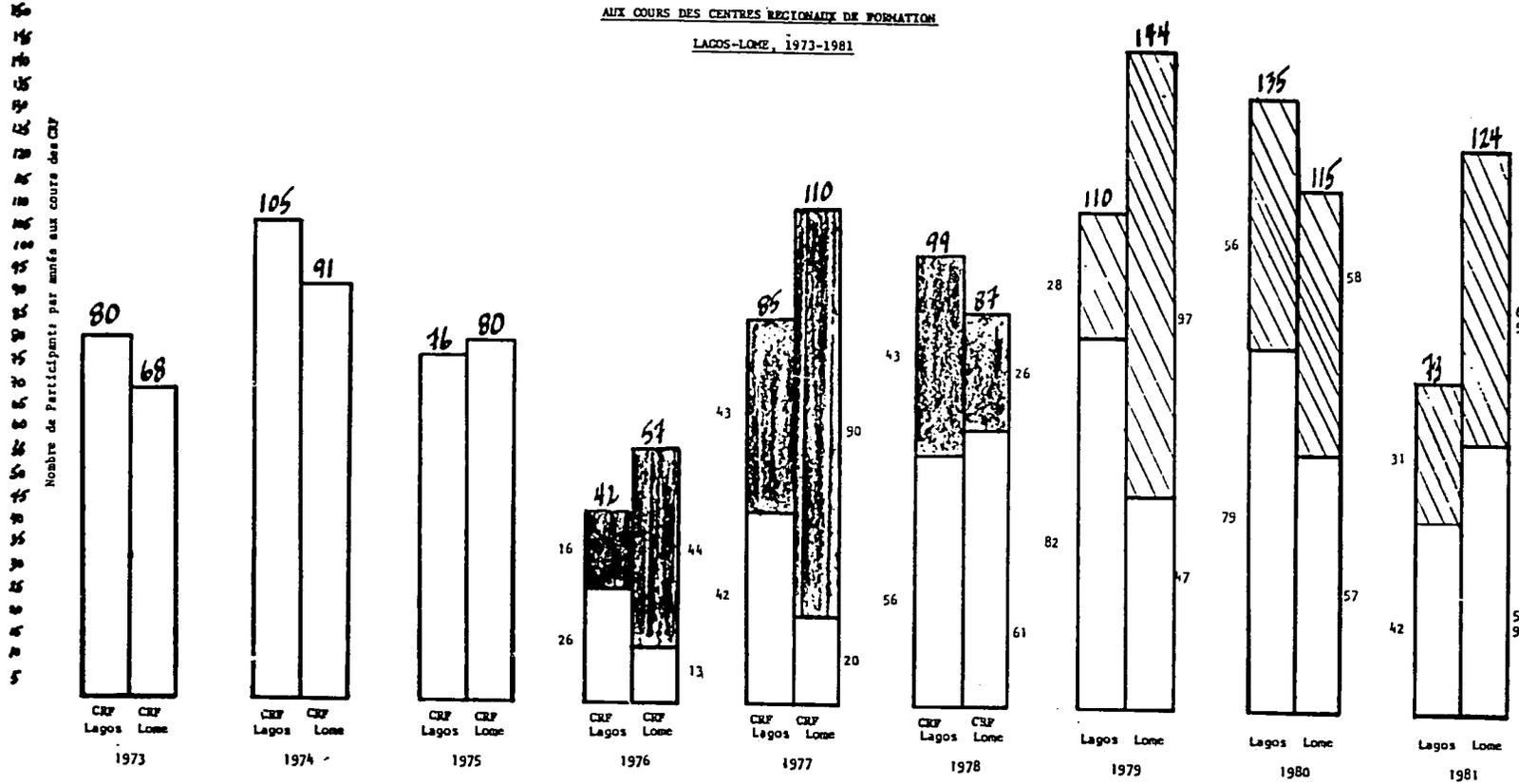
	<u>Lomé</u>	<u>Lagos</u>
Professeurs à plein temps	3	2
Contrats de brève durée (3-11 mois)	2	2
Professeurs à temps partiel	(varie avec les cours)	

Le graphique qui suit donne le nombre des participants habituels dans les deux CRF, (1973-81)

Graphique 1

-  Participants financés par l'OMS (1973-1981)
-  Participants financés par l'USAID (En dehors de la Phase II du Projet RSSP (1976-1978))
-  Participants financés par le projet RSSP (1979-1981)

FINANCEMENT DES PARTICIPANTS  
AUX COURS DES CENTRES REGIONAUX DE FORMATION  
LAGOS-LOME, 1973-1981



Deux cours ayant lieu simultanément dans un CRF, le nombre de professeurs pour les participants apparaît bas par rapport au chiffre standard de 1 pour 5 donné par l'OMS. C'est un des points critiques, surtout pour les travaux pratiques des cours de formation de formateurs, animateurs de santé rurale.

Les deux CRF disposent d'un nombre limité de salles de cours et d'installations d'hébergement des élèves. Il convient toutefois de mentionner qu'au centre de Lomé des travaux d'agrandissement sont en cours. Les coûts de ces travaux sont financés par l'USAID dans le cadre de la coopération bilatérale avec le gouvernement togolais.

Les deux CRF ont besoin de soutien extérieur pour pouvoir continuer à développer les activités de formation dans les pays et pour venir en aide aux institutions nationales de formation.

Besoin futurs des CRF:

1. Accroissement des effectifs d'enseignants permanents pour absorber le poids des activités accrues décrites plus haut;
2. Consultants à long terme de la région, affectés pour une année scolaire complète y compris le temps de préparation;
3. Consultants recrutés régulièrement pour de courtes durées pour assurer la formation continue du personnel et l'évaluation des programmes;
4. Création d'un poste budgétaire souple sur lequel seront financées les dépenses courantes telles que l'achat de pièces de rechange pour le matériel audio-visuel.

### OBJECTIF III

Historique: Le programme de lutte contre la rougeole et la variole en Afrique occidentale et centrale, financé par AID de 1966 à 1972, a été exécuté par CDC. Après la fin de ce projet, les pays participants exprimèrent leur besoins continus d'amélioration des activités nationales de surveillance des maladies. De plus, alors que la variole est radiée de la Région (et par conséquent dans le monde), la rougeole est demeurée partout un sérieux problème. En 1977, un Programme mondial Elargi de Vaccination (PEV) fut élaboré et adopté par les pays membres de l'OMS. Cet historique a influencé la planification du projet RSSP. CDC a été choisi pour l'exécution des éléments du projet compris dans l'objectif III, à cause de sa compétence reconnue dans ces domaines techniques. De plus, les responsables techniques de CDC travaillaient avec l'OCEAC et l'OCCGE depuis longtemps avant la création de RSSP. Un "PASA" fut signé entre AID et CDC en juillet 1978 (PASA H2/AR 0398-6-78) (Append. 7).

Définition : L'Objectif III du projet RSSP est étudié "améliorer la surveillance épidémiologique et les systèmes de collecte de données démographiques et sanitaires sur les plans régional et national et intégrer ces systèmes dans les systèmes nationaux de planification et de prestation des services de santé."

L'Objectif III du projet RSSP comporte quatre domaines d'activités dénommés sous-objectifs:

1. Elargir les activités de vaccination (aux antigènes multiples) dans la Région.
2. Développer le potentiel de formation (fournir dans la région une formation couvrant la gestion et la méthodologie des programmes élargis de vaccination (PEV), la surveillance des maladies, la collecte de données épidémiolo-

logiques, et renforcer le potentiel régional de formation dans ces domaines).

3. Développer le potentiel de collecte des informations (données nécessaires pour la planification sanitaire y compris les données démographiques).  
(Renforcer les systèmes régionaux et nationaux de surveillance épidémiologique, et d'informations sanitaires nécessaires à un système de planification sanitaire efficace.
4. Développer un système coordonné de laboratoire permettant de fournir l'appui nécessaire aux services de surveillance épidémiologique et aux systèmes de contrôle.

Il existe dans chacun de ces sous-groupes plusieurs activités différentes qui sont modifiées d'année en année en fonction des plans d'exécution approuvés par PCC et des fonds disponibles.

Afin d'exécuter les quatre sous-objectifs, CDC a attribué six postes sur le terrain: un technicien des opérations dans chacun des trois pays choisis pour la démonstration et la formation de vaccination (Côte d'Ivoire, Cameroun et la Gambie) et trois épidémiologistes qui serviront par l'intermédiaire de l'OCCGE et l'OCEAC dans deux sous-régions et dans un groupe de la sous-région anglophone (Libéria, Sierra-Léone et Gambie).

Les responsables techniciens de CDC fonctionnent comme une partie de la structure d'ensemble de RSSP et la collaboration est effective dans le domaine. Le Directeur Adjoint du projet RSSP chargé de la Surveillance des Maladies et la Recherche Appliquée a travaillé étroitement avec le personnel de CDC. L'OMS/AFRO et le siège de l'OMS/Genève ont organisé, avec le personnel de RSSP, plusieurs programmes de formation et des évaluations de PEV.

## Apports

### 1. Personnel

Les six postes sur le terrain sont occupés par du personnel de CDC qui est aidé par un responsable pour les activités du projet RSSP travaillant à plein temps à la Direction d'Atlanta, le Chef de la Section des Services sur le terrain et le Directeur de la Division de la Recherche et du Développement du Bureau des Programmes Sanitaires Internationaux travaillant à temps partiel. Les postes de responsable des opérations sont occupés presque continuellement. Il y a eu quelques difficultés à propos de l'affectation aux postes d'épidémiologistes pour l'OCCGE et la sous-région anglophone (voir Tableau 16). L'épidémiologiste anglophone pour la sous-région a quitté en septembre 1981 et son remplaçant n'est pas encore arrivé, bien que la date de son arrivée soit prévue pour avril 1982.

Il y a eu deux épidémiologistes nommés consécutivement à l'OCEAC, ainsi que deux responsables des opérations en Gambie. Ainsi, au total huit professionnels ont occupé les six postes pendant les premières années de la Phase II du projet. Le coût total des salaires et frais d'entretiens du personnel sur le terrain s'élève à 2.525.000 dollars environ pendant la période 1978-81. Le coût du personnel des Directions s'est élevé à 788.300 dollars.

### 2. Equipement et Fourniture

Pendant les quatre premières années du projet (1978-81), du matériel d'équipement et d'approvisionnement d'une valeur d'un million de dollars a été acheté et fourni pour les activités sur le terrain de l'Objectif III. De plus, les coûts de fournitures de laboratoire et de salaires des employés locaux se sont élevés à 616.325 dollars pendant cette période de quatre ans. Les équipements et fournitures comprennent l'équipement des chaînes de froid, les seringues

et les équipements de bureau. RSSP a été le principal fournisseur pour l'établissement d'un laboratoire de surveillance à l'OCEAC, lequel fournit une gamme élargie de procédés de routine, sérologie, bactériologie et autres, mentionnés par les professionnels de la santé et les étudiants en médecine des états membres de l'OCEAC. Le RSSP a aussi donné des fournitures à l'OCCGE, au laboratoire national de la Gambie et à l'Institut Pasteur.

### 3. Vaccin Anti-rougeoleux

Le vaccin antirougeoleux est fourni par le projet RSSP depuis 1978. Les quantités de vaccin pour chaque pays sont déterminées par RSSP et OMS/Afrique conformément aux besoins économiques, taux de naissance et besoin du programme. La quantité du vaccin disponible varie d'année en année selon les prix. AID/Washington a passé des commandes aux fabricants et informé par télégramme les Ambassades/USAID, l'OMS/AFRO et le RSSP/Abidjan des dates de livraison prévues. Les quantités ci-après de vaccins contre la rougeole ont été fournies jusqu'au 31 décembre 1981:

TABLEAU 14

<u>Année</u>	<u>Doses de vaccin fournies</u>
1978	833.000
1979	1.360.000
1980	1.417.000
1981	1.313.000

Le coût total de ce vaccin a été de 1.010.000 dollars. Depuis 1980 le projet fournit une quantité de vaccins à chaleur plus constantes. Tandis que la plupart des responsables PEV contactés continuent de demander à leur personnel sur le

terrain de manipuler tous les vaccins anti-rougeoleux de la même manière, ils pensent que le vaccin assure une importante mesure supplémentaire de sécurité. L'équipe d'évaluation n'a pas encore trouvé une évidence d'études pour renforcer ce sentiment sur cette efficacité du vaccin. Il y a eu quelques problèmes avec les livraisons tardives de vaccin en provenance du fabricant, de même que quelques complications d'expédition, mais le procédé, d'une manière générale, s'est déroulé en bon ordre et la chaîne de froid a été respectée depuis le fabricant jusqu'aux points de stockage des activités nationales PEV. Depuis 1980, AID/Washington a demandé aux différents pays de soumettre des rapports sur l'utilisation des vaccins anti-rougeoleux. Ces rapports ne sont envoyés qu'irrégulièrement et la plupart des informations reçues sont incomplètes.

Sous-objectif I : Elargir les activités de vaccination (aux antigènes multiples) dans la Région

Etat d'Avancement

Trois pays de la Région ont été choisis comme zones de formation et démonstration (DTA) pour les programmes d'immunisation : Côte d'Ivoire, Cameroun et la Gambie. Des activités d'immunisation étaient déjà pratiquées à une plus petite échelle dans ces pays. Dans chacun, trois secteurs plus petits de 200.000 personnes chacun ont été définis comme zones de formation et démonstration (DTZ).

Les vaccinations faites protègent contre les six principales maladies infantiles visées par PEV (rougeole, poliomyélite, tétanos, diphtérie et tuberculose), selon le programme de vaccination de l'OMS. On vaccine les femmes enceintes contre le tétanos toxoïde. (De plus, les vaccinations contre certaines maladies particulières s'y ajoutent dans certains pays, à la demande; comme la fièvre jaune en Gambie). Des profils DTZ sont établis annuellement et comprennent des informations

TABLEAU 16

INDICATEURS IMPORTANTS D'ETAT D'AVANCEMENT DANS  
LES ZONES DE DEMONSTRATIONS ET DE FORMATION DU RSSP

ZDF de l'Objectif III du RSSP	Responsable des opérations en poste	L'épidémiologiste en poste	Responsable des opérations en poste	Commencement du PEV	Trois ZDF en pleine opération	% de la Population Nationale ayant accès aux vaccinations du PEV	Cours de PEV	Evaluation externe	Ecart des valeurs basé sur les plus-récentes enquêtes sur le couverture vaccinale dans trois ZDF (méthode d'échantillonnage)					
									Enfants				Femmes enceintes	
									BCG	1er DPT/ Polio	3ème DPT/ Polio	Rougeole	2ème Anti-tétanique	
Côte d'Ivoire	Oct. '78 à Jan. '82	Avr. '80 à présent	Août '80 à présent	Juin 1978	Nov. 1979	29%	Niveau supérieur Avril 1979 Niveau intermédiaire Janvier 1981 1 pers.--Niveau supérieur, Mars '80 1 pers.--Niveau supérieur Maroc Mars '81 1 pers.--Caméroun '80	Oct.- Nov. 1981	1981 (Abidjan et Ferke seulement)					
									49-74%	60-82%	44-54%	56-75%		
	39 pm								1980					
									66-84%	58-90%	28-80%	37-73%	Non-enregistré	
Cameroun	Mars '79 à présent	Oct '78 à Août '80	1er 1978 à Août '80	1975 à OCEAC (Sept 1979 date offi- cielle	Sept 1980	13,3%	Séminaire niveau inter- médiaire - Août 1980 Niveau intermédiaire - Juin 1981 2 pers.--Niveau inter- médiaire - Jan. 1980 2 pers.--Niveau supérieur - Avril 1979 2 pers.--Niveau supérieur - Mars 1980 1 pers.- Maroc 1981	Mai 1981	1980					
									63-87%	Yaoundé seulement 57%	46-58% ----- 50-53% polio	30-51%	Non-enregistré	
	37 pm	Août '80 à présent	2ème à Sept. 81											
Gambie	Mai '79 à Nov '81	Sept '79 à Sept '81	'79 à ? Fev '81	Mai 1979	Sept 1980	100%	Niveau intermédiaire - Mai 1980 1 pers.--Niveau supérieur - Jan. 1979 2 pers.--Niveau inter- médiaire - Sierra Leone, Août 1981	Nov. 1980	1980					
									85%	Données nationales seulement				
	34 pm		Avril '81 à présent						89%	68%	69%			
									81(polio)	53(polio)				
									1981					
									91-97%	96-88% 94-80% (polio)	73-49% 59-45% (polio)	37-80%	1981/National 95%	

Données de base sur la morbidité et la mortalité des maladies PEV recueillies dans les ZDF	Surveillance des maladies PEV établie dans les PDZ	Données les plus récentes sur le taux de mortalité				Données les plus récentes* disponibles sur la morbidité Pas de cibles fixes établies pour la morbidité			
		Cibles après 36 mois d'opérations pleines				Changement du % Rougeole	Changement du % Polio	Changement du % Coqueluche	Changement du % Tétanos néo-natal
		60% Rougeole	30% Polio	30% Coqueluche	60% Tétanos néo-natal				
Octobre 1980 Donnée 1978: Rougeole dans toutes les ZDF Tétanos néo-natal, Coqueluche, polio, tétanos, 2 ZDF	1980 - Surveillance sentinelle établie à Abidjan et Abengourou et en cours dans la zone Korhogo/Ferké	Abidjan (35 mois) +26%	-95%	-100%	+58%	+16%	-72%	-100%	+26%
		Abengourou (35 mois) -62%	0	0	0	-28%	-66%	+29%	-41%
		Korhogo (23 mois) -100%	N/D	N/D	N/D	-77%	N/D	N/D	N/D
1979 - Yaoundé Données 1969-79: Rougeole, Polio, Coqueluche, et Tétanos néo-natal	Nov-Dec 1980 Un système de surveillance sentinelle établi mais d'efficacité variable	Yaoundé (36 mois) -44%	N/D	N/D	N/D	-80%	-88%	N/D	N/D
		Bafoussam (20 mois) -82%	N/D	N/D	N/D	-56%	-34% (1980)	-91%	-50% (1980)
		Bamenda (20 mois) -45%	N/D	N/D	N/D	-58%	N/D	-14%	N/D
		Eneka (20 mois) -45% (1980)	N/D	N/D	N/D	-29%	-63%	-43%	+30%
Terrain en Mai 1980 Estimations pour la période avant le PEV: Tétanos néo-natal, Coqueluche, Rougeole, Diphtérie, et Polio	En cours de discussions depuis 1980	Division de l'ouest (27 mois) N/D	N/D	N/D	N/D	National -90%	-80%	-51%	-10%
		North Bank/ Lower River (26 mois) N/D	N/D	N/D	N/D				
		MacCarthy Island/ Upper River (4 mois) N/D	N/D	N/D	N/D				

N/D: Non Disponible

\* 1981 ou comme indiqué

générales sur la zone, les centres médicaux et le personnel concerné, les données d'immunisation et d'évaluation, les changements estimés de morbidité et de mortalité depuis le commencement des activités PEV, une brève description des activités de surveillance des principales maladies, et les efforts de formation/éducation de la population.

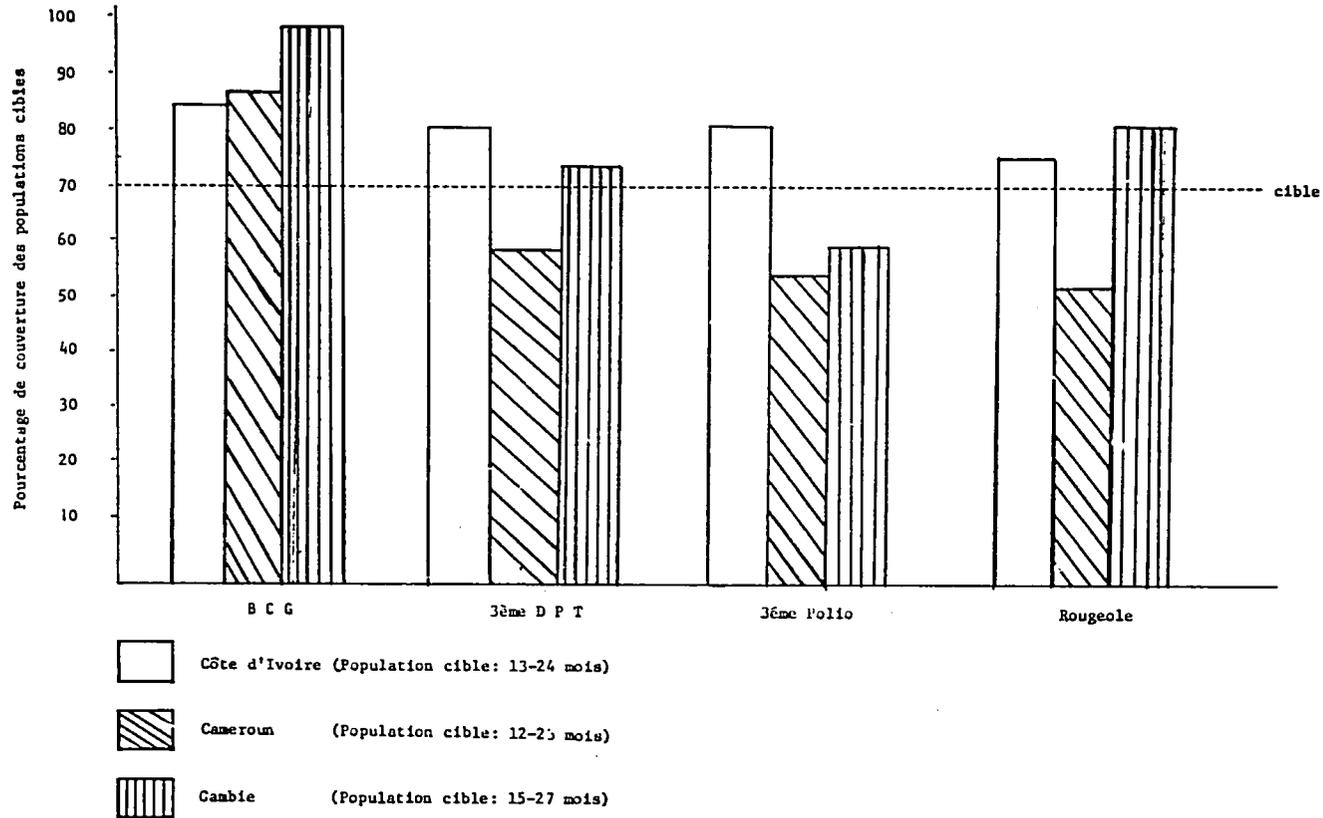
D'autres pays ont également reçu des aides à la demande, pour développer leurs propres programmes nationaux PEV.

Des vaccins anti-rougeoleux furent fournis bien que ceci ne soit pas une activité dirigée par CDC, mais plutôt une responsabilité partagée entre l'USAID, le RSSP/Abidjan et l'OMS/AFRO.

Trois DTZ d'au moins 200.000 personnes chacune ont été entièrement opérationnelles dans chacun des trois pays; en Côte d'Ivoire depuis 1979, au Cameroun depuis 1980 et en Gambie. Le Cheminement en devenant opérationnel, a été plus rapide que prévu. Dans chaque DTA (a) les niveaux de base de morbidité et de mortalité pour cause, au minimum, de tétanos néonatal, rougeole et poliomyélite, ont été déterminés et la réduction de la mortalité est en train d'être mesurée; (b) la couverture est documentée par l'évaluation de DTZ; (c) des évaluations externes du programme ont été réalisées en 1980 ou 1981. Il existe à présent dans toutes les DTZ des chaînes de froid adéquates.

Le but de 70% des données des populations visées dans les DTZ pendant une période de 18 mois d'opérations complètes n'a pas été uniformément atteint quoique le taux des données continue d'augmenter chaque année (voir Table 6 et Graphe 2). La couverture est contrôlée, dans les DTZ et les zones d'expansion par une méthode d'échantillonnage. Le personnel PEV effectue des visites à domicile dans les régions choisies, sur une base non planifiée, pour obtenir des informations sur les vaccinations faites aux enfants d'un certain groupe d'âges compris dans le

COUVERTURE INFANTILE D'IMMUNISATION DANS  
 LES ZONES DE DÉMONSTRATION ET DE FORMATION  
 DU PROJET RSSP:  
 VALEUR MAXIMALE ATTEINTE LORS DES ENQUÊTES  
 DE COUVERTURE VACCINALE, 1980-81



groupe cible en se basant sur les cartes de vaccination. D'une manière générale, un grand nombre de familles gardent bien les cartes de vaccination de leurs enfants, de sorte que la perte de ces cartes ne pose pas de sérieux problèmes à cette méthode.

La documentation portant sur la couverture vaccinale montrent que le groupe d'âges choisi pour enquêtes varie d'un pays à un autre: la Gambie 15 à 27 mois; Cameroun 12 à 23 mois; et Côte d'Ivoire 13 à 24 mois. En raison de cette variation, aussi bien qu'à cause de la durée de l'opération du programme, il est difficile de faire une comparaison exacte de l'évaluation de la couverture vaccinale dans les pays.

Alors que les activités PEV incluent les injections contre le tétanos toxoïde (TTI) aux femmes enceintes, et la surveillance des cas de décès pour cause de tétanos néonatal, les évaluations de la couverture vaccinale contre le TT ne sont pas faites sur une base régulière. Le personnel PEV devrait rechercher la meilleure méthode pour documenter la couverture TT.

Chacun des trois pays DTA a un plan d'expansion des opérations PEV pour parvenir à une couverture nationale. La Gambie, avec sa population de 600.000 personnes environ, est déjà presque entièrement couverte géographiquement par ses trois DTZ. La Côte d'Ivoire a déjà procédé à élargir une zone supplémentaire afin que les services PEV soient disponibles dans une région couvrant environ 44% de sa population nationale de plus de sept millions de personnes. En plus des trois DTZ du Cameroun, le programme PEV dans ce pays a commencé à élargir ses activités dans huit zones. Lorsque ces zones seront tout à fait opérationnelles, environ 25% de la population de 7.6 millions de personnes pourront bénéficier des services de ce programme.

Les principaux problèmes qui sont posés à l'exécution des activités PEV dans

les DTA sont d'ordre administratif et/ou logistique. Le personnel de la santé a fortement résisté au changement d'une approche de vaccination faite par des équipes mobiles à une stratégie comprenant des centres fixes avec le PEV intégré dans les services de routine. Malgré tout, les efforts du Ministère de la Santé de la Gambie, surtout en ce qui concerne l'intégration du PEV dans les services de maternité et les services pour enfants, doivent être applaudis. Il faut noter au Cameroun et en Gambie le manque de moyens de transport pour une supervision adéquate. Par ailleurs, au Cameroun, l'attention et le soutien du Directeur du PEV ont fait défaut. Au Cameroun, la supervision par le personnel au niveau central n'a pas été régulière principalement à cause d'un problème non résolu à ce jour, d'allocation journalière insuffisante pour les voyages dans les pays. Les évaluations PEV ont révélé ces problèmes et fait des recommandations pour leur résolution.

Les trois DTA, de même que la plupart des programmes de la région ont profité de plusieurs donateurs. En Côte d'Ivoire par exemple, l'UNICEF, l'OMC, le Centre International pour l'Enfance, le FAC et le Corps de la Paix, en collaboration avec RSSP et le gouvernement de Côte d'Ivoire ont développé un excellent programme qui touche à peu près 45% de la population dans une période de trois ans seulement. RSSP a joué un rôle prépondérant en formant les cadres supérieurs qui ont élaboré les plans nationaux PEV auxquels les donateurs ont contribué par la suite.

Dans les 17 pays de la région RSSP, les progrès en cours dans la planification et l'exécution des programmes PEV sont variables. Tous les pays ont du personnel de haut et/ou moyen niveau qui a participé aux cours PEV de haut ou moyen niveau, sous la direction du RSSP ou avec l'assistance du personnel du projet RSSP. Les personnels RSSP et CDC ont effectué des visites pour aider à la planification et à l'évaluation des programmes nationaux PEV dans dix de ces pays. Tous les pays membres du projet RSSP ont soit un programme national PEV en cours, soit un plan préparé ou en préparation.

Efficacité : (en termes de réalisation de vaccination) Il est possible d'extrapoler le nombre d'enfants de moins de deux ans et celui des femmes enceintes vaccinés, à partir des couvertures ou sur la base des registres des centres médicaux (ces données sont représentées au Tableau 16). En termes de nombre de personnes vaccinées annuellement par rapport aux groupes visés pendant les deux années qui ont suivi le commencement des opérations, l'équipe d'évaluation considère ce programme comme un succès. L'essentiel ici est le maintien des taux de vaccination, étant donné que PEV est envisagé pour être un programme continu et soutenu, et non pas simplement une série de campagnes de masse périodiques.

Rendement : Pour mesurer le rendement des activités, il serait nécessaire de connaître le coût par unité de réalisation; par exemple coût/enfant entièrement vacciné ou coût/vaccination faite, etc. Ces informations n'ont pu être mises à la disposition de l'équipe. L'équipe a reçu en janvier 1982 la proposition du "Coût de l'Etude du Programme Elargi d'Immunsation en Gambie". Cette étude a trouvé que le coût national moyen par dose d'immunsation administrée pendant l'année fiscale 1980-81 était de D 3.06 (\$1.44) et variait dans les treize sites examinés entre D 1.16 et D 6.32. Le coût national moyen de l'immunsation complète d'un enfant, y compris la fièvre jaune, était de D. 49 (\$23.11).

Il faut citer entre autres facteurs qui contribuent à ce coût: (1) le coût élevé des équipes mobiles, comparé à celui plus économique des centres fixes, et l'efficacité relative en nombre d'enfants et de femmes enceintes traités; (2) les coûts élevés de démarrage y compris les salaires des expatriés; et (3) la précision du calcul des coûts rien que pour la vaccination complète d'un enfant, comparée aux coûts d'administration d'une dose unique ou l'établissement d'une définition de vaccination partielle.

Il est juste de dire que le personnel PEV travaillant dans tous les pays souhaite réduire les dépenses et dans le même temps élargir la couverture autant que possible. Bien qu'il soit possible d'obtenir une plus grande efficacité dans les régions à population moins dispersée, cela n'a pas été la seule base pour l'établissement des priorités.

Impact: (Tendances en mortalité et en morbidité)

L'objectif global d'une diminution de 50% de la morbidité et de la mortalité causées par toutes les maladies visées par les activités PEV 36 mois après le commencement des opérations a été modifié pour diminuer la mortalité des maladies cibles ci-après; rougeole 60%; polio 30%; pertuisis 30%; tétanos néonatal 60%. Il y a eu dans les DTA depuis le début de l'exécution des programmes de remarquables réductions de la mortalité due à la plupart des maladies, bien qu'aucune des DTZ n'ait été opérationnelle pendant plus de 36 mois au 31 décembre 1981. Les données résumées au Tableau 16 indiquent qu'un progrès appréciable a été réalisé bien que des objectifs déterminés n'ait pas été atteints dans tous les cas.

Bien qu'il apparaisse moins aisé de rassembler les données de morbidité, certaines ont été collectées dans tous les DTA. Cependant, du fait que la réduction en morbidité pour cause des maladies visées est certainement proportionnellement plus importante que celle de la mortalité, l'impact des activités PEV est beaucoup plus grand que ne l'indiquent les chiffres de mortalité.

Sous-objectif 2: Développement des capacités de formation

Etat d'Avancement

Conformément à l'objectif général du projet RSSP de développer les capacités des Africains, la formation est un point central de l'objectif III. Les trois coordinateurs de PEV nommés dans les DTA ont collaboré étroitement avec leurs

homologues, à tous les aspects de leur travail PEV. Un programme de formation a été élaboré à l'intention de chaque responsable national pour assurer leur préparation complète en vue d'une entière responsabilité. En 1981, on jugea que le coordinateur national de PEV était indépendant. A la fin de cette année, l'homologue de CDC fut donc nommé dans un pays. Toutes les contreparties des différents pays ont participé à au moins un cours PEV à l'intention des cadres de niveau moyen.

Une formation sur le tas a été organisée à l'intention du personnel de différents niveaux dans tous les DTA et ceci depuis le début des opérations. Les catégories de personnel touchées sont les organisateurs nationaux de niveau moyen, les superviseurs au niveau régional et le personnel des centres de santé. Ils ont été formés à l'utilisation des chaînes de froids, à la surveillance PEV, aux méthodes d'évaluation de la couverture de vaccination, aux techniques de participation de la population et à d'autres aspects d'une bonne organisation de programme. La formation comprenait l'enseignement formel avec l'emploi de modules choisis de cours PEV et un enseignement sur le tas. Des cours nationaux ont été organisés à l'intention des responsables de niveau moyen dans chacun des trois pays avec la participation du nombre ci-après de personnes formées: Gambie, mai 1980, 31 Gambiais; Cameroun, août-septembre 1981, 21 Camerounais; Côte d'Ivoire, janvier 1980, 31 Ivoiriens.

Un programme de formation des personnels d'autres pays membres du RSSP a également été organisé. Le Tableau Elaboré indique neuf cours PEV de niveau moyen et de niveau supérieur, organisés dans la Région, et à l'organisation desquels le RSSP a contribué ou initié. Six de ces cours étaient des réunions inter-états dont plusieurs professionnels de plusieurs pays membres ont tiré profit. Les DTA, comme leur nom l'indique, étaient prévus pour être des sites de formation pour le personnel national et régional. Les DTZ de Côte d'Ivoire ont servi pour la formation dans

deux cours qui ont regroupé plusieurs pays et pour les programmes de formation individuelle d'un coordinateur Togolais de PEV (6 semaines) et pour de courtes visites d'observation effectuées par un responsable Libérien du ministère de la Santé et par une fonctionnaire de l'USAID. Les DTA ont fourni de sites de formation sur le terrain en ce qui concerne la couverture vaccinale pendant les cours PEV inter-pays et des stagiaires en épidémiologie de l'OMS. Pendant les deux premières années du projet, on s'attendait à ce qu'il y ait un certain nombre de personnels invités des pays voisins sur une base programmée aux fins d'expériences organisées. Aucun mécanisme formel n'a été établi dans ce sens.

L'autre important domaine de formation est en relation avec les trois épidémiologistes. Les deux épidémiologistes affectés à l'OCEAC et à l'OCCGE ont travaillé avec le personnel de ces institutions et avec les professionnels au niveau national, tandis que celui qui est affecté à la sous-région anglophone n'a travaillé qu'avec des homologues nationaux, puisqu'il n'y avait pas d'institution régionale comparable. Il y a eu de nombreux débats sur l'embauche à l'OCEAC et à l'OCCGE d'Africains venant des pays membres, pour travailler comme homologues avec les deux épidémiologistes CDC, dans leur travail régional. Ceci n'a pas été possible pour plusieurs raisons: insuffisance de budget pour supporter ces personnes, manque de conviction sur le bien-fondé de ce type de formation d'épidémiologistes qualifiés, et priorité des pays à supporter des professionnels au niveau national.

Un épidémiologiste travaillant à temps plein fut nommé en Gambie et une unité d'épidémiologie fut créée au ministère de la Santé. Au cours de leurs tournées dans les pays RSSP, les épidémiologistes CDC ont travaillé collectivement avec des nationaux responsables des activités pour lesquelles leur aide a fait l'objet d'une demande; il s'agit des directeurs PEV, des épidémiologistes nationaux, etc...

TABEAU 17

ACTIVITES DES MEDECINS EPIDEMIOLOGISTES REGIONAUX

AU 31 DECEMBRE 1982

Médecins épidémiologistes régionaux	En poste	Pays visités et Activités*	Etudes spéciales	Cours et Réunions	Evaluation PEV	Formation des Epidémiologistes Africains
OCCGE	Avril 1980- Présent	Côte d'Ivoire - PEV Haute Volta - PEV, E Mauritanie - PEV, SM Togo - PEV Sénégal - PEV Mali - PEV Revue en profondeur de la surveillance nationale complétée: Mauritanie '81 HV et CI en cours CI '81	Méningite au Tangaye, HV mars-avril 1980  Etude sur le botte- ment dû à la polio- myélite - Korh. '80  Epidémie de méningite - HV '81	Cours de niveau inter- médiaire - Abidjan '81 Banjul - RSSF/CDC Réunion sur la surveil- lance des maladies, Avril 1980  Dakar - Février '81 2ème Séminaire Inter- national sur les vaccinations en Afrique	Mauritanie - Juin 1981  Côte d'Ivoire - Oct-Nov. 1981	OCCGE—Professionnels du corps médical des pays membres  10 médecins du cours international de l'épidémiologie de l'OMS - Formation en Côte d'Ivoire  Assistance à la publication du bulletin épidémiologique en Haute Volta
OCEAC	1978-1980  Aout 1980- Présent	Cameroun - SM, E Congo - PEV, E RCA - PEV Gabon - PEV, E  Revue en profondeur de la surveillance nationale complétée: Cameroun - 1979 Congo - 1980 Gabon - 1980	La fièvre jaune - Cameroun 1980 4ème Evaluation Annuelle sur la couverture de vaccination à Yaoundé Etude sur le statut nutritionnel et variables socio- logiques  Paralysie due à la polio au Cameroun '81  Etude d'efficacité sur la rougeole - Yaoundé 1981  Epidémie de choléra - Cameroun 1980  Le monkey pox Cameroun 1981	Séminaire niveau inter- médiaire - Cameroun '80 Cours de niveau inter- médiaire - Cameroun '80 Cours de niveau supérieur - Abidjan 1979 Cours de niveau supérieur - Brazzaville 1980 Cours de niveau inter- médiaire - Cameroun 6/81 Cours de niveau inter- médiaire - Cameroun 1/82	Cameroun - Mai 1981	Etudiants CUSS Cours technique sur l'épidémiologie en Afrique Cours sur la fièvre jaune et les fièvres hémorragiques Cours sur le choléra Africain du siège du PEV OMS/ Genève - 1 an Formation des techniciens de laboratoire OCEAC Cours OMS sur l'épidémiologie - 1980-81 Cours intégré en management PEV au programme de: (a) Centre de Formation OCEAC; (b) CESSI; (c) CUSS
Sous-région anglophone	Sept. '79 - Juillet '81  Remplacement pas encore en poste	Gambie - SM, E Libéria - PEV, SM Sierra Leone - PEV, SM  Revue en profondeur de la surveillance nationale complétée: Gambie '80, Libéria '80, Sierra Leone '79	Enquête sur l'utili- sation des services PMI - Gambie 8/80  Etude sur l'effica- cité de vaccin anti- rougeolique-Gambie '80  Etude sur le vaccin anti-tétanique -SL'81	Cours de niveau inter- médiaire - Banjul 1980 Réunion sur la surveillance des maladies - Banjul 4/80	Gambie Nov. '80 Enquête sur la couverture - Libéria 1981	Homologue gambien - 2 ans

\* SM: Surveillance des Maladies; E: Epidémie

PEV: Planification, Exécution, Evaluation du PEV; PMI: Protection Maternelle et Infantile

L'épidémiologiste affecté à l'OCEAC a aidé tout au long de l'année 5 à 7 étudiants en médecine du CUSS dans leurs travaux de recherche pour des thèses médicales. De plus, des cours de formation et des réunions ont été organisés à l'OCEAC et à l'OCCGE avec la contribution du personnel RSSP. Par exemple, l'épidémiologiste de l'OCEAC a aidé à l'élaboration de modules de formation et d'exercices pratiques pour une formation annuelle des techniciens Africains d'épidémiologie. Dans l'objectif III, sous-objectif 2, il y a eu collaboration avec les CRF de l'OMS pour incorporer des modules de formation dans certains de leurs cours. Une personne de la Direction CDC, le Directeur Adjoint du projet RSSP et un membre du personnel de l'OMS/Genève ont travaillé avec le personnel de Lagos et l'Unité Fédérale d'Epidémiologie pour intégrer le matériel de formation PEV dans le programme du Centre.

Efficacité: Les évaluations des cours PEV et des questionnaires émis par OMS/Genève une année après les cours montrent que la majorité des participants furent convenablement choisis, c'est-à-dire, qu'ils travaillaient directement ou indirectement avec PEV dans leur pays. Les participants ont estimé très utile le contenu des cours et ont senti qu'ils avaient appris des choses nouvelles concernant tous les sujets couverts par ces cours. En se basant sur les interviews accordés par les responsables de différents pays, l'équipe d'évaluation a constaté que les plans nationaux PEV ont été élaborés et exécutés par certains participants de haut niveau qui ont suivi les cours.

Il est difficile d'évaluer objectivement l'impact du travail des épidémiologistes RSSP sur leurs collègues africains. Le Directeur de l'OCCGE et le personnel de l'OCEAC ont déclaré que leurs personnels avaient bénéficié techniquement de l'association avec ces professionnels. Le Directeur Adjoint des Services Médicaux de

Gambie a été positif dans un commentaire portant sur la qualité du personnel et l'importance des relations entre les homologues. Le premier épidémiologiste homologue a quitté son unité pour suivre une formation à long terme portant sur le développement de personnel sanitaire et un second homologue a été nommé pendant la vacance du poste CDC.

L'équipe d'évaluation consifère que l'enquête et le contrôle d'une épidémie ou le développement d'une activité de surveillance des maladies effectué par un professionnel compétent pourrait avoir une influence positive sur les capacités techniques de leur collègues africains. Un exemple concret du succès des activités de formation et de l'approche de collaboration au sein de RSSP est la participation des nationaux africains aux équipes d'évaluation PEV. Quelques professionnels africains ont servi de consultants extérieurs aux évaluations du programme dans d'autres pays RSSP, tandis que d'autres se sont joints à l'équipe pour faire leur propre évaluation nationale. Dans les deux cas, les évaluateurs africains ont presque tous été d'anciens participants aux cours PEV et souvent des homologues du personnel CDC travaillant sur le terrain.

Sous-Objectif 3: Développer le potentiel de collecte des informations (données nécessaires à la planification sanitaire qui comprennent les données démographiques). (Pour renforcer les systèmes régionaux et nationaux de surveillance épidémiologique, et d'informations sanitaires nécessaires à un système de planification sanitaire efficace.)

Etat d'Avancement

Des analyses approfondies des systèmes nationaux de surveillance et des recommandations pour parvenir à des améliorations ont été faites et achevées dans six pays RSSP et sont en cours dans deux autres pays. (Cameroun 1979, Congo 1980, La Gambie 1980, Sierra Leone 1979, Libéria 1980 et Mauritanie 1981; Côte d'Ivoire et Haute Volta: en cours). La surveillance de certaines mala-

dies, en particulier celles visées par PEV, a été améliorée dans plusieurs pays de la région. Dans la sous-région OCEAC, un accent particulier a été mis sur la surveillance et les enquêtes sur le choléra et les fièvres hémorragiques en Afrique. La méningite méningocoque a retenu l'attention des pays du Sahel, membres de l'OCCGE et ceux du groupe anglophone de la sous-région. Dans toutes les régions, la surveillance de la rougeole et de la polio plus les enquêtes portant sur les épidémies ont été prioritaires. Comme l'indique le Tableau 16, les systèmes de surveillance des maladies visées par PEV ont été développés dans les DTZ (six) ou sont en voie d'être institués (trois).

Trois bulletins réguliers, nationaux et internationaux, ont été créés dans le cadre de l'objectif III RSSP. Depuis octobre 1978, l'OCEAC publie et distribue aux pays membres et à d'autres groupes intéressés des informations bimensuelles appelées PEV-NOTES. Le bimensuel PEV de la sous-région anglophone est publié en Gambie depuis le début de l'année 1980. La côte d'Ivoire publie un bulletin d'information trimestriel à l'intention de son personnel national et des agences intéressées. L'OCCGE émet un bulletin mensuel auquel l'épidémiologiste du RSSP/CDC contribue par des articles.

Le personnel CDC est très actif à la réalisation d'un système de rapport des activités du programme au sein des DTA et d'autres PEV, qui répond aux besoins d'organisation du système d'information de l'OMS.

Les activités de l'Objectif III ont développé au sein des DTA de la Côte-d'Ivoire et du Cameroun une approche de "centre sentinelle" pour la surveillance des maladies. C'est pour ces pays un important pas en avant vers une modernisation de leurs systèmes, une réduction de la surcharge de travail du personnel, et l'assurance de l'exactitude des données.

Efficacité: Le développement des systèmes de surveillance nationale des maladies et la collecte des données sanitaires dans la Région RSSP n'a pas bénéficié d'autant de priorité en termes du temps alloué au personnel comme cela avait été le cas pendant les deux premiers sous-objectifs portant sur les maladies PEV et les enquêtes menées sur les épidémies sérieuses. Les raisons en sont multiples. Les demandes en provenance des pays sont plus orientées vers les demandes d'évaluation et de planification du programme PEV, de même que vers les enquêtes menées sur des maladies spécifiques, plutôt que vers l'analyse de la surveillance nationale. Les recommandations faites par les épidémiologistes pour améliorer les systèmes n'ont pas encore été appliquées. Une méthode d'approche de la surveillance, système de centre sentinelle a été conseillée et est actuellement mise en oeuvre. Elle utilise des sites sélectionnés, certains hôpitaux et des études particulières pour rassembler des informations sur la prédominance et l'incidence. L'OCEAC travaille présentement sur un système régional qu'elle souhaiterait voir adopter par les états membres; elle n'a donc pas encouragé l'épidémiologiste à poursuivre les études nationales. L'accord OCEAC a retiré à l'épidémiologiste CDC la liberté de mouvement avec les pays membres dans les dernières années. Enfin, la planification du programme a accordé la priorité au développement PEV, poursuivent ainsi, la politique régionale de soins de santé primaires.

Il y a néanmoins dans les pays des preuves de capacité de renforcement en vue de contrôler certaines maladies prioritaires.

En Côte d'Ivoire par exemple, la surveillance des maladies visées par PEV est devenue un travail de routine de l'Institut d'Hygiène. En Sierra Léone, on poursuit la surveillance du tétanos néonatal et le contrôle d'efficacité PEV.

Il est regrettable qu'il n'y ait pas eu beaucoup de progrès dans le développement du système de collecte des données alors que l'accent mis sur le travail de l'épidémiologiste est en accord avec les demandes des pays et la grande priorité accordée à PEV partout dans la Région. L'évaluation du PEV et des autres interventions sanitaires sur les tendances démographiques est un important domaine qui nécessite plus d'intervention de la part des gouvernements. Des données adéquates sur la santé et la démographie sont essentielles pour une bonne planification et une bonne organisation sanitaire. L'organisation nutritionnelle est une autre composante fondamentale de la surveillance sanitaire qui n'a pas fait l'objet de l'attention que justifierait la malnutrition observée dans les 20 pays.

Sous-Objectif 4 Développer un système coordonné de laboratoire pour fournir les moyens nécessaires de secours aux systèmes de surveillance et de contrôle des maladies.

Etat d'Avancement

Le projet RSSP et l'OMS ont collaboré avec les laboratoires OCEAC et OCCGE et avec les Instituts Pasteur d'Abidjan et de Dakar pour développer ou renforcer les possibilités des laboratoires pour une variété de besoins pour la Région. RSSP a fourni des équipements considérables et des approvisionnements au laboratoire OCEAC et a également formé un technicien de laboratoire africain. Ce laboratoire dispose à présent d'une gamme étendue de capacités de soutien à l'intention des pays membres pour les systèmes de surveillance et de contrôle des maladies.

Le projet RSSP a coopéré avec les Instituts Pasteur de Dakar et d'Abidjan pour établir la capacité de contrôler la puissance des vaccins anti-rougeoleux, polio-myélitique et anti-amariel. RSSP continue de soutenir le laboratoire OCCGE du Centre Muraz, de même que ses Instituts associés dans les états membres, qui, travaillant en collaboration avec les Instituts Pasteur d'Abidjan et de Dakar, ont maintenant la capacité d'exécuter tout travail de laboratoire nécessaire pour soutenir

les activités PEV dans la sous-région. Cette capacité comprend en particulier la compétence à contrôler le développement de l'immunité contre la rougeole et la polio. Le projet RSSP a encouragé le "Medical Research Council", basé en Gambie et essentiellement financé par la Grande Bretagne, à apporter sa compétence au système coordonné de laboratoire pour la Région de l'Afrique occidentale et centrale.

RSSP a fourni des provisions et de l'équipement à tous ces laboratoires.

Efficacité: L'établissement de ce système coordonné de laboratoire est une importante réalisation pour la Région. Les services de soutien d'PEV, de surveillance des maladies et d'enquêtes sur les épidémies sont essentiels. De plus, il est très important que cette compétence existe maintenant dans les pays de la région RSSP. La création de ce réseau ne peut que renforcer la coopération technique entre les pays. Au fur et à mesure que les communications s'amélioreront entre les pays, le concept des ressources inter-pays deviendra plus pratique.

Pertinence : Les activités de l'Objectif III entre en ligne de compte avec les buts d'ensembles de RSSP, les politiques sanitaires et les problèmes de la Région. Des améliorations dans la gestion PEV et la surveillance des maladies sont des contributions majeures à un développement de la "capacité de planifier, mettre en oeuvre et gérer effectivement et économiquement les systèmes de santé publique viables dans les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale.

La tendance dans les activités de l'objectif III de mettre l'accent sur le PEV et la surveillance des maladies en tant qu'action de soutien, montre bien la pertinence du projet pour les développements sanitaires de la Région.

Dr. Comlan Quenum, Directeur régional de la FAO/AFRO remarquait dans une circulaire sur PEV en 1979 "En tant que composante des soins de santé primaires, le

programme élargi de vaccinations (PEV) constitue dans le développement de la santé intégrée, un pas décisif vers la réalisation de l'objectif que les corps gouvernementaux nous a assigné: "la santé pour tous en l'an 2000". PEV est un pas décisif vers la santé pour tous pour deux raisons essentielles: d'abord les six maladies cibles, qui sont toutes prévenues grâce à la vaccination, entrent directement ou indirectement dans une proportion considérable dans la morbidité ou la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ensuite, en centrant l'attention et les ressources sur un programme prioritaire de santé publique spécialement sélectionné, le système sanitaire dans son ensemble peut être renforcé d'une façon pratique. Un PEV efficace repose sur le développement d'une bonne gestion, sur la logistique, la communication, la formation et l'éducation publique. L'objectif III du RSSP a fait un excellent travail pour fournir les ressources utiles à trois pays en particulier mais aussi dans plusieurs autres, d'une manière qui renforce leurs systèmes de santé d'une façon, espérons le, permanente.

Impact: Naturellement, l'ultime test d'un projet de santé est l'impact produit sur le statut de santé et la survie. L'équipe d'évaluation pense qu'il n'est pas encore possible de déterminer cet impact de l'Objectif III du projet RSSP dans la Région. Hormis quelques documents limités à des maladies sélectionnées du PEV, il n'y a pas de statistiques permettant de mesurer l'impact de RSSP dans les 20 pays et la documentation de base n'a pas encore été rassemblée. Il ne serait donc pas approprié d'attribuer au RSSP, même s'il était possible de documenter, les progrès dans l'ensemble du statut sanitaire et sur la qualité de la vie dans l'un quelconque des 20 pays pendant la Phase II du RSSP.

### Résumé

D'une manière générale des progrès considérables ont été accomplis dans le cadre de l'Objectif III par l'intermédiaire des six personnes employées sur le terrain, la fourniture en approvisionnement, en équipement et en formation. La qualité du travail des missions assignées à tous les 6 postes de personnel employés sur le terrain (totalisant 8 professionnels) a été excellente ainsi que le soutien du siège à leur égard. Les rapports semestriels et annuels du siège à AID ont été bien organisés, bien informés et à propos l'équipe estime que l'Objectif III à l'exception de la fourniture de ped-o-jets (dont l'USAID avait la responsabilité) a été mis en oeuvre de main de maître et bien géré.

A ce jour, environ 266 personnes des pays RSSP ont participé aux cours de gestion PEV et des centaines d'aides sanitaires ont reçu une formation sur le tas - PEV existe dans 14 des 20 pays, les 6 autres étant dans la période des prévisions. Des épidémiologistes CDC ont rendu visites pour améliorer leur surveillance des maladies et leurs systèmes de collection de documentation sanitaire et plusieurs d'entre eux sont en train de réorganiser leur collecte de l'information. Les méthodologies pour évaluer la couverture d'immunisation et l'évaluation du programme PEV ont été introduites et largement utilisées, et la méthode d'approche dite de la "sentinelle" pour la surveillance de la maladie-cible a été appliquée dans certains pays. Un système de laboratoire coordonné a commencé à être mis en place en tant que ressource multinationale en tant que soutien à la surveillance des maladies et des activités PEV. Enfin, plusieurs professionnels de la santé ont accru leurs compétences épidémiologiques grâce à des occasions informelles d'apprentissage et toutes les parties concernées cherchent activement les moyens d'inaugurer des programmes officiels de formation pour les épidémiologistes africains. L'équipe d'éva-

luation favorise le développement d'épidémiologistes qualifiés et d'encourager une réassignation de ressources afin de donner aux diplômés des écoles médicales une certaine formation en épidémiologie avant qu'il n'y ait de vrais spécialistes.

### Futur Besoins

Pour les trois pays DTA, il y a des variations dans la continuité des besoins techniques. Selon les évaluations internes et externes et les rapports de l'équipe du RSSP, les programmes ivoiriens et gambiens sont bien avancés mais bénéficieraient de visites périodiques du personnel technique CDC. Le PEV du Cameroun semble nécessiter la continuation d'un support extérieur à plein temps pour achever et continuer à assurer la couverture dans tous les DTZ.

Le statut des PEV varie depuis la phase de planification jusqu'à une couverture géographique partielle à l'intérieur des 17 pays RSSP et les besoins de support varient en conséquence. Il est évident que PEV est un programme important d'action préventive pour les pays et qu'ils font des efforts pour les étendre aussi extensivement que leurs maigres budget pour la santé le leur permet. De nombreuses agences bilatérales l'OMS et l'UNICEF contribuent en grande partie à ces programmes. D'une manière générale, les types de ressource, de formation et de soutien prévus par le projet financé par AID ayant trait à la lutte contre les maladies infantiles transmissibles sont appropriés par rapport aux besoins et aux priorités de la Région et sont nécessaires dans chaque pays RSSP à divers degrés.

La mise en place de systèmes de surveillance des maladies et de collecte de documentation sanitaire permettant de fournir une information sûre et convenable pour la planification des programmes, la mise en oeuvre et l'évaluation est un besoin continu à l'intérieur des 20 pays RSSP. La formation d'épidémiologistes qualifiés pour développer ces systèmes et investiguer les recrudescences est une

nécessité de toute urgence. Il faut formuler des décisions et des projets de formation d'épidémiologistes nationaux en tenant compte des relations continues existant entre l'OCCGE et l'OCEAC. Il faut rappeler que le Projet CCCD prévoit quelques activités à cet effet.

En plus d'épidémiologistes formés, les infirmiers d'état, les docteurs et les autres professionnels de la santé sont très demandés et très peu nombreux. Les programmes offrant une maîtrise en Santé Publique tels que le Centre Régional pour le Développement Sanitaire à Cotonou sont une grande priorité dans la Région afin de former suffisamment de cadres capables de contrôler les maladies infectieuses aussi bien que les autres aspects des soins de santé primaires.

Trois aspects importants du contrôle des maladies infectieuses qui devraient recevoir plus d'attention de la part de AID et la FAO, des autres donateurs et des pays concernés sont les maladies à diarrhées, le contrôle du paludisme et la promotion de la nutrition. Le projet CCCD, tel qu'il est prévu, doit incorporer les deux premiers éléments et peut-être le troisième à l'intérieur de la section éducation sanitaire. Les pays et les organismes coopérants devraient accroître leurs efforts pour assurer l'intégration des composants d'une nutrition active dans les projets de soins de santé primaires, comprenant un minimum d'éducation nutritionnelle, des connaissances sur la croissance et une meilleure conservation de la nourriture.

La fourniture de vaccins anti-rougeoleux aux pays d'AID par l'intermédiaire de RSSP doit normalement, selon les prévisions, se terminer en Décembre 1982. Bien que d'autres donateurs pourraient être sollicités pour accroître les quantités de vaccin fournies, il est de la plus haute importance que RSSP, l'OMS/AFRO et AID fassent en sorte que ces demandes soient faites selon un emploi du temps déterminé afin d'éviter des ruptures de stock et que les décisions sur la passation des responsabilités et la façon d'y arriver aient été formellement définies à l'avance.

Objectif IV -- Développer les systèmes de prestation de service de santé à prix peu élevés (abordables)

(Renforcement de la recherche appliquée sur les soins de santé primaires)

Au début de la Phase II, l'objectif était de travailler avec deux institutions de la Région pour développer les activités de formation, d'améliorer les systèmes peu coûteux de service sanitaire. Des plans avaient également été discutés pour la fourniture de la Région en produits pharmaceutiques et pour les activités de transport.

Ces propositions furent modifiées par la suite pour différentes raisons et l'accent a été exclusivement mis sur la recherche appliquée pour promouvoir les possibilités de recherche dans la Région.

Les activités subséquentes répondaient à plusieurs sous-objectifs proposés par le projet RSSP et approuvés par le Comité de Coordination du Projet. Le plan vise à aider le ministère de la santé des divers pays, ainsi que diverses institutions à faire des études de recherche effective pour essayer d'apporter une réponse aux questions urgentes qui se posent à eux dans le domaine des services sanitaires. L'accent devait être mis particulièrement sur la prestation de soins de santé primaires. Sur le plan de la gestion, cet objectif rejoindrait l'objectif I, Sous l'angle de la formation d'animateurs et de superviseurs, il compléterait l'objectif II et sous le rapport des PEV il servirait l'objectif III. On a donc estimé que la meilleure façon d'apprendre serait par la pratique.

Il a été reconnu qu'en faisant de la recherche un objectif, on allait au devant de plusieurs questions auxquelles il serait extrêmement utile de répondre mais l'expérience en recherche et l'aptitude faisaient grandement défaut de même que les moyens financiers. Il fallait réaliser bon nombre de travaux préliminaires pour familiariser un peu les responsables de santé publique avec la recherche

appliquée, pour démystifier les techniques de base et pour démontrer aux administrateurs qu'on pouvait fort utilement aborder les questions avec des méthodes directes d'enquête, par exemple pour déterminer des facteurs d'efficacité.

Au nombre des premières mesures, figurait la nécessité d'identifier dans les pays les compétences existantes en recherche qu'elles soient individuelles ou (de préférence) institutionnelles, qui pourraient servir et collaborer avec les ministères de la Santé.

Avec la collaboration de l'OMS/AFRO, le projet RSSP a contribué à l'organisation, au parrainage et à la tenue de trois ateliers de recherche appliquée: un en 1980 et deux en 1981. Le personnel du projet RSSP avec des consultants africains et autres, a élaboré le programme de l'atelier des études de cas, des exercices et autres moyens didactiques. Les cadres techniques du projet RSSP à Boston et à Abidjan ont consacré beaucoup de temps à la conception de directives systématiques en matière de recherche appliquée, qui constituait un thème principal pour les ateliers. Les trois autres ateliers relatifs à la recherche se sont écartés du schéma habituel des ateliers RSSP car ils se tenaient intentionnellement dans des villes qui n'avaient pas encore abrité les autres réunions, ou alors très peu et ils étaient les hôtes des divers ministères de la santé publique. Cette stratégie était excellente.

Les trois ateliers portaient essentiellement sur la recherche en soins de santé primaires. La première réunion (Haute Volta, 1980) s'adressait à quelques pays seulement de la Région RSSP: onze participants seulement, venus de huit pays. Cet atelier restreint avait permis de faire un travail intensif avec le petit groupe présent de cadres supérieurs de la santé. Le message principal fut le concept et la valeur de la recherche. Les deux réunions suivantes ont aussi comporté un nombre restreint de participants. Le séminaire qui s'est tenu au Mali en 1981

s'adressait aussi à des officiels de la santé de niveau supérieur. La réunion (République Centrafricaine, 1981) a regroupé des cadres supérieurs et des cadres moyens de façon à opérer un plus grand rapprochement vers les individus qui pourraient tenir les rênes de la recherche ou même qui pourraient faire de la recherche. Les trois séminaires sur la recherche ont été faits en français. (La tenue d'un atelier en langue anglaise a lieu au moment même de la rédaction du présent rapport en mars 1982).

Le matériel didactique a constitué une bonne part de cette nouvelle entreprise. Les participants ont manifesté beaucoup d'enthousiasme pour ces nouvelles formules et ces nouvelles façons de penser. Ils ont fait un travail laborieux en petits groupes et ont trouvé que le temps imparti pour la réunion était trop court. Ils ont demandé qu'un suivi se fasse dans les pays et qu'il soit organisé pour un pays à la fois, de manière à ce qu'un nombre plus grand de leurs collègues puisse en bénéficier et que les problèmes réels qui se posent dans leur propre institution puissent être abordés de façon rationnelle avec l'encadrement nécessaire. La connaissance serait approfondie plus efficacement.

Il est apparu clairement que les niveaux d'intérêt n'étaient nullement comparables à l'assurance manifestée pour s'aventurer dans la recherche. A notre connaissance aucune proposition d'étude nouvelle n'a été présentée ou n'est prête à être approuvée avant 1982. La plupart des membres du personnel de santé qui pourraient se lancer dans la recherche ou dans l'évaluation ont encore besoin d'être aidés à choisir des questions appropriées, à conceptualiser une démarche réalisable et à concevoir les méthodes d'étude et d'analyse des données. A cet égard, des échanges de vues personnelles sur place constituent la meilleure façon de procéder.

Pendant un certain temps, il y avait des doutes sur les procédures

d'accord des propositions de projets, Ce n'est qu'en octobre 1981 qu'on a adopté le mécanisme actuel qui confie à RSSP, AFRO et REDSO/WA le soin d'examiner et d'approuver les projets. Un projet a été financé. Il s'agit d'une étude de coût/efficacité PEV en Côte d'Ivoire. Elle avait été conçue environ deux ans auparavant avec le concours de consultants externes, mais était restée dans les tiroirs faute de moyens de financement jusqu'à ce que ces moyens soient donnés par le projet RSSP. Comme c'est la seule étude financée à l'heure actuelle, elle sera examinée en détail, bien que les travaux ne viennent que de commencer, on peut en tirer des leçons pour le parrainage futur de la recherche appliquée dans la région.

Le principal auteur de l'étude est un économiste compétent du Centre Ivoirien de Recherche Economique et Sociale (CIRES), affilié à l'Institut d'Hygiène d'Abidjan pour les besoins de cette recherche. Il a acquis de l'expérience à l'occasion d'évaluations de PEV et reçoit une formation épidémiologique à travers RSSP. L'étude essaie de répondre aux questions d'ordre épidémiologique et économique et de collecter des données sur les aspects suivants :

1. Comparaison des installations fixes et des unités mobiles pour le travail de PEV, et comparaison de leur efficacité-coût;
2. Analyse des lieux de résidence de la clientèle par rapport aux endroits où se font les vaccinations;
3. Ampleur des opérations de vaccinations et zones couvertes.

Sans mettre en cause la compétence de l'auteur principal qui accorde beaucoup d'attention à la question, nous trouvons que le projet est trop vaste et trop ambitieux et qu'il embrasse un trop grand nombre d'aspects à la fois. La question à l'heure actuelle ne concerne plus le choix entre installations fixes et unités mobiles en matière de PEV, la tendance étant de combiner les deux aspects. Si ces

deux méthodes doivent se compléter, leur efficacité-coût est interdépendant.

C'est donc en raison de la haute qualité technique de cette étude que celle-ci a été approuvée, faute d'autres propositions acceptables. Cependant, cette étude de la Côte d'Ivoire ne semble malheureusement pas être un bon premier choix au moment où le projet RSSP s'emploie à lancer un programme de recherche régionale. Elle aurait dû être conçue plus simple et moins vaste. La seule question relative à la vaccination contre la rougeole en période de maladie, si l'on veut l'approfondir, est déjà un sujet qui mérite toute une étude.

Il convient de noter que cette étude est la première recherche non-clinique et hors laboratoire entreprise par l'Institut d'Hygiène de la Côte d'Ivoire. La partie de l'objectif IV relative au financement peut être très efficace en ce qu'elle orientera la recherche vers des domaines nouveaux. L'Institut d'Hygiène est tellement intéressé qu'il participe au financement du coût de l'étude.

A l'heure actuelle, la stimulation de la recherche appliquée dans la région dans le domaine des soins de santé primaires se justifie grandement. Les efforts en matière de prestation de soins de santé primaires s'empêchent dans un fatras de méthodes non soumises à l'essai à savoir la portée des tâches des animateurs, comment superviser et payer ces animateurs, comment soutenir la fourniture de médicaments, comment organiser les services centraux, comment intégrer le PEV aux composantes de prestation de soins primaires, ainsi de suite.

Il est recommandé que soit affecté à la région au moins un expert à plein temps chargé de concevoir la recherche. Ce consultant aidera à identifier dans chacun des pays une seule personne qui soit en mesure de faire de la recherche appliquée en soins de santé primaires au sein d'un ministère de la santé ou avec la collaboration de ce ministère. Cette personne serait aidée à choisir une question

et préparer une proposition et, si celle-ci est financé, la personne concerné concevra et entreprendra une étude avec la collaboration d'assistants techniques. Les études devront être simples, peu coûteuses et de courte durée. Dans la plupart des pays de la région, la recherche appliquée à la santé est à ses débuts. Plus tard, elle pourra se faire plus complexe. Si six ou dix de ces études sont assistées, leurs auteurs devront être réunis afin que chacun puisse apprendre en écoutant l'expérience de l'autre. Après plusieurs années, on pourrait arrêter d'autres mesures pour soutenir la recherche dans la région.

## E. RESULTATS, CONCLUSIONS ET BESOINS PREVISIBLES

Cette partie du rapport met en évidence, évalue et interprète les résultats qui sont détaillés dans le développement du texte. Les activités visant l'accomplissement des quatre objectifs du Projet sont regroupés sous trois rubriques qui s'accordent avec le but de laisser dans la Région des forces résiduelles. Ce sont:

1. Aptitude de développement du personnel sanitaire.
2. Aptitude de gestion en santé publique.
3. Politique actuelle de la santé.
  - a. Programmes élargis d'immunisation
  - b. Soins de santé primaires
4. Structure et fonctionnement du projet RSSP.

En outre, il sera donné une attention spéciale au fonctionnement des mécanismes établis pour diriger le Projet le long de son cours difficile à travers les remous des bureaucraties, internationales, régionales et nationales.

L'évaluation des éléments du Projet suit une série d'éléments d'évaluation inspirée par le guide d'évaluation de l'OMS, (HPC/DPE/78.1). En ce qui concerne spécifiquement le projet RSSP les éléments sont définis comme suit:

<u>Etat d'avancement:</u>	Les activités du projet RSSP, leur type et leur fréquence (ex: le nombre de consultants);
<u>Pertinence:</u>	L'adéquation des activités par rapport à la politique actuelle de santé publique et aux besoins dans la Région (c'est-à-dire PEV et SSP);
<u>Qualité:</u>	Réalisation des standards (ex: degré d'expertise des consultants; portée du contenu des stages de formation);
<u>Efficacité:</u>	Réalisation des objectifs immédiats (ex: nombre d'enfants immunisés, nombre de personnes formés);

- Rendement: Rapport entre les résultats et les efforts (ex: opportunité dans la sélection des stagiaires);
- Impact: Changements secondaires ou définitifs dans la direction voulue (ex: réduction de la mortalité, réalisation dans la région ou dans le pays d'une auto-suffisance en matière de formation de personnel sanitaire);
- Besoins: Sélectivement, nous faisons aussi des commentaires sur les besoins prioritaires continus et futurs pour la future planification de la Région. Les critères de haute priorité comprennent:
1. être compatible avec les objectifs en matière de politique de santé publique (ex: des SSP);
  2. être applicable dans de vastes régions géographiques affectant de larges populations (ex: diarrhées infantiles);
  3. être raisonnablement faisable (ex: prévention du tétanos chez le nouveau né);
  4. avoir un élément de santé crucial ou stratégique qui rendent possible de plus grandes tentatives ou objectifs (ex: la malaria et le développement économique; effets des maladies infantiles sur la croissance physique et intellectuelle et le développement);
  5. puissance d'une forte neutrabilité pour les coûts (ex: la coopération technique nationale pour renforcer les systèmes de formation nationaux).

1. Aptitude de Développement du Personnel Sanitaire

La promotion des capacités indigènes de développer et entretenir un cadre adéquat de personnel sanitaire dans la Région a été faite par une attaque à double tranchant -- le renforcement d'institutions régionales de formation et mesures en faveur du développement de systèmes nationaux de formation. Le Projet RSSP a travaillé avec cinq institutions régionales de formation - trois pour les infirmiers et deux pour une liste plus variée de personnels de santé.

A. Formation d'infirmier au CESSI à Dakar et à Yaoundé et au Cuttington University College au Libéria et trois stages régionaux:

- Etat d'avancement: De grande quantités de ressources ont été investies dans les instituts de formation d'infirmiers et d'autres dans stages extérieurs;
- Pertinence: Une insistance très pertinente porte sur les SSP et sur le rôle de l'infirmier en ce qui concerne la surveillance;
- Qualité: Bonne dans l'ensemble;
- Efficacité: Bonne à une école d'infirmiers moins bonne aux deux autres étant donné les modifications du programme d'études. 194 étudiants venant de 15 pays de la Région prise en charge par le RSSP ont été inscrits pendant deux ans d'études (de 1978 à 81) dans les trois centres de formation; 42 infirmiers de la Région ont participé à trois stages régionaux;
- Rendement: Maigre dans les institutions où les consultants ont du passer leur temps à faire de l'enseignement;
- Impact: Des élèves mieux formés, mieux sensibilisés aux SSP. Nous n'avons pas eu assez de recul pour évaluer leur insertion dans le travail et leur influence sur les services sanitaires ainsi que sur le niveau national d'instruction pour les infirmiers dans les trois pays;
- Besoins: Un besoin urgent pour aider à long terme les élèves infirmiers afin qu'ils puissent compléter leur cycle d'études après 1982; besoin continu de consultation et d'autres aides dans les trois écoles d'infirmiers, y compris bourses pour une formation au niveau de la maîtrise pour le personnel enseignant. Une extension future pour promouvoir au niveau national les stages d'infirmiers sur la surveillance des ASV; une révision générale par les agences et les groupes nationaux du rôle des infirmiers dans les SSP et les implications dans leur formation et attributions professionnelles.

Le concept de développement de personnel paramédical dans la Région demande une nouvelle approche y compris les questions suivantes:

- Une attention spéciale doit porter sur la formation supérieur.
- Conditions de recrutement pour la formation, titres universitaires et professionnels correspondant au statut professionnel.
- Spécialisation dans la santé - enseignement, administration, etc.
- Liens entre l'éducation sanitaire, la nutrition, les systèmes de relevé des données etc.

- Rôle dans la formation et la surveillance des différents types de cliniciens et des agents de santé.
- Catégories d'agents de santé auxiliaires.
- Infirmiers et sage-femmes.
- Les régionaux d'infirmiers et leur rôle.

B. Ressources pour la formation de personnel de santé au CRF de Lomé et de Lagos par les cours de courte durée et les ateliers:

Etat d'avancement: Une énorme volume de ressources a été investi dans les deux CRF pour des consultations à court terme, du matériel de support et les bourses. Une contribution à 33 ateliers CRF et des cours centrés sur la planification et la gestion (11), la formation en SSP (19) et le contrôle des maladies contagieuses (3).

Pertinence: Une insistance opportune sur les SSP, les techniques de conception et de mise en oeuvre des cours de formation pour un certain nombre de disciplines.

Qualité: La conception de stages de bonne qualité, la gamme de méthodes pédagogiques, l'interaction avec les participants étaient de bonne qualité.

Efficacité: 478 participants de la Région ont suivi les 33 cours ou stages et 222 étrangers à la Région.

Rendement: Une grande production découlant du temps investi.

Impact: Les CRF ont maintenant environ 41% plus d'élèves annuelle dans la Région. Les ministères de la santé ont demandé l'aide des CRF pour les activités de formation nationale. Le personnel CRF et d'autres dans la Région ont servi d'animateurs de stage et de consultants et constituent une ressource valable contribuant à l'auto-suffisance régionale pour le développement des personnel sanitaire.

Besoins: Une aide continue aux CRF en bourses, matériel et surtout en personnel enseignant représentant plus de disciplines, pour entre autre, y organiser des stages de formation et des systèmes de formation nationaux adéquats pour produire des cadres importants d'ASV et des superviseurs nécessaires pour assurer la couverture nationale des SSP avant l'an 2000;

Dans les plus grands pays, établir des centres plus importants ou rendre les centres de formation existants plus ouverts et

plus adaptés aux besoins en personnel des institutions de santé publique.

## 2. Aptitude de Gestion en santé publique

Etat d'avancement: Le projet RSSP a contribué à 21 stages et cours dans trois centres régionaux (dont 11 ont eu lieu aux CRF), Les autres ayant eu lieu ailleurs. Au début de la Phase II, RSSP a donné un personnel considérable et du temps de consultation au Programme du Centre OMS de Dakar. RSSP a contribué au développement par l'OMS d'un réseau d'institutions africains enseignant la gestion.

Pertinence: Une grande pertinence - Les objectifs de santé ne pourront pas être atteints sans une meilleure gestion, plus systématique même avec une augmentation des ressources et l'aide extérieure; une bonne gestion est indispensable pour un usage rationnel de ressources limitées.

La formation était dirigée de façon stratégique sur différents niveaux -- ministériel, avec une approche intersectorielle, niveau moyen et supérieur. Pour arriver à une couverture nationale du PEV et atteindre le but fixé par l'OMS pour les SSP pour l'an 2000, il est indispensable d'assurer une excellente gestion des ressources.

Qualité: Toutes les réactions indiquent une haute qualité dans la sélection du matériel pédagogique et dans les méthodes pédagogiques utilisées dans les stages qui permettent la participation et la stimulation à la fois des personnes de haut niveau et des participants d'un niveau moyen.

Efficacité: 287 participants de la Région ont bénéficié des 21 stages et cours (129 ont bénéficié des stages de planification et de gestion aux 2 CRF); la sélection des personnes a heureusement été à un haut niveau de responsabilité en administration sanitaire; l'intérêt s'est maintenu de façon constante tout au long du cours.

Rendement: Le coût de certains stages intersectoriels de haut niveau a été plus élevé que la moyenne à cause du statut de la plupart des participants, mais la différence valait la peine car il s'agit d'un groupe d'une importance stratégique.

Impact: Les participants ont gardé leur enthousiasme et leur intérêt après leur retour dans leur pays et postes respectifs. Des requêtes de participation à d'autres stages similaires dans l'avenir nous sommes parvenues. Des ministres ont demandé une assistance pour tenir des stages de formation semblables dans leur propre pays pour leur personnel administratif et de

direction qui soient adaptés à leur problèmes de programmes spécifiques.

Besoins: La Région a fait des progrès considérables pendant la Phase II pour s'auto-suffire en donnant une formation en gestion dans le domaine de la santé et est prête à organiser un travail intensif au niveau du pays. L'OMS est en train de mettre en place un réseau d'une douzaine d'institutions de formation avec un secrétariat pour coordonner et accroître les ressources des institutions et particulièrement pour renforcer leur application des principes et des méthodes de gestion dans le domaine de la santé.

Il faudra encore un support de consultation à plein temps et à court terme pour faire face aux besoins accrus de formation en gestion, pour couvrir le taux d'attrition parmi les personnes de la Région déjà au niveau de consultant, enfin pour aider à l'adaptation des cours de formation aux différents intérêts en jeu au niveau national.

### 3. Politique actuelle de la santé

A. Le PEV est l'un des deux plus importants programmes (l'autre étant la thérapeutique de rehydratation orale) le plus apte à affecter d'une façon vraiment significative et dans un bref délai la mortalité infantile.

Etat d'avancement: Les activités du RSSP dans l'Objectif III qui comprend le PEV ont été polyvalents et d'une importance considérable. Trois épidémiologistes à temps plein ont été basés dans trois pays. Pendant toute la durée de la deuxième Phase, trois Coordinateur de PEV ont travaillé à plein temps dans trois DTA

14 stages ont eu lieu en rapport avec le contrôle des maladies transmissibles comme la gestion du PEV et la formation du personnel et la surveillance des maladies.

Pertinence: Le PEV est l'un des éléments le plus important de la politique de santé actuelle.

Qualité: Sous le contrôle du CDC, les activités de l'Objectif III ont été maintenues au plus haut degré scientifique en y incluant rapidement les nouveaux développements.

Efficacité: Les données relatives aux résultats de l'immunisation dans les DTA sont données dans le rapport.

Les niveaux d'immunisation ont atteints ou presque atteint les objectifs fixés dans la plupart des DTA.

294 participants de la Région ont bénéficié des 14 stages et cours.

Des homologues ont été formés pour les trois postes de coordinateur du PEV nationaux. Quelques épidémiologistes à l'intérieur de la Région ont travaillé en collaboration ou été formés dans des programmes à court terme par le personnel technique CDC. Deux épidémiologistes nationaux ont été formés à long terme par les épidémiologistes de RSSP.

Impact: Une réduction sensible de la mortalité et de la morbidité infantile pour certaines maladies-cibles du PEV a été réalisée dans presque toutes les zones.

Besoins: Des ressources importantes en homme et en argent sont nécessaires émanant à la fois des pays et des agences de coopération pour établir des programmes élargis de vaccination dans les pays. Pour les zones DTA du projet RSSP les besoins techniques continus varient. Le progrès rapide doit être suivi très attentivement. A l'intérieur des 17 autres pays, l'assistance technique, la formation, l'équipement et les fonds opérationnels doivent être augmentés si on veut atteindre les buts établis pour l'année 1990 concernant l'accessibilité aux services du PEV pour tous les enfants d'âge visé.

Il va falloir formuler des décisions et projets pour former des talents d'épidémiologues compétents. Quelques unes des alternatives comprennent l'élaboration de programmes à long terme sanctionnés par des diplômes en Afrique; la formation sur le tas d'un à deux ans avec des épidémiologistes expérimentés d'individus qualifiés suivis par une préparation universitaire indispensable en dehors de la Région; ou les deux phases en ordre inverse; ou une formation à court terme pour des lauréats de l'école de médecine ou d'infirmiers. Nous croyons que toutes ces approches sont raisonnables mais la dernière alternative ne devra pas prévaloir sur la création d'épidémiologistes qualifiés entièrement formés.

B. SSP est actuellement l'action de la plus grande envergure du monde de la santé au niveau mondial. Les quatre objectifs du projet RSSP ont été centrés ou incluaient des éléments du SSP.

Etat d'avancement: Comme nous l'avons déjà dit, des stages et cours ont eu lieu sous les auspices de l'objectif II pour renforcer les capacités régionales de développement et d'entretien du personnel sanitaire. Certains, spécialement les cours de formation des formateurs ont donné une attention particulière à la formation des agents de santé de village pour les soins de santé primaires; des stages ont eu lieu

sur les projets de recherche et les méthodes pour répondre aux questions relatives aux SSP.

Impact:

Sur les SSP et besoins permanent dans la région: Il est encore trop tôt pour s'attendre à des changements importants; Peu de gouvernements ont déjà établi des systèmes de formation nationaux, ce qui doit se faire pour atteindre le niveau de supervision et les ASV mêmes. Une formation initiale est naturellement une condition indispensable pour les villageois n'ayant eu aucune ou peu d'expérience dans le service sanitaire. Mais une formation seule sans supervision sur le tas ne permettrait pas une qualité suffisante ou des services compétents. Aucun pays de la Région n'a réussi à résoudre le problème de la supervision. Ceci est un point critique qui demande une étude et une analyse intensives, une planification et une gestion.

Il y a encore bien d'autres questions qui n'ont pas reçu de réponses dans les SSP, y compris des points vitaux tels que les méthodes de rémunération des agents de santé de village, les fournitures consistants de médicaments, l'étendue et les types des tâches dévolues à chacun des agents de santé. Les solutions trouvées dans un des pays pourraient être utilement adaptées à l'ensemble des pays de la Région.

Il existera donc pendant longtemps des besoins et ils nécessiteront l'aide aux pays pour la formation, la gestion, des considérations cliniques et la recherche en soins de santé primaires.

4. Structure et fonctionnement du projet RSSP

Etat d'avancement: La structure du RSSP implique Boston University par le biais d'un contrat avec USAID et d'accords avec l'OMS/AFRO et CDC. Les activités universitaires sont dirigés depuis Boston et Abidjan. Les relations avec AID interviennent au niveau de Washington et d'Abidjan (REDSO), avec des responsabilités plus importantes qui lui sont incombées pendant la Phase II.

Des contacts directs sont établis avec les gouvernements par le groupe de Boston University et d'Abidjan et par l'OMS/AFRO et REDSO par l'intermédiaire de coordinateurs nationaux de l'OMS et par le bureau de l'USAID respectivement.

Deux commissions, une pour la coordination des projet (CCP) et une commission pour la révision des projets (CRP) ont été créés pour aider les gouvernements des 20 pays à participer à la planification des projets. La CCP s'est réunie en 1977 et à nouveau pendant la Phase II et la commission de révision

des projets s'est réunie 4 fois entre 1978 et 81.

Pertinence: La structure a été adaptée aux besoins du projet, à l'envergure des activités et aux rôles dévolus à chacune des unités participants.

Efficacité: La communication par courrier n'est ni aisée, ni fiable en Afrique, même avec le concours de la valise diplomatique. Le téléphone et le telex utilisée par le projet RSSP ont rendu des services considérables. Les voyages extensifs du personnel adapté à la nature du projet et à sa mise en oeuvre dans 20 pays ont parfois dû être multipliés à cause du manque de formes d'échange fréquent. Les bureaux de l'USAID et les coordinateurs nationaux de l'OMS ont été très utiles.

La plupart des opinions s'accordaient sur l'utilité des réunions des CCP et CRP bien que cette dernière se réunisse si rarement. L'équipe d'évaluation estime que la valeur de la contribution des commissions peut être réhaussée par un bulletin qui a été initié et par d'autres communications dans l'intervalle des réunions.

Rendement: Le coût du projet est élevé mais une partie est inhérente et inévitable, par exemple les bourses et les vaccins. Certains coûts sont déterminés par le modèle des services de santé des pays, ainsi ce qui touche à la mobilité nécessitée par un PEV. De grosses dépenses sont indispensables pour couvrir les charges du personnel extérieur à la région et des consultants, les déplacements supplémentaires imprévus, consultants sur leurs bases arrières ainsi que les charges des frais généraux.

Il semble que RSSP aurait pu bénéficier d'un meilleur système d'informations puisqu'il a fallu plus de 6 mois à l'équipe d'évaluation pour réunir les informations de base sur le projet telle que le nombre de cours et de stages pris en charge, pour leur évaluation. L'AID/Washington avait récemment envoyé un spécialiste de l'informatique du Bureau des Recensement américain afin d'aider RSSP à améliorer son système d'information, cependant, il est trop tôt pour que les fruits de cet effort soient tangibles. RSSP vient aussi d'acheter un mini-ordinateur afin de les aider dans l'organisation de l'information administrative aussi bien que d'autres données.

D'une manière générale RSSP a fait fonctionner une opération complexe d'emploi de temps de stages, de visites de consultants, de voyages de personnel, de réunions de commissions et de demandes de plans de mise en oeuvre, de rapports de progrès et de budgets.

**Impact:** Les relations entre RSSP d'Abidjan et l'OMS/AFRO ont été cordiales et productives. Des différends sont apparues entre RSSP et l'AID/Washington en ce qui concerne leur accord sur certaines activités, en particulier à propos de l'importance du travail local. Des relations collegiales ont existé avec les gouvernements.

**Besoins:** Des dispositions sont déjà en cours pour étendre l'utilisation des fonds du RSSP pour 1982 en 1983 dans certains buts et spécifiques (ainsi en ce qui concerne la durées des bourses des activités des étudiants partis à l'étranger pour leurs études de maîtrise.

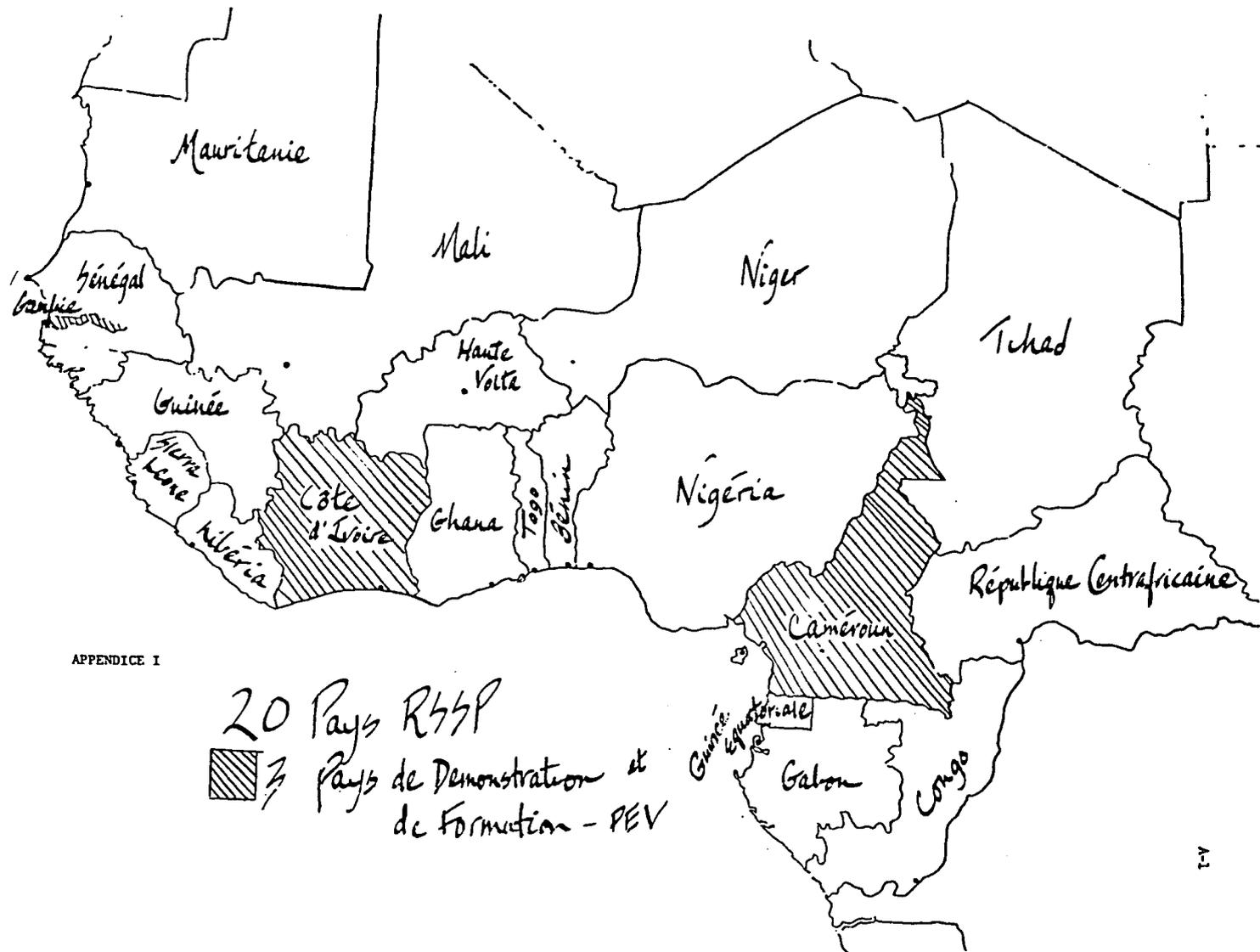
L'AID et l'OMS/AFRO auront besoin de se mettre d'accord et de faire appel à d'autres organismes s'il est nécessaire de considérer des façons à minimiser les effets immédiats de la dislocation suivant la fin de la Phase II. Cela concerne particulièrement le soutien aux écoles d'infirmiers et aux zones de démonstration et formation.

De nombreux besoins sont envisageables à long terme. Généralement, le changement dans la politique de soutien passera du cadre Régional au niveau national avec un certain besoin résiduel d'assistance dans la Région à ce niveau, spécialement par l'intermédiaire de consultants à court terme. La recherche indigène surtout nécessite un soutien extérieur.

La quantité et la variété de support extérieur influencera la réponse à la question du choix de la structure qui pourrait le mieux convenir aux besoins de consultation technique, d'évaluation et de coordination. Pour AID, une base à Abidjan serait un avantage.

## APPENDICES

1. Carte de la Région RSSP
2. Statistiques Relatives aux 20 pays RSSP; Renseignements Généraux et de Santé
3. Personnes visités par l'Equipe d'Evaluation
4. Ampleur des Activités et Plan d'Evaluation
5. ACCORD
6. Contrat avec Boston University
7. PASA (Participating Agency Service Agreement  
Accord entre USAID et CDC)
8. Historique du Projet
9. Carte des Institutions Bénéficiant de l'Assistance du RSSP
10. Budget Estimatif du Projet, 1981
11. Recherche Appliquée du Projet RSSP
  - A. Procédure à suivre pour soumettre une proposition de recherche pour le financement
  - B. Critère pour la sélection de projets à financer



APPENDICE I

20 Pays R55P

▨ 3 Pays de Demonstration et de Formation - PEV

STATISTIQUES RELATIVES AUX 20 PAYS PSSP  
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET SUR LA SANTÉ (1)

<u>Pays</u>	<u>Langue Officielle</u>	<u>Population en Juin 1979 (en M.)</u>	<u>Population Prévvue en l'an 2000</u>	<u>Ressources par Tête d'Habitant en \$ 1979</u>	<u>Taux d'Alphabétisation en 1976</u>	<u>Espoir de vie à la Naissance</u>	<u>Nombre de Gens par Médecins</u>
Bénin	Français	3,4	6,0	250	7%*	47	26.880
Caméroun	Français	8,2	14,0	560	-	47	16.500
R.C.A	Français	2,0	3,0	290	-	44	17.610
Tchad	Français	4,4	7,0	110	15%**	41	41.940
Congo	Français	1,5	3,0	630	-	47	7.290**
Guniée Eq.	Espagnol	0,4	-	-	-	-	-
Gabon	Français	0,6	1,0	3.280	12%*	45	3.029
Gambie	Anglais	0,6	1,0	250	10%*	42	13.171**
Ghana	Anglais	11,3	21,0	400	-	49	9.920
Guinée	Français	5,3	9,0	280	20%*	44	16.630
Côte d'Ivoire	Français	8,2	15,0	1,040	20%	47	15.220**
Libéria	Anglais	1,8	4,0	500	30%	54	9.260**
Mali	Français	6,8	12,0	140	10%	43	25.150
Mauritanie	Français	1,6	3,0	320	17%*	43	15.160

(1) Développement accéléré en Afrique sub-saharienne. Banque Mondiale, Washington, D.C., 1981

\* Alphabétisation des adultes: les chiffres indiqués se réfèrent à des estimations n'incluent pas 1976 mais ne vont pas au delà de 2 ans.

\*\* Nombre de gens par médecins: Les chiffres indiqués se réfèrent à des années autres que 1977.

1981

121

STATISTIQUES RELATIVES AUX 20 PAYS RSSP

RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET SUR LA SANTE(1)

<u>Pays</u>	<u>Langue Officielle</u>	<u>Population en Juin 1979 (en M.)</u>	<u>Population Prévue en l'an 2000</u>	<u>Ressources par Tête d'Habitant en \$ 1979</u>	<u>Taux d'Alphabétisation en 1976</u>	<u>Espoir de vie à la Naissance</u>	<u>Nombre de Gens par Médecins</u>
Niger	Français	6,2	10,0	270	8%	43	42.720
Nigéria	Anglais	82,6	161,0	670	-	49	15.740**
Sénégal	Français	5,5	10,0	430	10%**	43	15.710
Sierra Leone	Anglais	3,4	6,0	250	-	47	-
Togo	Français	2,4	4,0	350	18%	47	17.980
Haute Volta	Français	5,6	10,0	180	5%	43	49.810**

- (1) Développement accéléré en Afrique sub-saharienne. Banque Mondiale, Washington, D.C., 1981
- \* Alphabétisation des adultes: les chiffres indiqués se réfèrent à des estimations n'incluent pas 1976 mais ne vont pas au delà de 2 ans.
- \*\* Nombre de gens par médecins: les chiffres indiqués se réfèrent à des années autres que 1977.

APPENDIX IIICAMEROUN: PERSONNES VISITES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(23-29 NOVEMBRE, 1981)Ministère de la santé

Prof. Zoungkayie J.	Directeur de la Santé Publique
M. Samuel Ebo	Secrétaire Général
M. Ngalle Edimo S.	Directeur des Etudes de la Planification et des Statistiques
M. Mafiamba P.C.	Directeur de la médecine préventive et de l'hygiène publique
Dr. Paul Djogdom	Chef d'équipe PEV, Yaoundé
Dr. M. Kamwa	Médecin chef, Eseka

CUSS

Prof. D. Lanthum	Directeur-adjoint
Prof. T. Nchinda	Professeur

OMS

Dr. Quincke	WPC
-------------	-----

CESSI

Mme. S. Misse	Coordonnatrice
Mme. A. Collomb	Formatrice d'infirmiers pour l'OMS
Mme. M. Jato	Formatrice d'infirmiers pour l'OMS
Mme. N. Vanderhaegen	Formatrice d'infirmiers pour l'OMS

USAID

M. Ray Martin	Responsable pour la santé et la population
---------------	--

CDC

Dr. Tim Dondero	Epidémiologiste, (RSSP/CDC)
M. Kevin Murphy	Responsable des opérations, (RSSP/CDC)

SHDS

Mme. Jeanne Carrière	Formatrice d'infirmiers CESSI
----------------------	-------------------------------

OCEAC

Dr. Koffi Ahmed	Stagiaire épidémiologiste
-----------------	---------------------------

Gouvernement du Cameroun

M. Le délégué, Maire de Makak, Service de santé provinciale Comité de santé villageois, Village Simbok	
---	--

CONGO: PERSONNES VISITES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION

La réunion du Comité de Coordination du Projet, Yaounde, 1981

Dr. Gerald Ondaye

NWC

COTE D'IVOIRE: PERSONNES VISITEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(11-16 DECEMBRE, 1981)Ministère de la SantéM. Lenissongui Coulibaly  
M.T. CoulibalyDirecteur de Cabinet  
Chef du CabinetDr. J.P. Baechle  
M. Traore SalifouMédecin Chef du secteur rural d'Abengourou  
Responsable PEV, AbengourouEcole Nationale des infirmiers et sages-femmesDr. Casanelli d'Istria  
M. Viellet Diomande  
Mlle. Nelle Goury Delphine  
Prof. G. Siefer-N'DryDirecteur  
Professeur pour infirmiers et d'obstétrique  
Professeur pour les sages-femmes et PH  
Directeur de la Formation et du  
personnel para medicalInstitut National de la Santé Publique

Prof. N. Coulibaly

Directeur

Institut d'Hygiène

Dr. A.B. Bella

Directeur-Adjoint

CIRES

M. Sanoh Layes

Economiste (Directeur de recherche du  
projet financé par RSSP)OMSDr. Louis Atayi  
Mme. O. DevenynsWPC  
Assistante administrativeBanque Africaine de Développement (BAD)M. Abdul Mohamed  
Dr. Berhane Teome-LessaneDirecteur du Service de Santé et d'Education  
Conseiller de SantéRSSP/AbidjanDr. David French  
M. Saul Helfenbein  
Vivian Johnson  
Catherine Tinkham  
Dr. Anne Marie KimballDirecteur, RSSP  
Directeur-Adjoint, RSSP  
Administratrice, Boston/RSSP  
Consultante d'infirmier  
Directeur-Adjointe, RSSP

GAMBIA: PEOPLE VISITED BY EVALUATION TEAM(JANUARY 28-FEBRUARY 1, 1982)Ministry of Health

Mr. Singhateh	Under Secretary and Acting Permanent Secretary
Dr. N'Jie	Acting Director, Health and Medical Services
Dr. Philip Gowers	Medical Officer
Kebba Jobe	EPI - Counterpart to SHDS officer
Dr. Jack	EPI - Counterpart to SHDS Epidemiologist
Miss Clara McMason	Chief Health Officer
Dr. Musa Marena	PHC Coordinator
Dr. Karamo Sayant	Medical Officer, Mansakonko
Mr. Mamadou Newlands	Senior Nurse Dispenser, Health Center
Staff	Staff/MOH, Kalasi/Bondori
Jallow Ceessay	VHW, Sikunda
Mr. Smart	Trainer of VHW, Mansakonko
Mrs. R. M'Bye	Trainer of VHW, Mansakonko
Mrs. A.B. Stafford	Trainer of VHW
Miss Muriel Fye	PH Tutor, Member SHDS N. Ri., Committee for Gambia
Sister Joel	Nurse Educator
Dr. I. Schmiedeberg	Reg. Medical Officer

WHO

Dr. Akim	WPC
Mrs Akrofi	Nurse Educator

UNICEF

John Spring	Representative for Gambia
-------------	---------------------------

AID

Keith Simmons	Project Manager, Health/Population/Nutrition
Cynde Robinson	Assistant Project Manager, Health/Population/ Nutrition
Tony Funicello	Program Officer

CDC

Richard Crankshaw	Operations Officer, SHDS
Dr. Joe Davis	Consultant on EPI Cost Study

Project Concern

John Wahlund	Training Specialist
--------------	---------------------

MRC

Mr. Smith	Administrator
W. Brierly	Parasitologist

GAMBIA

INTRA AND UCSF

Norma Wilson

Nurse Training Consultant

HAUTE VOLTA: PERSONNES VISITEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(14-16 JANVIER, 1982)Ministère de la Santé

M. Sanousoumana	Responsable
Dr. Wedraogo Dadier	Médecin-Commandant, Secrétaire Général de la Santé
Dr. Lankarde	Coordonnateur des soins de santé, Chef de poste de santé de TOCCE, Infirmier dispensaire à TOCCE, VHW, TOCCE
M.A. Ouedraogo	Service de la coordination des SSP

OCCGE

Dr. Cheick Sow	Secrétaire Général
Dr. Isak Mamby Touré	Chef de biologie, Centre de Muraz

CDC/RSSP

Dr. David Sokal	Epidémiologiste
-----------------	-----------------

OMS

Dr. Martin Samos	WPC
Dr. André Delas	Epidémiologiste
Dr. N.C. Doumtabe	OMS/Personnel
Dr. E.M. Samba	Directeur du programme de contrôle de l'onchocercose

USAID

Dr. Oliver Montgomery Harper	Responsable de santé
M. Steve Lucas	Contractuel, Projet d'hydrologie rurale

APMP

Dr. Philip Stoechel	APMP
Dr. Martin Schlumberger	Consultant, Bobo Dioulasso

111

LIBERIA: PEOPLE VISITED BY EVALUATION TEAM(JANUARY 18-21, 1982)Ministry of Health

Mrs. Martha Belleh	Minister of Health
Mrs. R. Marshall	Assistant Minister, SHDS Committee
Mrs. F. Giddings	Deputy CNO, SHDS Committee
Dr. Ellis	Deputy Minister, SHDS Committee
Dr. Massequoi	Preventive Medicine
Mr. Wilson	SHDS Committee
Ms. Scholastica Nimley	Manpower Planning Officer
Ms. Caroly Taylor	Statistic Analyst
Mr. John M. Prall	Director, Health Statistics Division
Dr. Kamala	SHDS Committee
Mrs. M. Yaidoo	CNO, SHDS Committee
Mr. Jack Bena	EPI, SHDS Committee
Mr. James Goaneh	Coordinator EPI, SHDS Committee

Cuttington College

Dr. Henry Kwekwe	Administrative Dean
Dr. Evelyn S. White	Academic Dean, Nursing Division
Mr. Christopher Kandakai	Dean of Student Services
Mrs. Charlotte Casher	Registrar
Mr. Henry Hali	Chairman, Science Division
Mrs. Elaine Wolo	Chairperson, Education Division
Mrs. Hannah Kar	Instructor, Nursing Division
Mr. Samuel Koku	Instructor, Nursing Division
Mrs. Sarah Amara	Director, Phebe Training Programs
Mrs. Elizabeth Mulbah	Chairperson, Nursing Division
Dr. Gwenigale	Director, Phebe Hospital

WHO

Dr. Wilfred Sei Boayue	NWC
Dr. Chilemea	WHO staff

AID

Dr. Alan Foose	AID Health Development Officer
Ms. Evelyn McCloud	Program Officer
Mr. R. Garufi	Director
Mrs. Kate Jones-Patrone	IDI Health Officer

U.S. Embassy

William L. Swing	Ambassador
------------------	------------

CARE

Dr. J. Stephen Robinson	Health Advisor, CARE/Liberia
-------------------------	------------------------------

SHDS

Dr. Charlotte Ferguson	SHDS Field Consultant
------------------------	-----------------------

MAURITANIE: PERSONNES VISITES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(7-12 FEVRIER, 1982)Ministère de la santé

Dr. Mouhamed Hacen	Directeur Général de la Santé et Directeur du Projet TRARZA
M. Mahmouden	Formateur, Service MEDERDRA
M. Fall Mika	Formateur de Service Rosso et R'Kiz/Sud
M. Senghott	Directeur Adjoint PEV
M. Kane	Chef Service des Etudes et de la Planification
M. Alouwa	Infirmier, Chef de Poste, Service Mederdra
Mme. Yacine	Sage-Femme, Service Mederdra
M. Babacar Ould Mouhamed	ASC, Service Abandah
Dr. J. J. Mascart	Hôpital Régional, Rosso
M. André Kitoko	Ingénieur de la Santé
M. Theophile Gnambodoue	Infirmier obstétricien
M. Diouf Ibrahima	Administrateur du Projet TRARZA
ASV	Agent de santé de village Matugay
Mme. Marie Elizy Carlier	Chef de la PMI du 5ème arrondissement
M. Koné Nody	Directeur, Ecole d'infirmiers
Mme. Aminata N'Dao	Ecole d'infirmiers
Abdel Fetah Saleh	Ecole d'infirmiers
Kane Ousmane	Ecole d'infirmiers
Mohamed Ould Messaoud	Ecole d'infirmiers
Dr. Sidatt	Directeur, Centre National d'Hygiène

OMS

Mme. A. Bosc	Infirmière, Formatrice de sage-femmes
Dr. Lekie Botée	Epidémiologiste
M. T. Gnambodone	Infirmier de Santé Publique
Dr. Tahirou Bana	WPC
M. Ayoub	Conseiller de Santé Publique

USAID

M. B. Hirsh	Directeur, secteur des projets
M. Aian Reed	Responsable des programmes

Peace Corps

Ann Bundy	Volontaire
Kathy Teer	Volontaire

Projet rural médical

Mme. Mona Y. Greiser	Conseillère de Santé Publique
----------------------	-------------------------------



NIGERIA: PEOPLE VISITED BY EVALUATION TEAM(DECEMBER 1-4, 1981)Ministry of Health

Dr. Gaby Williams	Acting Director, PH Services
Dr. J. Ade Laoye	Assistant Director, Health Education Unit
Dr. A.O. Sorungbe	Director, Health Center            Onikan Health Center
Dr. Odunsi	Deputy Director, Health Center    "    "    "
Dr. Chandru	Acting Director, Badagry Hospital, Badagry
Dr. Jarin	Senior Medical Officer, Badagry Hospital, Badagry
Dr. Ogubanke	Medical Officer of Health, Badagry Hospital
	Midwife/Maternity, Pota Village
Mr. Tudonu	VHW, Pota Village
Mr. P.S. Agannanow	VHW, Iloga Village
Mr. S.O. Nuah	VHW, Iloga Village
Dr. J. Ade Laoye	Assistant Director, Lagos, Onikan

Yaba School Health Technology

Dr. M.O. Oduwole	Principal
------------------	-----------

University of Ibadan

Prof. Oduntan	Head, Department of Preventive & Social Med., Ibadan
---------------	--

University of Ife

Prof. Adeniyi-Jones	Visiting Professor and Consultant to MOH
---------------------	--

WHO

Prof. Shehu	NWC
Dr. Adamian	Staff - Epidemiologist
Dr. Donald Johnson	Staff - Health Educator
Mr. Shresta	Staff
Dr. G. Munube	Staff - Virologist
Dr. A.H. Fernandez	Staff
Mrs. Adebo	Consultant at RTC
Mrs. Anu Adegoroye	Consultant Nurse at RTC
Mr. John Wesley Nyirenda	Participant RTC Lagos course (Malawi)
Mrs. Patricia Thande Kesia Simblane	Participant RTC Lagos course (Swaziland)

RTC Lagos

Dr. H. El Neil	Coordinator of Studies
Mr. Younossi	Administrator RTC

U.S. Embassy

Mr. Carl Cundiff	Economic Counselor
------------------	--------------------

REPUBLIQUE CENTRE AFRICAINE:

PERSONNES VISITES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION

La réunion du Comité de Coordination du Projet, Yaoundé, 1981

Dr. Simon Feikoumon

Ministère de la Santé

SENEGAL: PERSONNES VISITES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(2-6 FEVRIER, 1982)Ministère de la santé

M. Mamadou Diop	Ministre de la Santé
Dr. Doudou Ba	Directeur de la Recherche et de la Planification
Dr. Helies	Epidémiologiste, PEV
Mlle. AnneMarie Mane	Chef, Directrice des Centres et Postes de Santé
Dr. Kano	Médecin régional, Kaolack
M. Balla Moussa Lane	Infirmier auxiliaire, Mbadakhoune
Chefif Younous Diouf	Inspecteur régional
M. Sangare Mboup	Inspecteur des postes de santé, Kaolack
Mme. Diop Djariatou	Inspectrice pour la région du Nord
Dr. A. Ndiaye	Directeur du centre hospitalier Guinguineo
ASV	Case de santé, Mbaboumi

CESSI

Mlle. M. Pelligrin	Directrice
--------------------	------------

CIE

Dr. Nicole Guerin	PEV
-------------------	-----

OMS

Dr. Elom	WPC
Dr. Badarou	Coordinateur de Projet
Mlle. J. Perron	Formatrice d'infirmiers

USAID

Dr. Michael White	Responsable de santé
-------------------	----------------------

UNICEF

M. P.L. Audat	Directeur
---------------	-----------

SIERRA LEONE: PEOPLE VISITED BY EVALUATION TEAM  
(JANUARY 22-27, 1982)

Ministry of Health

F.M. Braima Sawi	Permanent Secretary
Dr. Belmont Williams	Chief Medical Officer
Dr. Moira Browne	Deputy Chief Medical Officer
Matron Johnston	Chief Nursing Officer
Dr. E.A. Juxon-Smith	Provincial Medical Officer
Dr. M.L. Wright	Consultant/Pediatrician
Mr. Kuba	Nurse Dispenser, Mapaki Health Center
Mohamed A.R. Sama	Nurse Dispenser
Health Development Committee Members, Masabong Village	
Mrs. Felicia Moseray	Trainer TBAs/VHws
Matron Randall	Supervisor, Jenna Wright Clinic
Gladys Carrol	Nutritionist
Dr. Zubairu	Field Medical Officer
Chris Gilbert	Secretary
Dr. Clifford Kamara	District Medical Officer
Dr. Kebbi	Second Medical Officer
Dr. A.S. Kami	Medical Officer
Isatu Seisay	TBA, Calaba Town
Sister Vandy	Field Supervisor
Matron Osborne	School of Nursing
Mrs, Evelyn Sarah Kawa	PH Nurse tutor
Alana Taylor	School of Nursing, Tutor
Cynthia C.H.H. Pratt	Senior Nurse
Mrs. Aminata Kargbo	Deputy, Tropical Disease, School of Nursing
Nancy Bangourah	School of Nursing

WHO

Dr. Anthony P, Bulengo	Medical Officer
Dr. Marcella Davies	NWC
Dr. Sukumar Choudhury	Director, School for Health Technology
Dr. Seneviratne	Intercountry Epidemiologist

UNICEF

William Fellows	Representative
-----------------	----------------

U.S. Embassy

Ms. Theresa Ann Healey	Ambassador
------------------------	------------

USAID

Charles Uphaus	Agriculture Officer
----------------	---------------------

Peace Corps

Dr. Steven S. Krotzer	Staff Physician
-----------------------	-----------------

SIERRA LEONE

Care

Charles F. Laskey  
Margaret Gorecki Tsitouris

Country Director  
LEARN Project

Primary Health Care Project

Fr. John Zampese  
Sister Admira Davis

Director/Sierra Leone, Makeni  
Nurse

TOGO: PERSONNES VISITEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION(5-10 DECEMBRE, 1981)Ministère de la Santé

Dr. Barandao Bakele Togma  
 M. N'Djalawe  
 Dr. Karsa Tchasseu  
 Dr. K.M. Kove

Directeur des Services de Santé de base  
 Attaché au Cabinet  
 Médecin chef, Service des épidémies et PEV  
 Médecin-assistant au Centre de Santé de  
 Notse

CRF de Lomé

Prof. Dalmeida  
 M. Ben-Lamine Hamouda

Coordinateur  
 Formateur de santé

Eglise Evangéliste du Togo

M. Sekie  
 M. Aklamanou  
 M. Hountodzi Komi

Pasteur, Notse  
 Inspecteur des VHW, Notse  
 Cathéchiste VHW, Notse

Gouvernement du Togo

M. Baputo N'Dima

Préfet

Benin Water Prov.

Mlle Sarah Frye

Responsable du Projet

USAID

M. Rudolph Thomas  
 M. Robert Ritchie

Responsable des ressources humaines  
 Responsable des programmes

RSSP

Dr. Sif Eriksson  
 Mme. Guedado Dicko

Consultante  
 Consultante

150

UNITED STATES: PEOPLE VISITED BY EVALUATION TEAM(SEPTEMBER 17, 1981 and MARCH 5, 1982)USAID/Washington

Mr. Donald Miller	Director, Office of Regional Affairs, AFR/RA
Mr. James Cumiskey	AFR/RA
Dr. James Shepperd	AFR/DR
Dr. Joseph Stockard	AFR/DR
Ms. Joy Riggs-Perla	AFR/DR
Turra Bethune	AFR/Dr/HN
G. De Luca	AFR/DR/HN
Mr. Noel Marsh	AFR/RA
Dr. Mary Anne Cusack	AFR/EHR
Ms. Rosslyn King	S&T/Health
Dr. Donald Ferguson	S&T/Health
G. Post	Liberia

Bureau of Census

Ms. Wanda Kelly	Statistician
-----------------	--------------

Boston University, Boston, Massachusetts

Dr. Richard Egdhal	Director, Health Policy Institute
Dr. Robert Mayfield	Provost and V.P. for External Affairs
Mr. Ken Bloem	Assistant Academic V.P. for Health and Assistant Director, Medical Center
Mr. Paul Clemente	Fiscal Affairs Manager of Health Policy Institute
Mr. Neil Meltzer	Assistant to Dr. Egdhal
Dr. Ann Brownlee	Coordinator, Planning and Evaluation, SHDS

CDC/Atlanta, Georgia

Dr. Stan Foster	Director, International Health Program Office
Mr. Robert Baldwin	SHDS Project Manager
Ms. Annie Voigt	Health Educator
Dr. Donald Hopkins	Assistant Director for International Health
Dr. William Griggs	Assistant Director for International Health

AMPLEUR DES ACTIVITES ET PLAN D'EVALUATIONEvaluation

## 1. Membres de l'équipe d'évaluation:

- Samuel M. Wishik, Chef d'équipe (Consultant)
- Mary Ellen Duffy, AID/REDSO
- Aena Konde, OMS/AFRO

Ampleur des Activités et Plan d'Evaluation (Projet - 13 octobre 1981)

2. L'ampleur des activités et le plan d'évaluation seront conformes à l'accord conclu à Brazzaville en juin 1981 (OMS/ICP SPM 013) et confirmé dans le télégramme du 2 juillet 1981 (Abidjan 06721) de REDSO à Washington.

## 3. Le programme d'activités est le suivant:

Septembre et octobre 1981

- Orientation du chef d'équipe à Washington, Boston, Abidjan, Brazzaville et Atlanta.
- Briefing de l'équipe à Abidjan.
- Collecte des informations sur les établissements de formation et les participants.
- Collecte des documents et examen de ces derniers.
- Collecte des informations par des interviews à SHDS, OMS/AFRO et REDSO.
- Rédaction d'un projet relatif à l'ampleur des activités et le plan de l'évaluation.
- Diffusion du projet aux diverses institutions et aux membres du PCC.

Novembre 1981

- Examen des documents; retrait et organisation des données disponibles.
- Discussions des documents sur l'ampleur des activités et le plan d'évaluation lors de la réunion du PCC et révision pour lui donner sa forme définitive.

Novembre et décembre 1981

- Visite de l'équipe dans quatre pays (programme ci-joint).

Décembre 1981 et janvier 1982

- Analyse continue et organisation de l'information.

Janvier et février 1982

- Visites de l'équipe dans six pays (programme ci-joint).

Février et mars 1982

- Formulation du projet de rapport d'évaluation.

Mars 1982

- Discussion du projet de rapport d'évaluation lors d'une réunion du Comité d'évaluation.
- Préparation du rapport final d'évaluation.

Début avril 1982

- Soumission du rapport d'évaluation à l'AID et à l'OMS.

Avril 1982

- Traduction et distribution du rapport.

Juin 1982

- Examen du rapport lors de la réunion du PRC.

Objet de l'Evaluation

4. L'objet de l'évaluation est la phase II (1978-1982) qui comporte le contrat avec l'Université de Boston (AID-AFR C1414 - 27 juillet 1978), PASA avec les centres de lutte contre la maladie (CDC) (4 août 1978) et un accord avec l'OMS/AFRO (27 septembre 1977). Cette évaluation couvrira les quatre premières années de mise en œuvre de la phase II (1978-81).

5. L'évaluation accordera une attention particulière aux activités financées par l'AID. Comme tous les organismes participants précités ont contribué avec leurs propres deniers et leurs propres ressources aux activités RSP, il est quelquefois impossible d'identifier séparément les

conséquences particulières de leurs apports respectifs. En outre, une telle compartimentation ne mettrait pas en évidence les relations qui existent entre les organismes et ne permettrait pas une évaluation constructive. Les apports séparés seront toutefois spécifiés par exemple lorsque AFRO utilise des fonds de l'AID ou ses propres fonds ou lorsque des contributions sont faites par les gouvernements des pays ou par l'Université de Boston.

6. L'objectif du projet RSSP est de mettre en oeuvre et de "renforcer les systèmes de prestation des services de santé publique en Afrique occidentale et centrale". Ces services de santé publique peuvent être renforcés par différentes approches, par exemple en élevant le niveau d'alphabétisation d'un pays ou en améliorant ses moyens de transport. Les activités du projet ont principalement visé à mettre en place dans la Région un système continu permettant de développer et de maintenir les personnels de santé nécessaires.

Les mots soulignés méritent d'être commentés :

- Continu - La Région devrait continuer de s'acheminer vers une auto-suffisance raisonnable en matière de ressources humaines pour ses services de santé.
- Système - Les activités relatives à la formation et à l'amélioration des personnels de santé ne doivent pas être menées de façon irrégulière, désordonnée ou improvisée, mais ses composantes doivent participer à un système hiérarchique logique adapté à la géographie, aux ressources et aux besoins de la Région.
- Développer - A cause du manque de personnel convenablement préparé aux approches actuelles de santé publique, on constate un retard dans la formation et il convient de rattraper ce retard. Pour ce faire, la structure et l'ampleur des actions de formation peuvent être différentes de ce que l'on souhaite.

Maintenir - Comme la Région approche de l'autosuffisance dans le domaine des personnels de santé, outre la formation de base, on prêtera attention de plus en plus au remplacement des personnels et on tiendra le personnel au courant des nouvelles découvertes dans le domaine de la philosophie et des méthodes de santé publique. Il est probable que l'accent sera mis davantage sur la supervision et sur la formation continue. Les structures pour assurer cette phase d'entretien devraient exister.

Personnel de  
santé néces-  
saire

- La définition qu'a donné l'OMS de la santé et les concepts actuels concernant le développement des personnels ont des implications pour un grand nombre de disciplines qui partagent et contribuent à la promotion de la santé. Conformément aux décisions et aux courants de pensées qui prédominent dans le monde à l'heure actuelle, le projet RSSP au cours de la phase II a suivi la réorientation retenue dans la Région à savoir celle des soins de santé primaires. Aux fins de cette évaluation, il faudra voir dans "le système de santé à un coût que l'on peut assumer" dans la perspective des SSP.
- A l'exception de certains aspects de l'objectif III (activités de vaccination), le projet RSSP ne participe pas directement aux prestations de services médicaux. Pour les quatre objectifs toutefois, il a contribué à former le personnel susceptible de contribuer à la création, à l'élaboration et au fonctionnement des services de santé. Un tel système de formation de personnel doit viser tous les

niveaux: planification, gestion, formation, supervision et services directs et différents types de spécialités à chaque niveau, conformément au stade de développement des SSP dans chaque pays.

7. Pour l'évaluation du projet RSSP, une attention particulière sera accordée à chacune des caractéristiques précitées qui jouent un rôle déterminant dans l'ampleur des activités du projet et apportent la preuve de son impact.

#### Administration et Financement

8. L'évaluation portera sur l'étude et l'analyse des problèmes de la structure administrative du projet, de sa nature et de ses points forts, de relations entre les parties qui collaborent au projet. Les sources et les montants des financements, la distribution des dépenses seront examinés et feront l'objet d'un rapport.

#### Sources d'Information et Données (entre autres)

9. Elles sont les suivantes:

- Questionnaires envoyés aux établissements de formation et aux participants aux conférences-ateliers.
- Accords écrits, plans de mise en oeuvre, procès-verbaux des réunions du Comité, rapports d'activités d'évaluation et autres documents.
- Réunions de briefing et interviews à l'AID et à l'OMS.
- Interviews avec le personnel RSSP et CDC en Afrique, Boston et Atlanta.
- Interviews avec le personnel des centres de formation, animateurs des conférences-ateliers et participants.
- Interviews avec les responsables de la santé des gouvernements.
- Examen du matériel du programme d'enseignement et rapport des conférences-ateliers.

- Observations faites dans les centres de formation, zones de démonstration et de formation, projet RSSP et autres services de santé.

#### Cadre de l'Evaluation

10. L'évaluation sera menée par objectif et par pays.

10.1. Conformément aux directives de l'OMS, on accordera une attention particulière aux paramètres suivants: pertinence, progrès, efficacité, efficience, impact--en tenant compte de la nature des différentes parties du projet RSSP. Pour l'objectif I (planification et gestion), II (compétence et utilisation du personnel) et IV (formation à la recherche appliquée):

Pertinence: Intérêt manifesté par les participants et les responsables de la santé, du gouvernement et des organismes de planification pour les activités de formation.

Progrès : Nombre, types, distribution, qualité et teneur des conférences-ateliers et des cours. Nombre et distribution des participants par pays.

Efficacité: Placement et rendement des participants. Influence, mise en oeuvre ou preuve d'un mouvement vers les établissements ou cours de formation nationaux ou sous-nationaux. Utilisation des anciens participants comme consultants, facilitateurs ou à d'autres titres pour la formation.

Efficience: Tentative pour établir une relation entre le montant, le type et le coût des apports du projet et progrès et efficacité.

Impact: Preuve qu'il existe une relation entre les activités du projet RSSP et une évolution ou des changements dans les SSP ou autres services de santé des pays de la Région.

Pour l'objectif IV (recherche appliquée)

Pertinence, élaboration et faisabilité du projet récemment approuvé en Côte d'Ivoire et peut-être d'autres projets approuvés au cours de ce processus d'évaluation. Occasion de procéder à des recherches appliquées utiles en relation avec les SSP et la formation du personnel concernant les SSP. Considérations d'ordre administratif pour accorder des subventions à la recherche appliquée.

Pour l'objectif III (surveillance de la maladie et systèmes de données démographiques)

On utilisera des approches quelque peu différentes pour l'évaluation des deux composantes de l'objectif III--les trois épidémiologistes et leur travail dans le cadre du PEV et les trois zones de démonstration/formation.

Pour les épidémiologistes (entre d'autres aspects)

Rôles dans les centres affiliés (OCEAC, OCCGE): activités dans leur pays respectif et en dehors de ces pays. Types de consultations sur les flambées épidémiques et enquêtes sur ces dernières. Systèmes de surveillance et données recueillies. Homologues formés. Indications d'autres activités épidémiologiques dans leurs Sous-Régions respectives.

Pour les zones de démonstration/formation

On profitera de l'évaluation intensive effectuée pour ces activités. Les informations et les données de ces évaluations ou obtenues dans des documents, interviews et observations seront formulées dans les catégories suivantes:

Apports : Personnel, temps et activités, matériel, fournitures, etc. Vaccins antirougeoleux distribués (on accordera une attention aux vaccins antirougeoleux distribués par RSSP dans d'autres pays.)

155

Progrès : Homologues en formation, quantités de vaccin--  
preuve d'utilisation, zones et populations couvertes.

Efficacité: Nombre d'enfants vaccinés et âge; lutte contre les  
flambées épidémiques particulières.

Efficience: Estimation du coût unitaire par action.

Impact: Tendances en matière de morbidité et de mortalité.

Une critique sera présentée sur: la relation entre l'objectif III  
et les objectifs I, II et IV. La relation entre PEV et RSSP. Considérations  
relatives à la relation entre un programme CCCD et SSP.

#### Par pays

10.2. Pour chacun des 20 pays du projet RSSP, on s'efforcera de  
tracer l'évolution à partir du point d'entrée dans les centres régionaux  
ou dans les conférences-ateliers jusqu'à l'adaptation dans le pays, et  
au-delà dans les activités de formation sous-régionales visant au  
renforcement des SSP et des services apparentés. Les données relatives  
aux paramètres semblables à ceux utilisés dans le cadre de l'évaluation  
par objectif seront regroupées par pays de façon que l'on ait un tableau  
séparé pour chaque pays en ce qui concerne leur participation à RSSP  
et comprenant la documentation sur les activités, les perspectives,  
l'état d'avancement, etc.

#### Pour la Région dans son ensemble (20 pays)

On présentera un tableau identique mais résumé de l'évolution et  
de l'état d'avancement avec pièces justificatives à l'appui.

#### Commentaires Généraux sur le Projet RSSP

11. Opinion d'ensemble sur la pertinence, la qualité, les  
contributions, le rapport coût/efficacité du projet RSSP.

Opinion et Recommandations

12. Elles porteront sur:

- Besoins et degré de préparation pour les prochaines étapes dans la Région;
- Indication des priorités pour les types, l'implantation et les montants d'appui externes fournis sur une base continue dans l'avenir immédiat.

APPENDICE V

ACCORD

RELATIF A LA PHASE II DU PROJET DE RENFORCEMENT  
DES SYSTEMES DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE  
EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE  
(PROJET RSSP)

ENTRE

LES ETATS-UNIS D'AMERIQUE

ET

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Date: 27 septembre 1977

---

ACCORD  
RELATIF A LA PHASE II DU PROJET DE RENFORCEMENT  
DES SYSTEMS DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE  
EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

---

LE PRESENT ACCORD a été conclu le 27 septembre 1977, entre les Etats-Unis d'Amérique, par l'intermédiaire de l'Agence pour le Développement international, ci-après dénommée "AID", et l'Organisation mondiale de la Santé, ci-après dénommée "OMS".

I. But de l'Accord

Le but de cet Accord est d'assurer la continuation de la collaboration avec l'OMS et les Etats participants pour mener à bien la Phase II du projet relatif au renforcement des systèmes de prestation des services de santé publique en Afrique occidentale et centrale.

II. Le projet

A. Le projet, qui est décrit en détail à l'Annexe 1, consistera en la continuation de la collaboration entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) et l'Agence pour le Développement international (AID), pour développer et renforcer les systèmes de prestations médico-sanitaires en Afrique occidentale et centrale. Vingt Etats d'Afrique centrale et occidentale ("Etats africains participants") participeront à certains ou à tous les aspects du projet. Le projet, décrit par objectifs, comportera ce qui suit :

1. Amélioration de la planification et de la gestion nationales et régionales dans le domaine de la santé.
2. Accroissement des compétences et amélioration de l'utilisation du personnel de santé assurant des services de santé complets au niveau de la supervision ou au niveau local.

3. Amélioration de la surveillance des maladies aux plans régional et national et des systèmes de données démographiques et sanitaires ainsi que de l'intégration de ces systèmes dans les systèmes de planification sanitaire nationale.
4. Démonstration du système de prestations sanitaires à faible coût, à la portée des intéressés.

B. Dans le cadre de la définition précitée du projet, des éléments de la description détaillée de l'Annexe 1, comportant le budget du projet, pourront être modifiés sur accord écrit des représentants autorisés des parties désignées à l'article 8, sans amendement officiel de cet Accord.

C. La contribution de l'AID au projet sera assurée de façon échelonnée, le premier versement étant effectué conformément à l'article 4 du présent Accord. Les versements suivants se feront en fonction des crédits dont l'AID dispose à cette fin, et de l'accord mutuel des parties au moment de procéder au versement suivant.

D. Les crédits fournis en exécution de l'Accord seront utilisés de trois façons. Une partie sera utilisée par l'OMS/AFRO pour couvrir les dépenses entraînées en Afrique par les services techniques, la formation, les marchandises, certains autres postes budgétaires. Les deux autres parties seront utilisées directement par l'AID, avec l'accord de l'OMS/AFRO, pour financer les autres postes budgétaires, les services techniques, la formation et les marchandises, fournis principalement aux Etats-Unis par un sous-traitant ressortissant du pays et par le Centre de Lutte contre les Maladies transmissibles.

### III. Contribution de l'AID

A. Dans le but de collaborer avec l'OMS et les Etats africains participant à l'exécution du projet, l'AID octroie par le présent Accord

une somme qui ne dépassera pas un million six cent quatre vingt dix-huit mille sept cent soixante dix-huit dollars des Etats-Unis (\$ 1,698,778).

B. A moins que l'AID n'en décide autrement par écrit, les crédits débloqués au titre de cette subvention seront utilisés conformément à la description détaillée du projet qui figure à l'Annexe 1, et au budget du projet joint à l'Annexe 1.

#### IV. Versement des Fonds

A. Le versement des fonds, au titre de l'article 3 du présent Accord, pourra être effectué directement par l'AID. Les versements de fonds pourront également être effectués par tous autres moyens dont les parties pourraient convenir par écrit.

B. Si les crédits prévus au titre du présent Accord sont versés par l'AID à un Etat participant ou à un organisme public ou privé dans le but de remplir les obligations de l'AID stipulées dans le présent Accord, le bénéficiaire de la subvention prendra les dispositions nécessaires pour que ces fonds puissent être convertis dans la monnaie du pays africain participant en question au taux de change le plus élevé qui, au moment où l'on procèdera au change, ne sera pas illégal dans l'Etat africain participant concerné.

#### V. Conditions Suspensives

A. Avant le versement des fonds au titre du présent Accord en vue de mener des activités dans un Etat participant, l'OMS obtiendra l'accord de l'Etat participant dans lequel ce projet sera exécuté afin d'assurer ce qui suit:

1. Si l'AID ou tout autre organisme public ou privé fournissant des marchandises financées par l'AID pour les opérations prévues

164

par le présent Accord dans un des Etats africains participants, est assujetti conformément à la législation réglementation ou procédure administrative de cet Etat, à des droits de douane ou à des taxes d'importation sur les marchandises importées dans ce pays dans le but d'exécuter le présent Accord, l'Etat en question s'acquittera de ces droits et taxes à moins qu'une exemption ne soit prévue par un accord international applicable.

2. Si un membre du personnel (autre que les citoyens et les résidents permanents de l'Etat africain participant), qu'il s'agisse d'un employé du Gouvernement des Etats-Unis ou d'un employé d'un organisme public ou privé ayant passé contract avec l'AID ou un Etat africain participant ou toute autre agence autorisée par un Etat participant, membre, qui se trouve dans un Etat africain participant, pour assurer les services que l'AID a accepté de fournir ou de financer au titre du présent Accord, est tenu, conformément à la législation, à la réglementation ou à la procédure administrative de cet Etat: (i) de payer l'impôt sur le revenu ou de cotiser à la sécurité sociale sur la base des revenus pour lesquels il est obligé de payer l'impôt sur le revenu ou la sécurité social au Gouvernemmt des Etats-Unis; (ii) de payer un impôt foncier sur les avoirs destinés à son propre usage; ou (iii) au paiement de tout droit de douane sur les marchandises ou effets personnels introduits dans les Etats participants pour son usage personnel, cet Etat paiera les impôts ou droits de douane à moins qu'une exonération ne soit accordée par un accord international applicable.

165

## VI. Engagements de l'OMS

Le Bureau régional de l'OMS à Brazzaville accepte, par le présent Accord, de contribuer à l'exécution de la phase II du projet comme suit:

1. Le Bureau régional de l'OMS et ses Représentants constitueront un point d'appui pour les opérations du projet prévues au titre de la subvention et fourniront un soutien et des services aux opérations du projet telles qu'elles sont prévues à l'Annexe 1.
2. Le Bureau régional de l'OMS organisera et assurera le Secrétariat du Comité de Coordination du projet et du Comité d'Examen du projet.
3. Le Bureau régional de l'OMS accepte de déployer le maximum d'efforts pour que la mise au point de systèmes de prestations médico-sanitaires efficaces et à faible coût reçoive la priorité de la part des Etats africains participants, que ces Etats contribuent aux dépenses du projet lorsque c'est nécessaire, que ces Etats emploient des participants formés au titre de ce projet pour les activités de santé appropriées et que les gouvernements des pays dans lesquels se trouvent les centres de formation régionaux continuent d'apporter leur soutien financier aux installations.
4. L'OMS désignera un agent de liaison qui, en consultation et en coordination avec le fonctionnaire de la santé du projet AID, fournira son concours lorsque ce sera nécessaire pour l'exécution du projet.

## VII. Coordination, Gestion et Examen du Programme

A. Aux fins de coordination, de gestion et d'examen du programme, le Comité de Coordination du projet et l'organe chargé de l'Examen du projet,

créés au départ dans le cadre de la Phase I du projet, continueront à fonctionner. Ces groupes comprendront les représentants des parties intéressées, des Etats africains participants et d'autres organismes, suivant l'agrément des parties.

B. Le Comité de Coordination du projet supervisera et dirigera la coordination technique et administrative, l'évaluation et la révision du programme et fera rapport sur les activités en cours.

C. L'organe chargé de l'Examen du projet passera en revue et confirmera les recommandations du Comité de Coordination du projet et informera les parties intéressées de l'état d'avancement du projet.

#### VIII. Dispositions Diverses

A. L'AID enverra de temps à autre des "lettres de mise en oeuvre" qui prescriront les procédures applicables au titre du présent Accord, procédures relatives à la mise en oeuvre de cet Accord.

B. L'AID et l'OMS se consulteront aussi fréquemment que nécessaire sur l'exécution du présent Accord et sur la mise en oeuvre des activités de cet Accord.

C. Le présent Accord peut être révisé par écrit, par consentement mutuel des parties en cause.

D. A moins qu'il n'en soit spécifié autrement par écrit par l'AID, l'acquisition des marchandises financées sur la contribution de l'AID prévue par l'article 3 du présent Accord sera assujettie à la réglementation de l'AID en matière d'achats qui figure au Règlement No. 1 de l'AID.

E. A moins qu'il n'en soit spécifié autrement par l'AID par écrit, le titre de propriété de tous les biens financés par l'AID conformément au présent Accord sera établi au nom de l'Etat africain participant dans lequel les biens sont situés.

F. Tout bien fourni au titre du présent Accord devra être consacré au projet jusqu'à sa bonne fin et, par la suite, devra être utilisé de façon à en servir les objectifs. Comme convenu entre l'AID et l'OMS, l'une ou l'autre des parties devra s'engager à retourner à l'autre partie ou à lui rembourser tout bien financé par l'autre partie, qui lui échoit en exécution du présent Accord, et qui n'est pas utilisé selon les termes de la phase qui précède.

G. Aucune partie des fonds octroyés par l'AID dans le cadre du présent Accord ne pourra être versée cinq ans après la date d'entrée en vigueur du présent Accord, à moins que cette date ne soit prorogée par l'AID par écrit et tout fonds octroyé par l'AID aux termes du présent Accord et qui n'aurait pas été versé à cette date devra être retourné à l'AID.

H. L'AID n'utilisera les fonds et n'effectuera les opérations prévus par le présent Accord que conformément à la législation et à la réglementation appropriées du Gouvernement des Etats-Unis.

I. Les parties auront à tout moment un droit de regard sur les opérations menées aux termes du présent Accord. Toute partie à cet Accord, pendant la durée de la subvention et trois ans après la fin du projet, aura en outre le droit d'examiner tout bien acquis par le financement de l'autre partie conformément au présent Accord, quel que soit l'endroit où ce bien se trouve.

J. (1) Les registres comptables, ainsi que les justificatifs des inscriptions dans les livres de comptabilité et des imputations à la présente subvention, devront être tenus conformément aux procédures comptables habituelles du bénéficiaire de la subvention, procédures qui suivront les principes de comptabilité généralement admis. Tous ces livres comptables seront conservés et il faudra demander qu'ils le soient

pendant au moins trois ans après le dernier versement effectué au titre de cette subvention. Le bénéficiaire de la subvention soumettra tous les six mois un rapport sur les dépenses encourues au titre de la subvention au Représentant autorisé de l'AID et au Contrôleur général des Etats-Unis. Il est entendu que le Fonds bénévole pour la Promotion de la Santé sera vérifié par le Commissaire aux Comptes, conformément à la procédure établie par l'OMS. Les résultats de cette vérification comptable seront tenus à la disposition de l'AID; (2) Si l'AID estime qu'un versement ou une dépense de l'OMS imputé à cette subvention n'a pas été effectué, utilisé ou appliqué selon les termes du présent Accord, l'OMS accepte de rembourser l'AID dans les 30 jours qui suivent la réception d'une requête à cet effet, du montant en question, sous réserve que la requête de l'AID soit présentée moins de cinq (5) ans après le versement final effectué au titre de cette subvention.

K. L'AID et l'OMS se tiendront mutuellement informés de l'état d'avancement ainsi que de la planification et de la mise en oeuvre du projet, et soumettront les rapports ayant trait à ces activités, sur demande de l'une ou de l'autre partie ou chaque fois que ce sera nécessaire.

L. L'une ou l'autre des parties pourra mettre un terme à cet Accord en donnant à l'autre partie un préavis écrit de trente (30) jours indiquant son intention d'y mettre fin. La résiliation de cet Accord par l'AID ou l'OMS mettra fin à toute obligation de la part de l'une ou l'autre des parties d'effectuer des versements conformément au présent Accord, sauf pour ceux qu'ils se sont engagés à faire en vertu d'engagements irréversibles pris avec une tierce personne avant la fin de l'Accord. Il est formellement entendu que toute autre obligation prévue par le présent Accord demeurera en vigueur après la fin de l'Accord.

M. A la fin du projet, un rapport de fin de projet sera rédigé, signé par les représentants compétents de l'AID et de l'OMS, et soumis à l'AID et à l'OMS. Le rapport de fin de projet comportera un résumé des contributions effectivement apportées au projet par chacune des parties à cet Accord, donnera un compte rendu des activités menées, des objectifs atteints ainsi que des données connexes nécessaires. L'AID et l'OMS échangeront les renseignements leur permettant de déterminer la nature et la portée des opérations menées aux termes de cet Accord pour en évaluer l'efficacité.

N. L'OMS accepte de prendre toutes les mesures qui pourraient être nécessaires pour faciliter les entrées et les déplacements dans les Etats africains participants des personnes devant accomplir les tâches, fonctions et services envisagés aux termes de cet Accord.

O. A moins que l'AID ne le prévoit par écrit, les services, le matériel et les matériaux financés aux termes de cet Accord devront provenir des Etats-Unis ou d'un pays africain en voie de développement. La préférence sera donnée au recrutement du personnel d'origine africaine. Les détails et toutes les exceptions seront décrits dans les "Lettres de mise en oeuvre."

P. L'OMS s'engage à se dessaisir en faveur de l'AID, sur sa demande, de tout procès ou action en justice qui pourrait incomber à l'OMS à propos de ou résultant de l'exécution ou de la rupture d'un contrat avec un sous-traitant financé en partie ou en totalité sur des crédits fournis par l'AID aux termes du présent Accord.

Q. Tout transport par voie aérienne financé dans le cadre du présent Accord, des personnes ou des biens, devra être effectué par des transporteurs immatriculés aux Etats-Unis, dans la mesure où ces

transporteurs sont disponibles. Les détails relatifs à cette condition seront donnés dans la "Lettre de mise en oeuvre".

R. Toutes notifications, requêtes, documents ou autres communications soumis par l'une des parties à l'autre aux termes du présent Accord, se feront par lettre ou par télégramme et seront considérés comme ayant été dûment donnés ou envoyés lorsqu'ils seront remis à ces parties aux adresses suivantes:

- à l'OMS: Directeur régional  
Bureau régional de l'Afrique  
Organisation mondiale de la Santé  
B.P. 6  
Brazzaville (République populaire du Congo)

Autre adresse pour les télégrammes: UNISANTE BRAZZAVILLE

- à l'AID: Directeur, Office of Regional Affairs,  
Bureau for Africa,  
Agency for International Development,  
Washington, D.C. 20523

Toutes les communications se feront en anglais à moins que les parties en conviennent différemment par écrit. D'autres adresses pourront remplacer celles qui sont citées plus haut à condition de donner un préavis.

S. Aux fins du présent Accord, l'OMS sera représentée par la personne investie de la fonction ou assurant l'intérim du Directeur régional, Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé, et l'AID sera représentée par la personne investie de la fonction ou assurant l'intérim du Directeur, Bureau des Affaires régionales, Bureau pour l'Afrique, AID, qui, chacune, par notification écrite, pourront désigner d'autres représentants à toutes fins autres que celle qui consiste à exercer l'autorité prévue à l'article 2B portant sur la révision des éléments de la description détaillée de l'Annexe 1.

T. Le présent Accord est rédigé en anglais et en français. Au cas où il y aurait une ambiguïté ou une contradiction entre les deux versions, la version anglaise sera retenue.

EN FOI DE QUOI, l'OMS et les Etats-Unis d'Amérique, agissant chacun par le biais de leur représentant dûment autorisé, ont fait signer le présent Accord en leur nom le jour et l'année indiqués à la première page du présent Accord.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Par: \_\_\_\_\_  
Docteur Comlan A.A. Quenum

Titre: Directeur régional  
Bureau régional de l'Afrique

Date: 27 septembre 1977

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Par: \_\_\_\_\_  
Goler T. Butcher

Titre: Administrateur adjoint  
Bureau pour l'Afrique  
Agence pour le Développement  
international

Date: 27 septembre 1977

1977

COST REIMBURSEMENT CONTRACT\* WITH AN EDUCATIONAL INSTITUTION

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT NEGOTIATED CONTRACT NO. AID/afr-C-1414

NEGOTIATED PURSUANT TO THE FOREIGN ASSISTANCE ACT OF 1961, AS AMENDED, AND EXECUTIVE ORDER 11223	TOTAL ESTIMATED CONTRACT COST \$3,599,341
CONTRACT FOR: Strengthening Health Delivery Systems II	CONTRACTOR (Name and Address) Boston University Boston University Medical Center
PROJECT NO: 698-0398	NAME: 80 East Concord Street
ISSUING OFFICE (Name and Address) Agency for International Development Office of Contract Management Regional Operations Division-Africa Washington, D.C. 20523	STREET ADDRESS: Boston, MA. 02118
	CITY, STATE, AND ZIP CODE
ADMINISTRATION BY: AID Washington, D.C.	COGNIZANT SCIENTIFIC/TECHNICAL OFFICE Office of Africa Regional Affairs (AFR/RA)
MAIL VOUCHERS (Original and 3 copies) To: Agency for International Development F.I/PAD Washington, D.C. 20523	ACCOUNTING AND APPROPRIATION DATA PIO/T NO: 698-0398-3-6177458 APPROPRIATION NO. 72-11X1024 ALLOTMENT NO. 424-61-698-00-69-71
EFFECTIVE DATE: 1 April 1978	ESTIMATED COMPLETION DATE: 30 April 1980

PROJECT MANAGER: E. Yates AFR/RA

The United States of America, hereinafter called the Government, represented by the Contracting Officer executing this Contract, and the Contractor, an educational institution chartered by the State of Massachusetts with its principal office in Boston, Massachusetts, agree that the Contractor shall perform all the services set forth in the attached Schedule, for the consideration stated therein. The rights and obligations of the parties to this contract shall be subject to and governed by the Schedule and the General Provisions. To the extent of any inconsistency between the Schedule and the General Provisions and any specifications or other provisions which are made a part of this contract, by reference or otherwise, the Schedule or the General Provisions shall control. To the extent of any inconsistency between the Schedule and the General Provisions, the Schedule shall control.

\* There are 15 Amendments to this contract. Copies may be obtained from AID or Boston University.

This Contract consists of this Cover Page, the Table of Contents, and the Schedule consisting of 13 pages, the General Provisions (Form AID 1420-23C), dated 1 July 1976, and the Additional General Provisions (Form AID 1420-23D), dated 1 July 1976.

NAME OF CONTRACTOR  
Boston University

UNITED STATES OF AMERICA  
AGENCY FOR INTERNATIONAL  
DEVELOPMENT

BY (Signature of authorized individual)

BY (Signature of Contracting Officer)

TYPED OR PRINTED NAME  
Robert N. Jordan

TYPED OR PRINTED NAME  
James A. Anderson

TITLE: Assistant Treasurer

CONTRACTING OFFICER

DATE: 4/24/78

DATE: 4/27/78

AID 1420-23A (4-73)

Contract No. AID/afr-C-1414

SCHEDULE  
 COST REIMBURSEMENT CONTRACT WITH  
 AN EDUCATIONAL INSTITUTION

TABLE OF CONTENTS

SCHEDULE

The Schedule, on pages 1 through 13, consists of this Table of Contents and the following Articles:

ARTICLE I	- STATEMENT OF WORK
ARTICLE II	- KEY PERSONNEL
ARTICLE III	- PERIOD OF CONTRACT SERVICES
ARTICLE IV	- ESTIMATED LEVEL OF EFFORT
ARTICLE V	- ESTIMATED COST AND OBLIGATED AMOUNT
ARTICLE VI	- BUDGET
ARTICLE VII	- LOGISTIC SUPPORT
ARTICLE VIII	- NEGOTIATED OVERHEAD RATES
ARTICLE IX	- ALTERATIONS IN CONTRACT

GENERAL PROVISIONS

1. The General Provisions applicable to this contract consist of form AID 1420-23C entitled "General Provisions - Cost Reimbursement Contract with an Educational Institution," dated 1 July 1976, which includes provisions 1 through 38; and form AID 1420-23D entitled "Additional General Provisions - Cost Reimbursement Contract with an Educational Institution," dated 1 July 1976, which includes provisions 1 through 17.

Contract No. AID/afr-C-1414

ARTICLE I - STATEMENT OF WORKA. Objective

The objective of this project is to continue a collaborative effort to help develop the capability to plan, implement and manage effective and economically feasible health delivery systems in West and Central Africa. This goal will be achieved by pursuing the following objectives: (1) improve national and regional health planning and management capabilities; (2) increase the skills and improve the utilization of health personnel at supervisory and local levels in order to provide effective generalized health services; (3) improve the effectiveness of national and regional disease surveillance; health and demographic data collection systems; and (4) develop training, service and research demonstration models for low-cost health delivery.

B. Description of Services1. Strengthening Health Delivery Systems (SHDS) Project Office

The contractor will be responsible for coordination and implementation of the Strengthening of Health Delivery Systems (SHDS) project by establishing and staffing an SHDS project office in Abidjan. The SHDS Project Office will be staffed by a Project Director and two Assistant Directors and will be operated under the general policy direction of the Regional Office for Africa of the World Health Organization (WHO/AFRO) and the Project Coordinating Committee. The activity will operate within the general guidelines of the Project Paper as revised by the Project Review Committee in Brazzaville in July 1977 (and which will be further revised from time to time).

The SHDS Project Director will be responsible for the daily management of the SHDS project and will coordinate plans and activities directly with WHO/AFR headquarters and through WHO Country Representatives, with host government officials and training center directors to assure proper utilization of the SHDS project in the development of bilateral health programs. The contractor will assign a senior American public health physician as SHDS Project Director who has experience in Francophone and Anglophone Africa.

The SHDS Project Office will have two major divisions, one for teaching, training and national program development and the other for disease surveillance and delivery system development and support. Two American Assistant Directors will be recruited and assigned to the SHDS Project Office, one for each division. Two functional subdivisions of the Division of Teaching, Training and National Program Development are planned. The first subdivision covers the regional training sites that the project will assist (Lagos, Lome, CESSI Dakar, CESSI Yaounde, and the Dakar National Health Planning and Management Center.) The second subdivision covers the ongoing responsibility of continued national program development. The Assistant Director for Teaching, Training and

Contract No. AID/afr-C-1414

National Program Development will have the responsibility of monitoring SHDS' activities at the regional training sites, will participate in and help develop in-country training and health planning activities and will cooperate with UNICEF in improvement of regional transportation and regional purchasing capability. The lines of authority and responsibility will be directly with the Project Director on the one hand and with the individual Director of each of the previous mentioned five regional centers. The Assistant Director will have experience and background in health training methodology.

The Division of Disease Surveillance and Delivery Systems Development Support will have two subdivisions: (1) disease surveillance and (2) low-cost health delivery system development. The disease surveillance activity will be carried out by the U.S. Communicable Disease Center (CDC) in coordination with the SHDS Project Office. The activity will emanate from three sites (Cameroon associated with OCEAC, northern Ivory Coast associated with OCCGE, and Accra) and will involve coordination with the six CDC epidemiologists and operations officers. Low-cost health delivery systems development will relate to the Centre Universitaire des Science de la Sante (CUSS) in Yaounde and/or other low-cost health delivery system prototypes. Because of the existing and future possible US AID inputs, close liaison will be maintained with country and regional US AID Representatives. The lines of authority and responsibility of this Assistant Director will be directly to the Project Director. This Assistant Director will be an experienced epidemiologist.

The contractor will recruit an African SHDS project office staff which will be directed by an administrator and will consist of an administrative assistant, accountant-bookkeeper and one stenotypist, three secretaries, two chauffeurs and a guard.

The contractor will locate and rent functional but simple office space adequate for the SHDS Project Office. Furniture and equipment for the additional staff will be procured.

Primary direction and support for the SHDS project will be in Africa. The contractor will provide limited technical and logistic backup for the SHDS Project Office, as requested within budgetary limitations.

## 2. Public Health Planning and Management (Objective I)

The overall goal of Objective I is to strengthen and improve the capability to plan, implement and manage effective and economical health delivery systems in twenty Central and West African countries. The more specific objective is to improve and expand the training capabilities of the WHO-sponsored project at the Dakar Planning and Management Center in Dakar, Senegal, and, primarily using the staff of that Center, to assist national governments with health planning and management problems.

In order to achieve this objective the contractor working through the SHDS Project Director and in coordination with WHO/AFRO, Ministries of Health and other donors will assist the Center staff to: (1) develop and conduct workshop/seminars at the Center in planning and management for

Contract No. AID/afr-C-1414

senior and middle level African Health Officials, i.e., doctors, planners, economists, etc.; (2) develop and conduct refresher courses at the Center for middle level management and middle level management and administrative personnel; (3) supervise resident internships at the Center for health sector planners and senior managers; (4) conduct intercountry workshops in various African countries to serve senior health officials; (5) provide services by the Center staff and limited consultant services from the U.S., as requested by participating countries, as a follow up on trainees and to assist in developing planning units.

The specific activities by the contractor to be undertaken in 1977 and 1978 at the Dakar Planning and Management Center in coordination with WHO will include: (1) annual 6-week workshop in health planning for approximately 20 central health administrators; (2) 2- to 3-week course in administration of regional and district health services for 20 intermediate level health workers in 1978; (3) 3-week course in district and regional health services management for regional health services administrators in 1978.

Outreach activities of the Dakar Center, assisted by consultants provided by the contractor as necessary, will include (1) conducting four intercountry workshops to serve ministerial level health officials who are unable to attend courses at the Dakar Center; (2) developing curriculum in planning and management for other regional training centers; (3) providing consultant services, if requested by participating countries, both to follow up on trainees and to assist in developing national planning units.

The contractor will procure limited teaching equipment, films, office machines, books, air conditioner and refrigerator from the U.S. and arrange for travel of any American staff and special planning and management meetings for the purpose of developing curriculum and conducting workshops.

It is anticipated that the additional technical services of an epidemiologist, demographer/statistician and sociologist will be provided from African staff recruited by WHO/AFRO in consultation with the SHDS Project Director. It is possible that the epidemiologist will not be found in Africa, and therefore, the contractor may be asked (and therefore plan) to recruit that staff member as well as to provide approximately six consultant/months of services during the first two years. All travel and stipend support for Africans, payment of African staff and interns, remodeling and purchase of African acquired equipment will be provided by WHO/AFRO.

### 3. Regional Health Personnel Training Centers (Objective II)

The overall goal of Objective II is to increase the skills and improve the utilization of health personnel providing generalized health services at the supervisory and local levels.

The specific objective is to broaden and upgrade the curricula in four regional health training Centers for physicians, nurses, nurse/midwives

Contract No. AID-afr-C-1414

and auxillary health workers in the delivery of primary health care and to provide follow-up support to graduates in planning national programs.

The contractor will (1) identify, plan and develop appropriate curricula (including nutrition and family planning) in primary health care (public health) for physicians, nurses (A level health workers) and nurse/midwives and auxillary health workers (b level health workers) at the Lome, Togo Regional Health Training Center in 1978 and the Lome and Lagos, Nigeria Centers in 1979 in collaboration with the staff of those Centers; (2) existing curricula at the CESSI post-basic nursing training centers at Dakar and Yaounde and collaborate with CESSI officials in improving curricula and training methodologies for nurses in national health planning, planning and administrative of public health nursing care and planning and implementation of training programs. The work will be performed under the general direction of SHDS Project Office who will act on behalf of the WHO/AFRO. It is expected that the national governments will cooperate by sending appropriate personnel to the above Centers for training who on return to their respective countries will be able to assist in developing national health training programs.

a. Regional Training Centers in Lome and Lagos

One aspect of carrying out the above work will be to develop prepackaged instructional materials in primary health care at the Lome Regional Training Center. The materials will be developed in terms of African health training needs and pretested in the field. The short-term (six-months) services of a five person design team will be provided to assist the instructional staffs of the Center in the development and testing of the prepackaged instructional material. The contractor will, to the extent required, provide up to six months in short term consultant services to assist in a short-term refresher training course in public health and to assist the instructional staff at the Lome Center to provide follow-up support in establishing national programs in primary health care for C level health workers.

The contractor will provide limited teaching equipment, films and books from the U.S. It is anticipated that the technical services of instructors will be recruited by WHO/AFRO from Africa.

b. Centre d'Enseignement Superieur en Soins Infirmiers  
(Center of Higher Instruction in Nursing Care)

The contractor will assist the Directors of the CESSI programs in Dakar, Senegal and Yaounde, Cameroon in developing and/or revising curricula in national health planning, planning and administration of public health nursing care and obstetrics, nutrition and family planning, and planning and implementation of training programs. In addition, the contractor will assist in institutionalizing a program at the CESSI's in continuing education in public health (refresher courses) for graduates of the CESSI's; assist in evaluating the CESSI

Contract No. AID-afr-C-1414

programs in relation to curricula and the needs of the graduates; assist in developing and providing consulting services by the CESSI staff for national nursing personnel; and assist in strengthening the research in public health in the CESSI curricula. The contractor will provide up to six months of short-term consulting services to assist in achieving the above.

The contractor will procure equipment and supplies and books for both CESSIs in the United States.

During each of 1978 and 1979 the contractor will arrange two 2 year fellowships in public health nursing education graduate study in the U.S. in order to expand the African staff at these institutions upon the completion of training.

c. Developing an Anglophone Training Institution

The contractor, through short-term consultants, will explore the feasibility of developing an Anglophone regional health training institution to provide the types of training and activities provided by the CESSIs and serve as a sub-regional training center for Liberia, Sierra Leone and Gambia. Such a Center might be established through the facilities of Cuttington College and the Tubman National Institute of Medical Arts in Liberia. The contractor, in cooperation with the SHDS Project Office will consult with the Government of Liberia, WHO and A.I.D. when completed.

As an interim measure the contractor will provide two graduate fellowships in each of 1977 and 1978 for senior level nursing personnel from Liberia, Sierra Leone and Gambia for training in the United States for faculty development; and will assist in developing annual sub-regional workshops in post basic nursing.

4. Disease Surveillance and Health/Demographic Data Systems (Objective III).

The contractor's responsibility for training and demonstration under this objective will be limited to coordination of the activities of the U.S. Communicable Disease Center (CDC) PASA team funded under this project with the other activities of the project. Coordination will be carried out primarily through the SHDS Project Office in Abidjan. No technical or logistic support is envisaged.

The contractor, through the SHDS Project Office, will be responsible for coordinating the country and regional demonstration and training requirements for measles vaccine based upon planned annual requests. The SHDS Project Office will assist WHO/AFRO in acquiring measles vaccine from other donors for programming through this project and to work with participating countries to develop the capability to procure vaccine directly by the end of the project.

Contract No. AID-afr-C-1414

### 5. Low Cost Health Delivery System Models (Objective IV)

The overall goal of Objective IV is to assist developing a prototype low-cost (affordable) integrated health delivery system in one or more of the participating countries. The contractor should study various prototypes of health delivery systems which may serve as both a model for replication and as a subregional operational research and training center. One possibility is the University Center for Health Services (CUSS) in the Cameroon which is establishing an Institute of Postgraduate Studies. The contractor will undertake additional consultation with the Government of Cameroon, CUSS, WHO/AFRO and A.I.D. as well as other countries and present detailed plans for implementation of Objective IV to the Project Coordination Committee for action. Research grants to Africans on alternative and comparative methodologies of low-cost delivery systems may be awarded. An annual workshop on preferred approaches to primary health care in tropical African countries will be organized to assist in exchange of information and developing the prototype program. Limited consultant services will be provided to assist in developing the detailed plan.

### 6. Administrative Management

The primary responsibility for the SHDS project is assumed jointly by WHO/AFRO and the SHDS Project Director (contractor chief of party) through a Coordinating Committee composed of four representatives of the participating countries (two from countries of French expression and two from countries of English expression) and other donor organizations. Additionally, WHO/AFRO will assign a Liaison Officer to the SHDS Project Office and has delegated responsibility for day-to-day coordination to the country representatives in the participating countries.

The Regional Office for Africa of the World Health Organization (WHO/AFRO) has primary liaison responsibility between the 20 countries and the project staff. Therefore, the geographical proximity of SHDS and WHO/AFRO to the countries, and the programmatic responsiveness which can result, is basic to the leadership and direction of SHDS in and from Africa.

Other cooperating organizations for this project are the Organization for Coordination of the Control of Endemic Disease in Central Africa (OCEAC) located in the Cameroon, and its sister organization OCCGE located in Upper Volta. Consultant services and technical backup in relation to disease surveillance and communicable disease control will be provided by the US Center for Disease Control (CDC) in Atlanta. Ministries of Health and other government agencies in those countries in which rural health delivery system field training centers and disease surveillance centers are located will participate directly in the implementation of these aspects of the project. WHO/AFRO will recruit and contract for all African staff, purchase all African-acquired equipment and services, and will arrange travel and stipends for Africans in training within Africa.

Contract No. AID/afr-C-1414

All procurement of personnel and equipment and supplies will be from the U.S. unless otherwise agreed in writing by A.I.D.

C. Report Requirement

1. Project Work Plan: The contractor shall submit a detailed draft project work plan for the term of this contract within the initial six months of the contract. This project plan will encompass the individual work plans, manpower development (on-the-job and participant training) physical facilities, feasibility study activities.

The views of WHO/AFRO and A.I.D. shall be obtained and incorporated into a finalized version of the project work plan within 30 days after comments are received.

2. Mid-year Progress Report: The contractor shall submit by 30 October of each year a mid-year progress report showing achievements against the project work plan and identifying major problems and constraints encountered.

3. Annual Progress Report: The contractor shall submit by 30 April of each year an annual progress report which will be related to the project work plan and include a summary narrative description of activities, the main achievements, major problems encountered, recommendations for improvement and recommendations for activities in the next years.

4. Final Report: Sixty days prior to the completion of the contractor's project services, the contractor shall submit a draft final report incorporating a review of project accomplishments, problems encountered and recommendations for future activities in relation to specifically stated objectives or targets. If within 60 days of receipt of the draft final report no comments have been received from the WHO/AFRO and the A.I.D. the draft final report shall be considered as the final report. If comments are received from the WHO/AFRO and A.I.D., the comments shall be incorporated into a finalized version of the final report such finalized version to be submitted within 30 days of the completion date of the contractor's project services.

5. Report Distribution:

a. All draft and final reports covered by items 1 through 4 above shall be distributed as follows:

WHO/AFRO	- 3 copies
A.I.D. Project Officer, Abidjan	- 1 copy
A.I.D. Project Officer, AID/W	- 1 copy
A.I.D. Health Development Officer	- 2 copies
Contracting Officer	- 1 copy

Contract NO. AID/afr-C-1414

b. Copies of all final reports shall be sent to:

A.I.D. Reference Center  
 Agency for International Development  
 Washington, D.C. 20523 (2 copies)

As an Appendix to its final report, the contractor or grantee shall submit a brief summary outlining the extent to which minorities and women were used in carrying out the activity and the extent to which they were used as members of teams which were sent to the field.

ARTICLE II - KEY PERSONNEL

A. The key personnel which the Contractor shall furnish for the performance of this contract are as follows:

Dr. David M. French, Project Director

B. The personnel specified above are considered to be essential to the work being performed hereunder. Prior to making any change in the key personnel, the contractor shall notify the Contracting Officer reasonably in advance and shall submit justification (including proposed substitutions) in sufficient detail to permit evaluation of the impact on the program. The listing of key personnel may, with the consent of the contracting parties, be amended from time to time during the course of the contract to either add or delete personnel, as appropriate.

ARTICLE III - PERIOD OF CONTRACT SERVICES

The effective date is 1 April 1978. The estimated completion date is 30 April 1980.

ARTICLE IV - ESTIMATED LEVEL OF EFFORT

<u>No.</u>	<u>Position Description</u>	<u>Estimated Man-Months</u>
1	Project Director	24
2	Assistant Director	48
1	Office Manager-Field	24
1	Administrative Assistant-Field	24
9	Field Staff Nonprofessional	216
1	Campus Coordinator	22
1	Planning and Evaluation Coordinator	11
1	Public Health Advisor	5.5
3	Home Office Nonprofessional	66
1	Epidemiologist	22
1	Coordinator, Educational Development	4.8
Various	Consultants	148

Contract No. AID/afr-C-1414

A six-day work week with no premium pay is authorized while in Africa. The duty posts are Abidjan, Ivory Coast, Dakar, Senegal and Boston, Massachusetts, but technicians will be required to travel, per Article I.

ARTICLE V- ESTIMATED COST AND OBLIGATED AMOUNT

The total estimated cost is \$3,599,341. The obligated amount is \$1,400,000. The contractor shall not exceed the obligated amount without prior written approval from the Contracting Officer. Further constraints are detailed in General Provision #9 entitled "Limitation of Funds."

ARTICLE VI - BUDGET

The following budget is illustrative in nature. However, the contractor shall not deviate from the amount established in any individual cost line item by more than 15% without the prior written approval of the Contracting Officer.

A. Budget

<u>Cost Line</u>	<u>Year #1</u>	<u>Year #2</u>	<u>Total</u>
Salary	\$ 322,287	\$ 411,371	\$ 733,658
Consultants	275,647	166,468	442,115
Fringe benefits	93,942	95,799	189,741
Overhead	197,573	206,996	404,569
Travel and transportation	162,796	128,662	291,458
Allowances	458,717	341,912	800,629
Other direct costs	185,131	165,935	351,066
Equipment and supplies	171,720	151,385	323,105
Participant Training	<u>21,000</u>	<u>42,000</u>	<u>63,000</u>
Total Estimated Cost	\$1,888,813	\$1,710,528	\$3,599,341

B. The contractor shall submit the proposed salary of any individual long-term employee not appointed as of the effective date of this contract to the Contracting Officer for prior approval.

C. Short-term assignments, considered consultants under this contract, that are performed by Boston University employees, shall not include consultant reimbursement at higher than these employees current salary rate. Consultants that are not Boston University employees are not entitled to fringe benefits.

Contract No. AID/afr-C-1414

D. The contractor may not collect housing and/or utilities allowance in excess of the official Department of State Living Quarters Allowance for long-term employees prior to issuance of a waiver of same.

#### ARTICLE VII - LOGISTIC SUPPORT

Contractor will negotiate with host country, with WHO/AFRO assistance, and with WHO/AFRO for all privileges desired and services rendered under this contract. No A.I.D. support or assistance will be provided. Contract personnel will not be liable for income or social security taxes with respect to income upon which they are obligated to pay taxes to the U.S. Government. Project equipment will be imported free of customs duties and taxes.

#### ARTICLE VIII - NEGOTIATED OVERHEAD RATES

Pursuant to the clause of the General Provisions of this Contract entitled "Negotiated Overhead Rates Postdetermined" a rate or rates shall be established for each of the contractor's accounting periods during the term of the contract. Pending establishment of final indirect cost rates for the initial period, provisional payments on account of allowable indirect costs shall be made on the basis of the following provisional rates applied to the base(s) which are set forth below:

	<u>Rate</u>	<u>Base</u>	<u>Period</u>
On Campus	62.74%	Salaries	From: April 1, 1978 To : April 1, 1980
Off Campus	33.5%	Salaries	From: April 1, 1978 To : April, 1, 1980

Postdetermined indirect cost rates for subsequent periods shall be established in accordance with the terms of the "Negotiated Overhead Rates - Postdetermined" clause of this contract.

#### ARTICLE IX - MISCELLANEOUS

##### A. Language Requirement

All long-term technicians shall have a French language proficiency of at least S-2, R-2 as established by the Department of State Foreign Service Institute.

##### B. Equipment

Lists of all equipment purchased under this contract will be submitted to WHO/AFRO and A.I.D. Project Manager.

185

APPENDIX VII

PASA\*  
PARTICIPATING AGENCY SERVICE AGREEMENT  
BETWEEN  
THE AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT  
AND  
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION & WELFARE  
CENTER FOR DISEASE CONTROL

---

1. INITIAL STARTING DATE (Mo., Day, Yr.) March 1, 1978	2. PROJECTED COMPLETION DATE (Mo., Day, Yr.) February 29, 1980
--	--

---

3. CATEGORY <input checked="" type="checkbox"/> TDY <input checked="" type="checkbox"/> ASSIGNED	4. DURATION OF FUNDING <input checked="" type="checkbox"/> CURRENT YEAR <input checked="" type="checkbox"/> FORWARD FUNDING
---	---

---

5. PROJECT NO. AND TITLE 698-0398 Strengthening of Health Delivery Systems (SHDS) Phase II, Obj. III	6. <input checked="" type="checkbox"/> PASA ORIGINAL <input type="checkbox"/> PASA AMENDMENT <input type="checkbox"/>
---	--

---

7. PASA NUMBER HZ/AR-0398-6-78	8. COUNTRY/AID/W OFFICE: Africa Regional
-----------------------------------	---

---

9. TYPE <input type="checkbox"/> REIM. <input checked="" type="checkbox"/> GRANT <input type="checkbox"/> LOANS	10. YEAR FY 1978/79
--	------------------------

---

11. FUNDING

---

A. CITATIONS	(1) APPROPRIATION NO. 72-1181021.8	(2) ALLOTMENT NO. 848-61-698-00-69-81	(3) PIO/T/OBL. NO. 698-0398-2-6187655
--------------	---------------------------------------	--	--

---

B. AMOUNT	(1) INITIAL OR CURRENT \$925,000	(2) CHANGE (+ or -)	(3) NEW TOTAL \$925,000
-----------	-------------------------------------	---------------------	----------------------------

---

\* There are three Amendments to this PASA. Copies may be obtained from AID or CDC.

C. TOTAL PROJECT COSTS	(1) PRIOR YEARS (FOR CONTINUOUS PROJECTS)	(2) FUTURE YEARS (INCLUDE CURRENT FUNDING-BLOCKS B(1) OR B (3))	(3) ESTIMATED TOTAL
D. PRINCIPAL COST COMPONENTS (BLOCK B)	(1) SALARIES, DIFFERENTIAL AND BENEFITS	(2) TRANSPORTATION INCLUDING PER DIEM	(3) MISC. (4) OVERHEAD
E. SUPPLEMENTAL AID SUPPORT	(1) INITIAL OR CURRENT	(2) CHANGE (+ OR -)	(3) NEW TOTAL

## 12. STATEMENT OF PURPOSE

I. Summary

The overall objective of this PASA between A.I.D. and DHEW, Center for Control (CDC), is to secure the CDC's professional services needed to improve regional and national disease surveillance and health/demographic data systems in 20 Central and West African countries and to integrate these systems into the national health planning and delivery systems of these countries.

\*Partial funding: Additional funding to be provided subject to availability of funds.

Budget Estimates

1978 Budget	\$ 852,000
1979 Budget	<u>1,425,050</u>
	2,277,050
Amount this PASA	<u>925,000</u>

Amount Subsequent Amendment(s) \$1,352,050

13. GOVERNING PROVISIONS: PURSUANT TO THE GENERAL AGREEMENT DATED MARCH 3, 1966 BETWEEN AID AND THE DHEW. THE AGENCY NAMED ABOVE AGREES TO PROVIDE THE SERVICES OUTLINED IN BLOCK 12 AMPLIFIED AS NEEDED BY APPENDIX A UNLESS OTHERWISE AUTHORIZED BY AID. ALL SERVICES SHALL BE OF U.S. ORIGIN. ANY APPENDICES ATTACHED HERETO ARE CONSIDERED PART OF THIS PASA.

181

14. SIGNATURES

NAME: Robert D. Fischer, M.D.  
TITLE: Acting Director  
OFFICE: Office of International Health  
DATE: 8/2/78

NAME: J. William Auer  
TITLE: Chief Participating Agency Branch  
OFFICE: Contract Management, AID  
DATE: July 7, 1978

15. APPENDICES

- APPENDIX A - SCOPE OF WORK
- APPENDIX B - BUDGET PLAN
- OTHER/REFERENCE:  
WHO/USG Grant, Dated 9/27/77

16. NEGOTIATING OFFICERS

AID: CM/SOD/IIA: ERWillis  
AGENCY: DHEW/CDC: JWeisfeld  
JCooley

100

The more specific objective is to regularize surveillance and data gathering by the countries through training and demonstration on a sub-regional basis. This activity is Objective III of Phase II of the Strengthening of Health Delivery Systems Project 698-0398 (ICP/SHS/013) and will be implemented as a coordinated phase of that activity.

## II. Scope of Work

A. In order to achieve the above goals, CDC will define disease surveillance needs and develop a practical workable system for the 20 participating Central and West African countries to meet these needs. This will include steps for planning, implementing, monitoring and evaluating immunization programs, including identification of critical areas requiring administrative, logistical and technological change from current practices. Work will be performed in coordination with SHDS Project Office in Abidjan, the WHO regional office in Brazzaville and WHO Country Representatives, and the national Ministries of Health and other national entities. The end of project status expected after five years is that the national governments will formulate national disease surveillance plans, carry them out, and report in accordance with an agreed regional system.

The following four specific activities will be undertaken:

1. Training and demonstration for disease surveillance, data gathering and disease control will be started in three subregional areas. Two areas will be set up (one in the Cameroon and one in Ivory Coast) with the cooperation of existing sub-regional epidemiological centers (OCEAC in Yaounde, Cameroon and OCCGE in Bobo-Dioulasso, Upper Volta). A third sub-regional area for anglophone West Africa will be established in Ghana with the cooperation of the Ghanaian Ministry of Health. All three areas will be used to develop an expanded immunization (multiple antigen) training and demonstration program for health personnel from West African countries. Area-specific feasible methods of multiple antigen administration including identification of target age groups will be developed through operational research and evaluation.

During the first year, CDC will plan and conduct at least two training courses on disease surveillance, including data collection, interpretation and response. Emphasis will be placed on utilization of proven epidemiologic and operational methods to achieve disease control.

2. CDC shall provide technical training information upon request to Regional Training Centers in Lome, Togo and Lagos, Nigeria, as well as the CESSI's in Dakar, Senegal and Yaounde, Cameroon. Information on disease surveillance, demographic data collection, nutrition surveys, and disease control will then be used by these centers to develop training programs offered to polyvalent health workers to enable them to improve the quality of primary health care at the village level.

3. CDC Medical Epidemiologists shall assist individual countries in evaluating the usefulness of their health surveillance systems. The type of information collected will be critically examined in terms of its potential utility. The transfer of surveillance data from reporting

centers to district, national, regional and WHO centers responsible for analysis and action will be evaluated. Based on such evaluations, recommendations will be made for improving data collection and analysis and increasing the quality of health delivery programs. Periodic surveillance reports will be prepared comparing inputs (e.g., immunizations) and outputs (e.g., changes in morbidity and mortality).

4. Improved laboratory facilities in selected areas shall be developed to provide back-up services to the regional disease surveillance activities. Services will be provided from existing laboratories in the OCCGE, OCEAC, as well as certain individual countries.

B. CDC, through use of short-time U.S. technicians, shall assist national governments to develop a coordinated laboratory system to provide back-up services to the disease surveillance and control systems.

C. One Medical Epidemiologist and one Operations Officer shall be assigned for each demonstration and training area in Africa. Four of the above persons are to be provided under this PASA in FY 78; two are to be provided from CDC's own resources.

D. Upon request by participating countries, consultation shall be provided to participating countries by the CDC field personnel to establish national training capabilities for expanded immunization programs and to develop country plans for surveillance and immunization.

E. CDC shall develop with each country an inventory of injectors and spare parts and will provide group training and designated individuals from each country in inventory, maintenance, and repairs of jet injectors.

F. CDC shall provide vehicles and equipment, such as refrigerators/freezers, injectors and spare parts for the programs in the three demonstration areas. Measles vaccine for the countries and the demonstration areas will be provided from other sources, including A.I.D.

### III. Background Data

Project Paper on SHDS, dated September 21, 1977.

### IV. Reports

1. Project Work Plan: CDC shall submit a detailed draft project work plan for the first two years of the activity within the initial six months of the contract. This project plan will encompass the individual work plans for each training area, manpower development (on-the-job and participant training) and assistance with other programs.

The views of WHO/AFRO and A.I.D. shall be obtained and incorporated into a finalized version of the project work plan within 30 days after comments are received.

2. Mid-year Progress Report: CDC shall submit by June 30 of each year a mid-year progress report showing achievements against the project work plan and identifying major problems and constraints encountered.

3. Annual Progress Report: CDC shall submit by December 31 of each year an annual progress report which will be related to the project work plan and include a summary narrative description of activities, the main achievements, major problems encountered, recommendations for improvement and recommendations for activities in the next years.

4. Final Report: Sixty days prior to the completion of CDC's project objectives or targets: If within 60 days of receipt of the draft final report no comments have been received from the WHO/AFRO and A.I.D., the draft final report shall be considered as the final report. If comments are received from the WHO/AFRO and A.I.D., the comments shall be incorporated into a finalized version of the final report. Finalized version to be submitted within 30 days of the completion date of the contractor's project services.

5. Report Distribution:

A. All draft and final reports covered by Items 1 through 4 above shall be distributed as follows:

WHO/AFRO	- 3 copies
A.I.D. Project Officer, Abidjan	- 1 copy
A.I.D. Project Officer, AID/W	- 1 copy
A.I.D. Health Development Officer	- 2 copies
Contracting Officer	- 1 copy
A.I.D. CM/SOD/IIA	- 1 copy

B. Copies of all final reports shall be sent to:

A.I.D. Reference Center	
Agency for International Development	
Washington, D.C. 20523	- 2 copies

As an Appendix to its final report, the Participating Agency shall submit a brief summary outlining the extent to which minorities and women were used in carrying out the activity and the extent to which they were used as members of teams which were sent to the field.

V. Logistic Support

A. Local support staff, office support, laboratory costs are authorized in Africa. Atlanta backstopping staff authorized.

B. Project equipment will be imported free of customs duties and taxes.

C. The following shall be arranged by CDC: office space, equipment, housing utilities/equipment, international and local transportation, travel arrangements, secretarial/interpreter services, medical facilities, and use of official vehicles.

## VI. Equipment

### A. Quantity

5	Vehicle and spare parts	\$75,000	Non U.S. procurement waiver signed
1	Vehicle and spare parts	15,000	U.S. procurement
24	Freezers	12,000	U.S. procurement
	Injectors, needles, etc.	92,000	U.S. procurement
	Shipment	29,000	
	Office equipment and furniture	44,000	Africa procurement

B. Lists of all equipment purchased under this PASA shall be submitted to AID Project Officer.

## VII. Language Requirements

French S-2, R-2

Language training may be arranged at FSI in Washington by CDC.

## VIII. Privileges

A. Personnel serving under this PASA will be afforded the same commissary and other privileges as other AID direct-hire and PASA employees.

B. U.S. AID will assist with negotiations with host country for privileges normally provided to U.S. government personnel. CDC personnel will not be liable for income or social security taxes with respect to income upon which they are obligated to pay taxes to the U.S. Government. Project equipment will be imported free of custom duties and taxes.

## IX. Guidance and Liaison

### A. Relationships and Responsibilities

CDC and WHO/AFRO will work out relationships in the various countries in which they operate in cooperation with the country WHO representatives and will keep A.I.D. Project Officer informed of progress and problems.

### B. Cooperating Country Liaison Official

Dr. Adeniyi-Jones, WHO/AFRO  
WHO Representatives in bilateral countries

### C. AID Liaison Officials

1. Earl Yates, Project Officer, AFR/RA, AID/W
2. A.I.D. Project Officer, Abidjan, Ivory Coast
3. A.I.D. Officer in countries where contractor is working will be informed of activities.

192

X. Other Requirements

A. Bio-data of technicians shall be submitted to WHO/AFRO who will secure African country clearances.

B. The Africa Bureau, AID, strongly encourages the use in this activity of minorities and women both as contracting or sub-contracting firms and institutions and as individuals. Thus, the Participating Agency is expected to carry out a positive program to identify and use such organizations and persons to the fullest possible extent.

C. CDC will keep local AID Project Officer and Country WHO Representative informed of travel plans.

D. No international travel originating in the U.S. should be undertaken without prior approval of CM/SOD/IIA.

Historique du Projet

- 1966 - 1972 AID s'engage à soutenir l'action de l'OMS pour l'éradication de la variole et la réduction de morbidité et la mortalité dues à la rougeole par un programme de contrôle de la rougeole et l'éradication de la variole dans les pays d'Afrique centrale et occidentale. Le programme Rougeole/Variole financé par AID est mis en oeuvre par le Centre de Contrôle des Maladies.
- 1971 L'Association Américaine pour la Santé Publique (AASP) est contactée par AID pour évaluer le Programme Rougeole/Variole. L'équipe de l'AASP recommande un arrêt graduel du projet à succès et en même temps, ils soulignent dans leur rapport d'évaluation qu'une assistance internationale dans le secteur supplémentaire de la santé ferait bien d'améliorer les systèmes actuels de santé publique. Les trois secteurs prioritaires désignés par l'équipe d'évaluation de l'AASP étaient les suivants:
1. une meilleure organisation des systèmes de santé
  2. une meilleure administration et gestion des systèmes de santé
  3. des critères rationnels pour le personnel et la formation.
- 1971 AID commence des discussions avec les responsables de l'OMS du FAC et du PNUD sur l'idée d'un projet régional pour l'Afrique Centrale et Occidentale, d'une grande envergure avec des donateurs multiples et centrés sur l'amélioration des systèmes de santé publique.
- Mars
- 1972 Une deuxième équipe d'évaluation de l'AASP prise en charge par AID recommande que le but général et l'objectif spécifique d'un projet régional multi partiste devrait viser à soutenir le travail des organisation régionales et les institutions de santé.
- Ce second rapport de l'AASP souligne que AID serait plus efficace en renforçant la capacité des systèmes de santé en soutenant le développement

et la formation des hommes dans les secteurs suivants:

1. planification et gestion sanitaires
2. personnel para-médical
3. surveillance des maladies.

Février -

Oct 1973 Réunions à Brazzaville et à Lagos des représentants de AID et l'OMS avec les représentants des 20 gouvernements nationaux, des organismes sous-régionaux, et des agences d'assistance bilatérales et multilatérales.

Trois secteurs principaux du problèmes ont été identifiés comme limitant l'efficacité des systèmes de santé publique en Afrique:

1. capacités de gestion et de planification insuffisantes
2. personnel de santé au niveau local ne possédant pas les techniques nécessaires
3. faiblesse des systèmes de surveillance des maladies et données de contrôle insuffisants. Un grand projet régional de santé multiples donateurs est reconnu utile et désirable pour s'attaquer aux faiblesses de ces systèmes de santé et un mécanisme de coordination pour un projet reçoit un accord de principe avec la formation de deux commissions.

(1) Commission de coordination du programme

responsable de la coordination technique et administrative du programme, composée d'un représentant de l'OMS, de l'AID et du FAC et de deux représentants, l'un du groupe de pays francophone, l'autre du groupe de pays anglophone.

(2) Commission de révision du programme

chargée de confirmer les recommandations PPC, composée d'une représentation de chacune des 20 pays, de l'OMS, de l'AID et du FAC.

Nov

1975 Un contrat est signé entre AID et AASP pour exécuter la Phase I du projet RSSP. L'AASP sous-traite la mise en oeuvre technique de la Phase I du projet RSSP à l'Université de Boston (U.B.). U.B. mène à bien toute une série d'activités pendant la Phase I du Projet RSSP, parmi lesquelles surtout figure la préparation de la proposition de la Phase II du Projet RSSP qui devait

- (1) améliorer la planification et la gestion en santé nationale et régionale.
- (2) accroître les capacités et améliorer l'utilisation du personnel de santé opérant au niveau local
- (3) améliorer l'efficacité des systèmes de surveillance des maladies au niveau régional et national et de données démographiques et sanitaires.
- (4) développer deux régions de recherches, de service et de formation pour des systèmes de santé à bon marché.

cf Proposition

Phase II,

1ère partie

En plus de la planification de la proposition de la Phase II, la Phase I du projet RSSP a offert

- (1) des bourses pour des professionnels de la santé dans des institutions régionales de santé et des Universités d'Amérique du Nord
- (2) des vaccins anti-variologiques pour 15 pays
- (3) trois stages (deux sur les soins de santé primaires, un sur les programmes d'immunisation et de surveillance des maladies transmissibles)
- (4) une consultation de trois mois pour un programme d'immunisation au Caméroun
- (5) des consultations pour la révision des programmes d'étude au Centre OMS de Formation Régionale de Lomé (CFR)
- (6) révision de quelques systèmes de santé nationaux.

Juillet

1977 La Commission de Révision du Projet se réunit à Brazzaville. La proposition de l'U.B. pour la Phase II est revue, modifiée et approuvée par PRC.

Mars

1977 Fin de la Phase I. Total des dépenses U.S. \$1,455.000.

Avril

1978 U.B. est acceptée comme agence d'exécution de la Phase II.

Début de la Phase II. Le Projet définitif est signé.

Total porté au budget pour une période couvrant les 5 années du projet:

U.S. \$ 20,000,000

Mais à la fin de la 5e année de la Phase II du Projet à peu près \$16,5 -  
\$ 17 millions de dollars auront été dépensés.

APPENDICE IX

\* 9 Institutions bénéficiant de l'assistance du RSSP

■ Bureau du Projet RSSP  
Bureau de l'AID (REDSO/WA)  
Siège de l'OMS/AFRO

1. CESSI/Dakar
2. Centre OMS pour la Planification et la Gestion des Services Sanitaires (fermé en 1981)



1. Bureau du Projet RSSP
2. Bureau de l'AID (REDSO/WA)

1. CESSI/Yaoundé
2. OCEAC

OMS/AFRO  
Brazzaville

APPENDICE X

Echantillon de Budget du Projet°

Total Général du Budget du Projet RSSP 1981

(Université de Boston, OMS/AFRO,

Centres de Surveillance Epidémiologique.)

Université de Boston	2.135.692	(49%)
OMS/AFRO	942.329	(22%)
Centres Surveillance Epidémiologique	1.269.063	(29%)
Total	4.347.084	(100%)

---

° L'année 1981 a été choisie parce que c'est la dernière année de la période quadriennale couverte par l'étude de l'Equipe d'Evaluation.

BUDGET BOSTON UNIVERSITY°

	<u>OBJ. I</u>	<u>OBJECTIVE II</u>		<u>OBJ. III</u>	<u>OBJ. IV</u>	<u>ABIDJAN</u>	<u>BOSTON</u>	<u>TOTAL</u>
		<u>Lomé/ Lagos</u>	<u>CESSI</u>					
Traitements	-	27.820	43.644	45.746	-	256.374	102.301	475.885
Consultants	13.440	-	-	-	10.368	-	-	23.808
Avantages accessoires	940	5.842	9.056	9.490	-	42.841	19.611	88.506
Frais généraux	14.875	31.800	63.496	60.329	-	244.666	83.674	554.210
Déplacements	8.800	2.800	6.350	13.633	-	67.050	5.370	115.553
Indemnités	9.000	12.240	34.688	41.485	-	206.010	8.471	323.748
Autres coûts directs	10.072	29.250	8.917	21.498	-	129.330	20.323	343.747
Matériel, etc.	1.500	16.550	6.000	30.685	-	29.300	1.800	89.385
Formation des Participants	-	-	78.100	42.300	-	-	-	120.400
<b>Total</b>	<b>\$58.627</b>	<b>\$126.302</b>	<b>\$250.251</b>	<b>\$265.166</b>	<b>-</b>	<b>\$218.225</b>	<b>\$241.550</b>	<b>\$2.135.692</b>

° Revisé Juin 1981

BOSTON UNIVERSITY, 1981

<u>OBJECTIF I.</u>	<u>58.627</u>
<u>Traitements</u>	<u>13.440</u>
5 Consultants (192 \$/jour)	13.440
<u>Avantages accessoires</u>	<u>940</u>
7% des honoraires de consultant	940
<u>Frais généraux</u>	<u>14.875</u>
34% de tous les coûts	14.875
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>8.800</u>
4 Voyages - Ateliers	8.800
<u>Indemnités</u>	<u>9.000</u>
Per Diem (100 \$ en moyenne par jour)	9.000
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>10.072</u>
Matériel didactique, transport, communication, services de secrétariat pour Ateliers	8.900
Assurance	1.172
<u>Equipement, Véhicules, Matériel didactique, et Fournitures</u>	<u>1.500</u>
Livres et matériel de cours	1.500

BOSTON UNIVERSITY 1981

<u>OBJECTIF II (CESSI Yaoundé et Dakar)</u>	<u>§250.251</u>
<u>Traitements</u>	<u>43.644</u>
Coordinateur Enseignement Infirmier (3 mois)	9.863
Consultant de terrain (12 mois)	31.050
Secrétaire (3 mois)	2.731
<u>Avantages accessoires</u>	<u>9.056</u>
17% - 21% des traitements	9.056
<u>Frais Généraux</u>	<u>63.496</u>
34% de l'ensemble des coûts	63.496
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>6.350</u>
1 voyage pour coordinateur enseignement infirmier (Etats-Unis-Canada)	150
Consultant/Yaoundé:	
3 voyages (en Afrique)	1.800
Indemnité de déplacement et entretien véhicule	2.400
Déplacement du R&R	2.000
<u>Indemnités</u>	<u>34.688</u>
Consultant de terrain/Yaoundé:	
Différentiel de poste	4.658
Loyers, Eau et Electricité	10.000
Gardiens	3.000
Entretien de maison	4.800
Indemnité de poste	3.710
Per diem - ateliers (100 \$/jour)	2.000
Per diem - pour assistance CESSI/Dakar	3.500
Coordinateur Enseignement infirmier:	
Per diem (60 \$ - 100 \$/jour)	3.020
<u>Autres coûts directs</u>	<u>8.917</u>
Production de matériel didactique	5.000
Communications	1.200
Assurance	2.717
<u>Equipement, Véhicules, Matériel et fournitures</u>	<u>6.000</u>
Livres et matériel didactique	3.000
Matériel et fournitures	3.000
<u>Formation des Participants</u>	<u>78.100</u>
5 étudiants à l'Université de Montréal	62.000
1 étudiant à Boston University	16.100

BOSTON UNIVERSITY, 1981

<u>OBJECTIF II (Enseignement Infirmier - Libéria, Sierra Leone, Gambie)</u>	<u>265.166</u>
<u>Traitements</u>	<u>45.746</u>
Coordinateur Enseignement Infirmier (3 mois)	9.863
Secrétaire (3 mois)	2.763
Consultant de terrain	33.120
<u>Avantages accessoires</u>	<u>9.490</u>
17% - 21% des traitements	9.490
<u>Frais Généraux</u>	<u>60.329</u>
34% de l'ensemble des coûts	60.329
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>13.633</u>
2 Voyages pour Coordinateur Enseignement Infirmier	
1 aux Etats-Unis, 1 en Afrique	2.433
Consultant:	
6 voyages (en Afrique)	2.200
Déplacements du R&R	1.800
Stockage des biens meubles du Consultant de terrain aux Etats-Unis	1.200
3 Voyages pour 3 participants aux Etats-Unis	6.000
<u>Indemnités</u>	<u>41.485</u>
Consultant de terrain:	
Indemnité de poste	8.280
Loyers, Eau, Electricité	15.000
Gardiennage	3.000
Entretien de la maison	4.800
Différentiel de poste	2.750
Per diem (81 \$ - 109 \$/jour)	4.055
Per diem du Coordinateur Enseignement infirmier (75 \$ - 90 \$/jour)	3.600
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>21.498</u>
Production de matériel d'atelier	2.000
Services secrétariat/Administration pour Consultant	7.800
Production de matériel didactique	4.000
Affranchissements et communications	1.200
Chauffeur pour consultant de terrain	3.600
Assurance	2.898

<u>Equipement, Véhicules, Matériel et Forunitures</u>	<u>30.685</u>
Equipement	8.185
Automobile	8.800
Essence et Entretien	2.500
Livres et publication périodiques	3.000
Films	3.000
Matériel et fournitures	1.500
Fret	3.700
<u>Formation des Participants</u>	<u>42.300</u>
5 Bourses	42.300

BOSTON UNIVERSITY, 1981

<u>OBJECTIF II. (CRF de Lagos et de Lomé)</u>	<u>§ 126.302</u>
<u>Traitements</u>	<u>27.820</u>
Coordinateur d'Enseignement	27.820
<u>Avantages accessoires</u>	<u>5.842</u>
21% des traitements	5.842
<u>Frais Généraux</u>	<u>31.800</u>
32% de l'ensemble des coûts	31.800
<u>Déplacement et Transport</u>	<u>2.800</u>
Coordinateur d'enseignement: 1 voyage (Etats-Unis et Afrique)	2.800
<u>Indemnités</u>	<u>12.240</u>
Per diem du Coordinateur d'enseignement (120 \$/jour)	12.240
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>29.250</u>
Adaptation du matériel de formation des animateurs	8.250
Mise au point du matériel de formation des animateurs	13.000
Production et essai sur le terrain du matériel de formation des animateurs et superviseurs	8.000
<u>Equipement, Véhicules, Matériel et Fournitures</u>	<u>16.550</u>
Lomé: équipement, livres, fournitures de bureau transport	14.600
Lagos:fournitures et transport	1.950

2/10

BOSTON UNIVERSITY, 1981

<u>OBJECTIF IV</u>	\$ 218.225
<u>Consultants</u>	<u>10.368</u>
1 Consultant pour cours (192 \$/jour)	6.528
1 Consultant pour assistance à la conception et suivi (192 \$/jour)	3.840
<u>Avantages accessoires</u>	<u>726</u>
7% des honoraires de consultant	726
<u>Frais généraux</u>	<u>55.370</u>
34% de l'ensemble des coûts	55.370
<u>Déplacement et Transport</u>	<u>11.550</u>
1 voyage pour 1 consultant-cours (Etats-Unis - Afrique)	2.200
2 voyages pour 3 membres du personnel RSSP/B.U. pour les cours et ateliers (Etats-Unis - Afrique)	6,600
1 voyage pour 1 consultant assistance conception et suivi (Etats-Unis - Afrique)	2.750
<u>Indemnités</u>	<u>11.854</u>
1 Per diem du consultant (77 \$/jour)	2.310
3 membres du personnel RSSP/B.U. pour les cours et ateliers (77 \$ - 119 \$/jour)	7.486
1 consultant assistance conception et suivi	2.058
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>124.357</u>
Fonds pour recherche relative projets	100.000
Production, traduction, reproduction de matériel de cours et d'ateliers	6.000
Services de secrétariat pour les cours et ateliers	1.950
Affranchissements: cours/ateliers	500
Diffusion du matériel de recherche	15.000
Assurance	907
<u>Equipement, Véhicules, Matériel et Fournitures</u>	<u>4.000</u>
Fournitures pour cours et ateliers	1.000
Livres, revues et matériel pour les cours et ateliers	3.000

206

BOSTON UNIVERSITY, 1981Bureau de Boston

<u>TOTAL</u>	<u>\$241.550</u>
<u>Traitements</u>	<u>102.301</u>
Cadres Techniques:	
Coordinateur de campus	33.120
Coordinateur Planification et Evaluation	27.820
Cadres Administratifs:	
Directeur de bureau	14.231
Secrétaire	11.302
Secrétaire (temps partiel)	5.600
Comptable (temps partiel)	8.948
Assistance temporaire/Heure supplémentaires	1.280
<u>Avantages accessoires</u>	<u>19.611</u>
Cadres Techniques (21% des traitements)	12.797
Cadres Administratifs (17% des traitements)	6.814
<u>Frais généraux</u>	<u>83.674</u>
53% de l'ensemble des coûts	83.674
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>5.370</u>
Voyages aux Etats-Unis	1.970
Voyages Internationaux	2.200
Divers (Taxis à Boston)	1.200
<u>Indemnités</u>	<u>8.471</u>
Per diem:	
Voyages aux Etats-Unis	974
Voyages Internationaux	7.497
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>20.323</u>
Communications (Télex, téléphone, affranchissements, express)	15.852
Copie	3.960
Entretien du matériel	336
Réunions et divers	175
<u>Equipement, Véhicules, Matériel et Fournitures</u>	<u>1.800</u>
Fournitures de bureau	1.800

BOSTON UNIVERSITY, 1981BUREAU D'ABIDJAN

<u>TOTAL</u>	<u>975.571</u>
<u>Traitements</u>	<u>256.374</u>
Directeur du projet	70.912
Sous-Directeur du projet	27.235
Sous-Directeur du projet	26.750
Comptable	30.700
2 secrétaires	47.256
Secrétaire	21.100
Chauffeur	7.371
Chauffeur	6.741
Planton/Nettoyeur	5.493
Aide-comptable temporaire	7.816
Heures supplémentaires	5.000
<u>Avantages accessoires</u>	<u>42.841</u>
14% des traitements	42.841
<u>Frais généraux</u>	<u>244.666</u>
34% de l'ensemble des coûts	244.666
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>67.050</u>
Déplacements aux Etats-Unis	4.400
Voyages Internationaux (dont R&R)	29.500
Voyages Région RSSP	22.400
Taxis	1.000
Frais de visa et de photographie	350
Transport de biens meubles et de véhicules	9.400
<u>Indemnités</u>	<u>206.010</u>
Différentiel de poste:	
Directeur du projet	10.640
Sous-Directeur du projet	5.625
Sous-Directeur du projet	4.085
Loyers, Eau, Electricité:	
Directeur du projet	42.000
Sous-Directeur du projet	25.000
Sous-Directeur du projet	32.200

Indemnités (suite)

Réameublement des logements des Directeurs	2.500
Renouvellement de l'équipement des logements des Directeurs	2.500
Gardiennage: 3 logements et bureau	10.000
Frais de scolarité: 4 enfants	30.225
Indemnités de poste: Directeur du projet	5.490
Sous-Directeur du projet	2.910
Sous-Directeur du projet	3.375
Per diem: Voyages aux Etats-Unis	6.300
Voyages Région RSSP	19.800
Transport à Abidjan et indemnités pour 9 employés	3.360

Autres Coûts Directs129.330

Loyer de bureau, Eau, Electricité	44.582
Réparations et entretien	4.800
Entretien de photocopieuses	3.000
Entretien de véhicules	10.000
Communications (Télex, câbles, téléphone, affranchissement et poste express)	38.620
Traduction, reproduction du matériel de projets	7.400
Frais d'emménagement dans les nouveaux bureaux	5.000
Assurance	10.928
Immatriculation et assurance Véhicules	5.000

Equipement, Véhicules, et Fournitures29.300

Photocopieuse	11.300
Essence	12.000
Fournitures de bureau	6.000

## BUDGET RSSP/AFRO - 1981

	<u>OBJ. I</u>	<u>OBJECTIVE II</u>			<u>OBJ. III</u>	<u>OBJ. IV</u>	<u>ABIDJAN</u>	<u>BOSTON</u>	<u>TOTAL</u>
		<u>Lomé/ Lagos</u>	<u>CESSI</u>	<u>Liberia</u>					
Traitements	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultants	-	62.800	21.000	36.300	-	-	-	-	120.100
Avantages accessoires	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frais généraux	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Déplacements	44.200	3.600	17.100	8.800	19.800	23.700	-	-	117.200
Indemnités	119.190	51.000	29.770	49.592	64.285	75.600	-	-	389.437
Autres coûts directs	9.000	19.400	20.660	-	-	5.000	-	-	54.060
Matériel, etc.	-	-	3.000	4.500	1.500	2.000	-	-	16.000
Formation des Participants	-	205.532	-	45.000	-	-	-	-	257.275
<b>Total</b>	<b>\$ 172.390</b>	<b>\$ 347.332</b>	<b>\$ 91.530</b>	<b>\$ 144.192</b>	<b>\$ 85.585</b>	<b>\$ 106.300</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>\$ 942.329</b>

AFRO (1981)

<u>OBJ. I</u>	<u>§ 172.390</u>
<u>Déplacement et Transport Relatifs:</u>	<u>44.200</u>
4 Conseillers temporaires	4.200
Administrateur	200
2 Secrétaires	400
51 Participants	39.400
<u>Indemnités</u>	<u>119.190</u>
4 Conseillers temporaires	18.750
2 Administrateurs(40 jours au total)	3.000
4 Secrétaires (80 jours au total)	6.000
4 chauffeurs (80 jours au total)	3.800
75 Participants (3.180 jours au total)	87.640
<u>Coûts Directs</u>	<u>9.000</u>
Coûts directs y compris coûts de traduction	9.000
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>23.550</u>
Compléments de traitement versés aux professeurs nationaux des CESSIs	18.000
Assistant CESSI/Yaoundé	2.660
<u>Équipement, Véhicules, Matériel Didactique, Fournitures</u>	<u>3.000</u>
Matériel didactique, installations, services de secrétariat, essence, chauffeur, etc., afférents aux ateliers	3.000

AFRO (1981)

<u>OBJ. II (CESSI Yaoundé et Dakar)</u>	<u>₪ 91.530</u>
<u>Consultant</u>	<u>21.000</u>
Consultant (6 mois.)	21.000
<u>Déplacements</u>	<u>17.100</u>
75 Etudiants pour la pratique sur le terrain	2.100
2 Enseignants du CESSI pour superviser la pratique sur le terrain	600
2 Conseillers pour Ateliers	2.400
20 Participants aux ateliers	12.000
<u>Indemnités</u>	<u>29.770</u>
7 Etudiants pour la pratique sur le terrain (45 \$/jour)	4.410
2 Enseignants du CESSI (75 \$/jour)	1.960
2 Conseillers Ateliers (95 \$/jour)	3.800
20 Participants aux ateliers (70 \$/jour)	19.600
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>20.660</u>
Compléments de traitement Professeurs nationaux CESSI	18.000
Assistant CESSI/Yaoundé	2.660
<u>Équipement, Véhicules, Matériel didactique et Fournitures</u>	<u>3.000</u>
Matériel didactique, installations, services de secrétariat, essence, chauffeur, etc., afférents aux ateliers	3.000

AFRO (1981)

<u>OBJ. II (Enseignement infirmier au Libéria, en Sierra Leone, et en Gambie)</u>	<u>\$ 144.192</u>
<u>Consultants</u>	<u>36.300</u>
2 Professeurs Cuttington College (11 mois chacun)	36.300
<u>Déplacements et Transports</u>	<u>8.800</u>
2 voyages Consultants-Ateliers	600
8 voyages pour 2 Conseillers-Ateliers	2.400
22 voyages pour 22 Participants-Ateliers	5.800
<u>Indemnités</u>	<u>49.592</u>
Per Diem	
2 Consultants Cuttington College (11 mois)	27.100
2 Conseillers-Ateliers (95 \$/jour)	5.700
27 Participants (60 \$ - 73 \$/jour)	16.792
<u>Equipement, Véhicules, Matériel didactique et fournitures</u>	<u>4.500</u>
Installations, Fournitures, Services de secrétariat pour deux ateliers	4.500
<u>Formation des Participants</u>	<u>45.000</u>
10 Bourses à Cuttington College	45.000

AFRO (1981)

<u>OBJ. II (CRF: Lomé et Lagos)</u>	<u>₣ 342.332</u>
<u>Consultants</u>	<u>62.800</u>
2 Consultants, Lomé	38.500
2 Consultants, Lagos	24.300
<u>Déplacements et Transports</u>	<u>3.600</u>
Adaptation du matériel didactique	2.400
2 consultants (Lomé)	1.200
<u>Indemnités</u>	<u>51.000</u>
2 Consultants Lomé (50 \$/jour)	27.000
1 Consultant Lagos (105 \$/jour)	12.600
Adaptation de matériel didactique (95 \$/jour)	11.400
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>19.400</u>
Comité de sujet local	
Lomé	3.000
Lagos	3.000
Frais d'exploitation - cours de Formation des Formateurs	
Lomé	2.400
Lagos	2.400
Coûts de traduction - matériel de formation des superviseurs et animateurs	8.600
<u>Formation des Participants</u>	<u>205.532</u>
Lomé	123.077
Lagos	81.655

AFRO (1981)

<u>OBJ. III</u>	<u>\$ 85.585</u>
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>19.800</u>
18 voyages (nationaux et internationaux) pour 15 homologues (nationaux et sous-régionaux) des épidémiologues du RSSP et des Centres de surveillance épidémiologique et agents d'opérations	11.800
12 voyages pour 12 Participants aux cours	4.400
6 voyages pour 2 animateurs des cours	3.600
<u>Indemnités</u>	<u>64.285</u>
8 homologues pendant la formation (55 \$/jour-73 \$/jour) Homologues des épidémiologues sous-régionaux OCCGE et OCEAC:	30.705
2 Perdiem en Afrique et à Atlanta	4.500
1 Complément de traitement	5.000
12 Participants aux cours (60 \$ - 88 \$/jour)	14.000
2 Animateurs de 3 cours (80 \$/jour)	10.080
<u>Equipement, Véhicules, Matériel Didactique et Fournitures</u>	<u>1.500</u>
Fournitures etc pour les cours de PEV	1.500

AFRO (1981)

<u>OBJ. IV</u>	\$ <u>106.300</u>
<u>Déplacements et Transport</u>	<u>23.700</u>
9 voyages pour 6 conseillers-ateliers	5.400
2 voyages pour 2 conseillers-assistance au développement et suivi	3.000
28 voyages pour 23 Participants-ateliers	15.300
<u>Indemnités</u>	<u>75.600</u>
6 Conseillers-ateliers (100 \$/jour)	24.000
31 Participants-ateliers (40 \$ - 80 \$/jour)	45.600
2 Conseillers pour assistance au développe- ment et suivi (100 \$/jour)	6.000
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>5.000</u>
Installations pour les cours	2.000
Elaboration de documents, service de secrétariat, etc., pour les ateliers	3.000
<u>Équipement, Véhicules, Matériel didactique et Fournitures</u>	<u>2.000</u>
Essence, fournitures de bureau pour ateliers	2.000

Total Budget Centres de Surveillance Epidémiologique - 1981

OBJ. III

Traitements	‡ 384.969
Avantages accessoires	38.497
Frais généraux	153.714
Déplacements	163.200
Indemnités	93.883
Autres Coûts Directs	431.800
Matériel	<u>3.000</u>
Total	‡ 1.269.063

217

Siège des Centres de Surveillance  
Epidémiologique à Atlanta - 1981

<u>OBJ. III</u>	<u>‡ 235.358</u>
<u>Traitements</u>	<u>137.211</u>
<u>Cadres Techniques:</u>	
Directeur (4 mois)	16.704
Responsable médical (2 mois)	10.019
Responsable médical (2 mois)	8.051
Conseiller en santé publique (3 1/2 mois)	11.782
Conseiller en santé publique (11 mois)	32.314
Instructeur Enseignement infirmier (1 mois)	1.936
Commis-Dactylographe	13.902
Responsable Administratif (4 1/2 mois)	8.432
Adide-Comptable (6 mois)	9.873
Assistant Personnel (4 mois)	5.042
Assistant Déplacement (6 mois)	7.769
Secrétaire (3 mois)	4.431
1981 5% augmentation de salaires	6.596
<u>Avantages accessoires</u>	<u>13.721</u>
10% des traitements	13.721
<u>Frais généraux</u>	<u>39,226</u>
20% de l'ensemble des coûts	39,226

OBJ. III (suite)

<u>Déplacements</u>	<u>30.200</u>
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>12.000</u>
Loyers, Communications, Eau, Electricité	4.000
Imprimerie, reproduction, fournitures, matériel	5.000
Services sécurité et formation.	2.000
Transport des effets personnel	1.000
<u>Equipement</u>	<u>3.000</u>

Centres de Surveillance Epidémiologique:  
Opérations sur le terrain en Afrique en 1981

<u>OBJ. III</u>	<u>¢ 1.033.705</u>
<u>Traitements</u>	<u>247.758</u>
Responsable médical	50.012
Responsable médical	47.260
Responsable médical	43.102
Agent des opérations	39.444
Agent des opérations	32.920
Agent des opérations	31.961
1981 5% Augmentation de salaires	3.059
<u>Avantages accessoires</u>	<u>24.776</u>
10% des traitements	24.776
<u>Frais généraux</u>	<u>114.488</u>
5%-20% de l'ensemble des coûts	114.488
<u>Déplacements</u>	<u>133.000</u>
<u>Indemnités</u>	<u>93.883</u>
Différentiel de poste	28.863
Indemnités diverses	65.020
<u>Autres Coûts Directs</u>	<u>419.800</u>
Loyer, communications, Eau et électricité	109.200
Imprimerie et reproduction	9.100
Transport de matériel et des fournitures jusqu'au poste	68.100
Sous-traitances	233.400

OMS/RSSP : Programme de Recherche Appliquée sur les Prestations  
Sanitaires et les Soins de Santé Primaires.

A. PROCEDURE A SUIVRE POUR SOUMETTRE UNE PROPOSITION DE RECHERCHE  
POUR FINANCEMENT :

- 1) Lire attentivement les "Directives OMS/RSSP pour la Recherche Appliquée sur les Prestations Sanitaires et les Soins de Santé Primaires" et les "Critères pour la sélection des projets à financer".

Ces documents sont disponibles à l'adresse suivante :

- Directeur, Projet RSSP, 04 B.P. 799 ABIDJAN 04,  
Côte d'Ivoire.

- 2) Si votre sujet de recherche s'inscrit dans le cadre des Directives mentionnées plus haut, développer un plan de recherches d'une durée maximum de 12 mois.
- 3) Préparer une proposition de projet écrite qui devra comprendre les éléments suivants :
  - 3.1. Une copie dûment remplie du document OMS/AFRO Projet de demande d'appui financé pour la recherche médicale.  
Ce document doit être signé par les autorités gouvernementales compétentes.
  - 3.2. Une proposition écrite de 4 à 10 pages développant les 9 points de la première page du document cité ci-dessus.
- 4) Soumettre le document et la proposition écrite à l'adresse suivante:

Directeur du projet RSSP  
04 B.P. 799  
ABIDJAN 04  
Côte d'Ivoire

- 5) Le personnel du projet RSSP examinera la proposition et, si nécessaire, demandera au chercheur principal des informations complémentaires.
- 6) La proposition, éventuellement révisée, sera soumise conjointement au Bureau régional OMS/AFRO et à l'USAID qui examineront la proposition en vue d'accorder ou de rejeter la demande de financement.
- 7) Le projet RSSP informera le chercheur principal, par l'intermédiaire de son gouvernement, si la proposition a été acceptée par le Programme OMS/RSSP. Dans le cas contraire des suggestions pour d'autres sources possibles pourraient être faites.
- 8) Dans le cas d'approbation du financement le projet RSSP prendra les dispositions nécessaires avec les personnes intéressées pour le financement et la mise en route du projet.

Programme OMS/RSSP pour la Recherche Appliquée  
sur les Prestations Sanitaires et les Soins de Santé Primaires:

B. CRITERES POUR LA SELECTION DE PROJETS A FINANCER\*

Objet du programme de recherche

Encourager le développement, l'application et l'essai de stratégies et de techniques qui amélioreront la capacité à planifier, mettre en oeuvre et faire fonctionner des systèmes appropriés de prestations sanitaires et de soins de santé primaires en Afrique occidentale et centrale.

Priorités de recherche du programme

La priorité sera donnée aux propositions de recherche qui:

- Visent à trouver des solutions à des problèmes de santé ayant un ordre de priorité relativement élevé dans le ou les pays où la recherche sera entreprise;
- Visent à résoudre des problèmes qui sont critiques pour une bonne mise en oeuvre des programmes de soins de santé primaires;
- Sont centrés sur l'élaboration, l'application et l'évaluation de techniques et de stratégies qui amélioreront d'une manière significative la santé des populations locales; et
- S'attachent à résoudre des questions et problèmes de santé importants pour une distribution efficace des soins sanitaires dans toute la région ou une grande partie de celle-ci.

\* La liste de critères ci-dessous est une recapitulation des directives décrites de façon plus détaillée dans le document intitulé Directives OMS/RSSP pour la Recherche Appliquée sur les Prestations Sanitaires et les Soins de Santé Primaires, Projet de Renforcement des Systèmes de Prestation des Services de Santé Publique en Afrique Centrale et Occidentale et OMS/AFRO, 1980.

Les projets de recherche seront axés sur un ou sur plusieurs des domaines identifiés comme essentiels aux soins de santé primaires par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978\*\*, soit :

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- la prévention et le contrôle des endémies locales;
- le traitement des maladies et lésions courantes; et
- la fourniture des médicaments essentiels.

Les autres domaines de concentration possibles comprennent tous les aspects de la formation de personnel de santé, de la planification et gestion sanitaires, du coût des soins de santé et de la technologie sanitaire appropriée, qui se rattachent au développement de programmes utiles de soins de santé primaires dans la région.

Lorsque appropriée, la proposition devrait refléter une approche intégrée aux problèmes de santé et de soins sanitaires et considérer les situations sanitaires dans le contexte des questions plus vastes de développement socio-économique.

La collaboration avec des experts de disciplines, d'organismes de recherche et/ou de ministères gouvernementaux dont l'action devrait s'articuler avec celle du secteur sanitaire est encouragée.

---

\*\* Page 4 , point 3 de la "Déclaration d'Alma-Ata", dans Alma-Ata, 1978, Les Soins de Santé Primaires, OMS, Genève, 1978.

### Normes et méthodologie de recherche acceptables

Le projet devrait utiliser des concepts et méthodologies de recherche d'une qualité scientifique acceptable et faire preuve d'une connaissance générale des études antérieures sur le sujet.

Cependant, tous les projets de recherche n'auraient pas nécessairement à utiliser l'approche scientifique expérimentale (identification du problème, test de l'hypothèse par des vérifications rigoureuses et obtention de résultats clairement définis). La recherche sur des prestations sanitaires devrait être pratique et appliquée, et peut utiliser d'autres méthodes telles que l'observation en établissements sanitaires et sur le terrain, les analyses critiques de pratiques sanitaires existantes, les études de cas intéressants, etc. Les résultats ne seront pas toujours censés donner des réponses définies, mais devraient fournir des données importantes qui faciliteront la prise de décision pour les responsables de la santé.

La proposition devrait respecter les principes éthiques applicables en matière de recherche pour des questions aussi importantes que 1) les droits des sujets humains; 2) les droits des personnes étudiées en ce qui concerne leur vie privée, le maintien de leur anonymat, le respect de leurs croyances culturelles ou religieuses, etc.; 3) la prise en considération des dépenses sociales, et des conséquences écologiques de la recherche; et 4) le droit des populations étudiées à être informés des résultats.

### Organisation, administration et encadrement des efforts de recherche

L'approbation du projet proposé devrait être obtenue de l'organe de contrôle de recherche approprié, qu'il soit national, universitaire ou autre, dans le ou les pays où l'étude sera entreprise.

Les principaux chercheurs du projet devraient appartenir au pays ou à la région dans laquelle la recherche proposée s'effectuera. Le projet devrait utiliser un personnel local ou régional pour d'autres postes du projet lorsque cela est possible.

Le groupe demandant un financement devrait être affilié à une institution ou une organisation locale ou régionale. Il n'y a pas de restrictions spécifiques sur le type d'institution concernée. Par exemple, l'institution pourrait être un établissement d'enseignement, une agence ou un groupe gouvernemental, privé ou communautaire, dont l'activité se rattache à la planification ou la prestation sanitaire ou à la recherche appliquée en matière de santé, etc.

Les types de personnel à utiliser dans le cadre du projet ne se limitent pas aux chercheurs spécialisés dans le domaine de la santé, mais peuvent comprendre du personnel de recherche, de service et de planification d'une variété de disciplines et de niveaux différents, aussi bien que des étudiants inscrits dans des établissements d'enseignement ou techniques. Les responsables de la planification et de la mise en oeuvre des projets de recherche devraient chercher à faire participer, si approprié, le personnel des services de santé de différents échelons qui travaille dans le programme sanitaire ou dans le secteur étudié, ainsi que des membres de la communauté locale.

Dans les cas où une certaine expertise technique est requise mais n'est pas disponible dans le pays ou dans la région, les planificateurs du projet pourraient faire appel à une expertise en dehors de la région, sous la forme d'un recours à des consultants ou d'accords de collaboration institutionnelle. La conception du projet, lorsque faisable, devrait comprendre des mécanismes pour l'apprentissage par le personnel local des aptitudes fournies à l'origine par les consultants extérieurs.

Chaque fois que possible, les propositions devraient comprendre des dispositions servant à renforcer les institutions et leurs capacités de recherche dans le ou les pays et/ou la région dans laquelle se situera le projet.

#### Durée, portée et budget du projet

Les projets proposés devraient être aussi courts et pratiques que possible, compte tenu des exigences de recherche, et d'une durée maximum d'un an. Si la recherche est menée à bien et qu'il y a de fortes indications que les résultats obtenus jusqu'ici ont eu des avantages pratiques importants et qu'une étude complémentaire

produirait des résultats positifs additionnels, une demande peut être faite pour le financement de "phases" supplémentaires du projet.

Le budget du projet devrait être raisonnable et tenir compte: 1) des besoins de financement réalistes de l'étude de recherche proposée; 2) de la capacité du groupe de chercheurs à utiliser efficacement les fonds; et 3) des avantages susceptibles d'être dérivés du projet du point de vue de l'amélioration de la santé et/ou des soins de santé, par rapport au coût du projet.

#### Contrôle et évaluation du projet de recherche

La proposition devrait indiquer quels seront les techniques et les mécanismes utilisés pour le contrôle et l'évaluation du projet pour la qualité du travail effectué, l'adhérence au programme de travail établi, le caractère adéquat des procédures fiscales et administratives, etc.

#### Plans pour la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche

Des plans provisoires pour la dissémination des résultats de recherche devraient être esquissés dans la proposition. La proposition devrait comprendre un exposé sur les applications pratiques des résultats escomptés. Elle devrait décrire toutes mesures qui ont été ou seront prises à l'échelon local et/ou régional pour assurer ou favoriser l'utilisation des résultats de recherche pour améliorer la santé ou les soins de santé.

#### Format suggéré pour les propositions de recherche

La proposition devrait inclure des sections comme: 1) introduction/sommaire; 2) description du problème ou estimation des besoins; 3) but et objectifs; 4) conception et méthodologie de recherche; 5) encadrement, administration et évaluation du projet; 6) effets prévus; 7) budget et autre assistance; et 8) annexes.