PD-ABJ-065

BASICS

TRIP REPORT

RAPPORT DE MISSION DE CONSULTATION AUPRES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES DE MADAGASCAR

BASICS is a USAID-Financed Project Administered by The Partnership for Child Health Care, Inc.:

Academy for Educational Development (AED)
John Snow, Inc., (JSI)
Management Sciences for Health (MSH)
1600 Wilson Blvd., Suite 300, Arlington, VA, 22209

USAID

RAPPORT DE MISSION DE CONSULTATION AUPRES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES DE MADAGASCAR

Avril 11-15, 1994

Pr. Tetanye Ekoe
(M.D. ULB.Belg C.E.S UCL Belg)

BASICS Technical Directive: 000 MG 00-000
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

Rapport sur le Séminaire sur le reforcement du programme
de lutte contre les maladies diarrhéiques du Ministère malagache de la Santé
avec l'appui projet BASICS.

I. Contexte du Séminaire 1

II. Compte-Rendu des travaux de séminaire
- A. Rappel du Programme PRITECH et son relais par le nouveau programme BASICS/USAID 2
- B. Identification des problèmes du programme 2
- C. Presentation et la disucssion des résultats de la supervision des UFD et CTRO 3
- D. Evaluation du matériel IEC imprimé par le programme LMD 3
- E. Revue technique des 5 grands groupes de problèmes identifiés 3

III. Conclusion 7

ANNEXE 1
- A. Déclaration de politique nationale de lutte contre les maladies diarrhéiques á Madagascar
- B. Recommandations

ANNEXE 2
- A. Buts et objectifs du projet APPROPOP
- B. Stratégies du projet APPROPOP/PF
- C. La direction et gestion du projet APPROPOP/PF
- D. Activités possibles
- E. Mécanismes de collaboration

Objectif de la consultation:

Conduire avec l'aide de facilitateurs nationaux la tenue d'un séminaire sur le renforcement du programme de lutte contre les maladies diarrheiques (PLMD) du Ministère malgache de la Santé avec l'appui du projet BASICS .

Contexte:

Une supervision des principales unités de formation à la diarrhée (UFD) et de certains coins de thérapie de réhydratation orale (CTRO) avait été réalisée à la demande de PRITECH/USAID du 11 au 22 août 1993 sous la conduite du Pr. Tetanye.

Il ressortait de cette supervision que l'état de fonctionnement des UFD et CTRO visités était satisfaisant en termes de formation du personnel et d'équipement. Sauf quelques lacunes dans la fréquentation des malades dans ces unités d'une part et d'autre part dans la pratique par le personnel du volet IEC de la prise en charge et la gestion des stocks SRO, l'état de fonctionnement des formations supervisées permettait d'envisager avec optimisme la relance du PLMD de Madagascar.

Par ailleurs, compte tenu des mutations intervenues du fait d'une part de l'arrêt du programme PRITECH pris en relais par BASICS du côté de l'assistance USAID/Madagascar et d'autre part des mutations survenues dans le Ministère de la Santé de Madagascar, un séminaire de renforcement de ce programme s'est avère nécessaire dans le but de faire un bilan des activités de relance réalisées avec l'assistance de PRITECH/USAID.

Compte-rendu des travaux du séminaire:

Tenu à l'hôtel PANORAMA du 11 au 15 avril 1994, les travaux ont été ouverts par le Directeur de la Pharmacie et Laboratoires représentant Monsieur le Ministre de la Santé Publique empêché.

Le calendrier des travaux et la liste des participants sont joints en annexes.

Les facilitateurs sont: Pr. Tetanye E., Pr. Rakotoarimanana R., et Pr. Randrianarimanana O., et Karen Blyth.

LUNDI 11-04-94

Le programme prévoit: - le rappel du programme PRITECH et son relais par le nouveau programme BASICS/USAID; l'identification des problèmes du programme dans les provinces de Madagascar en groupes de travail.

A. Rappel du programme PRITECH et son relais par le nouveau programme BASICS/USAID

La représentante du projet PRITECH/BASICS (Karen Blyth), après avoir rappelé le rôle joué par le projet PRITECH/USAID apprend aux participants que ce dernier projet cèdera désormais la place á un nouveau projet BASICS/USAID qui se propose de reprendre á son compte l'essentiel des objectifs de PRITECH mais avec une optique plus globale centrée sur le concept de la survie de l'enfant (child survival).

A cette occasion, il est révélé aux participants que l'ancien projet PRITECH dispose encore d'une somme de $10.000 destinée á appuyer les activités du programme dans les 6 provinces du pays avant le démarrage des activités éventuelles du nouveau projet BASICS.

Il revient donc à chacune des provinces de présenter à la fin du présent séminaire un programme d'activités budgétisé d'un montant de +/-3.300.000 fmg.

B. Identification des problèmes du programme

La session sur l'identification des problèmes du programme LMD par provinces fait ressortir 5 grands ordres de difficultés:

1. les difficultés de fonctionnement de certaines UFD.
2. le manque généralisé de sachets de SRO et de médicaments dans les UFD et les coins TRO.
3. le mauvais fonctionnement du système d'information et de collecte de données épidémiologies et de gestion.
4. les lacunes de la formation et de la supervision des UFD et des CTRO.
5. les problèmes lies à la prise en charge dans les UFD et CTRO d'une part des enfants atteints de diarrhée associée á d'autres affections tels que la malnutrition, la tuberculose, le paludisme et d'autre part des enfants atteints d'infections respiratoires aiguës (IRA).

Pour ce qui concerne les difficultés d'approvisionnement et de fourniture des centres en sachets SRO une séance de travail a réuni le 11 avril 94 dans le bureau du Directeur Général du Ministère de la Santé, le Chef de service SMI/PF- coordonnateur du PLMD, la représentante de PRITECH/ BASICS, le Pr. Rakotoarimanana et le consultant extérieur. L'objet de cette séance de travail était d'examiner avec cette autorité les voies et moyens envisagés par le Ministère de la Santé pour parer à l'éventuelle pénurie du pays en sachets de SRO. En effet, comme l'indiquent l'absence quasi totale de stocks dans les magasins de l'unité de production nationale ODIVA (stock actuel= +/- 140.000 s.) et les réticences de potentiels donateurs à assurer la fourniture de futures livraisons de sachets en cas de pénurie éventuelle. Le consultant extérieur a attiré l'attention de l'autorité sur le fait que le manque de sachets SRO pourrait être extrêmement néfaste pour le programme LMD en terme de crédibilité vis-à-vis des populations et aussi en terme d'accroissement de la mortalité infantile due à la diarrhée.

La solution semble selon cette autorité consister à trouver avec la coopération suisse les termes d'un accord permettant à cette dernière de fournir à l'unité ODIVA les stocks de matières premières nécessaires a la production de la demande nationale de sachets SRO.

MARDI 12-04-94

Le programme prévoit: la présentation et la discussion des résultats de la supervision des UFD et CTRO effectuée en août 93, une revue de l'évaluation du matériel IEC imprimé par le programme LMD dans la province de Fianarantsoa, et enfin une revue technique des 5 grands groupes de problèmes identifiés par les provinces ci-dessus.

C. Présentation et la discussion des résultats de la supervision des UFD et CTRO

La présentation des résultats de la supervision met en relief les atouts et les carences identifiées dans les UFD et coins TRO visitées au mois d'aout 93: niveau satisfaisant de formation du personnel médical et paramédical dans la prise en charge des cas de diarrhée, bon niveau d'équipement des unités, mais faible niveau de fréquentation des unités par les malades et par ailleurs quasi absence pour l'ensemble du personnel de l'approche IEC comme partie intégrante de la prise en charge des cas et, sauf quelques exceptions, carence dans les notions de gestion de stocks de sachets SRO.

La discussion fait apparaître un consensus général des participants sur les conclusions de la supervision.

D. Evaluation du matériel IEC imprimé par le programme LMD

Quant à l'évaluation des affiches imprimées par les soins du programme grâce au financement PRITECH, elles frappent les participants par leur grande qualité d'impression. Le Pr. Randrianarimanana O. présente les résultats de l'évaluation réalisée sous sa conduite auprès de certains agents paramédicaux de la province de Fianarantsoa. Ces résultats permettent d'envisager leur distribution dans les autres provinces du pays.

Néanmoins, le consultant fait observer que les affiches relatives aux instructions de prise en charge des cas de plans C doivent subir des corrections minimes (volume de SRO à administrer par voie naso-gastrique en cas d'impossibilité pour le malade de boire: 20 ml/kg/ heure au lieu de 70 ml/kg/heure). Aussi, il suggère que ces corrections soient apportées avant leur distribution.

E. Revue technique des 5 grands groupes de problèmes identifiés

1. Fonctionnement des UFD et CTRO

Le fonctionnement insuffisant de certaines UFD pourraient être en rapport avec l'affectation prématurée de certains personnels à d'autres postes de responsabilité. Le problème de

l'insuffisance d'approche IEC dans la prise en charge et les carences dans la gestion de stock devraient se corriger par une formation adaptée.

Pour ce qui est du nombre des unités, les participants estiment qu'il serait indiqué de consolider celles qui existent avant de songer à en accroître le nombre. Le consultant a trouvé que cette attitude relevait d'un bon sens réel compte tenu des contraintes bien connues en personnel et en matériel dans les formations sanitaires du pays.

2. Disponibilité en sachets SRO et médicaments

Quant à la fourniture des unités en sachets SRO, les participants comptent sur leurs autorités administratives pour résoudre harmonieusement ce crucial problème.

3. Le système d'information et de collecte de données

La mauvaise qualité des informations épidémiologies en matière de diarrhée tient à plusieurs facteurs généraux et intrinsèques à tout le système de Santé du pays et semble appeler une solution globale. Néanmoins, les participants ont reconnu la nécessité de perfectionner et d'uniformiser au cours du séminaire la fiche de collecte de données utilisée au niveau des UFD, des CTRO et des centre de Santé de base (CSB). Les participants proposent même un calendrier pour l'acheminement des données à partir des CSB jusqu'au district et du district aux niveaux hiérarchiques supérieurs (DRS et ministères).

Il semble bien qu'une formation du personnel soit nécessaire pour sensibiliser tout le personnel sur l'importance de la collecte correcte et régulière des données épidémiologies et de gestion.

4. La formation et la supervision

L'ensemble des participants reconnaissent la nécessité de renforcer la supervision à tous les niveaux du système de Santé et surtout de la coupler à l'amélioration du système d'information.

5. Les problèmes dits des affections associées

C'est surtout le problème de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition qui suscite le plus d'intérêt parmi les participants à cause d'une part de la complexité de la prise en charge clinique de ces malades et d'autre part en raison de la difficulté d'approvisionnement des centres en aliments. Certains participants (Morondava et Hôpital de Tsaralalana) font part de leurs expériences locales visant à utiliser les aliments locaux.

Il est certain qu'il s'agit là de thèmes intéressants de recherche appliquée qui mériteraient d'éventuels financements.

MERCREDI 13-04-94

Après une session consacrée à la finalisation de la revue technique commencée la veille, les participants se consacrent à la mise au point de plans d'action provinciaux pour 1994 spécifiquement ciblés sur l'utilisation de la somme de 3.300.000 fmg évoquée dès le premier jour comme reste du programme PRITECH.

Compte tenu des problèmes identifiés comme prioritaires dans chaque province, la majorité des plans d'action consacrent l'essentiel de cette somme d'argent aux activités de renforcement de la supervision des unités de réhydratation orale de leur province. Seule la province de Fianarantsoa se propose de consacrer ses efforts aux activités de formation du personnel en IEC et à la diffusion des affiches IEC évoquées plus haut.

Le consultant extérieur trouve extrêmement intéressant de dynamiser directement les responsables provinciaux en leur fournissant un financement direct en espèces sur la base de plans d'action pertinents et rigoureusement budgétisés. Néanmoins, on ne peut s'empêcher d'émettre quelques réserves sur cette méthode de financement directe. En effet, si elle présente l'avantage d'éviter des retards d'acheminement réels, elle peut rencontrer des difficultés non négligeables dans sa réalisation effective et dans le contrôle nécessaire des opérations théoriquement prévues dans les différents plans d'action. Pour éviter cet inconvénient, il y aurait lieu par exemple d'envisager d'associer les gestionnaires et les différents niveaux hiérarchique supérieurs respectifs à la mise en oeuvre de ces opérations locales .

JEUDI 14-04-94

La présentation du programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) par l'ancienne responsable de ce projet montre clairement que ce dernier manque à la fois de politique nationale et de responsable officiellement nommé. En outre, il apparait évident que les IRA représentent une affection plus mortelle dans certaines régions que les diarrhées et qu'il y aurait lieu de s'attaquer à ce fléau en intégrant les activités de ce programme au sein des unités actuelles UFD et CTRO.

Le consultant conseille dès lors qu'il serait judicieux pour les participants de sensibiliser l'autorité ministérielle sur la nécessité de pallier à ces carences néfastes en finalisant à l'instar d'autres pays le projet d'une déclaration de politique nationale s'adressant respectivement aux LMD et aux IRA. Cette suggestion est immédiatement adoptée et un groupe de participants se voit confiée la charge de rédiger à la fois une recommandation générale constatant cette lacune et le projet de déclaration ci-dessus évoquée.

Le programme national de Nutrition est présenté par le responsable national le Dr. Randriamkampianina H. Il ressort de cet exposé que ce programme menera ses activités dans les 47 sites de mise en oeuvre de l'initiative de Bamako (FIB) en étroite collaboration avec l'UNICEF.

Les discussions suscitées par cet exposé mettent en lumière un certain manque de préparation du personnel médical et paramédical vis-a-avis de la mise en oeuvre de cette opération. La question de savoir si les UFD et CTRO recevront un appui dans le cadre des centres de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) dans la prise en charge des enfants diarrhéiques atteints de malnutrition sévère ne reçoit pas de réponse claire de la part des responsables du programme.

VENDREDI 15-04-94

Après une séance de mise au point sur divers sujets tels que les notions actuelles en matière de diarrhée persistante, la dysenterie, la réhydratation et l'alimentation des enfants malnutris, les participants se consacrent à la finalisation et à l'adoption du projet de recommandation et de politique nationale sur la PLMD adressées par les séminaristes à Monsieur le Ministre de la Santé.

Les participants, faute de temps, confient à un groupe d'entre eux le soin de finaliser le module LMD de formation des paramédicaux.

Pour terminer les travaux, une séance de travail donne l'opportunité aux responsables respectifs des programmes APPROPOP/PF et FIB/UNICEF d'informer les participants sur les objectifs et activités de leurs projets. Le jeu de question-réponse donne l'occasion d'apprendre que APPROPOP/PF attend une collaboration fructueuse avec le PLMD notamment en ce qui concerne la promotion de l'allaitement maternel exclusif qui est à la fois une méthode efficace de planning familial et une méthode de prévention de la diarrhée et de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans.

Quant au programme FIB de l'UNICEF, il est intéressant de savoir que ce projet vise à renforcer de manière pilote les structures sanitaires de 47 sites dits FIB par la fourniture de médicaments essentiels relatifs à un paquet minimum d'activités. Ces sites repartis dans toutes les provinces du pays répondent aux critères de couvrir une population d'au moins 6.000 habitants et d'être accessibles pour la supervision. Le paquet minimum d'activités comporte donc un ensemble d'activités de soins dont la lutte contre les maladies diarrhéiques qui seront financées par le recouvrement des coûts de soins de santé selon une formule fixée par le gouvernement malgache.

Les participants se sont inquiétés des modalités de formation qu'exigent la mise en oeuvre de ce programme et de la nécessité pour les promoteurs de s'assurer que les modules d'ordinogrammes prévus à l'usage des paramédicaux sont en accord avec les stratégies du PLMD. Cette réserve n'est pas une simple fiction puisque le consultant s'est permis de relever que l'ordinogramme relatif par exemple à la prise en charge des cas de dysentérie comporte des erreurs importantes non conformes aux recommandations du programme et celles de l'OMS.

Il serait donc opportun d'obtenir du Ministère la proposition d'une concertation entre les promoteurs de la FIB et les différents programmes nationaux au sujet de la conformité de ces ordinogrammes avec les politiques nationales respectives.

La séance de clôture officielle est présidée par le Directeur Général du Ministère de la Santé. C'est l'occasion que saisissent les participants pour lire par la voix du Pr. O. Randrianasolo la synthèse des travaux du séminaire et les recommandations adressées à Monsieur le Ministre de la Santé. Le projet de politique nationale de lutte contre les maladies diarrhéiques vient mettre la note finale à ces assises que le Directeur Général clôture officiellement .

Conclusion:

Le séminaire sur le renforcement du PLMD malgache a permis de mettre en lumière le fait que, comme l'ont montré les conclusions de la supervision effectuée en août 1993, la relance du programme LMD est une réalité palpable disposant d'un personnel remarquablement formé à la prise en charge de cas et d'un équipement notable à l'échelle de tout le pays.

Cependant, des efforts importants restent à réaliser dans les domaines de l'IEC, de la gestion du programme notamment la gestion des stocks de SRO et de médicaments.

Il ressort aussi que de grands efforts doivent être déployés dans le domaine de la supervision, de la communication et de la collecte de données épidémiologiques.

Les autorités compétentes doivent tout mettre en oeuvre pour assurer à court et long termes l'approvisionnement du pays en sachets de SRO. Il s'agit d'une condition sine qua non pour la réussite d'un programme dont l'impact sur la mortalité infantile et le coût ne sont guère négligeables.

Restent les problèmes de coordination de l'intervention des divers partenaires du Ministère qui mériterait une attention particulière de la part des autorités pour assurer un phénomène de synergie dans l'accomplissement de ses objectifs.

ANNEXE 1

DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES A MADAGASCAR

. La lutte contre les maladies diarrhéiques est une priorité dans les efforts du Gouvernement pour diminuer le taux de mortalité infantile dans le pays.

. La prise en charge correcte des cas est la principale stratégie visant à réduire cette mortalité imputable aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans.

. Dans cette optique, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a choisi comme arme principale l'usage de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) comportant les sels de réhydratation orale (SRO/ODIVA) et les liquides domestiques ci-dessous recommandés.

Tous les moyens audio-visuels (radio, télévision, presse écrite, vidéo) et les méthodes de communication directes (causeries, conférences,théâtre, chansons,folklore) doivent être mobilisées en vue de vulgariser cette TRO

TRAITEMENT DE LA DIARRHEE A DOMICILE

. Il est aussi recommandé, lorsque les sachets de SRO/ODIVA ne sont pas disponibles, de recourir à l'usage de liquides domestiques tels que le "RANOVOLA", la solution sucrée salée correctement préparée (iray sy valo), le lait de coco, l'eau potable et toute boisson disponible, à l'exclusion des limonades et autres boissons commerciales trop sucrées.

. L'accent doit être porté sur la nécessité de continuer l'allaitement maternel ou le cas échéant d'alimenter l'enfant diarrhéique, en insistant particulièrement sur les aliments riches en protéines et en calories (sosoa, brèdes, poisson séché).

. Les familles doivent présenter précocément l'enfant qui souffre de diarrhée en consultation dans le centre de santé le plus proche s'il présente les signes suivants:

- selles liquides, fréquentes
- soif intense
- altération de l'état général
- fièvre
- selles sanglantes
- vomissements incoercibles

LES SELS DE REHYDRATATION ORALE (SRO)

. Les sels de réhydratation orale officiellement recommandés sont ceux répondant à la formule OMS/UNICEF. Ces sels de réhydratation orale seront conditionnés pour un litre d'eau par sachet. Ils seront préférenciellement utilisés pour combattre, tant au niveau des centres de santé que dans les ménages, les diarrhées comportant des signes de déshydratation (plan B) chaque fois que l'enfant est capable de boire.

. Ils seront aussi administrés dans tous les cas de diarrhées qui se présentent dans les centres de santé et selon leur disponibilité même si l'enfant ne présente pas de signes de déshydratation.

. Au sortir des centres de santé, il sera recommandé aux parents de se procurer 1 ou 2 sachets pour continuer la TRO à domicile.

. Les sachets de sels de réhydratation orale seront donnés gratuitement quand celà est possible dans les centres de santé ou vendus à un prix raisonnable soit dans les officines , soit dans les centres de santé selon le concept de l'Initiative de Bamako

TRAITEMENT DES DESHYDRATATIONS SEVERES

. Tout enfant présentant une déshydratation sévère sera préalablement traité par voie intra-veineuse (IV) suivant les recommandations techniques du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques de manière à corriger un état de déshydratation pour permettre la TRO.

. Le traitement par voie IV sera préférenciellement administré dans les centres de santé réunissant les compétences et l'équipement adéquat.

UTILISATION DES AUTRES MEDICAMENTS

. L'utilisation d'antibiotiques dans le traitement de la diarrhée n'est pas approprié et doit être évité sauf :

1) lorsqu'il y a présence de sang dans les selles
2) en cas de fièvre typhoïde,
3) et en cas de dysentérie amibienne, ou de bilharziose intestinale.

. L'utilisation des médicaments dits "antidiarrhéiques" sera découragée notamment la prescription de lopéramide, diphénoxylate, sulfaguanidine, les médicaments antipéristaltiques, toutes les spécialités à base d'antibiotiques et d'antiseptiques, et tout autre médicament n'ayant pas fait la preuve de son efficacité pharmacologique.

. Pour le traitement de la dysentérie, il est recommandé en plus de la réhydratation orale et de l'alimentation du malade de recourir à la prescription d'antibiotiques reconnus efficaces au moindre coût contre les Shigelles.

. En cas d'échec de cette première antibiothérapie, il sera recommandé à l'agent de santé de recourir à d'autres antibiotiques plus adaptés.

LA PREVENTION

Les stratégies de prévention de la diarrhée mettront l'accent sur 7 mesures particulièrement efficaces pour la prévention de la diarrhée, qui sont :

- l'allaitement maternel exclusif au sein pendant 4-6 mois
- le lavage des mains au savon avant de préparer ou manger de la nourriture et après avoir été aux selles
- l'utilisation de l'eau propre en abondance
- l'utilisation des latrines
- l'évacuation correcte des selles des petits enfants
- la vaccination
- la bonne nutrition de l'enfant

Fait à Antananarivo, le 14 Avril 1994

Le Ministre de la santé

Pr Damasy ANDRIAMBAO

RECOMMANDATIONS

Nous, participants au séminaire national LMD du 11 au 15 Avril 1994 à l'Hôtel Panorama Antananarivo, organisé par le Ministère de la Santé avec l'appui du projet BASICS/USAID;

- Constatant que les maladies diarrhéiques et les IRA représentent les deux premières causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

- Convaincus qu'il existe de moyens peu coûteux et efficaces pour diminuer la mortalité liée à ces deux affections.

- Conscients que la lutte contre ces deux affections peut être mise en oeuvre conjointement tant au sein des formations sanitaires qu'au sein et avec la participation des communautés.

- Constatant que, malgré la promulgation d'une orientation générale de la politique nationale de santé à Madagascar et d'un programmme sectoriel de santé reconnaissant l'importance et la gravité de ces deux affections, il n'existe pas actuellement une politique spécifiquement orientée vers la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës.

- Constatant en outre que les programmes relatifs à la lutte contre ces deux affections présentent des carences administratives entravant la poursuite des objectifs qui visent à réduire la mortalité due à ces maladies.

RECOMMANDONS :

1- qu'une politique nationale sur les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et les Maladies diarrhéiques (LMD) soit définie, élaborée et publiée sur toute l'étendue du territoire national

2- que des programmes nationaux pertinents de lutte contre ces deux affections soient mis en oeuvre

3- que les responsables nationaux et régionaux soient nommés pour en assurer la mise en oeuvre et le suivi.

Fait à Antananarivo, le 14 Avril 1994

ANNEXE 2

BUTS ET OBJECTIFS DU PROJET APPROPOP

Avant 1999:

1. La réduction du taux de fécondité de 6.6 à 5.6

2. L'expansion du taux d'utilisation des contraceptifs de 4% à 18 %.

COMPOSANTES DU PROJET APPROPOP

1. PROJET APPROPOP/PF:

   * Les Centres d'Excellence

   * Les AAPS (Activités d'appui aux prestations de services

2. Projet Options: Etudes spécifiques et appui à la Politique National de la Population

3. Projet "BASICS" (c'était "PRITECH" avant: Lutte contre les Maladies Diarrhéiques)

INTERVENTIONS DU PROJET APPROPOP PF

Le projet APPROPOP/PF soutient deux genres d'interventions:

1) Des interventions pour renforcer les institutions locales: renforcement des capacités de gestion (financière et "management"), développement des systèmes (SIG, logistiques), développement organisationnel, formation à longue et à courte terme

2) Des interventions pour étendre l'accès aux services (expansion, qualité, demande)

STRATEGIES DU PROJET APPROPOP/PF

1. Augmentation de la demande pour le PF
2. Expansion des prestations de service de bonne qualité
3. Renforcement fonctionnel des institutions locales

LES DEUX INTERVENTIONS PRINCIPALES DU PROJET APPROPOP/PF

1) Les AAPS: Subventions aux organisations de prestations de services PF pour les habiliter à:

* Etendre les services
* Améliorer la qualité des services
* Augmenter la demande pour le PF
* Essayer des nouvelles approches

2) Les Centres d'Excellence en
1. PF Clinique
2. IEC PF
3. Formation PF
4. Logistiques et SIG PF

pour:

1. Développer des approches et stratégies nationales
2. Soutenir et appuyer les activités des bénéficiaires des AAPS (Assistance technique, supervision et suivi, matériels, formation)
3. Réaliser des recherches opérationnelles pour améliorer le programme
4. Développer et distribuer des matériels (IEC, formation, formulaires, SIG, logistiques, etc.)
5. Former les prestataires de services et leurs responsables pour faire accroître la capacité locale.
6. Evaluer les interventions

NOTA BENE: Le CE/PF Clinique est parrainé par la Direction de la Santé Communautaire du MinSanté. Le Centre d'Excellence IEC PF est parrainé par la FISA. Les deux autres centres seront établis dans la deuxième moitié de cette année.

LA DIRECTION ET GESTION DU PROJET APPROPOP/PF

La Direction Stratégique

LE COMITÉ TECHNIQUE composé de

- un représentant du Min Plan (Le Président du Comité)
- un représentant du Secrétariat Général à la Population
- un représentant du Ministère de la Santé
- un représentant de l'USAID
- un représentant de MSH
- un représentant de l'ASSONG (secteur ONG)
- un représentant de l'ASSONG (secteur privé)

Le Financement

Bailleur de Fonds: USAID
Financement des activités: Secteur Publique: USAID
Secteur Privé: MSH
Gestion Financière: MSH

Agence d'Exécution: MSH (avec AED, AVSC, Popcouncil)

Equipe Locale Composée:

- Du bureau d'administration du projet (Chef d'Equipe, Responsable Administratif et Financier et son equipe, Equipe des AAPS)
- d'un Assistant Technique au niveau de chaque Centre d'Excellence

Provision de l'Assistance Technique:

MSH, AED, AVSC, Popcouncil,

Les Centres d'Excellence

ACTIVITES POSSIBLES

FORMATION DU PERSONNEL CLINIQUE ET SES RESPONSABLES

Aspects techniques de la PF
* IEC
* Gestion/management
* Techniques de formation

ACTIVITÉS POUR STIMULER LA DEMANDE

Sensibilisation de la population (femmes en union, adolescents, hommes) concernant

le bénéfices de la PF
* les méthodes PF (y compris l'Allaitement Maternel)
La disponibilité des services de la PF.

Sensibilisation des décideurs

Sensibilisation du personnel de la santé

ACTIVITÉS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES

* Supervision
* Auto-analyse des services
* Disponibilité des produits, matériels et équipements (formation)
SIG

ACTIVITÉS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS

* Distribution à base communautaire
Stratégie avancée
* In-reach (ACTIVITÉ AU SEIN DE FS).
* Marketing Social

17.

MÉCANISMES DE COLLABORATION

DÉVELOPPEMENT CONJOINT DES STRATÉGIES COHÉRENTES

PLANIFICATION CONJOINTE DES ACTIVITÉS

RÉALISATION CONJOINTE DES ACTIVITÉS

FINANCEMENT CONJOINTE

ÉVALUATION CONJOINTE