PD-ABM-789
99146

Evaluation a Mi-Parcours du Projet de Lutte Contra les Maladies Transmissibles de L'Enfance au Zaire (Projet CCCD, d'après le sigle anglais)

Novembre 1988

Equipe d'évaluation externe:

Harvey E. Gutman
Spécialiste en gestion/Chef d'équipe

Dr. Mark LaForce
Epidémiologue

Pamela Pine
Educatrice pour la santé

Dr. Aben Ngay
Spécialiste en matière de formation

THE PRAGMA CORPORATION

116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA 22046

THE PRAGMA CORPORATION
116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA 22046

Tel. 703-237-9303 • Telex 203507 PRAGMA FSCH UR
FAX 703-237-9326

President
Jacques Defay

Established 1977

Clients

AID
World Bank
IDB
IFAD
OAS
Peace Corps

Fields

Agriculture/Rural Development
Health, Water and Sanitation
Financial Management
Private Sector Development
Conference Management
Participant Training (M-C)
Industrial Development and Finance
Microcomputer Application, Hardware and Software

Overseas Offices

Belize/Belize City
Tel: 45938
Telex: 120 VILLA BZ

Burkina Faso/Ouagadougou
Tel: 335339
Telex: RAN HOTEL 5273 BF

Indonesia/Jakarta
Tel: 793480
Telex: 47319 FINAS IA
FAX: 7996218

Panama/Panama City
Tel: 649369
Tel: 637842
Telex: 2116 TRTELCOR PA

Zaire/Kinshasa
Tel:32048/27159
Telex: 21536 LASCO ZR

Philippines/Manila
Southeast Asia Regional Office
Tel: 50-08-35/58-23-57
Telex: 40084 [WPFPM]

Countries

Africa

Benin
Botswana
Burkina Faso
Central African Republic
Ivory Coast
Mali
Niger
Rwanda
Sierra Leone
Uganda
Zaire
Zimbabwe
Malawi
Lesotho

Latin America

Argentine
Belize
Bolivia
Costa Rica
Ecuador
Guyana
Honduras
Mexico
Nicaragua
Panama
Paraguay
Peru

Caribbean

Antigua
Barbados
Dominica
Dominican Republic
Haiti
Jamaica
St. Kitts/Nevis

Asia

Burma
India
Indonesia
Nepal
Pakistan
Philippines
Singapore

North Africa/ Middle East

Egypt
Jordan
Lebanon
Morocco
Tunisia
Yemen

PD-ABM-784

EVALUATION A MI-PARCOURS DU PROJET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE AU ZAIRE
(Projet CCCD, d'après le sigle anglais)

novembre 1988

Equipe d'évaluation externe:

Harvey E. Gutman, Spécialiste en gestion/Chef d'équipe
Dr. Mark LaForce, Epidémiologue
Pamela Pine, Educatrice pour la santé
Dr. Aben Ngay, Spécialiste en matière de formation

TABLE DES MATIERES

		Page
REMERCIEMENTS		ii
NOTE AU LECTEUR		iii
LISTE DES SIGLES		iv
RESUME ANALYTIQUE		1
	Résultats	1
	Conclusions	2
	Recommandations	3
I.	OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION	4
	Objectifs	4
	Méthodologie	4
II.	VOLETS DU PROGRAMME	5
	A. Epidémiologie	5
	B. Gestion et administration	8
	C. Education pour la santé	11
	D. Formation	13
	E. Systèmes d'information sanitaire	16
	F. Recherche opérationnelle	17
III.	SUPERVISION	17
IV.	PERENNITE	18
V.	ADMINISTRATION DU PROJET PAR L'USAID ET LES CDC	20
VI.	RECOMMANDATIONS	21
ANNEXE I	Epidémiologie	23
ANNEXE II	Education pour la santé	39
ANNEXE III	Gestion	48
ANNEXE IV	Formation	68
APPENDICE I	Description des tâches	74
APPENDICE II	Statistiques de vaccination	80
APPENDICE III	Solution de réhydratation par voie orale	89
APPENDICE IV	Antennes visitées	90
APPENDICE V	Evaluation au niveau de l'antenne	91
APPENDICE VI	Evaluation au niveau de la zone	94
APPENDICE VII	Evaluation au niveau du centre de santé	96
APPENDICE VIII	Liste des principales personnes contactées	98
APPENDICE IX	Bibliographie des principales références	100

REMERCIEMENTS

L'équipe tient à exprimer sa reconnaissance pour les conseils, opinions et assistance reçus des représentants du PEV à Kinshasa et sur le terrain, des personnels public et privé qui travaillent dans les formations de soins de santé primaires du pays, de l'USAID et des autres autres organisations. Il convient de faire une mention particulière du Cit. Ngandu-Kabeya, Commissaire à la santé; du Dr. Miaka, Directeur du PEV, et son personnel; Drs. Maliro, Mutombo, Okwo, Paluka, Rugwamba, Cit. Kapitaine et Mabukota et Dr. Andrew Vernon/CDC. En ce qui concerne l'USAID, l'équipe tient à remercier le Directeur Dennis Chandler et son adjoint, J. Goodwin, pour leur aide et intérêt; Dr. Glenn Post, Chef de la santé et de la population et son personnel; Mme. Hanaye Bisson et Mme. Rhonda Smith, pour leur soutien et directives; M. Stephen Vance, pour sa préparation initiale et M. Max Walters, responsable exécutif, pour son assistance.

NOTE AU LECTEUR

Le présent rapport est organisé en cinq sections tel que stipulé dans le contrat. Le résumé analytique qui donne les points les plus saillants est suivi du rapport principal. La principale section du rapport suit l'ébauche de la description des tâches. Quatre annexes viennent à la suite couvrant les domaines représentés par les membres de l'équipe. Ces annexes apportent des commentaires complémentaires. La dernière section donne les références, les personnes et les lieux concernés par l'évaluation, une copie de la description des tâches et des appendices complémentaires.

LISTE DES SIGLES

AID	Agence pour le développement international
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCCD	(sigle anglais) Lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance
CDC	Centers for Disease Control
CEPLANUT	Centre de la planification et de la nutrition
FONAMES	Fonds national pour l'assistance médico-sociale
GZ	Gouvernement du Zaïre
IEC	Information, éducation et communication
LAPHAKI	Laboratoire pharmaceutique de Kinshasa
MCZ	Médecin chef de zone
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PRICOR	Primary Health Care Operations Research
PSND	Projet de Service des naissances désirables
RO	Recherche opérationnelle
SANRU	Santé rurale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRO	Solution de réhydratation par voie orale
SSS	Solution sucre-sel
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Mission locale de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international

RESUME ANALYTIQUE

Le but fondamental du Projet élargi de vaccination et de la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (PEV/CCCD, d'après le sigle anglais) est de réduire la mortalité et morbidité infantiles par le biais de vaccinations contre les maladies évitables, la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), le traitement de présomption contre le paludisme chez les enfants et la chimioprophylaxie pendant les grossesses afin de diminuer l'insuffisance pondérale à la naissance.

Le projet a démarré en 1982 dans le cadre d'une activité plus globale au niveau régional. Il a pris comme point de départ un programme de vaccinations qui était axé sur les équipes mobiles. Prorogé jusqu'en 1990, le projet apporte une assistance technique par l'intermédiaire des Centers for Disease Control (CDC), fournit du matériel, la solution de réhydratation par voie orale (SRO), de la chloroquine, des vaccins et a permis d'installer une chaîne de froid. Il soutient les activités d'éducation et de formation pour la santé, met sur pied des systèmes d'information et de surveillance sanitaires et effectue une recherche opérationnelle dans des disciplines techniques portant sur des questions telles que la pérennité des programmes.

Dans le cadre de la réalisation de ces divers sous-objectifs, le projet collabore aussi bien avec les autres bailleurs de fonds qu'avec les activités connexes réalisées sous les auspices de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), par exemple, le Projet de santé rurale (SANRU). L'amendement No. 5 porté à l'Accord du Projet stipule que pendant la durée du projet le Gouvernement du Zaïre doit contribuer à raison de 2,8 millions dollars EU, l'USAID à raison de 7,6 millions et le Fonds de contrepartie 2,7 millions de dollars EU.

L'Accord de projet initial stipulait une contribution du Gouvernement zaïrois de l'ordre de 15 millions de dollars EU (aux taux en vigueur à ce moment là), y compris peut-être le Fonds de contrepartie qui a pu être compté comme rentrant dans la contribution du Gouvernement zaïrois.

A. Résultats

L'équipe de l'évaluation a rencontré un tableau présentant des aspects positifs et négatifs. En ce qui concerne l'aspect positif des choses, si l'on prend juste Kinshasa, les estimations indiquent que les vaccinations contre la rougeole, organisées dans le cadre du projet et les travaux précédents ont prévenu 500.000 à 800.000 cas de rougeole et empêché entre 27.000 et 41.000 décès. L'incidence de la poliomyélite a fortement diminué sur l'ensemble du pays et les cas de poliomyélite signalés à Kinshasa ont diminué de 75%. Les cas de tétanos signalés ont diminué de pratiquement 50% depuis le début du projet en 1982.

Le PEV a su valoriser, en réalisant des progrès notables, son personnel et les médecins des zones au niveau des interventions et méthodologies de la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. A présent, la chaîne

de froid du PEV est en mesure de répondre aux besoins de pratiquement 200 zones de santé quel que soit le niveau.

Un centre de formation en TRO, connu sur le plan international, a été établi à l'Hôpital de Kinshasa.

Le nombre de décès imputables aux maladies diarrhéiques signalés dans cet hôpital ont diminué pour passer de 14% à 2%.

Le personnel de terrain au niveau des antennes, des zones de santé et des centres de santé bénéficie d'une bonne formation même si elle est limitée.

En somme, malgré les défauts et insuffisances, le projet est arrivé à un stade de maturité qui lui confère la possibilité d'atteindre ou même de dépasser la plupart de ses objectifs, si toutefois l'on procède à certains ajustements dans le calendrier d'exécution.

Du côté négatif, le Gouvernement zaïrois n'a pas toujours versé les contributions stipulées dans l'Accord du Projet, manquement qui a été à l'origine des situations suivantes:

- Les salaires du personnel de terrain n'ont pas été versés ou payés en retard.

- Les avances prises sur les bénéfices tirés des ventes de TRO et de la chloroquine n'ont pas pu être remboursées et ont "décapitalisé" le fonds de roulement.

- L'insuffisance de crédits de fonctionnement pour les transports et la supervision, surtout au niveau de terrain.

- Les travaux d'éducation et de formation sanitaires ont dû être limités.

- L'approvisionnement de vaccins et de fournitures de TRO, d'importance vitale, de Kinshasa sur le terrain a été irrégulier.

- Le moral est bas à tous les niveaux de l'organisation du PEV.

Il en a résulté une stagnation de la couverture vaccinale depuis la dernière évaluation.

B. <u>Conclusions</u>

Le projet est solide tant du point de vue technique que programmatique. Toutefois, de tels projets qui ne sont pas assez soutenus par le pays hôte pendant l'étape de collaboration ne réussissent pas soudainement à devenir indépendants et autosuffisants à la fin de l'assistance au projet.

C. Recommandations

1. Le Gouvernement zaïrois devrait verser les contributions échues ou placer un moratoire sur l'adjonction de zones complémentaires. Les zones marginales devraient se limiter aux activités de mise en place de la chaîne de froid, de l'approvisionnement en SRO et chloroquine.

2. Il convient de prendre immédiatement des dispositions pour distribuer les fournitures prioritaires qui sont actuellement emmagasinées dans les locaux du PEV. A moins de pouvoir garantir raisonablement les coûts de transport et les dépenses de fonctionnement et d'entretien aux lieux de destination, d'autres dispositions devront être prises quant à l'utilisation des 30 véhicules qui sont sur le point d'arriver.

3. En tant que solution partielle pour une meilleure capacité d'autofinancement, surtout si l'on tient compte du fait qu'un million de sachets de SRO vont arriver en janvier 1989 — l'USAID, le PEV et le ministère de la Santé devraient interdire que les recettes des ventes des SRO et de la chloroquine servent à payer les salaires. Toute infraction sera suivie de la retenue du montant correspondant des primes.

4. Il convient d'insister sur le renforcement de l'éducation et de la formation sanitaires, volets les plus faibles du projet.

5. Les dossiers financiers, logistiques et administratifs du PEV devraient être rapidement informatisés et organisés de manière à pouvoir être utilisés comme des moyens de gestion. L'on recommande d'utiliser une comptabilité d'exercice.

6. Le PEV, les CDC et l'USAID devraient s'entretenir de la nécessité d'avoir une équipe américaine permanente ou une assistance spécialisée à court terme.

I. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

A. Objectifs

La présente évaluation externe faite à mi-parcours se donne le double objectif suivant:

1. Elle évalue:

   a. La mesure dans laquelle les activités du projet servent à réaliser les buts et objectifs du projet.

   b. Les résultats du point de vue administration et activités du projet à tous les niveaux.

   c. La mesure dans laquelle les activités du projet ont été intégrées aux système de soins de santé primaires du Gouvernement zaïrois.

   d. La pérennité du projet sans l'assistance de l'USAID.

2. Elle traduit ses résultats et conclusions en un certain nombre de recommandations visant à améliorer les divers volets du projet.

B. Méthodologie

A la suite de l'examen des documents et des premières interviews avec le personnel du projet travaillant à Kinshasa, l'équipe de l'évaluation a préparé des questionnaires pour les déplacements sur le terrain. Ils ont été testés aux divers niveaux dans la région de Matadi par l'entière équipe, accompagnée du Directeur du PEV. Par la suite, l'équipe s'est divisée en trois groupes et a visité six régions supplémentaires avec les collaborateurs du PEV et de l'USAID et un représentant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Cela a permis d'avoir des interviews avec les coordinateurs médicaux régionaux et les personnels des antennes du PEV et d'observer les activités dans les zones de santé et les centres de santé urbains et ruraux. Ces visites ont également donné l'occasion de prendre contact avec les établissements des missionnaires et bien sûr avec les bénéficiaires immédiats, à savoir, les mères et les enfants. Les membres de l'équipe ont également visité le centre de TRO à l'Hôpital Yama-Yemo de Kinshasa, les services s'occupant des cas atteints du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et le laboratoire pharmaceutique de Kinshasa (LAPHAKI), fabriquant local des SRO.

De retour à Kinshasa, l'équipe ne disposait que de peu de temps pour comparer les notes, systématiser les résultats et convenir des principales conclusions avant le départ anticipé de l'épidémiologue. Pendant le reste du temps, l'on a aménagé des discussions détaillées avec le personnel du PEV et de l'USAID (malheureusement, le responsable du projet avait dû s'absenter) et avec les représentants des autres organisations telles que SANRU, LAPHAKI et le Fonds national médico-sanitaire (FONAMES).

II. VOLETS DU PROGRAMME

A. Epidémiologie

1. Programme élargi de vaccination (PEV)

a. Progrès vers la réalisation des objectifs

Couverture vaccinale

Le rapport annuel du PEV 1987 présente un bon récapitulatif des données. En 1987, un peu plus d'un million de doses de vaccins ont été administrées à 73% des nourrissons de moins d'un an. La couverture vaccinale antipoliomyélite pour les nourrissons de moins d'un an se situait dans la fourchette allant de 23% au Haut Zaïre à 81% à Kinshasa. La couverture vaccinale contre la rougeole pour le groupe des moins d'un an se situait dans la fourchette allant de 25% au Haut Zaïre à 75% à Kinshasa. En général, les taux de vaccination contre la rougeole étaient plus élevés dans les villes.

Par contre, le personnel du PEV est préoccupé devant la croissance bien plus atténuée de la couverture vaccinale ces dernières années. Tous les taux pour 1987 se situaient bien en dessous des buts du programme: inférieurs de 45% pour les trois doses de polio et de 50% pour la rougeole.

Il semble donc que le volet vaccination du PEV zaïrois soit entré dans une phase de stagnation. L'accroisement rapide noté pendant les premières années du programme reflète aussi bien les nouvelles vaccinations que la collecte des données sur des nourrissons étant déjà vaccinés. Ce que l'on peut appeler les zones faciles ont toutes été rangées dans l'orbite du PEV, laissant de côté les zones plus difficiles où probablement les taux de vaccination seront moindres. Les propositions de stratégies pour étendre la couverture vaccinale consistent notamment à intensifier la mobilisation sociale et encourager les activités communautaires. Bien que ces propositions soient importantes et permettent d'accroître les taux de vaccination, elles ne s'adressent pas à deux des plus importantes contraintes pesant sur les activités du PEV: le non-paiement des salaires et le manque de supervision suite à un manque de crédits de fonctionnement.

Chaîne de froid

Le quartier général du PEV dispose de trois chambres froides de 20 mètres cubes, deux à une température de 4 degrés centigrades et l'une avec une température de moins 20 degrés centigrades. Les expéditions de vaccins aux 19 dépôts (antennes du PEV) situés sur l'ensemble du Zaïre ont été effectuées à raison de quatre fois par an en moyenne. Quinze de ces dépôts sont

approvisionnés par avion et quatre par transport terrestre. Les vaccins sont envoyés dans des glacières fabriquées à Kinshasa et donnés par l'UNICEF. L'approvisionnement en vaccins connaît des problèmes, notamment les ruptures des stocks. Toutes les antennes visitées pendant les déplacements sur le terrain de cette évaluation avaient des réfrigérateurs et des congélateurs qui fonctionnaient. Certains sont alimentés au pétrole, d'autres à l'énergie électrique ou solaire. La majorité ont besoin de pétrole qui est obtenu localement par l'intermédiaire d'un système de coupons qui semble bien fonctionner. Il n'y a pas de techniciens d'entretien au niveau central ou des antennes. Cependant, en général, la chaîne de froid fonctionne bien à tous les niveaux du PEV.

Procédures de stérilisation

Pratiquement tous les centres de santé changeaient d'aiguilles pour chaque vaccination mais aucun n'utilisait une seule seringue par vaccination. Les pénuries de seringues dans les centres de santé était la règle. Les procédures de stérilisation étaient correctement observées.

Calendrier des vaccinations

Certains infirmiers des centres de santé avaient une bonne idée du nombre d'habitants et avaient mis en place des registres sur les familles pour suivre les vaccinations. La couverture dans de tels centres était toujours élevée. D'autres prêtent les services de vaccination sur demande mais ne comprennent généralement pas pourquoi il faut une deuxième et troisième dose.

b. Adéquation des objectifs

Les objectifs sont trop ambitieux par rapport aux ressources du Gouvernement zaïrois qui ne suffisent pas actuellement pour payer ne serait-ce-que les salaires de base.

2. Lutte contre les maladies diarrhéiques

a. Progrès vers la réalisation des objectifs

Le centre de TRO à Mamo Yemo continue d'être un lieu pivot pour le traitement des maladies diarrhéiques et la formation y afférente. Des indicateurs tels que la forte baisse dans le nombre de nourrissons dans la catégorie C indique que le centre a un impact important. Des travaux de formation couronnés de succès continuent à se tenir à Mamo Yemo. Un nouveau centre de TRO à Bukavu a été ouvert et sert de lieu de formation pour cette région. L'évaluation a noté que l'approvisionnement en sachets de SRO constituait un grave problème. Les antennes et les zones connaissaient très fréquemment des ruptures des

stocks. De plus, la promotion de la solution préparée à domicile n'a pas connu un très grand succès (cf. évaluation de 1987).

Production de SRO-Laboratoire pharmaceutique de Kinshasa (LAPHAKI)

LAPHAKI est détenu conjointement par le Gouvernement zaïrois et une entreprise belge qui gère les activités. En principe, LAPHAKI doit être autonome et se charger d'objectifs sociaux. Les SRO représentent environ 5% de la production de LAPHAKI. Une seconde machine devrait entrer en service en novembre 1988, lui conférant une capacité combinée de 3 à 4 millions de sachets par an. Ces machines peuvent également fabriquer d'autres produits (souvent plus rentables).

Actuellement, la production de SRO est pratiquement à un point mort. Le PEV a des retards de paiements auprès de LAPHAKI. Tous les prix de LAPHAKI sont ajustés trimestriellement pour tenir compte de la dévaluation du Zaïre.

Jusqu'à présent, l'UNICEF a fourni gratuitement les matières premières pour les SRO mais l'on ne sait pas si elle va continuer à la faire. Les stocks actuels suffiront pour environ 2,4 millions de sachets mais on manque de citrate trisodique hydraté. LAPHAKI vend actuellement les SRO au PEV pour 15 zaïres, ce qui représente les coûts de fabrication plus une petite marge bénéficiaire. Les frais de distribution porte le coût total à environ 23 zaïres par sachet.

L'USAID a passé une commande d'un montant de 300.000 dollars EU pour 1,67 millions d'unités auprès de l'Agence pour le développement international (AID). Actuellement, cela équivaut à 38 zaïres ou environ 45 zaïres par unité, y compris les coûts de manutention et de distribution. Etant donné que l'on connaît pas le montant de la subvention de l'UNICEF par unité, l'on ne peut pas comparer les prix. Cet aspect, à savoir importation ou production locale, sera évalué sous peu par un expert en marketing social. Deux épisodes soignés par an dans une population cible d'environ 6 millions d'enfants avec une marge bénéficiaire de 10 zaïres par unité rapporterait un bénéfice de 120 millions de zaïres; même 50 millions permettraient de financer la plupart des dépenses de fonctionnement du PEV après déduction du prix plus élevé pour les commandes de réapprovisionnement. Cependant, l'intention de la FONAMES de distribuer les produits pharmaceutiques dont les SRO grâce à un système de dépôts sur l'ensemble du pays pourrait nuire à la position de fournisseur prépondérant de SRO que détient le PEV.

3. Paludisme

a. Progrès vers la réalisation des objectifs

L'on utilise généralement la chloroquine au Zaïre comme traitement principal du paludisme. La politique officielle du PEV consiste à distribuer gratuitement de la chloroquine de 25 mg en trois doses de 10, 10 et 5 mg à prendre pendant trois jours de suite. Les observations recuillies sur le terrain indiquent que les doses de chloroquine varient énormément se situant dans une fourchette allant de 10 à 50 mg. Le caractère très variable du traitement de présomption débouche sur des statistiques peu concluantes en ce qui concerne les traitements de la fièvre. La surveillance en matière de chimiosensibilité en est encore à ses tous premiers stades; les sites sentinelles sont plus fiables dans les zones urbaines. L'année prochaine, l'on s'attachera surtout à étudier la résistance au traitement.

Les travaux de recherche opérationnelle se sont penchés sur le rôle du traitement prophylactique avec chloroquine chez les femmes enceintes. Plus de 2.000 femmes enceintes ont participé à l'étude qui comparait l'effet des doses de chloroquine mensuelles de 1.200 mg au traitement des épisodes fiévreux. Le poids des bébés à la naissance n'a indiqué aucune différence entre les groupes traités et non-traités. Malheureusement, cette étude a eu un très faible taux de suivi (65%). L'on envisage de refaire ces études en insistant davantage sur le suivi.

b. Adéquation des objectifs

Les objectifs sont adéquats du point de vue technique mais leur réalisation dépendra de la disponibilité du financement.

c. Impact du projet

Il n'y a pas un moyen facile pour évaluer l'impact du projet sur le paludisme. Les meilleurs indicateurs seront dégagés par les enquêtes sur la mortalité et l'utilisation des services de santé, enquêtes qui sont effectués d'une manière extrêmement professionnelle.

B. Gestion et administration

1. Comité directeur/coordination entre les bailleurs de fonds

Le Comité directeur se réunit deux fois par an, une fois pour examiner les activités de l'année passée et la seconde fois, au milieu de l'année, pour envisager les plans pour l'année à venir. (La réunion de 1988 n'avait encore eu lieu au moment où était rédigé le présent rapport.) Ces réunions peuvent seulement aborder des

questions générales et déboucher sur des accords généraux. Le Comité directeur n'a pas une structure établie pour les sous-comités bien que des réunions ad hoc soient occasionnellement organisées en vue de traiter des questions spécifiques. Sans vouloir remettre en question l'utilité du Comité directeur, l'on ne peut toutefois le qualifier d'"organisme décisionnel" dans tout l'acception de ce terme.

Pourtant, à l'exception du Comité directeur il n'existe pas de mécanisme officiel de coordination. Les bailleurs de fonds ont des contacts informels et les représentants des organisations participantes se connaissent entre eux. Il ne semble guère avisé de mettre sur pied un organisme de coordination des bailleurs de fonds outre le Comité directeur. Il semblerait préférable d'inclure le partenaire PEV/Gouvernement zaïrois à toutes les délibérations. Les réunions du Comité directeur devraient se tenir trimestriellement pour discuter des points figurant sur un ordre du jour qui sera distribué à l'avance. Le Président ou le Secrétaire exécutif (appartenant de préférence au personnel du PEV) devra être tenu au courant des conditions qui agissent sur le projet dans son ensemble. Les modifications au niveau du financement accordé par le Gouvernement zaïrois et les bailleurs de fonds devraient être rapidement communiquées au Comité directeur et une réunion devra être convoquée afin d'envisager les répercussions, par exemple, intégration dans le système des soins de santé primaires du Gouvernement zaïrois, fonds de roulement autofinancés, formation, etc.

2. Organigramme

Le nouveau directeur a modifié l'organigramme du PEV en créant une troisième grande division et en transférant les fonctions relatives à la chaîne de froid, au parc automobile et à la logistique au sein d'un service qu'AID appelerait l'intendance. Ce remaniement a entraîné la création de nouvelles sous-sections et une description des fonctions administratives. Certaines de ces tâches ne sont pas spécifiques et, comme il arrive dans la fonction publique américaine, peuvent avoir été écrites en fonction d'un candidat ou d'un titulaire. Le PEV est une organisation relevant du Gouvernement zaïrois et le directeur a la charge et le pouvoir d'organiser son service et de recruter le personnel tel qu'il juge utile dans les limites de la réglementation du Gouvernement zaïrois. Cette restructuration est trop récente pour que l'on puisse émettre un jugement. L'on jugera selon les résultats. Dans une petite organisation à l'instar de celle-ci, les relations et ententes personnelles peuvent s'avérer plus importantes que les organigrammes et descriptions formelles des tâches.

Le nouvel organigramme prévoit un service d'audit interne, ce qui représente un pas en avant. La section relève de la Division administrative et financière, cible classique des audits. Bien que la description du poste stipule que la position relèvera dans une certaine mesure (non-définie) du directeur, le service d'audit

devrait faire partie de ce bureau ou, du moins, de la Division pour l'évaluation pour éviter tout conflit d'intérêts réel ou imaginaire.

3. Procédures de contrôle financier

Un rapport d'un audit récent a relevé les différents maillons faibles sur lesquels se penchent actuellement le PEV et le vérificateur des comptes de l'USAID. Par conséquent, l'équipe n'a pas jugé utile de réexaminer cet aspect du projet.

4. Gestion et rapports financiers

Tel que nous l'avons déjà noté, la situation n'a guère progressé au niveau de l'informatisation des rapports financiers depuis l'évaluation de 1985. La division financière a un nombre impressionnant de données mais elles ne sont pas organisées de manière à étayer les décisions de gestion. Par exemple, il n'existe pas de rapport consolidé et à jour sur les restrictions administratives, limitant les rapports d'activités aux affectations de crédits, donnant les dépenses réglées et les soldes de trésorerie sans les créances venues à terme.

5. Distribution, information et gestion des articles de base

Des rapports préparés laborieusement apportent une information considérable pouvant être utilisée pour extrapoler les données nécessaires, mais le manque d'information au niveau de la gestion des stocks, des calendriers de livraison, de la réconciliation entre les rapports sur les ventes et les rapports sur les stocks et la distribution rendent inefficace l'activité et demandent un personnel très important. Ainsi, quand l'équipe a demandé une liste des articles emmagasinnés, on a dû la préparer article par article et, en fin de compte, elle était incomplète.

Le PEV doit se doter de techniques informatiques. La dernière évaluation soulignait déjà cela il y a trois ans. La faute de ce retard revient d'ailleurs largement aux Américains. Le dernier chargé technique des CDC était un expert en information et qui plus est, son prédécesseur était secondé par un programmeur expatrié qui travaillait dans le cadre du PEV pendant deux ans. Il semblerait que ces personnes n'aient pas prêté une attention suffisante à l'information des activités du PEV.

6. Plan quinquennal

Le plan a été méticuleusement préparé, il a une logique interne et atteste clairement que le PEV a atteint un bon niveau programmation d'activités. Toutefois, le plan prend l'apparence d'un exercice dénué de réalisme: les contributions prévues du Gouvernement zaïrois, de l'USAID et de l'UNICEF au budget du plan s'élèvent à 41% en 1989 et à 34% en 1990. Outre une contribution à 100% du Gouvernement zaïrois, le plan prévoit une diminution du taux d'inflation

actuel. Rien ne suggère comment on va combler ces massifs déficits, il n'existe aucune provision pour imprévus pour différents scénarios de financement. Les futurs plans devraient être assortis d'une "enveloppe décisionnelle" qui indique les priorités au vu des diverses hypothèses de financement.

7. Assistance technique/consultations à long et à court terme

Depuis le début du projet, les CDC, dans le cadre d'un accord du service participatif, ont détaché deux membres de leur personnel au PEV/CCCD au Zaïre. S'agissant d'un épidémiologue et d'un responsable technique. Les aspects techniques de la description des tâches restent les mêmes bien que le PEV ait progressé et que ses besoins consultatifs ne soient peut-être plus les mêmes qu'il y a six ans. Récemment, le PEV a eu l'occasion d'examiner les qualifications des candidats des CDC mais n'a pas été consulté quant aux fonctions et à l'utilité de ces positions. Il est évident que le PEV est reconnaissant de l'aide professionnelle apportée par les CCD pendant toutes ces années bien qu'il y ait eu de longs intervalles entre les affectations, ce qui a forcé les épidémiologues à consacrer un temps important à des tâches administratives. L'équipe de l'évaluation a obtenu certaines indications montrant que les cadres du PEV préféreraient des consultations spécialisées plutôt qu'une assistance à long terme. Il ne s'agit pas d'un jugement personnel porté sur les responsables. L'épidémiologue qui est une personne extrêmement compétente et très qualifiée (le responsable technique vient juste d'être nommé) jouit de l'estime de ses collègues zaïrois. La situation ici atteste d'une saine évolution. Les CDC sont peut-être sur le point de réussir là où l'assistance technique souvent échoue, à savoir abandonner la forme actuelle d'intervention. L'USAID, le PEV et les CDC devraient discuter franchement de la question.

C. Education pour la santé

Le PEV existe depuis 1977 au Zaïre. Il a rassemblé ou formé un certain nombre de personnes dévouées et talentueuses qui se sont attaquées aux maladies diarrhéiques, au paludisme et aux maladies pouvant être évitées grâce aux vaccinations. Les agents de santé et les missionnaires chevronnés ont également relevé nombreux de ces mêmes défis au fil des ans. Pourtant en mettant les choses au mieux, les progrès ont été lents. Le côté technique du PEV est opérationnel à 100% mais la demande pour ses services dans les populations cibles reste relativement faible. Le volet communication fonctionne à peine. La couverture vaccinale stagne aux environs de 40%.

L'éducation pour la santé, lien vital entre les prestataires de santé publique et les bénéficiaires visés n'a pas su remplir son rôle dans le contexte du PEV, que ce soit par négligence, méthodes qui ne convenaient pas ou une combinaison des deux. Manifestement, le volume éducation pour la santé du programme PEV/CCCD n'a fait que peu de progrès depuis la dernière évaluation. Il s'est limité à des travaux isolés tels que l'exposition de matériels dans divers centres de santé et la révision des matériels

techniques. S'il existe une bonne base théorique au niveau central, il y a de toute évidence une incapacité ai niveau de l'appliction. Il y a un manque de planification, de structures et de stratégies pour le programme d'éducation pour la santé à tous les niveaux, aussi bien central qu'au niveau des antennes, des zones des centres de santé et des services communautaires. Les problèmes au sein de la section pour l'information, l'éducation et la communication (IEC) ont été identifiés par le PEV, le ministère de la Santé, l'USAID et les CDC. Une consultante de l'Académie pour le développement de l'éducation (AED) est arrivée pour travailler à temps partiel à la résolution des problèmes du PEV dans le Shaba. Toutefois, cette assistance, quoique précieuse, est insuffisante. La recherche opérationnelle, un personnel complémentaire et la mise au point de plans de formation et d'action pour l'éducation sanitaire constituent des besoins prioritaires.

Très peu de matériels ont été mis au point ou distribués l'année dernière. Dans pratiquement tous les endroits visités, les quelques matériels éducatifs -- généralement des affiches ou tableaux en français -- étaient utilisés de manière mécanique. Quelques unes des femmes interrogées se rappelaient avoir entendu ou vu des annonces à la télévision ou à la radio. Quelques unes se rappelaient d'un "certain programme" qui parlait de santé, mais aucune n'a su décrire le programme en question.

L'on a entrepris quelques activités novatrices comme, par exemple, les théâtres ou travail en petits groupes. Seuls quelques rares programmes ont cherché à faire le lien avec les autres stratégies pour le développement, tel que le développement communautaire ou les activités génératrices de revenus. D'autres programmes au Zaïre, tel que SANRU, ont étudié ces possibilités. Le personnel de santé n'a reçu qu'une faible formation, sans vouloir même parler de formation créative.

Tout cela a fait que la plupart des femmes étaient incapables de décrire les mesures préventives pour les épisodes diarrhéiques, d'expliquer ce que signifiait une courbe de croissance, elles ne savaient pas pourquoi ou quand elles devaient retourner au centre et ne pouvaient pas donner la formule correcte pour la solution sucre-sel (après des années d'essais pour éduquer les mères à mélanger correctement la solution, il eut peut-être été plus simple et plus efficace de chercher à obtenir des sachets prémélangés).

Les raisons à cette situation avancées par le chef du service d'IEC sont avant tout, d'après lui, un manque de description des tâches et responsabilités pour les travaux d'éducation pour la santé ainsi qu'un manque de définition des relations hiérarchiques et des lignes de communication au sein du PEV. Il a également cité la pénurie de personnel au niveau de Kinshasa, le fait que les fonds de contrepartie ne peuvent être débloqués, que les deux personnes qui composent la section (actuellement une) ont d'autres tâches à assumer, le fait de ne pas avoir un artiste pour réaliser les matériels et l'annulation d'un voyage par CDC/Atlanta pour le personnel de l'éducation pour la santé.

L'évaluateur a noté un certain nombre de contraintes. Les retards enregistrés pour débloquer les fonds de contrepartie, le fait que le second

employé (l'adjoint) a accepté un autre poste et le fait que le chef de la formation sur le tas a passé une partie de son temps à l'Hôpital Mamo Yemo, dans le service de la TRO, ont tous eu des conséquences adverses pour le programme. Il est évident que le programme de l'éducation pour la santé n'a pas bénéficié d'un soutien administratif et technique suffisant. L'éducation est capitale pour un projet qui intervient dans 200 zones (deux-tiers des zones de santé du Zaïre). Finalement, notons les importants remaniements de personnel et changements au niveau administratif qui se sont conjugués récemment aux divers problèmes de transition rencontrés par le PEV.

L'évaluateur n'a pas pu discerner une stratégie bien définie pour l'élaboration, la distribution ou l'évaluation de suivi du matériel d'IEC, bien qu'il existe un canevas de "Stratégie opérationnelle" qui donne les différentes tâches. Cette situation est due en grande partie au manque de supervision, de formation, de directives et de soutien (tant monétaire que du point de vue personnel) dont souffre le programme à tous les niveaux.

HEALTHCOM

Le volet éducation pour la santé a besoin d'interventions dans tous les domaines. HEALTHCOM a une représentante au Zaïre qui travaillera avec le personnel du PEV à partir de sa base au Shaba. Cela donnera la possibilité d'examiner les techniques en cherchant à les adapter plus tard à d'autres domaines. HEALTHCOM travaille également avec l'Ecole pour la Santé publique et des stages seront aménagés pour répondre à certains des besoins du PEV.

Il serait bon qu'un employé à long terme ou un consultant à court terme des CDC ou de HEALTHCOM pouvant retourner périodiquement au Zaïre soient mis à la disposition du PEV/Kinshasa à moins qu'on ne puisse trouver localement un Zaïrois ou un expatrié qualifié.

D. Formation

1. Matériel

Trois des douze modules du PEV portant sur trois volets du programme viennent d'être choisis pour la formation technique des médecins chefs de zone. Ces modules sont de très bonne qualité et efficacité d'après le niveau de connaissances et d'expérience constaté sur le terrain pendant l'évaluation.

Le matériel de formation pour les infirmiers consiste surtout en une affiche pour l'évaluation et le traitement de la diarrhée, un jeu de 45 fiches techniques qui couvre les trois volets et la méthodologie pour évaluer l'impact du programme par le biais d'une enquête auprès de 100 familles. Ce matériel est peut-être de niveau trop élevé pour des infirmiers A3. L'on est en train de concevoir des fiches complémentaires qui englobent d'autres thèmes connexes, par exemple, expliquer l'importance des vaccinations aux mères et l'utilisation des stérilisateurs à vapeur. Ces fiches devraient être testées sur le terrain avant d'être imprimées et distribuées.

Les autres matériels de formation utilisés par les infirmiers pour former les agents de santé sont notamment des dépliants sur la préparation de la solution sucre-sel et une brochure pour la formation en TRO des mères. Ce matériel est simple et peut être lu et compris par un public peu éduqué.

Le plus grave problème se situe au niveau de la distribution. La plupart des matériels ne sont pas disponibles dans les centres de santé et sont donc rarement utilisés. Seuls quelques uns des infirmiers formés disposaient de fiches de référence pendant les visites de l'évaluation. La plupart des centres de santé n'avaient que l'affiche sur la TRO qui souvent n'était plus à jour.

Cela nous amène à la question de l'échange d'informations entre l'office central du PEV/CCCD, l'antenne, la zone et le centre de santé. Le matériel est souvent disponible à un niveau alors qu'il ne l'est pas à l'étape en-dessous. Certains médecins chefs de zone ne savaient pas qu'ils pouvaient demander des fonds auprès du PEV pour organiser une formation dans leur zone de santé. D'autres — aussi bien les médecins chefs de zones que ceux au niveau du centre de santé — ne connaissent toujours pas les objectifs spécifiques du PEV. Une attention spéciale devrait être accordée à la distribution du matériel d'information et d'appui.

2. Champ d'application/efficacité

Avant 1986, moment où FONAMES est devenue l'organisation de coordination globale, au moins 100 responsables de niveau supérieur, 174 médecins chefs de zone et 1.206 membres du personnel périphérique avaient été formés en utilisant les douze modules du PEV/CCCD. Suite au changement de responsabilités et de structure, une certaine confusion a régné parmi le personnel du PEV en ce qui concernait leur nouveau rôle dans la formation, ce qui a eu pour résultat qu'aucun MCZ n'a été formé en matière de PEV. Les travaux de formation se sont pratiquement limités à la chimiosensibilité et à la formation en matière de TRO.

Tous les MCZ rencontrés pendant l'évaluation qui ont reçu une formation portant sur les trois volets ont signalé qu'ils avaient à leur tour formé certains de leurs infirmiers chefs. Le pourcentage d'infirmiers formés se situait dans une fourchette allant d'environ 20% dans le Haut Zaïre jusqu'à 60% dans le Bas Zaïre. Bien que les MCZ formés se montrent extrêmement enthousiastes pour former davantage d'infirmiers, ces efforts sont souvent entravés par des demandes de crédits restées sans réponse et le lent développement des centres de santé également dû au manque de fonds pour l'équipement et le personnel.

Du côté positif, l'on peut citer la qualité de la formation technique apportée au MCZ et aux chefs infirmiers. Par exemple, la chaîne de froid est généralement bien entretenue, les vaccins bien gardés et

les instructions pour la stérilisation et l'inoculation sont en général observées.

Il n'y a pas de dispositions pour une formation systématique portant sur les aspects techniques ou la gestion à l'intention des équipes de terrain et du personnel central. La division pour la formation a tenté de programmer un certain nombre de séances de formation sur la base des opinions du personnel plutôt que d'une analyse des besoins en formation. Il convient pourtant de faire une telle analyse qui envisagerait les descriptions de postes, le fossé entre les résultats escomptés, le travail réalisé et les derniers progrès techniques.

Les problèmes suivants liés à la formation ont été observés sur le terrain:

- La collecte des données est faite de manière routinière et n'étaye pas le processus décisionnel.

- L'approvisionnement et la gestion des stocks de vaccins, des sachets de SRO et de chloroquine n'est pas satisfaisant.

- Il n'y a pas de méthode systématique de suivi pour les enfants qui n'ont pas reçu les doses complètes de vaccins.

- Les chefs des antennes et les coordinateurs régionaux n'ont pas reçu de formation leur permettant de devenir des formateurs ou superviseurs.

L'équipe centrale du PEV devrait envisager de cerner ces manques ainsi que d'autres grâce à une analyse approfondie des besoins en formation pour les futurs plans de formation.

3. Stratégie/plan de formation

Le PEV, à l'instar de FONAMES et du Projet de service des naissances désirables (PSND), n'a pas adopté une stratégie de formation décentralisée dans les régions. La formation des MCZ se déroulera au niveau régional. Pour le moment, le PEV n'a décentralisé que la formation pour la TRO au niveau des centres de formation régionaux à Bukavu, Kinshasa et Lubumbashi. On prévoit des centres de formation analogues en TRO dans d'autres régions. L'équipe de l'évaluation suggère que ces centres dispense une formation qui ne porte pas seulement sur la TRO également mais sur les trois volets du programme.

Des centres de santé pilotes qui prêtent des soins de santé curatifs et préventifs devraient être créés au niveau de coordination régionale. Ils pourraient fonctionner comme centre de formation et de démonstration avec des programmes de services payants qui apporteraient un financement partiel.

Il n'existe pratiquement aucun plan de formation autre que celui de la TRO au niveau central ou périphérique.

Au niveau des zones, c'est le MCZ qui prend l'initiative de la formation. Le coordinateur régional devrait aider le MCZ à mettre sur pied un plan de formation à l'intention des infirmiers des centres de santé et un suivi cette formation. Aux niveaux régional et sous-régional, les plans de formation devraient faire appel à l'inspecteur médical sous-régional et à FONAMES.

4. FONAMES

Actuellement, FONAMES organise une formation en matière de gestion et cherche à apporter une coordination globale des programmes de formation. La coordination avec FONAMES revêt une importance cruciale étant donné que tous les autres projets et programmes sanitaires tels que le PSND, SANRU, le Centre pour la planification et la nutrition (CEPLANUT) et FONAMES cherchent tous à former les MCZ dans les sujets qui les concernent. FONAMES, conjointement avec les inspecteurs médicaux régionaux, devrait coordoner la formation à l'intention des MCZ et des superviseurs des zones de santé afin d'éviter tout chevauchement. Par conséquent, il faut que le plan de formation du PEV/CCCD au niveau des zones stipule un accord entre FONAMES et l'inspecteur médical régional.

E. Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire qui se rapporte aux programmes de vaccination est bien établi que ce soit au niveau des centres de santé, des zones, des antennes ou du PEV/Kinshasa. Tant la qualité que la quantité des données sur les vaccinations qui parviennent au PEV/K s'est grandement améliorée ces dernières années. Les données sur la TRO et la chloroquine ne sont pas encore aussi complètes et fiables que les données sur les vaccinations. Le système d'information sanitaire informatisé du PEV/K est excellent et considéré comme un modèle par d'autres programmes de CCCD en Afrique.

Le système d'information sanitaire sur les vaccinations dégage des données pour une évaluation exacte des vaccinations ainsi que des indicateurs de résultats (morbidité et mortalité imputables à la poliomyélite et à la rougeole). Il n'en est pas de même pour la TRO, étant donné que la qualité des informations pertinentes est moins bonne.

Le système apporte de bonnes indications sur les progrès et insuffisances au niveau de la couverture vaccinale et, dans une moindre mesure, sur la TRO et la chloroquine. Parallèlement, il permet d'évaluer l'impact du projet sur le groupe desservi par le PEV.

Le personnel du PEV/K est bien formé et fonde ses stratégies de programmes sur le système d'information sanitaire (contrairement à une mise en oeuvre sous-financée). Les compétences au niveau de l'antenne jusqu'aux zones et aux centres de santé varient grandement et de manière décroissante. En

gros, les données sont analysées au niveau de l'antenne, de temps en temps au niveau de la zone et très rarement par les centres de santé.

Le système d'information sanitaire actuel est un instrument extrêment utile pour l'analyse des progrès de la planification du programme. Son potentiel n'est pas entièrement exploité en raison du manque de formation analytique au niveau du terrain et du manque de crédit pour traduire les stratégies fondées sur ce système en mesures concrètes.

F. Recherche opérationnelle

Les volets sur la recherche opérationnelle sont bien conçus et se penchent sur les aspects les plus préoccupants du CCCD, tels que les répercussions d'un traitement par chloroquine pour les femmes enceintes et les effets du SIDA périnatal sur la morbidité provoquée par les vaccinations. Les résultats de ces recherches sont suivis de près et permettront de restructurer les efforts du CCCD, par exemple, éliminer le traitement par chloroquine pour les femmes enceintes s'il entraîne une insuffisance pondérale à la naissance.

1. Le Projet PRICOR

Pricor a effectué une recherche opérationnelle en matière d'éducation pour la santé, bien qu'elle n'ait pas été orientée vers le PEV. Il n'y a pas de relation établie entre les deux projets. Le présent rapport, lorsqu'il traite plus loin du volet éducation pour la santé du PEV, attire l'attention sur la capacité de PRICOR à prêter assistance au PEV dans ce domaine.

III. SUPERVISION

La supervision constitue une des plus grandes déficiences du PEV. Cette situation est essentiellement due au manque de crédits de fonctionnement. Cela se traduit par une pénurie au niveau des moyens de transport, du pétrole, de l'huile et des lubrifiants, des pièces de rechange, de l'indemnité journalière, etc. Dans la mesure de leurs moyens, les coordinateurs médicaux régionaux et le personnel des antennes apportent une certaine supervision et se déplacent quelquefois. Ce problème ne concerne pas juste le PEV. Les MCZ et les inspecteurs médicaux aux niveaux régional et sous-régional manquent également dans la plupart des cas des moyens pour faire une supervision systèmatique. De la même manière, le budget pour les déplacement du PEV/K ne suffit pas pour se déplacer souvent et apporter une supervision proportionnelle à l'extension des zones du PEV. L'on se plaint souvent du manque de moyens de transport, surtout les véhicules tous-terrains. Il est injustifiable de fournir des véhicules sans les crédits permettant de les utiliser.

Rien ne peut remplacer la supervision visuelle et le contact personnel avec les activités et les intervenants sur le terrain. Les antennes préparent des rapports volumineux rassemblés au PEV/K, ce qui permet un suivi des tendances quantitatives mais ne renseigne guère sur les aspects qualitatifs des activités.

Les données et informations disponibles servent à déterminer les travaux et le nombre de participants pour la formation ainsi qu'à fixer les priorités pour l'affectation des crédits et ressources.

Le Directeur général de FONAMES a recommandé à l'équipe de voir un représentant officiel du PEV qui malheureusement était en déplacement à l'étranger pendant l'entière époque de l'évaluation. Les informations dont on dispose ne semblent indiquer que peu de contact entre les deux organisations si ce n'est pour les questions relatives aux stages de formation. Ces derniers sont arrangés et administrés efficacement par FONAMES.

IV. PERENNITE

Toutes les zones de santé ont dû arriver partiellement ou complètement à autofinancer leurs activités suite au manque ou à l'insuffisance du soutien du Gouvernement. Outre les recettes tirées de la vente des deux produits du PEV, les SRO et la chloroquine (ce dernier étant souvent distribué par d'autres sources), les zones de santé tirent des recettes des soins curatifs y compris celles des organisations confessionnelles expatriées.

Par contre, les dépenses de fonctionnement du PEV qui en général ne sont pas financées par le Gouvernement zaïrois doivent être couvertes par les marges bénéficiaires de ces deux articles. Cependant, les recettes des ventes sont souvent utilisées pour des avances des salaires qui ne sont pas payés par le Gouvernement zaïrois, décapitalisant ainsi les fonds de roulement. Les bénéfices de ces ventes sont les seules sources de revenus faciles pour le PEV.

Il convient de faire une recherche pour déterminer le véritable coût de la production des SRO au Zaïre (par le passé, l'UNICEF a contribué les ingrédients) et de faire une enquête sur la sensibilité des prix. L'expérience recueillie par l'équipe sur le terrain semble indiquer qu'un prix de vente de 50 zaïres ne réduirait pas sensiblement la demande. Le PEV se trouverait dans une position bien plus solide si le Gouvernement renforçait le rôle prééminent que le PEV occupe de plus en plus au niveau de l'approvisionnement en SRO. Toutefois, cela peut entrer en conflit avec les plans du FONAMES qui prévoient d'écouler tous les médicaments par l'intermédiaire des dépôts sous-régionaux. Les prix de la chloroquine du PEV souvent ne sont pas compétitifs surtout avec l'UNICEF et les organisations confessionnelles. Les bailleurs de fonds et le Gouvernement zaïrois devraient convenir du prix de vente, surtout pour les importations subventionnées.

Quand les zones et les centres de santé arriveront à être plus autonomes, si toutefois tel est le cas, ils seront peut-être en mesure et prêts à payer pour une partie des coûts liés aux services du PEV, surtout la formation et la supervision et, plus tard, pour une partie ou une intégralité des vaccins. Outre les problèmes financiers, il se pose la question de fond de savoir si dans un pays en développement, les services du type PEV peuvent

être envisagés comme une fonction et une responsabilité relevant légitimement des pouvoirs publics.

A. Intégration des activités du projet dans la structure des soins de santé primaires

L'intégration se fait bien au niveau des zones et au niveau plus bas; les vaccination et la TRO font partie de la protection maternelle et infantile. Par contre, les services sont nettement moins intégrés au niveau central. C'est là le mandat de FONAMES qui, jusqu'à présent, consistait à se limiter essentiellement au volet formation. Il n'y a pas moyen actuellement, étant donné la configuration actuelle du PEV, de prêter des services de vaccination de TRO à l'extérieur de la structure sanitaire existante. Revenir à l'approche précédente, à savoir, les équipes mobiles, invaliderait la conception et le concept fondamental du projet.

B. Incitations pour continuer les activités du projet après la fin de l'assistance du projet

Un personnel de santé engagé, aussi bien le Gouvernement que les organisations confessionnelles, tiendront à continuer les objectifs humanitaires du projet. Des employés moins motivés aux niveaux central et régional tiendront du moins à préserver leurs postes. Le Gouvernement zaïrois tient à entériner le voeu du Président qui de voir tous les enfants vaccinés. Les bénéficiaires exerceront probablement des pressions pour avoir des services continus. L'on présume que les barèmes de rémunération du Gouvernement zaïrois à la fin de l'assistance seront égaux au pouvoir d'achat des salaires d'aujoud'hui combinés aux primes du fonds de contrepartie. Cela signifie une reconduction de l'assistance à la fin du siècle.

C. Administration du programme et groupes de soutien internationaux

Le PEV/Gouvernement zaïrois a continué à bénéficier du soutien des bailleurs de fonds, surtout l'USAID, l'UNICEF et la Coopération belge même quand le Gouvernement n'as pas versé toutes ses contributions. Polio Plus, initiative de Rotary, peut être pris comme un groupe de soutien national. Les plans pour 1989 à 1993 attestent d'une capacité à cerner les problèmes et, du moins, à trouver les solutions théoriques. La plupart des questions quotidiennes sont liées aux problèmes budgétaires plus larges du Gouvernement zaïrois qui doivent être résolus aux niveaux national et international. Tel que nous l'avons déjà mentionné, le fait que l'USAID et les CDC n'ont pas insisté assez pour informatiser les activités du PEV continue à faire perdre du temps au personnel chargé de l'administration.

L'équipe ne connaît pas de bénéficiaire qui se situerait à un autre niveau que celui des prestations. Les zones et les centres encouragent la formation des comités locaux. Aucun des comités interviewés ne participait à la gestion des centres et des services

par contraste à la motivation, mobilisation et amélioration matérielle.

V. ADMINISTRATION DU PROJET PAR L'USAID ET LES CDC

En ce qui concerne l'administration et le soutien apporté par l'USAID et les CDC, le projet est pour l'essentiel bien suivi encore qu'il y ait moyen d'apporter des améliorations au niveau du style. Il convient de reconnaître la maturité du PEV et de lui donner tout le respect qui lui est dû en tant que partenaire à part entière. Les arrangements financiers ne devraient pas être pris en supposant que le PEV est toujours d'accord. D'aucuns pensent que le côté américain est quelquefois rigide et prend les décisions de manière unilatérale. Il convient d'aménager régulièrement des réunions entre les trois parties concernées afin d'éclaircir les malentendus, d'éviter de mauvaises interprétations et d'encourager un climat de bonne collaboration.

Il y a eu des retards au niveau de l'approvisionnement en produits de base mais les dossiers indiquent que le chargé du projet suit bien les choses. L'on a remédié au problème de l'acquisition de véhicules et de bicyclettes qui ne convenaient pas. Le présent rapport a déjà traité du besoin d'informatiser les activités (initiative de l'USAID et des CDC) et de l'approche budgétaire fondée sur les priorités. Ces questions ont également été mentionnées dans la dernière évaluation. Le vérificateur des comptes de l'USAID fait appel à des cabinets d'audit privés pour les contrôles financiers et a pris les mesures nécessaires en fonction des résultats récents.

A. Expansion

Si l'on se fonde sur les affectations budgétaires, il semble que le Gouvernement zaïrois n'accorde qu'une relativement faible priorité à la santé préventive par rapport à ses autres préoccupations. Les problèmes continus rencontrés au niveau des contributions du Gouvernement zaïrois stipulées dans l'Accord du programme entraîneraient normalement une élimination progressive du soutien d'AID. Toutefois, ce projet concerne directement la vie des enfants et l'Administrateur a clairement fait savoir qu'AID "ne lâchera pas". Il est peu probable qu'un projet comme le PEV puisse devenir autosuffisant d'ici la fin du siècle. Il s'agit d'un programme de développement et d'un effort humanitaire. Ce dernier terme semble être le mot charnière pour l'UNICEF et Polio Plus qui n'utilisent jamais le mot "développement" dans leur campagne d'appel de fonds de 250 millions de dollars EU. L'équipe pense que l'USAID devrait continuer à apporter un soutien au PEV sans pour autant se substituer au rôle du Gouvernement zaïrois. Tant que le Gouvernement zaïrois ne répond pas à ses engagements, aucune nouvelle zone de santé ou dépense complémentaire de fonctionnement (véhicules) ne devrait être ajoutée. Il s'agit également de procéder à des changements au niveau du plan d'exécution global. Les conversions monétaires devraient être mises à jour sur une base trimestrielle. Il convient de limiter l'emploi abusif des fonds de roulement en supprimant les primes

correspondantes. Des efforts devraient être déployés pour mobiliser d'autres bailleurs de fonds et acheminer les fonds de l'UNICEF rendus disponibles grâce aux contributions de Polio Plus vers le PEV.

VI. RECOMMANDATIONS

Les recommandations ci-après, assorties d'un certain nombre d'autres suggestions, sont discutées en détail dans les annexes correspondantes qui suivent.

A. Générales

1. A moins que le Gouvernement zaïrois ne réponde à ses engagements stipulés dans l'Accord du projet, un moratoire devra être placé sur l'adjonction de zones complémentaires.

2. Les zones marginales devraient se limiter aux activités relatives à la chaîne de froid et à l'approvisionnement en SRO et en chloroquine.

B. Gestion et activités

1. Les articles emmagasinés au PEV/Kinshasa qui n'ont pas été expédiés en raison du manque de crédits devraient être immédiatement distribués au terrain. Les coûts devraient être prélevés sur le fonds de contrepartie (en tant qu'avance qui sera remboursée lorsque le Gouvernement zaïrois versera ses contributions) et/ou par l'UNICEF et/ou par Rotary/Polio Plus.

2. Les trente véhicules financés par le Projet qui sont sur le point d'arriver ne devraient être distribués que si l'on est sûr que le PEV/Gouvernement zaïrois peut garantir les crédits d'exploitation et d'entretien ainsi que les indemnités journalières nécessaires aux fins de supervision. Le cas échéant, l'USAID devrait envisager d'autres utilisations pour les véhicules.

3. L'USAID et le PEV devraient rapidement convenir des modalités de distribution surtout pour le financement des coûts d'expédition internes concernant les 1,6 million de sachets de SRO qui vont arriver en janvier 1989. Dans la mesure où cette contribution de l'USAID renflou le fonds de roulement, l'USAID/PEV/ ministère de la Santé doivent strictement interdire l'utilisation des recettes de vente pour les paiements des salaires. Les infractions seront sanctionnées administrativement et les montants correspondants seront prélevés sur les primes du fonds de contrepartie.

4. Les activités du PEV/Kinshasa devraient être informatisées, c'est-à-dire les dossiers financiers, logistiques et administratifs devraient être informatisés de manière à pouvoir être des instruments de gestion faciles. Il s'agit notamment de

convertir le système comptable (actuellement comptabilité de caisse) en comptabilité d'exercice. A cet effet, il convient de mettre à la disposition du projet une expertise locale à court terme, de s'approvisionner en ordinateurs et logiciels nécessaires et d'effectuer les stages de formation.

5. Le PEV/l'USAID/les CDC devraient conjointement examiner les besoins du point de vue consultatif et déterminer si l'assistane technique à long terme peut être remplacée (et quand) par des consultations spécialisées, ciblées et à court terme.

C. Epidémiologie

1. Le PEV devrait effectuer une enquête sur la couverture vaccinale auprès des trente grappes de l'étude de 1984, effectuée à Kingandu et Pai Kongila, tel que décrit en détail en Annexe I.

2. L'USAID et le PEV devraient insister sur le besoin d'uniformiser le traitement de présomption du paludisme et de continuer le traitement prophylactique des femmes enceintes avec la chloroquine jusqu'à ce que les résultats puissent être évalués.

3. Le PEV devrait augmenter les stocks et l'utilisation des sachets de SRO de 750 ml et insister parallèlement sur l'utilisation des autres liquides de réhydratation, tels que l'eau de riz et le lait de noix de coco.

D. Education pour la santé

1. Effectuer une évaluation des besoins en étroite collaboration avec le PEV aux fins de définir les objectifs de l'éducation pour la santé. En se fondant sur les résultats, mettre sur pied des plans de formation et d'action pour les différents niveaux du PEV.

2. Apporter une assistance technique complémentaire à long terme ou plusieurs consultations à court-terme pour le volet éducation pour la santé.

E. Formation

1. Effectuer une analyse des besoins en formation pour le personnel à chaque niveau des opérations du PEV et utiliser les résultats pour mettre au point les plans et calendriers de formation, y compris la formation des formateurs.

2. Mettre au point deux fiches techniques pour la collecte et la communication des données et les achats de vaccins.

3. Envisager de créer des centres de santé pilotes qui serviront de lieux de formation au lieu des salles de classe dans les villes.

ANNEXES

ANNEXE I

Epidémiologie

Evaluation de la situation actuelle

A. Couverture vaccinale

Ces données sont très bien récapitulées dans le rapport annuel du PEV de 1987. En 1987, un peu plus d'un million de doses de vaccins ont été administrées au Zaire, dont 73% aux nourrissons de moins d'un an. Les taux de vaccination antipoliomyélite pour les nourrissons de moins d'un an se situaient dans une fourchette allant de 23% au Haut Zaïre à 80% à Kinshasa. La grande partie des vaccins contre la rougeole ont été donnés à 9 mois. La couverture de la population estimée des enfants de moins d'un an allait de 25% dans le haut Zaïre à 75% à Kinshasa. Les taux de vaccination contre la rougeole étaient plus élevés dans les villes.

Par contre, le personnel du PEV est préoccupé par le rythme d'accroissement bien plus atténué des taux de vaccination ces dernières années. Par exemple, les trois doses de vaccins antipoliomyélite par voie orale chez les nourrissons de moins d'un an s'élevaient à 37% en 1987, soit une augmentation de 6% par rapport aux données de 1986. Les taux de vaccination contre la rougeole pour l'ensemble du pays s'élevaient à 41% en 1987, soit un accroissement de 2% par rapport à l'année précédente. Tous les taux de vaccination de 1987 se situaient en dessous des objectifs de programme, inférieurs de 45% pour les trois doses de polio et 50% en dessous pour les vaccinations contre la rougeole.

Il semble donc que le volet vaccination du PEV du Zaïre est entré dans une période de stagnation. Le concept initial de décentralisation par le biais de la création des zones de santé était bon. L'accroissement rapide dans les taux de vaccination les premières années du programme reflète non seulement les nouvelles vaccinations mais aussi la collecte des données sur des nourrissons qui avaient déjà été vaccinés. Ce que l'on peut appeler les zones faciles ont toutes été attirées dans l'orbite du PEV, laissant ainsi les zones plus difficiles où les taux de vaccination seront plus difficiles à réaliser.

Plusieurs suggestions ont été faites pour augmenter les niveaux de vaccination, notamment intensifier la mobilisation sociale et encourager les activités communautaires. Si chacune de ces interventions peut quelque peu aider à augmenter les taux de vaccination, elles ne s'adressent pourtant pas aux contraintes plus importantes qui pèsent sur les activités du PEV et qui sont liées aux salaires, à la supervision et à l'éducation pour la santé.

Tout au long de l'évaluation, les membres de l'équipe ont noté des problèmes au niveau des salaires. Cette situation s'est surtout vérifiée au niveau du personnel des antennes du PEV qui n'a pas été payé depuis février 1988. De février à septembre 1988, il a été rémunéré à partir des recettes tirées des ventes de SRO et de chloroquine ou de la vente des véhicules du PEV. Ces

véhicules ont été vendus pour environ 500.000 zaïres. Vu que ces fonds ont été réaffectés au paiement des salaires, il ne restait pas grande chose pour financer les activités de supervision, l'entretien local ou la réparation des véhicules. Cet aspect est particulièrement important si l'on sait que les études sur le terrain ont confirmé que la qualité des travaux du PEV (et partant, la couverture vaccinale) était directement liée à la qualité de la supervision. Tous les membres de l'équipe abondaient dans ce sens.

Le manque de stocks de SRO au niveau de l'antenne constitue un deuxième grave problème. Cela diminue encore davantage les fonds puisque les recettes des ventes de SRO aux niveaux de l'antenne, de la zone et du centre de santé sont d'importantes sources de recettes. Les bénéfices tirés des ventes des SRO et de chloroquine aux différents niveaux de terrain du PEV permettent de financer des activités jusqu'au moment, si tel est le cas, où les contributions publiques se feront de manière continue, hypothèse qui semble bien improbable du moment que pas même les salaires ne peuvent être payés. La non-disponibilité des SRO diminue fortement les recettes au niveau des antennes et des zones. De plus, les sachets de SRO du PEV ont un prix inférieur à ceux vendus dans les pharmacies, ce qui permettrait d'avoir une source de recettes régulières et de plus en plus importante si l'on fabriquait et distribuait assez de sachets.

B. Chaîne de froid

Le quartier général du PEV dispose de trois chambres froides de 20 mètres cubes, deux à 4 degrés centigrades et l'une à moins 20 degrés centigrades. Ces chambres peuvent facilement stocker tous les vaccins du PEV. Le congélateur à moins 20 degrés ne fonctionnait pas jusqu'en avril de cette année, date à laquelle il a été réparé. Les chambres sont bien entretenues et les stocks de vaccins suffisants.

Les expéditions de vaccins aux 19 dépôts de vaccins (antenne du PEV) se font en moyenne quatre fois par an. Quinze de ces dépôts sont approvisionnés par avion et le reste par transport terrestre. Les vaccins sont envoyés dans des glacières fabriquées à Kinshasa et donnés par l'UNICEF. Les expéditions de vaccins connaissent des problèmes suite à des fonds insuffisants pour les transports. Cette situation a entraîné des répercussions négatives telles que des ruptures de stocks de vaccins au niveau des antennes.

Toutes les antennes qui ont été visitées pendant les activités sur le terrain avaient des réfrigérateurs et des congélateurs qui fonctionnaient. Certains fonctionnaient au pétrole, d'autres à l'énergie électrique. Toutes les zones, à l'exception de quelques unes, disposent de réfrigérateurs et servent de dépôt pour leurs centres de santé. Certains réfrigérateurs marchent à l'énergie solaire mais la majorité ont besoin de pétrole qui est obtenu localement grâce à un système de coupons payés à Kinshasa ou compagnies de pétrole, système qui semble bien fonctionner. Il n'y a pas de techniciens d'entretien aux niveaux central ou des antennes. En général, la chaîne de froid fonctionne bien aux divers niveaux du PEV.

C. Projet en matière de SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise -- SIDA)

Mis sur pied en 1984, le projet du SIDA relève d'une division de recherche nationale et internationale qui a pour objet d'étudier l'épidémiologie et la physiopathologie de l'infection par le HIV au Zaïre. Les travaux accomplis par le projet du SIDA sont importants pour les activités du PEV à cause des risques théoriques lorsqu'on inocule des vaccins vivants aux bébés nés de mères séropositives. Le service situé à l'Hôpital Mama Yemo a démarré une étude longitudinale sur les nourrissons nés de femmes séropositives (HIV) et de femmes négatives.

Rougeole

Environ 500 enfants de mères séropositives et un nombre égal d'enfants de mères négatives ont été suivis de près sur une période de référence d'un mois. Plusieurs observations pertinentes pour le PEV ont été faites suite à cette étude. Tous les enfants ont reçu les vaccins suivant le calendrier du PEV et jusqu'à présent l'on ne connaît pas de cas de morbidité imputable aux vaccins chez les nourrissons nés de mères séropositives. Les enfants nés des mères séropositives ont eu une réaction normale aux vaccins administrés de manière régulière dans le cadre du PEV.

La rougeole s'est avérée être une infection particulièrement virulente chez les nourrissons nés de mères séropositives. Sur les 500 nourrissons nés de mères séropositives, 14 ont contracté la rougeole avant l'âge de 9 mois; 7 de ces cas étaient mortels alors que 2 des 7 nourrissons qui ont attrapé la rougeole avant l'âge de 9 mois et qui étaient nés de mères négatives sont décédés. Le suivi des nourrissons vaccinés nés de mères séropositives et de mères négatives indiquent une bonne protection à ce jour.

Poliomyélite

Il n'y a pas de données jusqu'à présent qui prouvent que la séropositivité est un facteur risque pour la poliomyélite dû à des poliovirus sauvages ou à des couches de vaccins. Cependant, la poliomyélite est un cas inhabituel et il existe la possibilité théorique que l'infection par le HIV et la dépression immunitaire qui s'en suit, pourrait accroître le risque de poliomyélite. La relation, si elle existe, entre la séropositivité et le risque de poliomyélite doit être davantage défini.

Tous les cas de poliomyélite qui se présentent à Kinshasa sont orientés vers un grand centre de réadaptation qui dispose de 11 services satellites répandus sur l'ensemble du Grand Kinshasa. Le PEV et le projet SIDA ont commencé une étude de contrôle de cas qui prévoit que tous les nouveaux cas diagnostiqués de poliomyélite seront examinés par un neurologue dans les dix jours qui suivent le diagnostic. Si le cas est cliniquement compatible avec la diagnostic de la poliomyélite, des échantillons de selles et de sérum seront prélevés et l'on entreprendra une étude épidémiologique détaillée. Trois groupes témoin des maisons avoisinantes seront identifiés et des échantillons de sang et de selles seront prélevés dans ce groupe. De nouvelles visites après 45 jours permettront d'évaluer les paralysies

rémanentes et obtenir des échantillons de sérum des cas convalescents. Des cultures des échantillons de selles pour détecter les poliovirus seront faites à Kinshasa et aux CDC à Atlanta. Tous les poliovirus isolés seront identifiés comme virus sauvage ou virus vaccinale suivant les tests types de laboratoire. Les tests de sérum des cas et des groupes témoin pour les anticorps du HIV seront effectués par le projet SIDA.

Il s'agit-là d'une étude importante qui renferme le potentiel d'apporter des faits importants sur l'épidémiologie de la poliomyélite à Kinshasa et de déterminer si l'infection par le HIV est un facteur risque pour la poliomyélite. L'étude, telle qu'elle est prévue, est ambitieuse et les demandes faites actuellement auprès du personnel épidémiologue du PEV sont telles qu'il sera peut-être difficile d'assurer une supervision correcte de l'étude. Un médecin devra être recruté pour assumer la responsabilité quotidienne de ce projet. Cela prendra probablement la moitié de son temps, l'autre moitié pouvant être passée à mettre au point un système de surveillance globale pour la poliomyélite. Le financement de cette étude est apporté par Rotary et il convient de faire rapidement une demande pour des fonds complémentaires.

D. Rougeole

Un des problèmes épidémiologiques les plus importants que rencontre le PEV est la rougeole à Kinshasa. Des études approfondies ont souligné les caractéristiques suivantes des cas de rougeole à Kinshasa.

1. Environ un quart des cas présentés au centre de santé surviennent chez des nourrissons de moins de 9 mois.

2. Il y a une épidémie de rougeole tous les deux ans malgré une couverture vaccinale stable d'environ 60%.

3. Il n'y a pas eu de changement dans les taux de prévalence spécifiques par âge dans les groupes plus âgés comme résultat des vaccinations contre la rougeole. Pourtant, l'on estime que pendant les 11 années du PEV, 500.000 à 800.000 cas de rougeole ont été évitée.

En 1988, le PEV a invité le service de vaccination des CDC d'Atlanta à prêter assistance à un projet de deux ans visant à améliorer la lutte contre la rougeole à Kinshasa. Cette collaboration a débouché sur plusieurs études qui ont été achevées cette année. Premièrement, l'efficacité du vaccin a été mesurée grâce à deux méthodes:

1. Une étude des taux d'accès secondaires chez les frères et soeurs âgés de 9 à 35 mois des propositus choisis parmi les cas hospitaliers.

2. Détermination du pourcentage de propositus qui ont été vaccinés dans le cadre de la couverture vaccinale dans leur zone.

Utilisant les deux méthodes, on a calculé que l'efficacité du vaccin contre la rougeole était d'environ 75% avec de larges limites de confiance. Par conséquent, le manque d'efficacité des vaccins n'est probablement pas un facteur important pouvant expliquer que la rougeole épidémique à Kinshasa n'ait pu être maîtrisée. Les vaccinations contre la rougeole sont généralement données dans les postes de santé. Théoriquement, Kinshasa devrait être desservie par 21 postes de santé mais seulement 10 sont opérationnels suite à des problèmes financiers. Une nouvelle série de stratégies a été envisagée pour l'année prochaine. S'agissant de:

1. Ouvrir de nouveaux postes de vaccination.

2. Améliorer les ressources des établissements sanitaires prioritaires.

3. Insister sur la vaccination des enfants malades.

4. Améliorer la formation et la supervision.

Le taux de couverture globale de la rougeole au Zaïre est d'environ 41%. En 1987, 110 lieux de susrveillance sentinelle sur l'ensemble du Zaïre indiquaient 14.866 cas, soit une diminution de 5.000 cas par rapport à l'année précédente. Les visites sur le terrain confirment très souvent la relation entre les taux de couverture vaccinale élevés et la diminution, et dans certains cas l'éradication, de la rougeole dans les collectivitées.

E. Poliomyélite

Il ne fait aucun doute que la situation en matière de poliomyélite à Kinshasa et au Zaïre a subi l'influence positive du PEV. Les données sur la surveillance obtenues dans 20 villes ont enregistré une chute de cas de poliomyélite, passant de 363 en 1982 à 89 en 1987. Cette diminution de cas a été réalisée grâce à une couverture vaccinale globale dans ces villes d'environ 50%, observation qui a déjà été faite par d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Les données de Kinshasa sont encore plus impressionnantes, avec une diminution régulière des taux passant de 22 pour 100.000 habitants en 1978 à 1 pour 100.000 habitants en 1987.

Un projet Polio Plus a été financé par Rotary International et les clubs locaux du Rotary au Zaïre. L'engagement sur cinq ans se monte environ à 1,7 million de dollars dont l'essentiel sera dépensé pour les vaccins. Les fonds soutiennent également une étude sur la poliomyélite à Kinshasa que nous avons déjà mentionnée. Les clubs locaux s'attendent à participer activement à la mobilisation communautaire qui cherchera surtout à mettre sur pied des campagnes accélérées qui utilisent les centres de vaccination.

F. Tétanos néonatal

Les cas de tétanos notifiés ont diminué lentement à Kinshasa pendant les dix dernières années. En octobre 1987, le Dr. François Gass de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève a examiné les données disponibles sur plusieurs années de l'Hôpital Mama Yemo et des centres universitaires

hospitaliers. Il a constaté qu'il y avait environ 50 cas par année et a identifié plusieurs zones géographiques à haut risque ainsi qu'un risque accru lié à l'accouchement dans les maternités privées. Une étude de cas témoins pour définir davantage ces variables est prévue pour cette année.

G. Lutte contre les maladies diarrhéiques

Le centre de TRO à Mama Yemo continuent à être le lieu central pour le traitement et les activités de formation en matière de traitement des maladies diarrhéiques. Des indicateurs tels que la diminution du nombre de nourrissons dans la catégorie C montre que le centre a un bon impact. Des travaux de formation couronnés de succès continuent à être organisés à Mama Yemo. Un nouveau centre de TRO est entré en fonction à Bukavu et sert de lieu de formation pour cette région.

L'approvisionnement des sachets en SRO a été noté comme un problème important pendant l'évaluation. Les fréquentes ruptures de stock étaient la règle au niveau des antennes et des zones. Il existe plusieurs types de sachets de SRO, ce qui rend les travaux de formation difficiles. Pourtant, il y a un degré de sensibilisation élevé face aux SRO et le personnel des centres de santé utilisent toujours les SRO et non pas les antibiotiques pour traiter les épisodes diarrhéiques.

Visite à LAPHAKI

Les SRO sont fabriqués localement par le laboratoire pharmaceutique de Kinshasa à LAPHAKI. LAPHAKI était détenu conjointement par le Gouvernement zaïrois et la Coopération belge. Cette dernière gère l'opération. Les activités de LAPHAKI doivent être autosuffisantes avec un "biais social". Les SRO représentent environ 5% de la production de LAPHAKI. Une seconde machine pour la production des SRO devrait entrer en service ce mois, portant ainsi la capacité de production totale à 3-4 millions d'unités par année, selon la direction. Il y a de la place pour une troisième machine qui permettrait de porter la capacité à 5 ou 6 millions. (Note: Les capacités de production estimées par les différents responsables de LAPHAKI varient considérablement). Ces machines pourraient également servir à fabriquer d'autres produits plus rentables.

La production des SRO est pratiquement à un point mort. Apparemment, le PEV a une mauvaise réputation de payeur auprès de l'entreprise et a des arriérés qui s'élèvent à 350.000 zaïres. Les prix de tous les produits LAPHAKI sont ajustés trimestriellement pour tenir compte de la dévaluation du Zaïre par rapport au franc belge.

Jusqu'à présent, les matières premières pour les SRO ont été fournies gratuitement par l'UNICEF. La direction ne sait pas si cela va continuer. Les stocks actuels sont suffisants pour environ 2,4 millions d'unités, sauf en ci qui concerne le citrate trisodique hydraté.

Actuellement, la société vend les SRO au PEV qui est son seul client pour 15 zaïres, ce qui représente les coûts de fabrication plus une petite marge bénéficiaire. Les transports par avion et les frais de manutention

s'élèvent environ à 8 zaïres et le coût total pour le PEV est environ 23 zaïres au moment de la présente étude. L'USAID a passé une commande pour environ 1,67 million d'unités de SRO par le biais d'AID pour environ 300.000 dollars CAF. Actuellement, cela équivaut à 38 zaïres par unité plus les frais de manutention et de distribution, ce qui nous donne un total d'environ 45 zaïres par unité. Etant donné que la valeur de la subvention de l'UNICEF par unité n'a pas été calculée, on ne peut pas comparer le prix. Cet aspect, à savoir importation ou production locale, sera évalué d'ici peu par un expert en marketing social.

Deux épisodes traités par an dans un groupe cible de 6 millions d'enfants de moins de 5 ans, à raison d'une marge de 10 zaïres, permettraient un bénéfice de 120 millions de zaïres; même 50 millions de zaïres pourraient financer la plupart des dépenses de fonctionnement du PEV, encore qu'un pourcentage élevé sera probablement nécessaire pour payer le prix plus élevé des réapprovisionnement (étant donné une inflation de 100%). Cependant, les plans de FONAMES de distribuer tous les produits pharmaceutiques, y compris les SRO, par l'intermédiaire d'un réseau de dépôt sur le pays entier peut influencer le prix et la rentabilité de la TRO pour le PEV. L'organisation des dépôts pharmaceutiques est représentée par un des trois directeurs du Gouvernement zaïrois au Conseil d'administration de LAPHAKI. Le manque de crédits de fonctionnement et le fait que les recettes des ventes sont utilisées pour les avances de salaires ont entraîné des ruptures dans les expéditions de SRO. L'USAID et le PEV n'ont pas encore décidé comment financer la distribution du million de sachets de SRO qui vont arriver en janvier 1989.

H. Paludisme

La chloroquine est utilisée en général au Zaïre comme le principal traitement antipaludéen. La politique officielle du PEV est de donner la chloroquine de 25 mg en trois doses de 10, 10 et 5 mg pendant trois jours consécutifs. Toutefois, les observations faites sur le terrain ont indiqué que la posologie de la chloroquine variait considérablement allant de 10 à 50 mg.

Les recherches opérationnelles se sont penchées sur le rôle du traitement prophylactique avec de la chloroquine chez les femmes enceintes. Plus de 2.000 femmes enceintes ont participé à l'étude qui comparait la chloroquine mensuelle de 1.200 mg au traitement des épisodes fiévreux. Les bébés ont été pesés à la naissances dans les groupes traités et non-traités. Le grand problème de cette étude résidait dans le faible taux de suivi (65%). L'on prévoit de répéter ces études en accordant une plus grande importance au suivi.

I. Mortalité et utilisation des services de santé

La question de la survie de l'enfant est le pivot du CCCD. Un des objectifs spécifiques du projet est de diminuer la mortalité infantile. Afin d'étudier plus précisément l'impact du CCCD sur la mortalité infantile et l'utilisation des services de santé, l'on a effectué des travaux de

recherche dans deux zones de santé desservies par l'antenne de Kikwit, Kingandu et Pai Kongila.

Cet effort cherchait avant tout à mesurer la mortalité infantile dans deux zones de santé, l'une où les services étaient sur le point d'être mis en place et une deuxième où les services ne seraient probablement pas démarrés dans un avenir proche. Les deux zones retenues étaient Kingandu et Pai Kongila. La première enquête était faite sous les auspices du CCCD en 1984 et les résultats ont donné lieu à des débats animés. En peu de mots, les estimations directes sur la mortalité infantile étaient bien plus faibles qu'anticipés.

En outre, lorsque des techniques indirectes ont été appliquées aux données sur la mortalité dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans, on s'attendait à un taux de mortalité infantile bien plus élevé. Les résultats ont été discutés à Atlanta avec les démographes consultants et l'on a décidé de répéter l'étude dans 6 des grappes.

En janvier 1985, une étude sur la mortalité et l'utilisation des services de santé a été répétée auprès de 6 grappes de Kingandu. L'étude a insisté sur les antécédents détaillés de toutes les grossesses et les résultats ont dégagé des estimations très différentes sur la mortalité infantile. En fait, la différence la plus constante entre la première et la deuxième enquête était que la première avait fortement sous-estimé les décès périnatals. Les taux de mortalité infantiles calculés dans le cadre de la seconde enquête étaient trois fois supérieurs à ceux de la première enquête.

Le plan de départ était de répéter l'étude sur la mortalité une fois que le programme aurait avancé, que les indicateurs de méthodes tels que la couverture vaccinale, l'utilisation et le traitement de présomption des SRO auraient atteints des niveaux susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité. En l'absence de données objectives permettant d'établir un lien entre les indicateurs de méthodes et les indicateurs de résultats, l'on a pris comme estimation un niveau de maturité du programme susceptible d'avoir un impact sur la diminution de la mortalité infantile: à savoir 75% d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés; 75% d'épisodes fiévreux chez les enfants de moins de 5 ans traités avec la chloroquine; 75% de femmes enceintes recevant une prophylaxie hebdomadaire avec de la chloroquine et 75% d'épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans présentés dans les centres de santé traités avec les SRO.

Compte rendu de la visite à Kingandu, site des enquêtes sur la mortalité et l'utilisation des services de santé, 1984-1985

Kingandu et Pai Kongila sont des zones rurales situées à environ 130 km de Kikwit. La région est à prédominance agricole et est un centre important pour la production d'huile de palmier. Un important hôpital missionnaire très bien établi se trouve à Kingandu. Depuis l'enquête de 1995, les choses ont énormément changé dans la région. Juste après l'enquête sur la mortalité et l'utilisation des services de santé, les deux zones qui étaient les lieux des enquêtes initiales ont été combinées en une seule zone appelée Kingandu. Il y a eu plusieurs changements au niveau de la position du chef

de l'antenne du PEV à Kikwit qui supervise les zones de l'enquête. A Kingandu, il n'y avait pas de médecin chef de zone, de juillet 1986 à novembre 1987. Le personnel du CCCD n'a pas visité la région depuis l'enquête répétée de 1985.

L'on estime que la population de la zone s'élève à 107.000 habitants dont 84% sont desservis par les services de santé. L'on compte 4.280 nourrissons âgés de zéro à 11 mois et 21.400 enfants âgés de zéro à 4 ans. La couverture vaccinale d'après les rapports envoyés par la zone était indiquée ci-après.

Couverture vaccinale à Kingandu (%)

Antigènes	Couverture vaccinale	
	<12 mois	0-23 mois
BCG	49	78
Polio 1	35	50
Polio 2	29	45
Polio 3	24	44
DTC 1	33	48
DTC2	28	45
DTC3	21	42
Rougeole	21	43

Le médecin chef de Kingandu est nouveau et doit être formé cet automne. Le superviseur travaille dans le bureau de la zone depuis de nombreuses années et se souvient de nombreux détails des études de 1984 et 1985.

En 1984, Pai Kongila et Kingandu étaient des zones séparées, elles ont été regroupées en 1985. Il est toujours question de renommer la zone Pai Kongila mais de garder le bureau de la zone à Kingandu. Depuis la fin des enquêtes sur la mortalité, le PEV à Kinshasa n'a eu que peu de contact avec cette zone. L'on signale que la dernière visite a été faite par le responsable technique des CDC avant novembre 1987, mais aucun rapport traitant des résultats de cette visite n'était disponible.

De concert avec le personnel des zones, on a localisé les 30 grappes pour l'enquête sur la mortalité et l'utilisation des services de santé pour Kingandu et Pai Kongila. Chacune des grappes a ensuite été appareillé avec le centre de santé qui serait responsable d'effectuer les travaux du PEV pour cette grappe. Les résultats de cet appareillement sont résumés sur le tableau ci-après.

Centres de santé	Dates d'achèvement de la formation	Zone	Numéro de la grappe
Sondji	janvier 1984	Kingandu	13, 14, 9
Kulung Nzadi	janvier 1984	Kingandu	16, 15, 18
Katenda	janvier 1984	Kingandu	11, 21, 12
Mbamba	janvier 1984	Kingandu	9, 8, 7
Kisamba	janvier 1984	Kingandu	4, 5, 6
Hôpital Kingandu	janvier 1984	Kingandu	23, 22, 20, 17
Sungu	janvier 1984	Kingandu	1, 2, 3 10
Kimbekele	janvier 1985	Kingangu	26, 25, 24, 27, 30

Centres de santé	Dates d'achèvement de la formation	Zone	Numéro de la grappe (Pai Kongila)
Mayemba	octobre 1987	Pai	21
Kisumbu	octobre 1987	Pai	22,29, 5, 18, 9, 1
Kimbwalu	octobre 1987	Pai	25, 15, 28, 16
Kazamba Ngwan.	octobre 1987	Pai	11, 12, 13, 14
Kingola	octobre 1987	Pai	6, 7, 2, 3
Kimbalanka	octobre 1987	Pai	19, 8
Pai (Soeurs)	octobre 1985	Pai	26, 30
Kingandu (Kin)	octobre 1984	Pai	20
Kimbeleke (Kin)	octobre 1985	Pai	24, 27
Kulungu SF (Kin)	octobre 1985	Pai	17, 23

Ces données indiquent que pour l'essentiel la formulation initiale de ce qui allait probablement se passer dans la zone était correct. Les centres de santé de Kingandu ont été mis en place et le personnel formé en 1984 et 1985 alors que la majeure partie de la formation dans la zone de Pai n'a commencé qu'après 1987. La seule exception étant les vaccinations qui étaient faites régulièrement par les soeurs de l'Hôpital de Pai. Par conséquent, il semble tout à fait probable que l'essentiel des vaccinations faites entre 1985 et 1987 dans la zone de Kingandu étaient faites à Kingandu et non à Pai. Malheureusement, il n'est pas possible d'étayer cette hypothèse. En effet, les rapports des centres de santé n'étaient pas disponibles au niveau de la zone puisque les chiffres ont été pris et ajoutés et les originaux ont été jetés. Les données sur la couverture pour 1987 sont indiquées dans le tableau ci-après.

Antigène	Doses en dessous de 12 mois	Pourcentage de la couverture*	Couverture maximale pour Kingandu**
Rougeole	897	21	42
DTC 1	1417	33	66
DTC 2	1207	28	56
DTC 3	989	23	46
POLIO N	843	20	40
POLIO 1	1504	35	70
POLIO 2	1235	29	59
POLIO 3	1025	24	48

* Sur la base d'une population totale de 107.000 habitants qui comprend tout Kingandu et Pai Kongila (moins de 12 mois = 107.000 x 0,04 = 4.280)

** Uniquement pour la population de Kingandu (53.500).

Aux fins d'évaluer quelle aurait pu être la couverture la plus élevée, l'on a supposé que toutes les vaccinations avaient été faites dans la population de Kingandu qui s'élève environ à la moitié des 107.000 habitants qui composent la population combinée de Kingandu/Pai. Même en partant de cette hypothèse, le taux de couverture contre la rougeole est au mieux modeste. Une grande quantité de vaccins contre la rougeole sont donnés aux nourrissons âgés de 12 à 23 mois (960 doses en 1987). Un examen des cas de rougeole à l'Hôpital de Kingandu a indiqué qu'il n'y avait que très peu, voire pas du tout, de cas de rougeole pendant les trois à quatre dernières années et environ cinq cas depuis avril de cette année. L'infirmier chargé du service pédiatrique pour de nombreuses années pense que les cas de rougeole et les décès imputables à cette maladie sont nettement moins fréquents qu'ils ne l'étaient il y a quelques années.

L'on a tenté de réunir des données plus récentes sur les activités de vaccination en visitant trois centres de santé ruraux. Dans deux des trois centres, l'infirmier titulaire était nouveau et l'on n'a pu obtenir que relativement peu de données. Dans un autre centre de santé, aucune vaccination n'avait été donnée depuis trois mois. L'autre centre avait des données du recensement sur la population et dispensait régulièrement des services de vaccination. Les données disponibles dans n'importe lequel de ces centres pour 1987 étaient insuffisantes pour évaluer la couverture vaccinale. Les SRO sont disponibles et constituent la méthode préférée pour traiter les épisodes diarrhéiques des nourrissons.

Commentaires

1) Il ne fait que peu de doute que le site choisi pour l'enquête sur la mortalité et l'utilisation des services de santé est excellent. L'expansion des services de santé est idéale pour mesurer la différence entre Kingandu et Pai. Encore que la région ne soit pa d'accès facile, les installations sur le site sont excellentes.

2) Le personnel du CCCD n'a pas prêté une attention suffisante à la zone de l'enquête. L'absence du médecin chef pendant deux ans et l'absence de visites régulières par le personnel du CCCD/Kinshasa ont ralenti les activités. Heureusement, l'essentiel du travail s'est poursuivi et le superviseur de la zone a été présent tout le temps.

3) Pour le moment, les données sont insuffisantes pour évaluer exactement la couverture vaccinale à Pai et Kingandu.

J. Observations générales

Niveau de l'antenne

En général, le personnel du PEV au niveau de l'antenne dispose de bonnes compétences. Les personnes étaient informées, intéressées et techniquement au courant. Certaines étaient de meilleurs leaders et il semblait y avoir une corrélation générale entre le leadership et les bons résultats.

Il est évident que le problème de loin le plus important au niveau de l'antenne est d'ordre monétaire. Le personnel de l'antenne en principe est payé par le Gouvernement et touche une prime du fonds de contrepartie. Les primes, même si elles sont en retard, sont toujours payées. Tel n'est pas le cas pour les salaires. La dernière fois que le personnel de l'antenne a été payé remonte à février 1988. On leur a demandé de verser leurs salaires de mars à septembre en utilisant les recettes des ventes des SRO et de la chloroquine et/ou à partir de la vente des véhicules désuets. La plupart des antennes ont vendu au moins un véhicule, d'habitude pour environ 500.000 zaïres et ont versé cette somme dans leur fonds général. Tout le personnel des antennes s'est montré préoccupé en ce qui concerne le soutien salarial pour l'année à venir.

Toutes les antennes prenaient bon soin de la chaîne de froid et de la logistique. Les ruptures de stocks n'étaient pas inhabituels surtout dans deux domaines:

(1) Défaut de recevoir les sachets des SRO.

(2) Expédition retardée des vaccins de Kinshasa suite à des fonds insuffisants pour les transports.

La supervision variait grandement. Certaines antennes me faisaient aucune supervision alors que d'autres visitaient toutes les zones au moins une fois par année. Le manque de transport constituait un facteur limitatif dans ceraines antennes mais la plainte la plus courante concernait le manque de crédits (moyens de transport et indemnités journalières) devant servir aux visites de supervision. Les initiatives d'éducation pour la santé étaient pratiquement inexistantes au niveau de l'antenne.

Niveau de la zone

Les zones avaient des caractéristiques variables. Certaines étaient diligemment gérées par un médecin chef de zone bien organisé et bien formé alors que d'autres étaient plus faibles. Aucune zone n'était bonne sans avoir un médecin chef formé. Dans certaines zones, il y avait des conflits entre les besoins du PEV et le volume des soins curatifs qui devaient être prêtés par le médecin chef de zone. Dans certains cas, l'essentiel de la supervision était laissé aux superviseurs infirmiers avec plus ou moins de réussite.

Chaque zone a connu au moins une fois une rupture de vaccins et de stocks des SRO en 1987. Le problème critique se situait au niveau de l'insuffisance de l'approvisionnement en SRO. Les zones étaient irrégulièrement approvisionnées en aiguilles et seringues mais la plupart d'entre elles n'étaient pas au courant qu'il y avait des stocks dans les centres de santé. Il y avait souvent des pénuries dans le centre de santé alors que la zone avait d'amples stocks.

La couverture vaccinale varie au même titre que la qualité de notification des maladies. Pourtant, il semblait y avoir une corrélation nette en sens inverse entre le nombre de cas de rougeole signalés et les vaccinations contre la rougeole pour les moins d'un an.

Les médecins chefs de zone figuraient tous sur le système de paye informatisé du Gouvernement zaïrois et touchaient régulièrement leurs salaires. Mais ils n'avaient pas été payés pendant la période d'attente pendant laquelle cette information avaient été traitée (qui est allée jusqu'à 36 mois dans un cas). Les recettes des hôpitaux ont couvert leurs salaires pendant cette époque.

Aucun médecin chef de zone n'avait une idée claire de la supervision. Seulement un utilisait un instrument, lequel ne couvrait d'ailleurs pas suffisamment les activités du PEV. La plupart des médecins chefs de zone ne laissaient pas de notes de supervision et certains délégaient la supervision presque entièrement à leurs superviseurs infirmiers. Les fonds pour la supervision étaient en général insuffisants. Les zones de SANRU et de l'UNICEF touchaient des affectations spéciales pour les visites de supervision. Plusieurs zones demandaient aux centres de santé de verser une somme allant de 500 à 1.000 zaïres pour les visites de supervision.

Niveau du centre de santé

Il n'est guère surprenant que les centres de santé étaient les niveaux les plus inconstants. Au niveau du centre de santé, tous les salaires étaient autofinancés par les ventes de médicaments et les services cliniques. Certains infirmiers des centres de santé avaient une bonne idée du nombre d'habitants et avaient mis au point des registres familiaux pour suivre les vaccinations données à leurs patients. La couverture dans de tels centres était toujours élevée. D'autres apportaient des services de vaccination sur demande mais ne comprenaient pas le besoin d'une seconde ou d'une

troisième dose. Lorsqu'on disposait de fiches techniques, celles-ci n'étaient généralement pas utilisées par les infirmiers du centre de santé.

Tous les centres de santé changeaient d'aiguilles pour chaque vaccination mais aucun utilisait une seule seringue par vaccination. Les pénuries de seringues au niveaux des centres de santé constituaient la règle.

Tous les infirmiers des centres de santé connaissaient les SRO et les prescrivaient, mais nombreux d'entre eux ne savaient pas très bien combien il fallait en donner et quand. La chloroquine était utilisée partout comme traitement de présomption du paludisme, mais souvent la mauvaise dose était prescrite. La chaîne de froid dans les centres de santé était excellente. Les vaccins étaient réfrigérés à la bonne température et tous les infirmiers prenaient un soin scrupuleux des vaccins.

L'archivage était de qualité inégale, en général plutôt médiocre. Il y avait toujours des registres de traitement et il était possible d'évaluer les soins prêtés pour les cas de fièvre et de diarrhée.

Un nombre surprenant d'infirmiers n'était pas encore formé, par suite des rotations d'infirmiers dans les centres de santé. Dans certaines régions comme Kivu, les infirmiers qualifiés partaient souvent au Rwanda où les salaires sont meilleurs.

L'éducation pour la santé était surtout donnée par les infirmiers des centres de santé qui utilisaient les chansons, les répétitions et les danses. Les mères recevaient des conseils au moment des vaccinations ou du traitement d'un épisode diarrhéique. Cependant, lorsque les mères posaient des questions concernant les raisons de la diarrhée ou le besoin de vacciner les enfants, il semblait qu'on n'arrivait pas à les renseigner correctement par suite d'un manque de connaissances.

La participation communautaire variait également. Mais s'il y avait un comité de santé villageois actif les services de santé étaient toujours meilleurs. Cela se vérifiait surtout dans les centres de santé rurale où les villageois avaient reconstruit un centre de santé ou une maison pour l'infirmier du centre.

RECOMMANDATIONS

1. Enquêtes sur la mortalité et l'utilisation des services de santé

   a) Faire une enquête sur la couverture vaccinale des 30 grappes utilisées lors de l'étude de 1984 à Kingandu et Pai Kongila. Si les taux de vaccination contre la rougeole chez les enfants de 12 à 36 mois se situent au-dessus de 60% et si la couverture de Pai est moins de 25%, l'étude sur la mortalité devrait être répétée un an plus tard. Tout projet pour refaire l'étude demandera que de bonnes ressources soient accordées aux activités du PEV à Kingandu cette année.

b) Si la couverture vaccinale contre la rougeole à Kingandu se situe dans la fourchette des 40%, il s'agit de concentrer la formation et les activités de supervision dans la zone de Kingandu avec comme objectif de répéter les enquêtes sur la couverture en novembre 1989 et 1990. Les décisions concernant les dates auxquelles il faudrait répéter l'enquête sur la mortalité et l'utilisation des services de santé dépendra des indicateurs de méthodes de ces enquêtes.

c) Démarrer maintenant les discussions avec Ann Pebley concernant sa disponibilité et son intérêt à travailler davantage à Kingandu.

2. Activités de vaccination

a) Il convient d'insister davantage sur une seule seringue par vaccination.

b) Insister sur le fait qu'aucune occasion de vacciner ne devrait être manquée et qu'il est parfaitement justifié d'ouvrir une ampoule de vaccins contre la rougeole pour vacciner un seul enfant.

c) Insister sur le fait que la fièvre n'est pas une contre-indication pour la vaccination.

3. Traitement du paludisme

a) Le traitement de présomption du paludisme doit être uniformisé.

b) Il convient d'insister sur le traitement prophylactique des femmes enceintes avec la chloroquine jusqu'au moment où les résultats des travaux de recherche sont disponibles.

4. Traitement des épisodes diarrhéiques avec les SRO

a) Il faut continuer à chercher à accroître le stock des sachets de SRO de 750 ml.

b) En règle générale, seulement un tiers des femmes savent préparer correctement la solution sucre-sel qui doit être utilisée pour la réhydratation orale à la maison. Ces observations soulignent le besoin d'une plus grande accessibilité des sachets et des autres liquides de réhydratation tels que l'eau de riz et le lait de noix de coco.

5. Administration

a) Le personnel des antennes devrait être placé sur les fiches de paye informatisées sous "Fonction publique".

6. Ventes des SRO

a) Dans la mesure du possible, le PEV devrait maximiser les ventes et la distribution des sachets des SRO. Les recettes tirées de ces ventes permettraient de soutenir les dépenses de supervision et les autres dépenses de fonctionnement.

7. Supervision

a) Il convient de mettre en place des listes de vérification pour la supervision au niveau des antennes, des zones et des centres de santé afin d'uniformiser les activités de supervision.

REFERENCES

ROUGEOLE

1. Measles control in Kinshasa, juillet 1988, CDC, Atlanta.

2. Oxtoby et al. Measles and measles immunization in African children with Human Imunodeficiency virus. Projet SIDA et CDC, Atlanta.

3. Taylor WR et al. Measles control efforts in urban Africa complicated by high incidence of measles in the first year of life. Amer J Epidem 1988; 127: 788-94.

TETANOS

1. Gasse F., Revue de la situation du tétanos néonatal à Kinshasa. Rapport du voyage de l'OMS, décembre 1987.

ANNEXE II

Education pour la santé

Le volet éducation pour la santé du PEV/CCCD a pour objet de créer et de diffuser des informations pour les agents de santé et la population du Zaïre afin de réaliser les buts du projet. Tel que reconnu dans l'évaluation de 1985, les buts du projet "ne pourront être réalisés si ... une attention spéciale n'est pas accordée à la partie du projet qui se consacre à l'éducation pour la santé."

L'Amendement du No. 5* porté à l'accord du projet en juillet 1988 stipule aux termes du sous-objectif 11 que 100% des centres de santé en service devraient disposer d'un personnel formé en matière de vaccination, TRO, traitement du paludisme et éducation pour la santé (nous soulignons) d'ici 1986 et par la suite. Le sous-objectif 12 stipule que le pourcentage de centres de santé en service ayant reçu du matériel pédagogique adéquat devrait se situer au même niveau. Et le No. 13 stipule que 20% des centres de santé en service devraient utiliser d'ici 1989 un système d'IEC adéquat pour les vaccinations, la TRO et le traitement contre le paludisme. (Le personnel formé en matière d'éducation pour la santé et le matériel pédagogique devraient à présent être en place dans tous les centres en service du pays. Une stratégie adéquate devrait être en place dans 20% des centres).

Selon la propre définition du PEV, le volet éducation pour la santé du PEV/CCCD a été en grande partie inefficace depuis la dernière évaluation. Certains travaux isolés ont été achevés mais même s'il existe une bonne base théorique au niveau central, il n'y a pas moyen de l'appliquer intégralement. Il y a un manque de planification, de structures et de stratégies pour réaliser les buts globaux du programme d'éducation pour la santé. Il est donc difficile de mettre en place de manière efficace une méthodologie pour l'éducation de la santé à tous les niveaux, central, antenne, zone, centre de santé. Ce problème est reconnu par l'équipe du PEV, le ministère de la santé, l'USAID et les CCD. HEALTHCOM, un projet de l'USAID adjugé à AED, a été invité à soumettre une proposition pour l'éducation pour la santé et vient de nommer un expert technique dans la région du Shaba au Zaïre. Cette personne aidera à concevoir et à mettre en oeuvre les stratégies pour l'éducation sanitaire à l'intention du PEV et des autres organisations. Une assistance complémentaire est nécessaire.

Les accomplissements et les qualités de l'éducation pour la santé du PEV valent la peine d'être notés. L'on reconnait amplement sur papier le besoin d'un soutien en éducation pour la santé: la section d'IEC comprend le directeur des services, le chef du service de l'IEC et un assistant (poste actuellement vacant). Il y a également d'autres positions qui sont définies

---

* Sur le Tableau I - Sous-objectifs du taux de couverture du CCCD (%) dans les zones de santé prioritaires du projet.

dans la description des fonctions comme soutien pour l'éducation sanitaire, par exemple, le chef de service du Pool de coordination. La section d'IEC a incorporé des techniques reconnues d'éducation pour la santé dans le matériel éducatif du PEV. Des études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) ont été effectuées en 1987 dans le cadre de cette évaluation. Le matériel mis au point avant 1988 utilise une approche de type recherche pour les études sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population de Kinshasa) de où le matériel a été prétesté. (Ce matériel devrait également être prétesté dans d'autres régions du pays pour déterminer l'applicabilité de la recherche effectuée à Kinshasa. La diversité régionale au Zaïre demandera peut être que des recherches spécifiques soient effectuées dans chaque région. Le chef du service d'IEC est conscient de cela).

Le personnel dispose de très bonnes connaissances et est extrêmement motivé. Pendant l'évaluation, l'on a demandé aux personnes qui seraient chargées de la supervision de l'éducation pour la santé (le chef d'antenne ou le médecin chef de zone) "pourquoi à votre avis les taux de couverture ou les résultats sont peu élevés ou est-ce que l'éducation pour la santé était adéquate"? Les réponses indiquaient qu'il fallait plus de formation et de moyens d'application en ce qui concerne l'éducation pour la santé. L'on a également noté que les gens étaient prêts et désireux à assumer ces responsabilités après avoir reçu une formation pertinente.

Il y a des réalisations positives qu'il convient de noter et qui montrent où l'on peut commencer. Mama Yemo, le plus grand hôpital de Kinshasa, accomplit un excellent travail et forme les infirmiers pour qu'ils puissent former à leur tour les mères en matière de traitement contre les maladies diarrhéiques. L'on a constaté une diminution extrêmement importante dans le nombre de maladies de niveau C chez les enfants amenés par les mères qui reviennent. Le pourcentage des décès imputables aux maladies diarrhéiques, selon les statistiques présentées à l'équipe à Mama Yemo, ont diminué pour passer de 14% à 2% dans cet hôpital.

Quelques antennes des PEV et zones de santé ont fait montre d'une capacité impressionnante au niveau de la réalisation des activités d'éducation pour la santé. Il convient de faire mention d'un cas particulièrement notable, celui de la zone de Kabondo, à Kinsangani, où le médecin chef de zone a mis au point un excellent volet d'éducation pour la santé. Il a formé des infirmiers à diffuser des messages d'éducation pour la santé novateurs et interactifs portant sur toutes les domaines du PEV/CCCD. Chaque mère interrogée a été en mesure de dire pourquoi son enfant a besoin d'être vacciné, pourquoi l'on recommande le traitement de la TRO en cas de diarrhée, comment mélanger la formule sucre-sel, quand il faut qu'elle revienne pour les vaccinations, ce qui signifie la courbe de croissance, eetc. La supervision du personnel est prévue et continue et des notes sont prises à chaque supervision. Il existe un programme communautaire pour assurer que les séries de vaccins soient autant que possible complétées. Les taux pour la troisième dose des vaccinations dans cette région s'élèvent entre 81% et 87%, notablement plus élevés que dans la plupart des régions visités. Tous les neuf centres de santé relevant de ce médecin chef étaient supervisés de la même manière avec des rapports tenus sur chaque visite de

supervision. Il convient de noter que le médecin chef de zone a reçu une formation portant spécifiquement sur les méthodes de l'éducation pour la santé dans le cadre du Projet du Services des naissances désirables (PSND). Il a avancé cela comme étant une des raisons principales qui lui a permis de créer un programme viable en matière d'éducation pour la santé. Une analyse préliminaire de la situation semblerait indiquer que la formation apporte une très grande différence au niveau de la réalisation d'un programme cohésif d'éducation pour la santé.

Pourtant, la division en général connaît des problèmes. Peu de matériels ont été élaborés et distribués pendant l'année dernière et dans pratiquement tous les endroits le matériel est en français. Le matériel disponible est souvent utilisé de manière mécanique. De nombreux centres n'ont reçu aucun matériel et là où le matériel a été distribué, l'on ne savait pas très bien comment l'utiliser. Peu de femmes interrogées se rappelaient avoir vu ou entendu des annonces à la télévision ou à la radio. Certaines se rappelaient d'un "certain programme" qui traitait des questions de santé mais aucune n'a su décrire un tel programme. (Il convient de noter que les chefs d'antennes et les médecins chefs de zone essayent de coordonner les programmes pour l'éducation par les mass média).

Aucune recherche opérationnelle n'a été effectuée pour intégrer les activités d'éducation pour la santé dans la structure globale du PEV, bien qu'il existe la capacité de faire une telle recherche et formation en ce domaine grâce à PRICOR, projet de recherche opérationnelle de l'USAID représenté au Zaïre. L'on a appliqué quelques rares approches novatrices telles que le théâtre ou le travail en petits groupes, et pratiquement aucun programme n'a cherché à relier à l'éducation sanitaire les autres stratégies pour le développement, telles que le développement communautaire ou les activités génératrices de revenus. Une assistance est disponible par l'intermédiaire d'autres programmes pour la santé au Zaïre, tels que SANRU, qui s'est penché sur ces questions. Suite surtout au manque de formation et d'éducation pour la santé, il n'existe que peu de supervision en ce domaine.

Le résultat étant que la plupart des femmes n'arrivaient pas à décrire la formule correcte pour la solution sucre-sel, expliquer les raisons de la diarrhée, dire ce qui signifie la courbe de la croissance, savoir pourquoi et quand elles devaient revenir au centre ou décrire les étapes d'autres activités préventives. Le volet éducation pour la santé n'est pas assez bien représenté quel que soit le niveau du programme CCD/PEV: planification, collecte d'information, élaboration de matériel, distribution, formation, réalisation et évaluation du projet. Cela est particulièrement grave étant donné l'importance de l'éducation pour la santé qui permet d'aider la population à comprendre le besoin des services -- et partant d'augmenter la demande et l'utilisation -- surtout si l'on tient compte des taux de couverture vaccinale qui baissent.

Un certain nombre de raisons ont été notées par le chef de service d'IEC pour expliquer cet état de choses. Avant tout, il signale un manque de description des tâches, des responsabilités et des moyens de communication pour l'éducation pour la santé. Il note également une pénurie du point de vue personnel au niveau de Kinshasa, le fait que les fonds de contrepartie

sont bloqués, que les deux personnes de la section doivent s'occuper d'autres activités et que la section ne dispose pas d'un artiste pour réaliser le matériel, que le voyage pour le personnel de l'éducation sanitaire à Atlanta/CDC a été annulé, etc.

Un certain nombre de contraintes se sont présentées pendant l'année dernière. Les retards dans le débloquement des fonds de contrepartie ont, selon la division financière du PEV, été résolus et les fonds (dont une partie substantielle reste pour l'éducation et pour la santé) devraient être disponibles prochainement. Pendant l'évaluation, le chef assistant de l'IEC a quitté le PEV pour prendre un autre travail. Le chef de service pour l'IEC a passé énormément de temps à participer à la formation donnée à l'hôpital Mama Yemo pour l'utilisation des SRO. Certaines lacunes administratives et techniques pour le programme d'éducation pour la santé tiennent aux changements de personnel et aux problèmes administratifs. L'on n'a pas encore réussi à incorporer dans le PEV un programme global d'éducation pour la santé. Il est temps de prendre un nouveau départ. Il convient de mettre en place une structure et un soutien pour le programme d'éducation pour la santé ainsi que des buts et objectifs réalistes.

Si les talents et les motivations notés sur le terrain non seulement existent mais sont très forts, on a aussi besoin d'avoir des idées concrètes ainsi que des actions. La présente évaluation a pour mandat d'aider à identifier la situation actuelle et de proposer des recommandations concrètes et réalistes.

Organisation/gestion/recherche opérationnelle

Suite au manque de supervision, de salaires et de formation en ce qui concerne l'éducation pour la santé, il est de la plus haute importance d'évaluer ce qui peut être réalistement fait pour renforcer l'éducation pour la santé au sein du PEV, de voir quelles sont les adjonctions nécessaires du point de vue personnel, ce qui est faisable, comment ces changements peuvent être mis en place et quel type de coordination est possible entre les organisations, pour aboutir finalement à la mise au point d'un plan d'action au niveau central. L'éducation pour la santé devrait être coordonnée dans le contexte du programme entier, tenant compte de questions telles que les salaires (cf. "Fonds de roulement/auto-pérennité" en Annexe III), des moyens de transport, des difficultés de communication, etec. Actuellement, toute augmentation de la demande, stimulée par de plus amples activités en matière d'éducation pour la santé étirerait de manière démesurée le système des prestations et peut-être les possibilités de financement pour les services directs.

L'étude décrite ci-dessus devrait être réalisée par un ou plusieurs consultants et un membre de l'équipe de PEV, de préférence le chef de l'IEC. Les consultants pourraient être des expatriés ou un personnel local formé par PRICOR.

Cette étude devrait se faire sur une période d'environ trois mois tenant compte de tous les déplacements nécessaires et des difficultés au niveau des moyens de transport. Elle devrait aboutir à des recommandations spécifiques

du point de vue composition du personnel, soutien et salaires et prévisions sur les taux de croissance.

Formation

A la suite de cette étude et parallèlement à l'application de ces recommandations, la formation en matière de techniques pour l'éducation sanitaire constitue la prochaine priorité. Après avoir fait une évaluation des besoins au niveau de l'antenne pour comprendre davantage les grands problèmes et priorités de l'éducation pour la santé, les techniques actuellement utilisées et l'applicabilité du matériel disponible et des besoins en formation, il convient d'élaborer des plans d'action et de formation et d'organiser une série d'ateliers à l'intention des chefs d'antennes.

La formation devrait englober les techniques d'enquête, la mise au point des études CAP, des plans d'action et matériel pour l'éducation sanitaire, les techniques de communication, la rédaction de propositions, la mobilisation communautaire et l'évaluation. Cette formation devra être organisée au niveau central et au niveau régional mais devrait au départ viser les chefs d'antenne de manière à ce que, une fois que l'expertise sera disponible au niveau des zones et des centres, il existe un soutien pour de telles activités. Les personnes formées pourraient à leur tour former les chefs de zone, les infirmiers, les agents de santé communautaires, et en dernier lieu, la communauté. La formation devra être coordonnée avec les autres organisations donatrices (SANRU, UNICEF, USAID, AID/Belgique, etc.) qui parrainent des travaux de formation.

Composition du personnel et consultants

Pour le moment, il manque une personne au niveau central. Des efforts sont faits pour pourvoir à ce poste vacant.

Le chef de la division technique, chargé de superviser et de guider la division pour l'éducation de la santé ne se sent pas très à l'aise pour élaborer des plans en ce domaine. Il préfererait qu'un consultant à court ou à long terme l'aide à démarrer le processus de planification, formation et élaboration de matériels et évaluation. Apres une période initiale d'observation, le consultant retournerait au bureau du programme pour aider à coordonner la stratégie, la formation, le matériel, etc. Si le financement est disponible, le chef de division technique préfererait quelqu'un à plein temps pendant environ un an. Il ne connaît personne au Zaïre capable de faire ce travail. Il serait bon que les CDC voient s'il est faisable de recruter un expert pour cette tâche.

L'on peut également demander une assistance au CDC, à HEALTHCOM, à l'Ecole zaïroise de la santé publique, au Corps de la Paix ainsi qu'aux employés formés du PEV (au niveau central et dans des endroits tels que Kobondo). HEALTHCOM a une représentante au Zaïre qui travaillera avec le personnel du PEV à partir du Shaba. C'est là une possibilité d'explorer les techniques avec l'idée de les adapter plus tard à d'autres domaines.

La représentante d'HEALTHCOM, qui est au Shaba, sera occupée par un certain nombre de questions dont le PEV ne représente qu'un seul aspect. Etant donné son mandat de départ et la perte immédiate de sa collègue qui est partie étudier à Bruxelles, elle aura du mal à accepter un travail supplémentaire qui lui prendra de son temps et énergie. Cela souligne le besoin d'un consultant des CDC ou d'HEALTHCOM pour le PEV/K. HEALTHCOM et CCCD travailleront également, conjointement avec l'Ecole zaïroise pour la Santé publique, pour mettre sur pied des stages spécifiques en matière d'éducation pour la santé. L'on a de nombreuses idées. Il est probable que des stages brefs soient mis sur pied pour répondre à certains besoins du PEV.

Il y a également moye de faire participer le Corps de la Paix. Cette organisation fait montre d'un intérêt évident pour participer à l'éducation pour la santé, le développement économique et communautaire. Le Corps de la Paix envisage d'étendre la formation dans ces domaines. Ces questions devraient être explorées davantage soit avec le Corps de la Paix soit avec une autre organisation. Le Corps de la Paix étudie les possibilités pour ce type d'activités dans quatre zones où il y a un intérêt et un soutien. Les volontaires du Corps de la Paix jouent un rôle de supervision qui, pour de nombreux facteurs, est problématique. Ils devraient être placés à un niveau communautaire. (Cf. "Evaluation du Corps de la Paix, Programme de santé publique au Zaïre," disponible auprès de l'OTAPS, Corps de la Paix, Washington, D.C., 1988). Pour être efficaces, les volontaires devraient être bien formés en matière de développement communautaire, éducation pour la santé et communication, en plus de la formation concernant le PEV qu'ils sont en train de recevoir, et ils devraient également avoir des collègues zaïrois.

Il convient de tirer avantage des employés du PEV capables de planifier et d'organiser des ateliers régionaux en matière d'éducation pour la santé. Cela inclut le chargé technique qui va venir prochainement.

Il existe d'autres possibilités. FONAMES, en tant qu'organisme de coordination pour la formation a pour mission d'aider à mettre en place les liens nécessaires avec des organisations telles que le PSND, les groupes confessionnels qui s'occupent de l'éducation pour la santé, SANRU, etc.

Toutes les activités devraient faire participer pleinement le personnel de l'éducation pour la santé du PEV. Une évaluation interne des progrès du personnel et du service devrait se faire une année après l'obtention de l'assistance technique nécessaire.

RECOMMANDATIONS

1. Organisation/gestion/recherche opérationnelle

   a) Effectuer une évaluation des besoins en étroite collaboration avec le PEV pour délimiter les objectifs de l'éducation pour la santé, en se concentrant sur les domaines suivants:

- Besoins en matière de personnel, financement et organisation
- Rôles du personnel de l'éducation pour la santé
- Relations hiérarchiques
- Collaborateurs locaux (artistes, par exemple) et programmes locaux qui pourraient être d'une assistance quelconque
- Plans d'action pour le niveau central afin de fixer les priorités et les objectifs spécifiques (pour l'utilisation de la TRO, le traitement du paludisme et la couverture vaccinale) et démontrer comment ils peuvent être traités par l'éducation.

b) Coordination de la recherche opérationnelle pour déterminer si une augmentation au niveau de la qualité, de la quantité des activités, l'éducation pour la santé augmentera la demande des services au-delà de la capacité du PEV d'y répondre.

2. Répondre aux besoins en matière de personnel

a) Apporter une assistance technique complémentaire soit à long terme soit une série de consultations à court terme, en matière d'éducation pour la santé. Ces personnes travailleront conjointement avec le chef de l'IEC.

b) Le PEV devrait recruter un membre du personnel complémentaire formé en matière de communication pour la santé.

c) Les volontaires du Corps de la Paix, travaillant conjointement avec le PEV, devraient être affectés au niveau communautaire, sauf dans des cas exceptionnels, par exemple, très bonne formation en santé et supervision. Les affectations devraient se faire à l'essai avec quelques volontaires (environ quatre).

d) Le nouveau responsable technique devrait aider à coordonner les programmes de formation pour l'éducation pour la santé.

e) Une évaluation interne des activités d'éducation pour la santé devrait être effectuée à la fin d'une année et il faudrait procéder à tout changement dans la structure et/ou la composition du personnel à ce moment là.

Un consultant des CDC ou HEALTHCOM devrait continuer à apporter un soutien continu au programme et devrait aider à mettre sur pied, conjointement avec le chef du service d'IEC, une stratégie pour l'éducation pour la santé, des plans de travail, des plans de formation et du matériel. Si l'on décide que les CDC vont envoyer cette personne, le mécanisme pourrait soit se faire par un recrutement local (zaïrois ou étranger) soit par l'utilisation d'un employé à plein temps du programme Survie de l'enfant des CDC. La Représentante résidente d'HEALTHCOM devrait continuer à travailler au niveau du Shaba avec le PEV et adapter la stratégie et le matériel à d'autres régions. Le PEV/K devrait procéder à un échange continu d'informations avec le programme du Shaba concernant le matériel élaboré ainsi qu'avec la représentante d'HEALTHCOM concernant les

stages actuellement prévus en éducation sanitaire avec l'Ecole de Santé publique.

Le PEV/K devrait continuer les discussions entre le PEV et le Directeur adjoint du Corps de la Paix/Santé publique pour la formation et l'affectation des volontaires du Corps de la Paix au PEV. Tous les volontaires du Corps de la Paix devraient avoir des homologues. Les activités devraient être coordonnées avec le FONAMES qui devra être informé de toutes les activités de formation.

3. Mettre au point des plans de formation et travail

a) Effectuer une évaluation des besoins au niveau du Chef d'antenne, qui devra notamment comporter:

- Principaux problèmes rencontrés au niveau de la prestation de l'éducation pour la santé.
- Domaines prioritaires de la prestation de services.
- Techniques actuellement utilisées pour l'éducation pour la santé.
- Applicabilité des matériels disponibles.
- Besoins en formation.

b) Sur la base des résultats de l'évaluation, le chef du service d'IEC, conjointement avec le consultant des CDC ou d'HEALTHCOM, devrait organiser une série d'ateliers de formation pour le niveau antenne qui se dérouleront pendant plus d'un an. Les sujets de formation de ces ateliers à l'intention des chefs d'antenne et du personnel seront notamment les suivants:

- Techniques d'enquête et de collecte de données (interviews de groupe dirigées)
- Mise au point de plans de travail d'un an visant à fixer les priorités et objectifs spécifiques au niveau de l'antenne (utilisation de la TRO, traitement du paludisme et couverture vaccinale) et étudier comment ces aspects peuvent être traités par l'éducation
- Elaboration du matériel
- Techniques de communication
- Education informelle
- Rédaction de propositions pour acquérir les compétences nécessaires pour obtenir les crédits des bailleurs de fonds en vue de soutenir les activités pour l'éducation pour la santé
- Mobilisation et développement communautaires
- Evaluation.

Il convient de mettre en place des plans et des ateliers pour tous les niveaux, mais au départ l'on se concentrera sur les chefs d'antenne afin d'apporter un soutien aux autres niveaux. La formation devrait être coordonnée avec les programmes et organisations (FONAMES, SANRU, UNICEF, Belgian Aid, églises, etc.). Pour être plus réalisable, la formation

devrait être organisée aux niveaux régional et central. Au niveau communautaire, des plans de travail devraient être mis au point avec la participation communautaire.

ANNEXE III

Gestion

Comité directeur

Le Comité directeur se réunit deux fois par an. La première réunion a lieu au début de l'année pour examiner les activités réussies et échecs de l'année précédente. La seconde réunion, au milieu de l'année, envisage les plans pour l'année calendaire suivante.

Deux réunions par an ne suffisent pas pour arriver à une coordination systématique des objectifs, sous-objectifs et ressources nécessaires pour les atteindre. Bien sûr, il y a d'autres réunions entre le PEV et les organisations du Gouvernement zaïrois, telles que FONAMES et les diverses entités qui déterminent les contributions budgétaires du Gouvernement zaïrois ainsi qu'avec les bailleurs de fonds. Les deux grandes réunions du Comité directeur ne peuvent traiter que des questions générales et arriver à des accords globaux. Les autres réunions qui sont surtout de nature ponctuelle tentent à traiter des problèmes de fonctionnement. Etant donné les délais d'exécution très importants d'AID et des autres organisations internationales, les futures réunions du Comité directeurs devraient se tenir parallèlement avec l'élaboration des documents du projet ou avec la négociation des amendements du projet et non pas après que les décisions aient été prises et qu'on ait convenu des mesures à prendre.

Les prévisions d'AID devraient tenir compte des plans des autres bailleurs de fonds et vice versa. Pour arriver à une coordination plus systématique du projet, des réunions du Comité directeur devraient se tenir au moins trimestriellement et le président ou le secrétaire exécutif (qui sera nommé par le Directeur du PEV) devrait être mis au courant par les membres chaque fois que se présentent des situations pouvant influencer le projet dans son ensemble. Par exemple, l'approbation de changements au niveau du financement par le Gouvernement zaïrois et les bailleurs de fonds devraient être rapidement communiquée au Comité directeur et, si nécessaire, une réunion sera organisée pour en discuter les implications. Celles-ci peuvent aller d'une accélération à une diminution au niveau du programme ou des éléments spécifiques. Il semblerait également souhaitable de mettre en place plusieurs groupes de travail ou sous-comités qui pourront suivre les volets spécifiques du projet tels que la formation, l'approvisionnement en biens d'équipement et matériels fongibles et l'intégration dans d'autres services de santé. Les théories récentes en matière de coordination entre les bailleurs de fonds conseillent de ne pas créer des organisations qui excluyent le pays hôte afin d'éviter un sentiment de relations adverses entre une phalange de bailleurs de fonds et le pays hôte. Il semblerait que le Comité directeur pourrait répondre aux besoins du coordinateur du projet sans qu'il y ait besoin de créer une structure séparée pour la communauté des bailleurs de fonds.

Structures de gestion internes du PEV

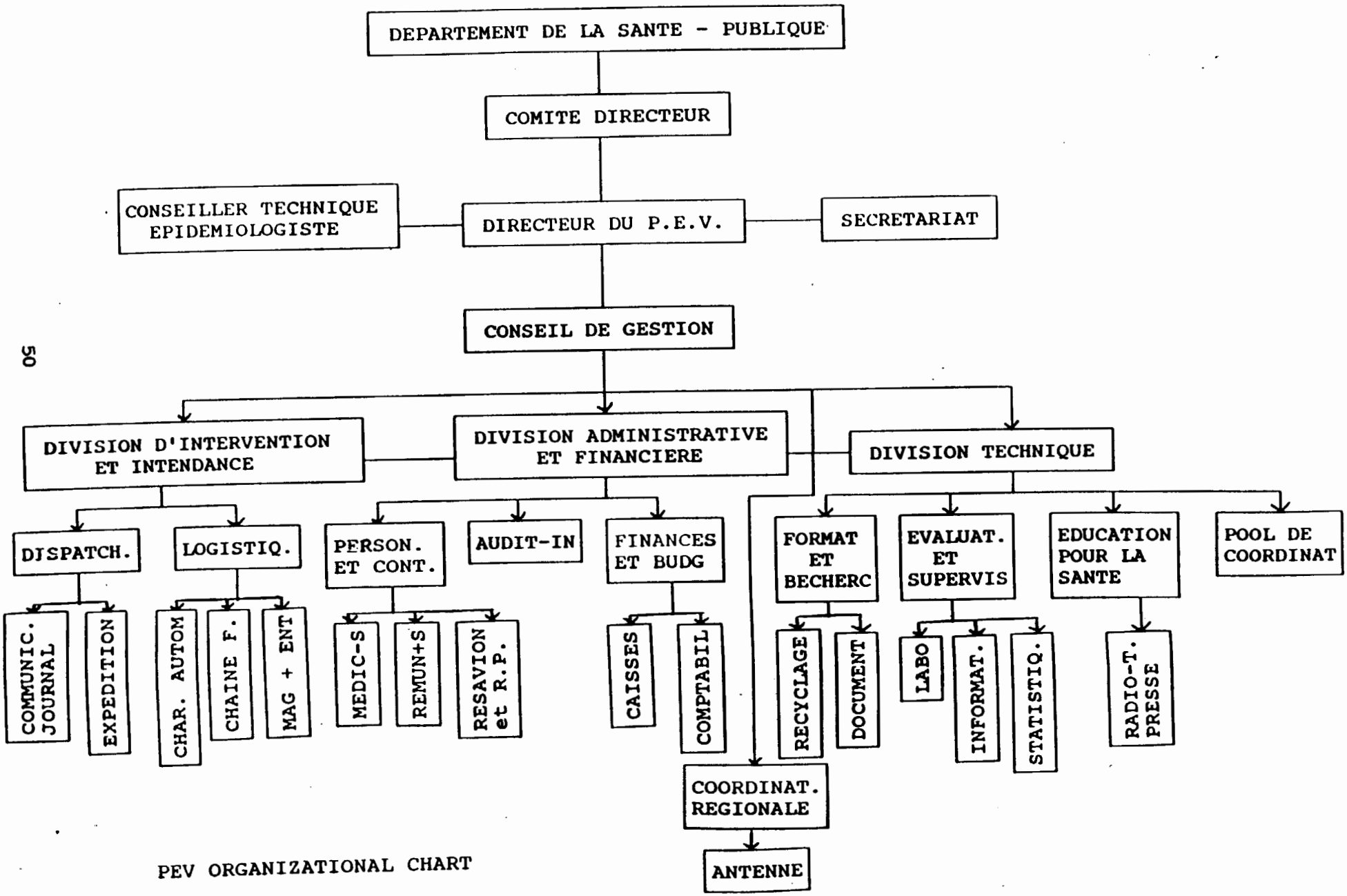
Le nouveau directeur a remanié l'organisation du PEV après pris son poste au début 1988. L'organigramme précédent indiquait deux grandes divisions, les services techniques et les services administratifs. L'organisation actuelle consiste en trois divisions principales. La nouvelle inclut essentiellement ce que l'USAID appelerait un service d'intendance (cf. organigramme ci-après). A la suite de la réorganisation, l'ancienne division technique a contrôlé de manière insuffisante la chaîne de froid et les autres fonctions logistiques alors que les services administratifs contribuaient aux fonctions des fournitures et des parcs automobiles. Il y a des descriptions de postes donnant les fonctions et la hiérarchie au niveau de la division, du bureau et des sections.

Certaines tâches ne sont pas clairement définies et il semble y avoir chevauchement. Certaines descriptions, par exemple, celles de la position du chef de coordination semblent quelque peu ésotériques. A l'instar de certaines organisations publiques du Gouvernement américain, les descriptions de tâches peuvent quelquefois être écrites par rapport à un titulaire ou un candidat spécifique. Le PEV est une organisation zaïroise et son directeur devrait avoir la responsabilité et la possibilité d'organiser son service et de recruter les personnes qui lui semblent nécessaire pour remplir la mission du PEV, conformément à la réglementation du Gouvernement zaïrois. La réorganisation de 1988 est trop récente pour que l'on puisse juger sur la base de comparaisons avec la structure précédente. La performance sera le critère que l'on pourra évaluer dès l'été prochain. Il serait présomptueux de la part de l'équipe de prévoir les résultats des changements administratifs. Le PEV est une organisation relativement petite et ses bureaux sont très proches les uns des autres. Par conséquent, les relations personnelles et des connaissances opérationnelles peuvent être tout aussi importantes que les descriptions plus formelles des tâches.

Avant tout, le PEV est une organisation du Gouvernement zaïrois qui doit travailler dans le cadre plus large de l'éthique des normes et des standards du ministère de la Santé publique et du Gouvernement zaïrois. Celles-ci peuvent différer des valeurs et méthodes de l'USAID. La décision d'accepter, de modifier ou de rejeter des conseils qui n'ont pas été sollicités est la prérogative du PEV sauf lorsqu'elle touche à des objectifs conjoints. Le PEV doit mûrir en tant qu'organisation zaïroise dans un contexte zaïrois.

La création par le nouveau directeur du PEV d'un service interne d'audit est une étape extrêmement positive qui devrait apporter à ce bureau un instrument de gestion extrêmement valable. La direction du PEV devrait songer à donner au personnel de l'audit interne une position au sein de l'organisation. Pour le moment, la section dépend de la Division administrative et financière, cible classique des audits. La direction a reconnu qu'il pouvait y avoir conflit d'intérêts et d'autorité et a stipulé dans la description des tâches que le chef de la section "bien qu'il relève organiquement du chef de la Division administrative et financière pourra dans certains cas relever directement du directeur. Ces "certains cas" ne sont pas définis.

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFRANCE



PEV ORGANIZATIONAL CHART

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. Il serait préférable que la section de l'audit fasse partie du cabinet du directeur, tel que cela se fait normalement pour les personnels des audits internes.

   Si cela n'est pas acceptable, le directeur peut envisager soit d'apporter des directives précises en ce qui concerne les voies hiérarchiques soit tranférer la section au sein de la Division de l'évaluation et de la supervision qui semblerait être un endroit plus neutre que la Section administrative et financière.

2. La nouvelle section d'audit du PEV devrait servir d'"interface" lorsque c'est nécessaire avec le vérificateur des comptes de l'USAID pour éviter les doubles emplois et arriver à un meilleur renforcement mutuel.

Primes

L'évaluation de 1985 recommandait un supplément de salaires et d'indemnités journalières pour les postes professionnels supérieurs. L'USAID, à l'époque, a rejeter cette recommandation. Fin 1985, l'USAID a adopté un système global de primes pour tout le personnel du programme lié directement au projet financé par l'USAID. La Directive 306 du 1er octobre 1986 systématisait davantage le plan pour assurer une affectation uniforme. En juin 1988, les barèmes des prix étaient révisés à la hausse pour tenir compte de la dévaluation progressive et de la baisse du pouvoir d'achat au Zaïre. Par conséquent, le fonds de contrepartie peut apporter des traitements pouvant représenter jusqu'à trois fois le montant du salaire de base du Gouvernement zaïrois. Il convient de noter que même le plafond maximum pour la rénumération totale pour les fonctionnaires supérieurs, au taux de change officiel, s'élève à environ 350 dollars par mois (y compris toutes les prestations), soit environ 270 dollars par mois au taux du marché financier actuel.

La très grande dépendance des suppléments de l'USAID de la part des directeurs jusqu'aux plantons garantit pratiquement que des projets sociaux tels que le PEV ne seront pas autonomes dans un avenir prévisible, à savoir, pendant ce siècle. Au moment de la rédaction du présent document, le Gouvernement zaïrois devrait doubler ou tripler les prestations et, en plus, compenser pour tenir compte du taux annuel de l'inflation qui actuellement s'élève à 100%. Il convient de noter que la recommandation d'évaluation de 1985 concernait uniquement des professionnels disposant d'une formation spécialisée qui pouvaient obtenir des possibilités d'emplois plus lucratifs que celles offertes par le PEV. L'on pensait que ces personnes essentielles devaient disposer d'un niveau de vie minimum si on voulait les garder pour le projet.

Ce n'était pas dans l'intention de l'évaluation de 1985 de recommander un système de primes pour les employés du projet qui n'avaient pas d'autres possibilités d'emploi et qui pouvaient être facilement remplacés. Les auteurs du rapport 1985 se sont rendus compte que cette approche ne sera pas

très "sympathique". L'on a convenu à l'époque que le projet se concentrait sur les vaccinations et ne cherchait pas à procurer des emplois ou de meilleures conditions de vie pour le personnel du projet. Ce n'était là que des moyens pour arriver au but, à savoir sauver la vie des enfants.

Les primes sont à présent une partie intégrante de nombreux projets financés par l'USAID. Des conversations avec le PEV/K et avec le personnel de terrain du Gouvernement zaïrois ont clairement montré qu'il existait énormément de ressentiments à tous les niveaux face à ce que l'on pouvait apercevoir comme l'insuffisance des primes de l'USAID qui ne permettaient pas d'arriver à des salaires décents. Il y a pratiquement absence totale de reconnaissance pour le complément que les primes de l'USAID apporte aux salaires du Gouvernement zaïrois. La propriété juridique du fonds de contrepartie est assignée au Gouvernement zaïrois. Les fonctionnaires se rendent compte des problèmes économiques du pays et, par conséquent, sont moins critiques devant l'incapacité des salaires zaïrois à suivre le coût de la vie.

Indemnités journalières

Le PEV/Gouvernement zaïrois a un simple système d'indemnités journalières à trois niveaux allant de 8.000 zaïres pour les directeurs jusqu'à 5.000 zaïres pour les fonctionnaires au niveau intermédiaire et 2.000 zaïres pour les chauffeurs. Le barème journalier complet est payé pour chaque journée ou une partie de journée passée à voyager. Par conséquent, pour un déplacement du jour au lendemain, les indemnités journalières du Gouvernement zaïrois pour 2 jours peuvent dépasser le barème correspondant de l'USAID.

Pourtant, alors que le barème d'indemnités journalières du PEV/Gouvernement zaïrois est l'un des aspects pratiques du système de compensation du Gouvernment zaïrois, l'USAID, du moins aux fins de l'évaluation a surimposé son système aux participants du PEV. Cela a pour seul effet de semer la confusion et de miner un des éléments de paiement relativement adéquats du Gouvernement zaïrois.

RECOMMANDATION

Le remboursement de l'USAID des frais de déplacement du PEV devrait se fonder sur le barème du PEV/Gouvernement zaïrois plutôt que sur le barème de l'USAID qui ne sera plus applicable lors de la date d'achèvement de l'assistance du projet.

Fonds de roulement/autonomie

L'évaluation précédente et les diverses études sur le recouvrement des coûts et l'autofinancement montrent que la situation varie grandement suivant les différents endroits. Il y a généralement une bonne autosuffisance au niveau des centres de santé et des postes de santé. Les recettes tirées de la vente de médicaments (y compris, les SRO et la chloroquine) et les recettes des traitements curatifs et des cartes de vaccination fournissent les fonds nécessaires pour payer les salaires et les dépenses de fonctionnement, qui

sont quelquefois complétés par les subventions des oeuvres confessionnelles ou autres. Il arrive que certains centres de santé et postes sont capables de verser des contributions aux zones de santé pour des visites de supervision et des services de soutien. En outre, les zones de santé tirent leurs propres recettes des sources sus-mentionnées et liens avec les hôpitaux. Pourtant, de nombreux médecins et chefs de zone vivent marginalement (ils ne reçoivent pas de primes de l'USAID), ne touchent leurs salaires qu'irrégulièrement (dans le meilleur des cas) et n'ont pas de transport et sont, par conséquent, incapables d'apporter une supervision et une formation.

A certains égards, le personnel des antennes et les coordinateurs médicaux régionaux se trouvent dans une meilleure situation. Bien que les salaires du Gouvernement zaïrois ne constituent certes pas une source assurée de recettes, les primes de l'USAID/fonds de contrepartie sont généralement versés à temps. De plus, le PEV/Kinshasa verse occasionnellement de petits montants aux fins de fonctionnement. Parallèlement, le personnel du PEV n'apportent pas de traitement et ne tirent pas de recettes des vaccinations. Leurs seules sources de fonds viennent de la marge bénéficiaire sur les ventes de chloroquine et de SRO. Ces produits étaient fournis gratuitement par le PEV comme démarrage pour les fonds de roulement qui sont actuellement pratiquement épuisés. Le dénominateur commun pour les antennes et les coordinateurs médicaux des régions est le manque de transport et de crédits de fonctionnement pour les véhicules qui leur permettrait de remplir la mission de supervision et de formation. Les effets négatifs que cela entraîne sur les améliorations cliniques et la formation pour le PEV sont traitées dans d'autres parties du présent rapport. Etant donné que l'on ne peut guère s'attendre à une assistance sous forme d'augmentation suffisante des contributions du Gouvernement zaïrois, le déficit devra être comblé par des ressources externes, à savoir, les bailleurs de fonds. Probablement une combinaison ou une autre tirée des scénarios suivants:

1. Stabiliser et diminuer les déficits en imposant un moratoire sur toute expansion du programme du PEV jusqu'au moment où le Gouvernement zaïrois pourra répondre à ses engagements.

2. Apporter des ressources complémentaires par le biais de:

   - Une augmentation du fonds de contrepartie pour compenser les déficits du Gouvernement zaïrois, soit en payant des salaires soit en versant des primes complémentaires.

   - Un renflouement du fonds de roulement de la chloroquine et des SRO en apportant des stocks de démarrage pour ces articles.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. L'USAID et les autres bailleurs de fonds devraient fournir des SRO et de la chloroquine au PEV qui au départ distribuera gratuitement ces articles aux antennes dont les fonds de roulement sont épuisés.

2. Le PEV devrait fixer des prix de vente pour les antennes qui seront autorisées à garder un certain montant par unité de vente (une fois que l'approvisionnement est suffisant pour satisfaire la demande dans les établissements sanitaires, les antennes du PEV pourraient également approvisionner les vendeurs commerciaux, tels que les pharmacies privées et les petits vendeurs à des prix plus élevés). La prochaine visite d'un expert en marketing social devrait permettre d'arriver à des recommandations spécifiques.

3. Les emplois des sommes retenues qui sont autorisées devraient être prescrits par le PEV/K et devrait servir avant tout à répondre aux besoins du budget de fonctionnement, y compris la supervision. Ce n'est qu'à ce moment là que l'on pourrait envisager les salaires non-payés par le Gouvernement. Tout paiement de salaire qui dépasse cette formule devrait être récupéré par des retenues de primes. Il s'agit de se rappeler que dans la plupart des endroits, le personnel des antennes sont les seuls employés du Gouvernement zaïrois qui ont droit aux primes (lesquelles dépassent généralement de loin leurs salaires de base).

4. Les recettes de ventes qui reviennent au PEV/K permettraient de financer les achats faits auprès de LAPHAKI (actuellement, le seul producteur). Ce montant ne va peut-être pas suffire pour reconstituer le stock étant donné le taux d'inflation et les politiques de tarification liées au marché de LAPHAKI. Cependant, il convient de contrôler attentivement la décapitalisation du fonds de roulement.

5. Une étude devrait commencer immédiatement pour estimer par zones de santé le seuil de bénéfices/diminution des ventes de la chloroquine et SRO. Les membres de l'équipe sur la base d'un examen rapide estiment que le prix moyen des ventes de SRO pourrait être élevé à environ 50 zaïres. La chloroquine va probablement rester au niveau actuel de 2 à 4 zaïres étant donné la multitude des fournisseurs. Cette simple enquête pourrait être conçue par le PEV/K qui vient récemment de recruter deux personnes disposant d'une formation en administration commerciale et pourrait être réalisée par les coordinateurs médicaux par le biais de l'antenne.

6. Il est important de maintenir et d'institutionaliser le fonds de roulement, qui est un concept d'autofinancement plutôt que de permettre aux ventes des SRO et de la chloroquine de devenir une caisse noire qui devra constamment être réapprovisionnée par les bailleurs de fonds qui se soucient de la TRO et du paludisme.

PEV/CDC -- la présence américaine

Depuis le début, deux conseillers américains des CDC ont été affectés au projet et travaillent dans le bureau du PEV.

Le PEV a accompli des progrès notables ces six dernières années. Il a créé une organisation qui fonctionne et qui est composée de professionnels.

Nombreux d'entre eux disposent d'une formation supérieure américaine ou des autres pays, y compris des doctorats d'Etat.

Les discussions tenues avec le personnel des CDC et un examen de leurs descriptions des tâches sembleraient indiquer que les fonctions techniques des deux positions n'aient pas changé pendant ces six dernières années. Le PEV a indiqué que les directeurs actuels et passés ont examiné les qualifications des candidats. Cependant, il ne semblerait pas y avoir eu des consultations en ce qui concerne les fonctions précises de ces positions et selon le PEV on n'a pas non plus cherché à savoir si ces postes étaient toujours souhaitables.

L'équipe est d'avis que pour le PEV. Ces responsables techniques et leurs prédécesseurs étaient surtout utiles au niveau des relations du PEV et de l'USAID et de la réconciliation des différents styles et procédures administratives.

Il est possible que l'essentiel de ces fonctions de soutien et de liaison pourraient être assumées par le Bureau de la santé, de la population et de la nutrition de l'USAID, ce qui demanderait peut-être l'adjonction d'un employé à temps partiel. Dans tous les cas, et en tenant compte du statut avancé du projet, effort de développement plutôt que de contre-rébellion, le partenaire du pays hôte devrait être consulté pour les questions touchant à l'assistance américaine aussi bien la nature que la configuration.

Ces commentaires sont faits uniquement en ce qui concerne les positions des CDC et ne consituent pas un jugement porté sur les personnes. Le responsable technique qui vient d'être nommé au Zaïre pour une orientation initiale ne se trouvait dans le pays en même que l'équipe que pendant quelques jours. L'épidémiologue était très bien informé et très coopératif. L'équipe a trouvé que les deux responsables étaient des professionnels compétents et dévoués à leur cause.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

Le PEV/l'USAID/les CDC devraient examiner les deux positions des CDC pour voir si une présence américaine permanente pourrait être remplacée par une assistance technique spécialisée à court terme portant aussi bien sur les domaines scientifiques qu'administratifs. Et surtout, les fonctions à court et à long terme devraient répondre aux besoins tels qu'ils sont perçus par le PEV.

<u>Les positions du PEV/CDC et de l'USAID</u>

Les descriptions des tâches montraient clairement que les titulaires des postes avaient trois objectifs:

1) Apporter une assistance technique au PEV

2) Apporter une assistance opérationnelle au PEV

3) Exécuter des fonctions marginales pour les priorités immédiates du PEV mais qui intéressent les CDC .

Ces positions relèvent du contrôle administratif de l'USAID/Kinshasa. Toutefois, les tâches sont décidées indépendamment et l'assistance technique est apportée par les CDC d'Atlanta. Les responsables des CDC tiennent leurs collègues de l'USAID au courant de leurs activités. Ces relations pourraient être réexaminées lorsque le projet passe d'un statut régional à un statut bilatéral. L'USAID, en partie suite aux recommandations de la dernière évaluation, s'occupe de la tenue des dossiers financiers, des décaissements et du contrôle financier général.

Il est évident que la relation organisationnelle et hiérarchique entre l'USAID et les responsables des CDC est différente de celle que l'USAID entretient avec un contractant ou une personne recrutée directement mais cela ne devrait pas nuire à un plus grand rapprochement et à une meilleure communication.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

L'USAID, les CDC et le PEV devraient organiser régulièrement des réunions entre eux pour arriver à des relations de travail plus étroites et plus structurées afin éviter tout malentendu et mettre en place un renforcement mutuel vers la réalisation des objectifs communs. Parallèlement, il convient de se rappeler que les positions des CDC sont attachées au PEV plutôt qu'à l'USAID.

<u>USAID/AID/Washington</u>

Pendant les trois dernières années, c'est-à-dire depuis la dernière évaluation, les relations entre l'USAID et AID/Washington se sont grandement améliorées. L'abolition d'AFR/RA et la réaffectation du projet à AFR/TR (recherche technique), et le fait que le responsable restant des CDC (qui travaille avec AID/W dans le cadre d'un contrat pour les CDC sur la base d'un remboursement) a été placé sous la tutelle d'un responsable médical supérieur engagé directement par AID/Washington a largement effacé les perceptions précédentes d'AID/W s'en reportant à l'opinion des CDC. Le projet pour la gestion quotidienne est soutenu à AID par un professionnel de la santé des CDC qui a travaillé pendant plusieurs années au niveau des activités de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. Cette personnes sera transférée prochainement à un nouveau poste. Ces fonctions seront probablement assumées par un employé d'AID. Cela complètera l'évolution vers une supervision au sein de l'organisation à Washington avec les responsabilités de gestion revenant en grande partie à USAID/Kinshasa dans le cadre de la décentralisation générale de l'administration des programmes.

<u>Stocks</u>

Les magasins du PEV regorgent de produits qui dépassent de loin les prescriptioins normales de réserves de stock. Toutes les parties conviennent pour dire que sur le terrain l'on a un besoin urgent de ces

articles qui vont des motocyclettes aux aiguilles hypodermiques. Mais il n'y pas d'argent pour payer pour les transports. Ces dépenses, selon les termes de l'Accord du Projet, devraient être prises en charge par le Gouvernement zaïrois (l'insuffisance des contributions du Gouvernement zaïrois est discutée dans une autre partie du présent rapport).

La liste d'articles non-distribués préparés à la demande de l'équipe était incomplète. Par exemple, elle n'indique pas (au moins) trois motocyclettes qui sont arrivées fin 1987; un certain nombre de réfrigérateurs; une grande partie des 100.000 aiguilles hypodermiques de mauvaise taille qui devraient être envoyées aux hôpitaux pour le traitement des adultes et peut-être d'autres articles qui ont été notés par l'équipe lors de la visite de l'équipe aux dépôts des marchandises.

Le manque d'un inventaire informatisé ne permet pas de déterminer le montant exact des crédits nécessaires pour expédier ces articles. De plus, pendant le séjour de l'équipe au Zaïre, les coûts du frêt aérien ont plus que doublé. Les estimations approximatives données par l'administrateur des magasins du PEV s'élèvent à environ 3,5 millions de zaïres (soit 16.600 dollars).

Certains des articles qui n'ont pas été distribués avaient été fournis par l'UNICEF. Cette organisation et le comité local Polio Plus de Rotary international (cf. discussion sous ce titre) pourraient éventuellement faciliter le transport de ces articles. Un million de sachets de SRO va arriver des Etats-Unis au début de 1989. En plus, l'on attend 30 véhicules dont la plupart sont destinés aux coordinateurs régionaux et aux antennes. L'on peut se demander si le Gouvernement zaïrois peut ou garantira la distribution de ces articles. Les estimations exactes pour les seuls SRO se situent dans la fourchette de 8 à 10 millions de zaïres (40.000 à 50.000 dollars); l'expédition des véhicules par air et par route dépassera ce montant.

Articles non-distribués* dans le magasin du PEV à Kinshasa (10 octobre 1988)

Article	Quantité
Stérilisateurs	1.422
Bicyclettes	134
Bouteilles thermos	800
SRO	60.200
Chloroquine	
Liquide (bouteilles)	46.752
Pilules (bouteilles/1.000)	1.449

* La liste est incomplète, c'est-à-dire qu'elle ne comprend pas trois motocyclettes, nombreuses des 100.000 aiguilles hypodermiques et les autres articles.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. L'USAID, conjointement avec l'UNICEF et Polio Plus, devrait immédiatement débloquer les fonds nécessaires pour permettre de distribuer les fournitures prioritaires qui se trouvent actuellement dans les magasins du PEV. Des articles peu favorables dans la presse à ce propos pourraient avoir des répercussions négatives sur les aspects plus généraux des programmes d'assistance internationale des Nations Unies et des Etats-Unis. Le fonds de contrepartie pourrait être utilisé en spécifiant que le montant représente une avance contre les futurs décaisssements du Gouvernement zaïrois (hors salaire).

2. A moins que des mesures n'aient déjà été prises, il convient de rappeler au Gouvernement zaïrois son prochain engagement pris dans le cadre de l'Accord du Projet au niveau du financement de la distribution des SRO et des véhicules ainsi que les charges récurrentes pour l'entretien, l'essence, l'huile et les lubrifiants. Surtout en ce qui concerne les véhicules, il semble extrêmement important de prendre cette mesure avant leur expédition.

3. Autre solution possible, l'USAID peut envisager que la distribution initiale des SRO et véhicules peut être considérée comme investissement de base (devant être financé par le fonds de contrepartie) à la condition que le Gouvernement zaïrois convienne de verser les salaires et les crédits de fonctionnement tel qu'il est stipulé dans l'Amendement No. 5 de l'Accord du Projet. En ce qui concerne les SRO, cela assurerait que le concept de renouvellement inhérent à cette nouvelle contribution de "démarrage" soit reconnu.

4. Si le Gouvernement zaïrois ne peut pas tenir son engagement pris précédemment l'USAID devrait soit utiliser les véhicules pour d'autres activités prévues soit les remettre à AID pour être envoyés à d'autres pays. Les fonds libérés pourraient être utilisés à d'autres fins du projet PEV ou du programme USAID/Zaïre.

Polio Plus

Rotary International, dans le cadre d'une action mondiale, espère éradiquer la poliomyélite de la même manière que les campagnes sanitaires internationales précédentes ont éliminé la variole. Le "Plus" signifie que le Rotary pense que la polio doit être confrontée dans le cadre plus large des maladies de l'enfance. La poliomyélite reste cependant l'orientation de Rotary.

Pour la campagne de cinq ans, Rotary International a affecté 1,72 millions de dollars au Zaïre. Des sommes bien plus modestes seront versées par les 14 clubs du pays, dont 3 sont situés à Kinshasa. En outre, les membres vont participer à d'autres activités qui ne sont pas encore spécifiées pour mobiliser et sensibiliser la population cible.

Selon le Président de Polio Plus local de Rotary, 80.000 dollars ont été affectés à ces efforts, plus 25.000 dollars pour les divers types d'évaluation. Les 1,615 millions restants sont mis à la disposition de l'UNICEF/New York pour l'achat de vaccins antipoliomyélites. Cet arrangement, selon le Président est fait à la condition que l'UNICEF, qui a jusqu'à présent fourni gratuitement les quantités nécessaires de vaccins antipoliomyélite, utilisera les fonds libérés pour d'autres activités d'UNICEF au Zaïre. Aucun détail n'a été communiqué au PEV ou au Rotary/Zaïre et jusqu'à présent il n'y a aucun signe d'activités complémentaires de l'UNICEF liées au transfert de l'argent de Polio Plus. De la même manière, l'équipe n'a pas été en mesure d'obtenir une information précise à ce sujet de la part de l'UNICEF/Zaïre.

Un membre de l'équipe qui par hasard fait partie du Club Rotary a informé le Président que, suite à des insuffisasnces de fonds, le PEV serait incapable de faire parvenir les fournitures prioritaires sur le terrain. Le Président a remarqué que Rotary n'était pas au courant de la chose et il pensait que le comité local de Polio Plus serait prêt à utiliser les recettes d'un gala charitable tenu récemment pour aider à résoudre la situation. Il a également déclaré qu'il serait prêt à rencontrer régulièrement les responsables du PEV. Le Directeur du PEV est en train de prendre les mesures nécessaires.

RECOMMANDATION

Dans la mesure où les problèmes de financement du PEV/CCCD demandent une assistance non-prévue, l'USAID pourrait encourager les autorités zaïroises à s'enquérir régulièrement auprès de l'UNICEF/Rotary en ce qui concerne la disponibilité des fonds libérés grâce au financement de Rotary International des vaccins antipoliomyélites de l'UNICEF.

Soins de santé préventifs en tant que priorité du Gouvernement zaïrois

L'équipe n'a pas été en mesure d'obtenir les chiffres récents du budget zaïrois. Par conséquent, il n'était pas possible de déterminer quel était le pourcentage de fonds affecté au ministère de la Santé. Le dernier budget complet du ministère de la Santé, c'est-à-dire pour 1986, a été donné par le PEV. Il indique que le Conseil exécutif a affecté 309 millions de zaïres au ministère de la Santé. Sur ce chiffre, le PEV devait recevoir 11,3 millions de zaïres (approximativement à l'époque, 200.000 dollars). En supposant qu'il y a 6 millions d'enfants de moins de 5 ans, cela revient environ à 3,3 cents par enfant. Ce chiffre semble indiquer que la santé préventive ne constitue pas la priorité des priorités.

Contributions budgétaires du Gouvernement zaïrois

Comme le présent rapport l'indique, la contrainte la plus importante à la mise en oeuvre efficace du projet est l'éternel manque de contributions du Gouvernement zaïrois. Le problème ne se limite pas à cela. Au contraire. Il touche à toutes les facettes des opérations du Gouvernement zaïrois et se répercute sur la plupart des projets de développement. Les causes sont macroéconomiques et sont traitées dans un contexte plus large d'efforts de

bailleurs de fonds menés par le Fonds monétaire international qui cherche à restructurer et stabiliser l'économie. Il est difficile de faire des comparaisons des engagements et des contributions effectives du Gouvernement zaïrois d'une année à l'autre. Les taux de change sont différents. Ils sont soit libellés en monnaie zaïroise soit en dollars EU, sont changés au milieu de l'année par des amendements à l'Accord du Projet et ne tiennent pas compte des effets différentiels de l'inflation sur diverses parties du budget.

Le budget zaïrois distingue entre le budget ordinaire (qui est subdivisé en salaires et dépenses de fonctionnement) et le "budget d'investissement". La demande de budget commence au PEV, pour être finalement approuvé par le Conseil Exécutif, d'habitude pour un montant qui n'a que peu à voir avec la demande de départ. Jusqu'à là cette méthode ne diffère pas des pratiques budgétaires habituelles. La grande différence se situe à l'étape prochaine qui consiste à débloquer les montant qui ont été destinés au PEV. Les dossiers montrent que les montants souvent ne sont pas débloqués, quelquefois tout simplement ignorés et/ou faits de manière arbitraire qui n'ont rien à voir avec le budget approuvé. Cette situation est encore davantage compliquée par le fait que le Gouvernement zaïrois augmente occasionnellement les salaires ou les prestations spécifiques. Par exemple, le salaire de base a été récemment augmenté pour passer de 480 zaïres par mois (actuellement 2,30 dollars) à 1.500 zaïres (7,15 dollars). Ces augmentations doivent être absorbées par les fonds qui sont disponibles. En plus, le PEV a été forcé de reclassifier certains de ses employés des niveaux les plus bas.

Ces facteurs font que le paiement mensuel des salaires n'est pas toujours effectué surtout après que tout le personnel de Kinshasa a été payé en entier selon la coutume locale. Par conséquent, le personnel sur le terrain (antennes) doit se satisfaire de ce qui reste. Cela peut prendre la forme de paiements partiels ou omis.

A son tour, le terrain se donne des avances contre les paiements de salaires non-reçus à partir des recettes de ventes, des SRO et de chloroquine. Cela a épuisé les capitaux des fonds de roulement qui doivent servir au réapprovisionnement des stocks de SRO et de chloroquine en plus du financement des dépenses de fonctionnement et de supervision.

Le tableau ci-après a été élaboré à partir des années disponibles. Bien que probablement il ne soit pas exact, il montre le problème et l'ampleur des manques de contributions du Gouvernement zaïrois (en millions de zaïres).

	1987			1988			1989	
	a	b	c	a	b	c	a1	a2
Salaires	60	11	15	60	41	11,8+	75	179
Opérations	33	8	-	34	33	6,3++	46	109
I.B.	12	5	5	40	5	-	104	249
Total	105	48	20	134	89	18,8	225	537
En $EU			357			141*		622
Accord projet			353			518**		622

Explications:

I.B. = Budget d'investissement

a = Montant demandé
b = Montant affecté
c = Montant débloqué

a1 = Demande de budget pour 1989
a2 = Demande de budget pour 1989 en utilisant un facteur d'inflation de 2,38, tel que conseillé par le plan

* - 30 septembre 1988
** - Amendement No. 5 à l'Accord du projet de juin 1988

\+ - Annuel - débloquements mensuels ont été réguliers
++ - Annuel - pas de débloquements depuis mai

Taux de change: ($EU : Zaïre)
1987 - 1 : 56
1988 - 1 : 133

Le ratio favorable en 1987 du montant débloqué: l'Accord de Projet doit recevoir la conversion de la contribution (en zaïres) à 56 zaïres au dollar qui est 50% de moins que le taux officiel le 1er janvier 1987.

Par conséquent, l'USAID a utilisé le taux en vigueur au début de l'année. Il est quelque peu ironique de penser que cela garantit pratiquement que les contributions du Gouvernement zaïrois se fonderont sur le taux de change le plus faible pour les 12 mois à venir. En utilisant un taux qui sera dévalué de 100% au cours de l'année (le ministère du Plan, dans ses instructions budgétaires 1989, suppose un facteur d'inflation de 2,38) et qui déjà ne représente que 70% du taux du marché financier, les indications montrent qu'il y aura déficit même si la contribution du Gouvernement zaïrois est versée en intégralité. Il convient de noter que l'accord de projet spécifie que la contribution du Gouvernement zaïrois représente un minimum. (Note: les budgets du fonds de contrepartie qui sont fondés sur le même taux de change ont été augmentés pendant l'année).

L'USAID, aussi bien oralement que par écrit, a porté à l'intention des ministères de Gouvernement la crise actuelle en matière de financement. Le dossier montre des copies de lettres écrites par le ministères de la Santé au ministère du Plan ainsi qu'au Premier ministre. Il n'y a pas eu de réponse.

Le rapport de 1985 suggère un engagement plus fort de toutes les parties zaïroises concernées par le processus budgétaire du PEV. La signature du ministère de la Santé, en ce qui concerne les obligations financières qu'il ne peut pas garantir, pourrait être complétée par celle des ministres responsables pour l'approbation et le débloquement des fonds.

Les Accords de Projet sont perçus comme des documents unilatéraux préparés par l'USAID. Par exemple, le PEV affirme qu'on lui a donné 24 heures pour étudier l'amendement No. 5 avant qu'il n'ait été signé par le Ministre. L'USAID, par ailleurs, indique que la plupart des chiffres, y compris les contributions, ont été données en grande partie par le PEV.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. Revoir les tableaux de contributions sur une base trimestrielle pour tenir compte des réalités économiques (le secteur commercial révise constamment ses prix).

2. Faire participer les responsables du PEV, du ministère de la Santé, de la Planification, de la Budgétisation pour déterminer les conditions et les contributions du Gouvernement zaïrois au budget du PEV.

3. Reconnaître que le PEV n'a que peu de contrôle sur ces plafonds budgétaires et le non-paiement des salaires et des autres contributions par le Gouvernement zaïrois. Les remontrances doivent être adressées aux sphères les plus élevées du Gouvernement. Les responsables du PEV déplorent autant la situation que l'USAID. Chercher à continuer des relations de travail constructives et à des solutions budgétaires.

Options pour l'USAID

Dans le cadre d'une situation de développement classique, l'USAID apporte la part critique aux projets hautement prioritaires et réduit ses ressources au fur et à mesure que le Gouvernement hôte assume les siennes. A la fin de l'engagement d'AID, un projet devrait être complété du point de vue institutionnel et capable de se maintenir comme un programme public.

L'équipe n'a rencontré personne au Zaïre qui peut prévoir le moment où le PEV pourra être complètement assumé par le Gouvernement zaïrois. Dans un pays de cette taille assailli de problèmes qui occupent un rang de priorité politique plus élevé que la santé préventive, on peut se demander s'il est raisonable de penser que des activités de 6 ou 10 ans permettent d'établir des programmes sociaux et sanitaires susceptibles de se prolonger.

Si un Gouvernement hôte montre, quelles que soient ses raisons, un engagement insuffisant à l'encontre d'un projet d'infrastructure, de l'élaboration d'un manuel ou un effort de privatisation, le bailleur de fonds peut se retirer. Les contributions insuffisantes du Gouvernement à une activité qui cherche à sauver la vie des enfants ou des infirmités à vie relèvent d'une autre question.

Les rapports du PEV indiquent de bons accomplissements. Ce projet a évolué en une organisation compétente qui dispose de professionnels de la santé qualifiés et a atteint nombreux des objectifs du projet. Dans ce sens, on peut l'appeler un projet de développement plutôt réussi.

L'impasse du côté financement ne justifierait pas que l'on abandonne les enfants du Zaïre. C'est là la propre conclusion de l'équipe et son interprétation du discours de l'Administrateur d'AID, à Bellagio, cette année. Dans le cable du Département d'Etat 270257, le cable était résumé tel que suit:

"Le discours de l'administrateur a communiqué son souhait que nous restions engagés face à la survie de l'enfant .... (comme) étant le meilleur moyen de les garder en bonne santé et vivants. Il a exprimé son sentiment face au besoin de rester engagés pour soutenir les bénéfices de la survie de l'enfant ... les difficultés de cette tâche ne devraient pas être sous-estimées ... l'engagement sera tenu ... AID tient la distance."

Dans ce contexte, il est assez clair qu'AID envisage le CCCD comme un effort humanitaire plutôt qu'une activité de développement. Il en est de même pour l'UNICEF et Polio Plus. Des termes tels que "pérennité" et "développement" sont rarement mentionnés par AID et jamais utilisés dans les collectes de fonds de l'UNICEF et de Polio Plus.

L'équipe ne pense pas que les ressources de l'USAID devraient chaque fois combler les déficits dans les contributions du Gouvernement zaïrois. Aucun montant des bailleurs de fonds ne peut compenser le manque d'engagement tangible de la part du pays hôte. (Un membre de l'équipe a assisté à l'effondrement de la campagne de vaccination contre la rougeole en Afrique de l'Est au début des années 60 quand le soutien d'AID a été progressivement éliminé; l'on n'a simplement pas pu mettre en place la priorité nécessaire parmi les autres priorités du pays).

L'équipe préconise un compromis entre l'élimination progressive du projet et encore une fois la supposition du côté des bailleurs que le Gouvernement zaïrois va répondre à ses engagements. L'on propose d'étendre le niveau d'assistance actuel et de diminuer les opérations à un niveau qui tient compte de l'incapacité du Gouvernement zaïrois à payer ne serait-ce que les salaires de base en nombreux cas. En même temps, il est important de maintenir la capacité de soutenir et de consolider les principales réalisations du projet et de sauvegarder le cadre (surtout la chaîne de froid) permettant une expansion du projet une fois que le Gouvernement zaïrois peut appuyer des efforts accrus.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. En vue de l'incapacité du Gouvernement zaïrois à appuyer l'ampleur de l'effort actuel, un moratoire devrait être placé sur l'adjonction de zones complémentaires.

2. Les zones qui ont été activées mais qui ne sont pas encore complètement fonctionnelles ou qui réalisent un travail marginal devraient se limiter aux activités de chaîne de froid.

3. Aucun véhicule ou motocyclette ne devrait être distribué s'ils ne peuvent être entretenus et exploités sans décapitaliser les fonds de roulement pour les SRO et la chloroquine.

4. Les SRO et la chloroquine devraient être réévalués pour permettre une marge bénéficiaire raisonable pour financer les dépenses de fonctionnement, y compris la supervision.

5. Le PEV/K devrait catégoriquement interdire à tout bénéficiaire des primes du fonds de contrepartie de toucher des avances sur salaires à partir des ventes des SRO et de la chloroquine à moins qu'elles ne puissent être prélevées sur les bénéfices des ventes après provisions pour remplacement des stocks et dépenses de fonctionnement. Toute infraction, outre les sanctions administratives, devraient entraîner le refus de verser les montants correspondants des primes de l'antenne.

6. Les coordinateurs médicaux régionaux, lorsque c'est nécessaire, devraient recevoir une formation intense portant sur la gestion et la supervision des antennes en insistant notamment sur l'administration des stocks, les comptes de trésorerie et la simple réconciliation des comptes et des stocks.

7. Le PEV/USAID et les autres bailleurs de fonds devraient conjointement élaborer des plans de réserve pour l'expansion ou la contraction du projet qui peuvent être rapidement mis en place suivant les réalités financières.

Gestion du PEV

Processus de planification/Plan quinquennal

Le document de planification montre que le PEV comprend entièrement les aspects théoriques de la planification de programmes. L'examen fait par l'équipe du plan de 1989-1993 indique une solide préparation des différentes sections. Bien que l'on n'ait pas eu le temps d'examiner le volumineux document en détail, il représente un effort important pour traduire les objectifs du programme en besoins du point de vue ressources et budget. Le plan, bien que mécaniquement solide et conséquent du point interne, n'est pas réaliste. A part une sous-estimation probable de l'inflation future, un tableau qui indique les ressources prévues sur la base des provisions de

l'Accord du Projet et un accord avec l'UNICEF laisse 59% des coûts projetés non-couverts pour 1989; pour 1990 ce chiffre s'élève à plus de 66%.

Il est un fait que le Gouvernement zaïrois n'a pas été en mesure de répondre ses engagements. Par conséquent, dépendre des fonds prévus est déjà problématique. Le document ne mentionne pas comment les déficits prévus, supérieur de 50% au financement disponible, peuvent être comblés.

Un autre aspect du PEV mérite une plus grande attention: les apports du terrain sont encore insuffisants bien que des progrès aient été faits surtout à l'initiative du nouveau directeur. Certaines antennes répondent aux demandes, d'autres ne font pas de contributions, prétendent qu'elles n'ont pas eu les communications pertinentes ou, comme on a pu le constater pendant l'une des visites sur le terrain, ne se sont pas qualifiées pour accomplir la tâche. Des directives complémentaires sont nécessaires.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1) Les futurs budgets du programme devraient être assortis d'"enveloppes décisionnelles" qui supposent toute la gamme de possibilités allant d'un plan de financement inégal aux pires scénarios. Chaque ensemble devrait clairement indiquer ses priorités internes. Cela fournira des provisions pour imprévus s'il y a changement pendant l'année budgétaire.

2) Les coordinateurs médicaux régionaux ont besoin d'une formation spécialisée en matière d'administration de l'antenne. Ils pourront à leur tour former et guider le personnel de l'antenne pour les aider à préparer les plans et budgets et, bien sûr, à revoir les présentations de documents avant de les transmettre au PEV/K.

Administration/gestion financière

Le PEV dispose d'ordinateurs et d'opérateurs formés. Pourtant, il vit encore dans l'âge préinformatique pour tous les aspects de la gestion interne. La dernière évaluation conseillait vivement que des mesures rapides soient prises pour informatiser le paiement des salaires, les dossiers comptables, les méthodes de budgétisation, les stocks et l'acquisition, la planification suivie des activités, le contrôle des véhicules, etc. Aucun progrès n'a été fait dans ce domaine. Cela est difficile à comprendre étant donné que le dernier responsable technique des CDC a été décrit comme un géni informatique et, en plus, un expert informatique expatrié a été envoyé dans le cadre d'un contrat de deux ans. Le matériel informatique nécessaire pour les programmes (la plupart peuvent être obtenus sans autorisation spéciale) aurait dû être acheté dans les trois ans qui se sont passés depuis que l'on a dit à la dernière équipe que l'informatisation était "sur le point de se faire". L'on a entendu la même remarque cette fois. Le côté américain devra accepter la responsabilité de ces lacunes.

Gestion financière

Un audit récent soulignait un certain nombre d'imperfections. Certains résultats sont contestés par le PEV. Les discussions avec le personnel de contrôle de l'USAID indiquent que l'on suit de près les résultats et les recommandations de l'audit et que l'on disposera peut être d'une assistance d'un expert à court terme. L'équipe est satisfaite de voir que le vérificateur des comptes et le PEV coopèrent pour résoudre ces questions.

Le PEV n'a apparemment pas encore adopté un système de comptabilité d'exercice. Les rapports d'états financiers semblent se limiter aux provisions budgétaires, aux dépenses réglées et aux soldes. Déterminer les articles "en transit" (réserves administratives) demande une compilation article par article. Le bureau financier du PEV a un nombre impressionnant de dossiers avec des données détaillées sans fin couvrant aussi bien Kinshasa que les diverses antennes. Cependant, ces données ne sont pas organisées de manière à étayer régulièrement des décisions rapides en matière de gestion. Si l'on veut s'assurer que ces centaines de documents servent à une fin et ne soint pas une fin en eux mêmes, il faut informatiser la gestion des rapports financiers. Cela exigera peut-être une assistance à court terme de la part d'un programmateur de systèmes. Cette expertise devrait être facilement disponible à Kinshasa.

Incitations pour le personnel

Suite aux difficultés financières que rencontrent partout les fonctionnaires, le moral du personnel du PEV est assez bas. L'on pourrait à cet effet envisager de mettre sur pied un simple programme de récompenses allant de lettres de louanges du style "employé du mois" à de petites récompenses en espèces. Ce programme devrait couvrir aussi bien le personnel de Kinshasa que le personnel du reste du pays.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. La priorité devrait être accordée à l'informatisation des rapports financiers, de programmes, administratifs et de logistiques, pour qu'ils puissent être des instruments de gestion.

2. Les rapports comptables doivent être faits sur la base de la comptabilité d'exercice.

3. Un simple système d'incitations devrait être mis sur pied.

Gestion du programme de l'USAID

Le projet du PEV/CCCD est soutenu à l'USAID par un contractant de la Division pour la santé et la population qui travaille sous la direction d'un responsable supérieur qui dispose d'une bonne expérience. Malheureusement, le premier qui avait une bonne connaissance de la santé et de la gestion et une expérience spécifique au Zaïre dans ces deux disciplines a dû quitter son poste pour des raisons d'urgence quand l'équipe est revenue du terrain. Diverses discussions indiquent qu'il y a eu des retards importants dans

l'approvisionnement d'articles de base. Un examen des dossiers ne montre aucune mesure de suivi et semblerait indiquer que ces difficultés relevaient d'éléments spécifiques non-liés aux achats plutôt qu'à des carences du système d'approvisionnement de l'USAID.

Evaluations

Un projet PEV a entrepris un nombre impressionnat d'évaluations. Bien qu'il ne fasse aucun doute que cela soit utile et réponde à des besoins bureaucratiques, les résultats doivent être soigneusement pesés par rapport aux demandes du point de vue personnel, temps, matériels et ressources financières pour réaliser ces activités au détriment des opérations continues. L'équipe recommande très vivement que les évaluations soient différées entre maintenant et l'évaluation de fin de projet.

Autres

L'état délabré des bureaux du PEV, et les meubles vieux, insuffisants et usés, en fait un mauvais environnement de travail. En l'absence des fonds du Gouvernement, des crédits du fonds de contrepartie devraient mis à la disposition du siège central du PEV pour que l'on puisse avoir des bureaux fonctionnels et propres grâce à une couche de peinture et à un nettoyage de la cour. L'environnement actuel n'incite pas à faire un travail efficace.

ANNEXE IV

Formation

A. Instruments de formation pour le PEV, le paludisme et la lutte contre les maladies transmissibles

En 1983, le PEV/CCCD a mis au point un ensemble de douze modules de formation pour les médecins chefs de la zone et les superviseurs des zones de santé. Les modules traitaient de sujets divers tels que l'organisation et la planification des zones de santé, les ressources humaines et financières, la gestion et les trois volets de la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance. En 1986, FONAMES a mis sur pied un autre ensemble d'instruments de formation qui s'inspirait beaucoup des modules du PEV/CCCD. Ces matériels se penchaient essentiellemen sur la gestion et, dans une certaine mesure, sur les autres volets des soins de santé primaires.

Etant donné que les domaines spécialisés sont traités par des programmes tels que CEPLANUT (nutrition), PSND (planning familial), etc., les modules de FONAMES ne couvrent pas tous les aspects techniques des soins de santé primaires. Le PEV a retenu trois des douze modules initiaux pour la formation technique. Ces modules sont en train d'être révisés pour y inclure les informations récentes sur la TRO et le paludisme. La version française du module sur le paludisme décrite par les CDC à Atlanta -- déjà testé et disponible -- devrait être adapté grâce à des essais avec les populations locales et devraient être incorporées aux modules centraux du PEV/CCCD. Etant donné l'orientation différente des programmes, il convient de réaliser séparément les modules de gestion de FONAMES et les modules techniques du PEV.

Les trois modules du PEV/CCCD sont de très bonne qualité tel qu'en atteste le niveau de connaissances et d'expérience constaté sur le terrain pendant l'évaluation. La révision périodique pour metre à jour les modules permet d'incorporer l'information technique et méthodologique la plus récente. Des objectifs clairement stipulés, un contenu technique approfondi, des guides de formation et des exercices pratiques font partie des modules.

Le matériel pédagogique à l'intention des infirmiers consiste surtout en une affiche pour l'évaluation et le traitement de la diarrhée et un jeu de 45 fiches techniques qui traitent de la vaccination, de la TRO et du traitement du paludisme. La méthodologie pour évaluer l'impact du programme par le biais d'une enquête auprès de 100 familles est incluse en tant que supplément aux 45 fiches techniques de base. Des techniciens de laboratoire sélectionnés qui sont affectés dans les postes de sentinelle aux fins de surveillance sont formés dans les zones par le chef de section de LAP (paludisme) en matière de chimiosensibilité grâce au matériel réalisé par l'OMS.

A l'exception de Kinshasa où la méthodologie d'enquête des 100 familles est très largement utilisée, très peu d'infirmiers dans les régions ont su se servir de cette méthodologie. La formation dispensée aux infirmiers doit

davantage se concentrer sur ce domaine. En outre, l'on peut se demander si le sujet tel qu'il est rédigé sur les fiches peut être facilement compris par les infirmiers A3 (infirmiers de niveau inférieur qu'on trouve généralement au niveau des centres de santé). Même les infirmiers A2, lorsqu'on leur a posé la question, on eu des difficultés à retransmettre l'information. Il convient de faire une version simplifiée à l'intention des infirmiers A3.

Les matériels utilisés par les infirmiers pour former les autres agents de santé sont notamment les dépliants sur la préparation de la solution sucre-sel et une brochure conçue pour être un guide pour la formation des mères en matière de TRO. Ce matériel peut être lu et compris avec un minimum d'instruction.

Si la qualité du matériel est bonne, la distribution par contre n'est pas satisfaisante. La plupart des matériels ne sont pas disponibles dans les centres de santé et sont, par conséquent, rarement utilisés sur l'ensemble du pays. Seulement quelques uns des infirmiers formés avaient les fiches de référence. Aucune des mères vues dans les centres des santé n'avait une brochure sur la préparation de la solution sucre-sel à la maison. L'on ne trouvait que les affiches sur la TRO dans la plupart des centres de santé et il s'agissait là d'une version ancienne. Un centre de santé, à moins d'une dizaine de kilomètres de son antenne, ne disposait d'aucun matériel.

Cela nous amène à la question plus large de l'échange d'information entre le bureau central du PEV/CCCD, de l'antenne de la zone et du centre de santé. Les fiches techniques, les affiches, les dépliants, les brochures et les copies d'un bulletin du PEV/CCCD se trouvent en grande quantité à un niveau alors qu'on en manque au niveau en-dessous. Certains médecins chefs de zone ne savaient pas qu'ils pouvaient au minimum demander des fonds auprès du PEV pour organiser une formation dans leur zone de santé. D'autres — aussi bien les médecins chefs de zones que ceux au niveau des centres de santé — ne connaissaient pas encore très bien les objectifs spécifiques du PEV. Il convient d'accorder une attention spéciale à la distribution de l'information et du matériel d'appui.

B. Suffisance et insuffisance de la formation

L'Accord de Projet stipule depuis 1985 un symposium annuel sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, pour la formation de 40 médecins chefs de zone, 40 séances de formation à l'intention d'infirmiers, deux séances de formation sur le tas pour les chefs d'antenne en 1987 et 1988. Les réalisations du programme n'ont su dans aucun cas atteindre les objectifs. Jusqu'à 1986, lorsque FONAMES est devenue la principale organisation de coordination, au moins 100 responsables de niveau supérieur, 174 médecins chefs de zone et 1.206 membres du personnel périphérique ont été formés en utilisant les modules du PEV/CCCD. Les changements effectués par la suite au niveau des responsabilités de la structure a jeté une certaine confusion dans l'esprit du personnel du PEV en ce qui concernait leur nouveau rôle dans la formation. Cela a abouti à la situation suivante: Aucun médecin chef de zone n'était formé au programme élargi de vaccination, les travaux de formation se sont surtout limités à la chimiosensibilité et à

la formation en TRO à l'hôpital de Mama Yemo à Kinshasa et au centre de formation de Bukavu. Il y a environ 6 mois, le PEV et FONAMES ont convenu que le PEV devrait recommencer à se charger de la formation technique portant sur le PEV, la lutte contre les maladies transmissibles et le paludisme. FONAMES resterait en charge de la coordination et de la formation.

Les médecins chefs de zone auxquels on a rendu visite pendant l'évaluation et qui avaient été formés dans les trois volets, avaient à leur tour formé certains des infirmiers chefs. Le pourcentage d'infirmiers formés se situait à environ dans une fourchette allant de 20% dans le Haut Zaïre à 60% dans le Bas Zaïre. Les médecins chefs de zone formés se sont montrés extrêmement enthousiastes pour former davantage d'infirmiers. Toutefois, deux grandes contraintes freinent cet effort:

- Les demandes pour des fonds aux fins d'organiser des séances de formation au niveau de la zone restent souvent sans réponse. Qui plus est, quand les fonds sont accordés, ils sont insuffisants et débloqués en deux étapes -- au début et à la fin des séances. Etant donnée l'inflation et les coûts qui augmentent au Zaïre, les montants devraient être accrus et payés intégralement au début de chaque programme.

- De manière plus générale, la plupart des centres de santé prévus n'ont pas été mis en service à cause d'un manque de fonds, de matériel et de personnel.

Il est clair qu'il reste énormément à faire du point de la formation des médecins chefs de zone et surtout celle des infirmiers. Cependant, si l'on regarde le côté positif des choses, la qualité de la formation technique dispensée jusqu'à présent aux médecins chefs de zone et aux infirmirmiers chefs est bonne. La qualité du service technique qu'ils fournissent en atteste: la chaîne de froid est généralement bien entretenue, les vaccins sont bien gardés et les instructions pour la stérilisation et les inoculations sont en général respectées.

Il n'existe aucune disposition pour une formation systèmatique des équipes sur le terrain et du personnel central portant sur les questions techniques et la gestion. La Division de formation a essayé de prévoir un certain nombre de séances de formation sur la base des opinions du personnel. Le calendrier n'est pas fondé sur une analyse des besoins en matière de formation. Une telle analyse devrait se fonder sur une description des postes, l'écart possible entre les résultats escomptés et les résultats effectifs et les progrès techniques importants.

C. Plan pour la stratégie de formation

Lorsque les 12 modules du PEV/CCCD ont été utilisés pour former les médecins chefs de zone, la formation était surtout centralisés à Kinshasa. FONAMES a adopté la stratégie le plus économique qui consiste à décentraliser la formation: des équipes de formateurs sont mis sur pied à Kinshasa, Kisangani et Luumbashi où actuellement les médecins chefs de zone sont

formés. Le PEV va dans le même sens. Cette nouvelle stratégie devrait démarrer en novembre 1988 dans le Kasai. Une formation décentralisée a déjà été essayée par SANRU et le PSND et s'est avérée assez réussie malgré des problèmes logistiques. Toutefois, il s'agit de noter que dans les deux cas, la formation a été donnée par des médecins et d'autres professionnels qui avaient suivi une formation dans le cadre de séances pour formateurs.

Le PEV a également une certaine expérience au niveau de la formation décentralisée, à savoir, en TRO, au niveau de l'Hôpital Mamo Yemo à Kinshasa ainsi qu'à Bukavu et Lulumbashi. Jusqu'à présent les résultats sont encourageants. Ces centres de formation régionaux pourraient être utilisés pour la formation portant sur les deux autres volets du programme. Les centres de santé pilotes qui prêtent des soins de santé curatifs eet préventifs devraient être créés aux niveaux de coordination régionale et devraient remplir deux fonctions.

- Apporter une formation et une démonstration des activités du PEV/CCCD, à savoir comment suivre les enfants qui ont des doses incomplètes de vaccins.

- Contribuer à l'autofinancement de la coordination régionale grâce par le biais de services payants pour. Il serait utile de faire des travaux de recherche pour explorer cette possibilité.

Au niveau de la zone, les travaux de formation sont laissés à l'initiative du médecin chef de zone. C'est à lui de décider s'il veut planifier des activités de formation pour ses infirmiers et les autres membres du personnel du centre de santé. Il devrait incomber au coordinateur régional d'aider chaque médecin chef de zone à mettre sur pied un plan de formation pour les infirmiers du centre de santé et de faire un suivi de cette formation.

Aux niveaux régional et sous-régional, les plans de formation devraient englober les inspecteurs médicaux respectifs et FONAMES, tel que discuté ci-après.

D. Relations de travail avec FONAMES

Tel que convenu par le PEV et FONAMES, le présent rôle de FONAMES est d'organiser une formation en matière de gestion et de coordonner les programmes de formation.

La coordination avec FONAMES est un aspect crucial étant donné que tous les autres projets de santé tels que le PSND, SANRU, CEPLANUT et FONAMES lui-même cherche à former les médecins chefs de zone dans leur domaine d'intérêt. Actuellement, il se peut que deux ou davantage de projets demandent à un médecin chef de zone d'assister en même temps à leurs différents stages de formation. L'on a également noté que les médecins chefs de zone passent trop de temps à suivre les différents stages de formation à Kinshasa. FONAMES, conjointement avec les inspecteurs médicaux régionaux devraient coordonner la formation pour les médecins chefs de zone et les superviseurs des zones de santé afin d'éviter tout chevauchement et

autres conflits. Les plans de formation au niveau de la zone devraient refléter un consensus entre le PEV/CCCD, FONAMES et l'inspecteur médical régional.

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. Mettre au point des plans de formations clairs pour les médecins chefs de zone et les aider à élaborer des plans pour leurs zones.

   a) Les médecins chefs de zone qui ont été formés par FONAMES depuis 1986 devraient être prioritaires pour la formation. Les plans de formation pour les trois volets du programme devraient être mis au point, conjointement avec FONAMES et les inspecteurs médicaux régionaux.

      Les médecins chefs de zone non-formés devraient d'abord suivre le stage de formation en gestion de FONAMES, puis participer à la formation technique du PEV/CCCD. La formation de FONAMES se concentre sur les techniques fondamentales en matière de planification et gestion des zones de santé.

   b) La coordination régionale et/ou l'antenne du PEV devraient clairement stipuler les objectifs de couverture pour chaque zone et, conjointement avec chaque médecin chef de zone, mettre sur pied des plans de formation spécifiques à l'intention des infirmiers et des autres membres du personnel sanitaire.

   c) Les autres personnels sanitaires dans les zones de santé, tels que les médecins et les superviseurs infirmiers, devraient également être formés pour les trois volets du PEV/CCCD.

2. Faire une analyse approfondie des besoins en formation pour les personnels central, régional et communautaire et utiliser les résultats pour préparer les futurs plans de formation. Entre-temps le PEV devrait s'occuper des éléments suivants:

   a) Concevoir deux fiches techniques complémentaires sur la collecte des données et l'achat de vaccins. Les fiches techniques sont en train d'être mises à jour. Les lacunes observées au niveau de la collecte et de la communication des données demandent qu'une formation soit dispensé en ce domaine. L'autre fiche technique devrait apprendre aux infirmiers combien de vaccins il faut commander par rapport à la population desservie.

   b) Prendre les dispositions nécessaires pour que les coordinateurs régionaux, les chefs d'enquête et les membres sélectionnés du personnel central participent à des ateliers sur la formation des formateurs.

3. Créer des centres de santé pilotes à un ou plusieurs sites de coordination régionale.

Les centres de santé pilotes devraient être utilisés pour la formation et, si possible, pour l'autofinancement. En plus d'assurer une formation et d'apporter une démonstration pour le PEV/CCCD, ils pourraient aider à financer la coordination régionale en demandant aux patients de payer pour les soins curatifs.

4. Réaliser du matériel pédagogique en quantité suffisante et s'assurer qu'il est distribué à toutes les zones et centres de santé qui sont en service.

APPENDICES

APPENDICE I

DESCRIPTION DES TACHES

PROJET ACSI-CCCD ZAIRE

A. But de l'évaluation

Le présent rapport constitue l'évaluation à mi-parcours du projet. Il a quatre objectifs. D'abord, de déterminer dans quelle mesure les activités du projet permettent de réaliser les buts et objectifs de celui-ci; deuxièment, d'évaluer la gestion et les activités ACSI-CCCD aux niveaux central, régional et périphérique; troisièment, de mesurer dans quelle mesure les activités ACSI-CCCD ont été intégrées à la structure existante des soins de santé primaires au Zaïre et dans quelle mesure les fonctions centrales et régionales du programme programme pourraient être appuyées et financées sans l'intervention de l'USAID; et enfin, quatrièmement, d'offrir une série de recommandations concrètes afin d'améliorer l'élargissement, la prestation et la pérennité des services ACSI-CCCD (y compris la formation, l'éducation sanitaire et la mise au point des systèmes d'information pour la santé) et d'accélérer leur intégration dans la structure des prestations de services de santé primaires étant donné les continuelles contraintes de ressources.

B. Méthodes et procédures

Chaque membre de l'équipe va examiner les documents pertinents et les amendements, examiner les documents de référence pertinents aux niveaux central et régional, visiter les services sélectionnés des autres formations sanitaires dans les zones rurales et urbaines dans un certain nombre de régions représentatives du pays, examiner les données de l'enquête et faire des interviews avec les personnes chargées de mettre en oeuvre le projet.

C. Les questions spécifiques devant être traitées par l'évaluation sont, entre autres:

C.1 Programme élargi de vaccination (PEV)

C.1.1. Examiner l'évolution du programme par rapport aux objectifs établis, surtout dans les domaines suivants:

- Couverture vaccinale: commenter sur les raisons de la faible couverture et la stratégie actuelle pour augmenter la couverture

- Mise au point de la chaîne de froid et des moyens de transport (utilisation de réfrigérateurs à pétrole ou à énergie solaire

- Procédures de stérilisation et stratégie une aiguille/une seringue/un enfant

- Respect du calendrier des vaccins.

C.1.2. Evaluer l'adéquation des objectifs (sont-ils trop ambitieux -- pas assez ambitieux?)

C.1.3. En utilisant uniquement les données disponibles, évaluer l'impact du programme en termes quantifiables. Identifier les contraintes pour évaluer l'impact global du programme, proposer des solutions.

C.2. Lutte contre les maladies diarrhéiques

C.2.1. Examiner les activités du programme par rapport aux objectifs établis, surtout dans les domaines suivants:

- Accessibilité des SRO (commentaire sur les implications pour le Projet CCCD de la production locale des SRO dans le secteur privé)

- Pourcentage de cas traités

- Pourcentage de cas traités correctement

- Mise au point et promotion d'une solution adéquate à domicile

- Centre de formation Mama Yemo: efficacité et rôle.

Evaluation

- Création et fonctionnement d'un centre de formation régional

C.2.2. Evaluer l'adéquation des objectifs

C.2.3. En utilisant uniquement les données disponibles, évaluer l'impact du programme en termes quantifiables. Identifier les contraintes à l'évaluation de l'impact global du programme, proposer des solutions.

C.3. Paludisme

C.3.1. Examiner les activités du programme par rapport aux objectifs établis, surtout dans les domaines suivants:

- Accessibilité de la chloroquine (et autres antipaludéens)

- Pourcentage de cas fiévreux traités

- Pourcentage de traitement correct

- Création et fonctionnement de postes de surveillance sentinelle pour le suivi de la chimiosensibilité

- Stratégie de chimioprophylaxie pour les femmes enceintes.

C.3.2. Evaluer l'adéquation des objectifs.

C.3.3. En utilisant uniquement les données disponibles, évaluer l'impact du programme en termes quantifiables. Identifier les contraintes à l'évaluation de l'impact global du programme, proposer des solutions.

C.4. Système d'information sanitaire

C.4.1. Est-ce que le système de collecte de données convient pour obtenir les données représentatives des zones de santé du projet?

C.4.2. Dans quelle mesure le système permet-il de suivre les progrès vers la réalisation des buts et objectifs du projet et l'évaluation de l'impact du programme?

C.4.3. Dans quelle mesure le système aide-t-il les responsables à identifier les contraintes à l'impact du projet?

C.4.4. Dans quelle mesure cette information est-elle utilisée pour la prise de décisions?

C.4.5. Evaluer l'utilité globale du système actuel.

C.5. Supervision

C.5.1. La supervision est-elle adéquate?

A) Equipe de terrain par niveau central
B) Zones de santé par équipes de terrain

C.5.2. Evaluer les instruments utilisés pour la supervision.

C.5.3. Dans quelle mesure la supervision permet-elle d'obtenir les données utiles pour suivre le progrès vers la réalisation des buts et l'évaluation de l'impact du programme?

A) Par zone
B) Pour le programme national

C.5.4. Dans quelle mesure est-ce que des données de la supervision sont utilisées pour la prise des décisions?

C.5.5. Définir la relation la plus productive du CCCD et du FONAMES en matière de supervision.

C.6. Education pour la santé

C.6.1. Commenter sur l'adéquation du matériel d'IEC (imprimés, télévision/radio, interpersonnel, et autres) pour le PEV, la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance et la lutte contre le paludisme aussi bien au niveau de l'agent de santé qu'au niveau des parents.

C.6.2. Evaluer l'innovation, ou le défaut d'innovation, en IEC.

C.6.3. Commenter sur les raisons qui ont fait qu'on n'a pas pu répondre aux délais de réalisation établis.

C.6.4. Déterminer si des tests ou recherches suffisants sont faits des réalisations d'IEC au moment de la mise au point afin d'assurer l'efficacité du produit fini.

C.6.5. Définir et évaluer la stratégie globale utilisée pour l'élaboration la distribution et l'évaluation du matériel d'IEC.

C.6.6. Identifier les maillons faibles du programme qui pourraient être améliorés grâce à un soutien du projet HEALTHCOM; quels sont les moyens les plus productifs pour une collaboration entre HEALTHCOM et CCCD.

C.7. Recherche opérationnelle

C.7.1. Dans quelle mesure les projets de recherche actuels traitent-ils des questions les plus pertinentes pour le progrès et l'impact du projet?

C.7.2. Dans quelle mesure les résultats de la recherche opérationnelle sont-ils utilisés pour l'administration du programme?

C.7.3. Evaluer la capacité de recherche du programme; est-ce que cette fonction devrait être développée ou partagée avec l'Ecole de Santé publique, à savoir, quel est le niveau d'activité de recherche opérationnelle qui convient au programme.

C.7.4. Evaluer la collaboration entre CCCD et le Projet PRICOR; commenter sur l'utilité de la recherche PRICOR prévue et proposée.

C.8. Gestion et administration

C.8.1. Examiner l'efficacité de la structure de direction du programme (comité directeur) en tant qu'organe décisionnel.

C.8.2. Evaluer le niveau et l'adéquation de la coordination entre bailleurs de fonds; identifier le domaine pouvant être renforcé.

C.8.3. Est-ce que la structure de gestion interne (l'organigramme) est approprié et efficace?

C.8.4. Est-ce que les procédures de contrôle financier sont compatibles avec la structure de gestion interne?

C.8.5. Est-ce que les dossiers budgétaires et comptables sont d'une qualité suffisante pour la gestion? Dans quelle mesure est-ce que ces rapports sont utilisés comme outils de gestion?

C.8.6. Est-ce que l'information sur la distribution des articles de base est d'une qualité utile à la direction? Dans quelle mesure cette information est-elle utilisée comme outil de la gestion?

C.8.7. Examiner et commenter le plan quinquennal 1989-1993.

C.8.8. Commenter sur la qualité et l'utilité de l'assistance technique à long terme et des consultations à court terme.

C.9. Pérennité

C.9.1. Dans quelle mesure les charges récurrentes du programme sont-elles financées par:

A) Bénéficiaires du programme
B) Gouvernement

C.9.2. Dans quelle mesure le programme devrait-il essayer de financer ses activités par le biais des ventes des SRO et de la chloroquine?

C.9.3. Identifier les différentes stratégies de financement aux niveaux régional et central.

C.9.4. Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles été intégrées dans la structure existante des soins de santé primaires; recommandations en vue de résoudre les conflits entre les divers buts du programme aussi vite que possible et travailler par le biais de la structure existante des soins de santé primaires.

C.9.5. Déterminer s'il des incitations aux niveaux central, régional et périphérique pour continuer les activités à la fin de l'assistance.

C.9.6. Est-ce que les responsables du programme ont fait preuve de capacité à:

A) Mettre en place des groupes de soutien nationaux et internationaux

B) Identifier et résoudre les nouveaux problèmes

C) Mobiliser les ressources nationales et internationales

D) Utiliser efficacement le temps.

C.9.7. Dans quelle mesure les bénéficiaires sont-ils encouragés à participer à la gestion du programme, du moins au niveau prestations?

C.9.8. Est-ce que la formation sur-le-tas et la formation continue sont des interventions efficaces et régulières du programme?

C.10. Formation

C.10.1. Evaluer les instruments de formation pour le PEV, la lutte contre le paludisme et les maladies transmissibles de l'enfance.

Pour les divers groupes cibles:

A) Personnel
B) Médecin chef de zone
C) Infirmier/autre personnel de santé

C.10.2. Commenter sur la suffisance ou l'insuffisance de la formation sur-le-tas dans tous les domaines du programme, y compris la gestion et l'administration pour:

A) Equipe du terrain
B) Personnel central

C.10.3. Evaluer le plan stratégie de formation, y compris les dispositions concernant la formation en cours d'emploi concernant les derniers progrès, technologies et stratégies.

C.10.4. Définir la relation la plus productive du CCD et de FONAMES en matière de formation.

C.11. Supervision du projet

C.11.1. Examiner le niveau d'adéquation de l'administration et du soutien de l'USAID et des CDC pour le suivi des réalisations, l'approvisionnement en produits de base, le suivi financier, l'assistance technique et évaluer l'adéquation des procédures établies pour le soutien du projet.

C.11.2. Déterminer si une prorogation du projet se justifie et pour combien de temps; discuter des changements dans l'accord actuel du projet en cas de prorogation.

APPENDIX II

Vaccinations Effectuees, Zaire 1977-87

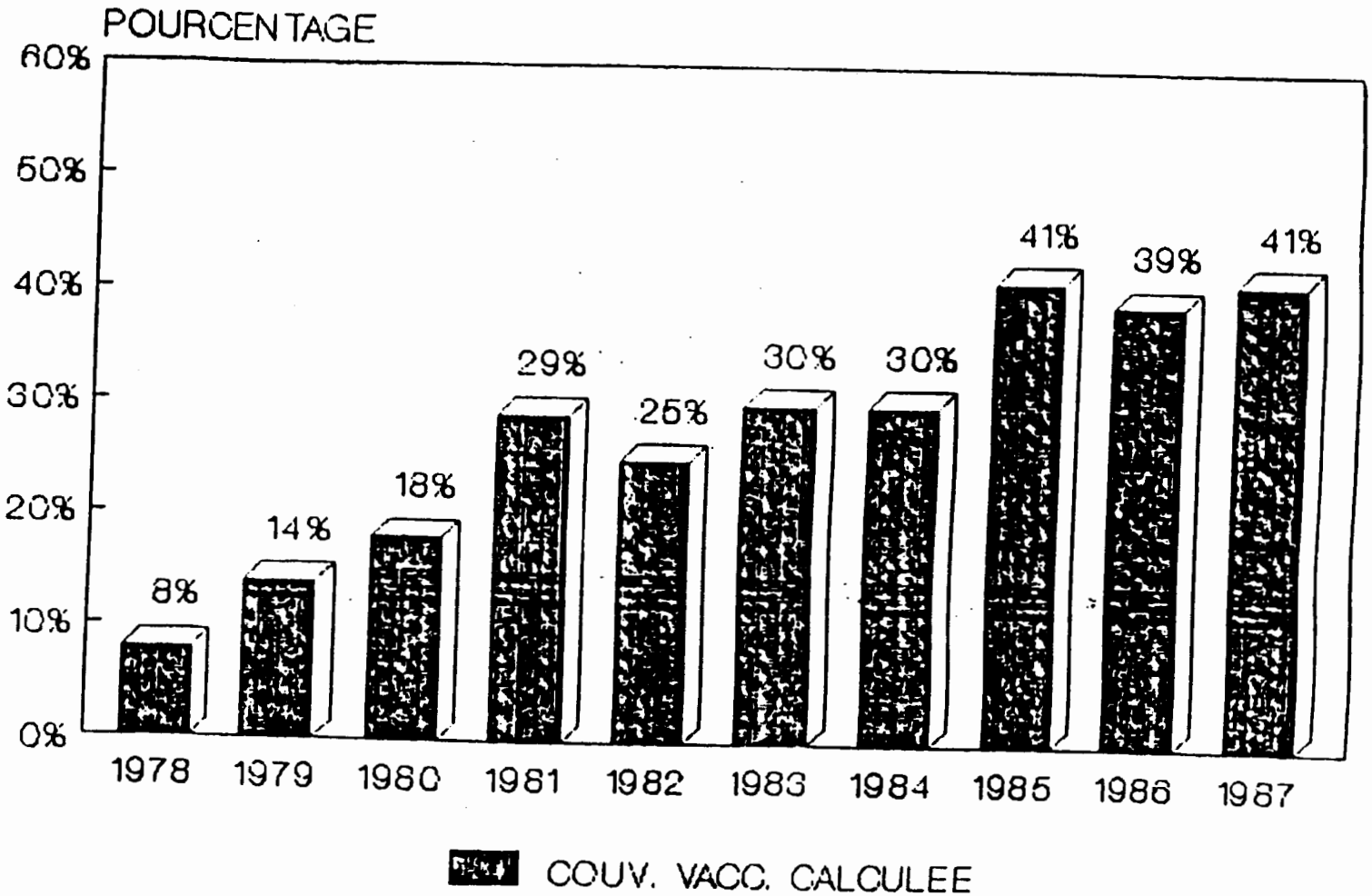
VACCINS	1982 0-11	1982 >1AN	1982 TOTAL	1983 0-11	1983 >1AN	1983 TOTAL	1984 0-11	1984 >1AN	1984 TOTAL	1985 0-11	1985 >1AN	1985 TOTAL	1986 0-11	1986 >1AN	1986 TOTAL	1987 0-11	1987 >1AN	1987 TOTAL
BCG	461618	284743	746361	563613	300028	863641	562217	342268	904485	702233	315433	1017666	662681	299145	961826	702552	252771	955323
DTC1			441512			572185			575700	638121	45150	683271	556617	204732	761349	628311	181163	809474
DTC2			312512			425061			461032	550465	104380	654845	485395	156997	642392	551128	145054	696182
DTC3			264017			360641			378151	453483	92401	545884	401803	145335	547138	469398	139425	608823
POLIO0										154338		154338	264684		264684	315500		315500
POLIO1			438326			565868			558488	607576	111984	719560	576146	206845	782991	635029	178261	813290
POLIO2			316726			432862			436473	493686	88251	581937	489506	159717	649223	553962	147418	701380
POLIO3			265649			373411			370870	410116	88251	490574	415177	160591	575768	467698	141748	609446
ROUGEOLE	211706	60564	543125	341573	304559	646132	349562	268620	618182	493947	80458	829894	492814	321163	813977	510043	307443	817486
TETANOS1			676932			786843			487755		335190	594959			496875			509009
TETANOS2									335574			439786			347291			360269
RAPPEL												20468			113483			162020

Couverture Vaccinale Calculee par Region en 1987

REGIONS	POP. TOT.	POP.<1AN	BCG	VAP1	VAP3	DTC1	DTC3	VAR	VAT
KINSHASA	3136341	125454	107	87	80	85	78	74	93
BAS-ZAIRE	2127650	85106	62	62	44	59	42	47	44
BANDUNDU	3996514	159861	48	42	19	40	27	36	35
EQUATEUR	3656848	146274	50	49	32	49	34	40	41
HAUT-ZAIRE	4536109	181444	38	36	23	37	23	25	23
KIVU	5813002	232520	52	51	42	51	41	38	39
SHABA	4232905	169316	37	34	26	33	26	31	20
KASAI OR.	2584716	103388	61	52	37	51	38	37	50
KASAI OCC.	2377086	95083	51	41	24	43	25	40	40

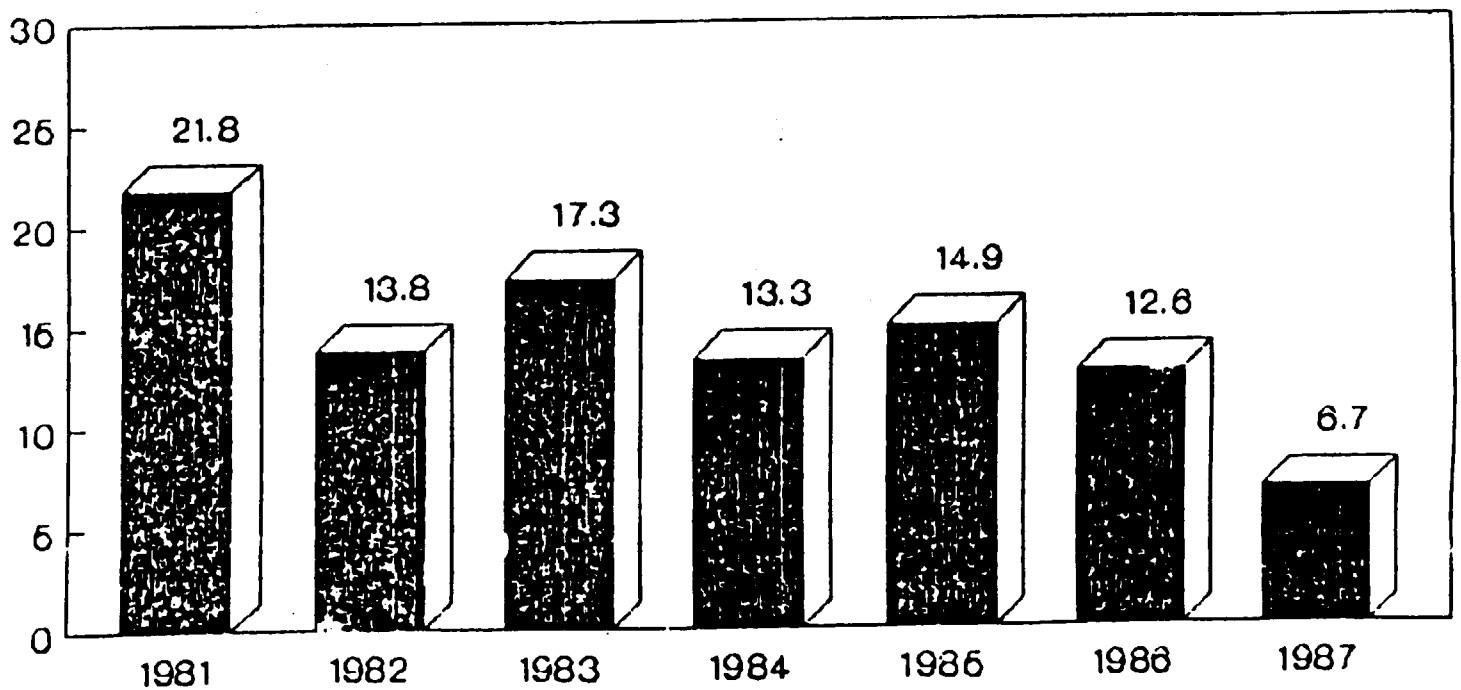
EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE ANTIROUGEOLEUSE

ZAIRE 1978-1987



PREVALENCE DES CAS DE ROUGEOLE SIGNALES
POUR 1.000 ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

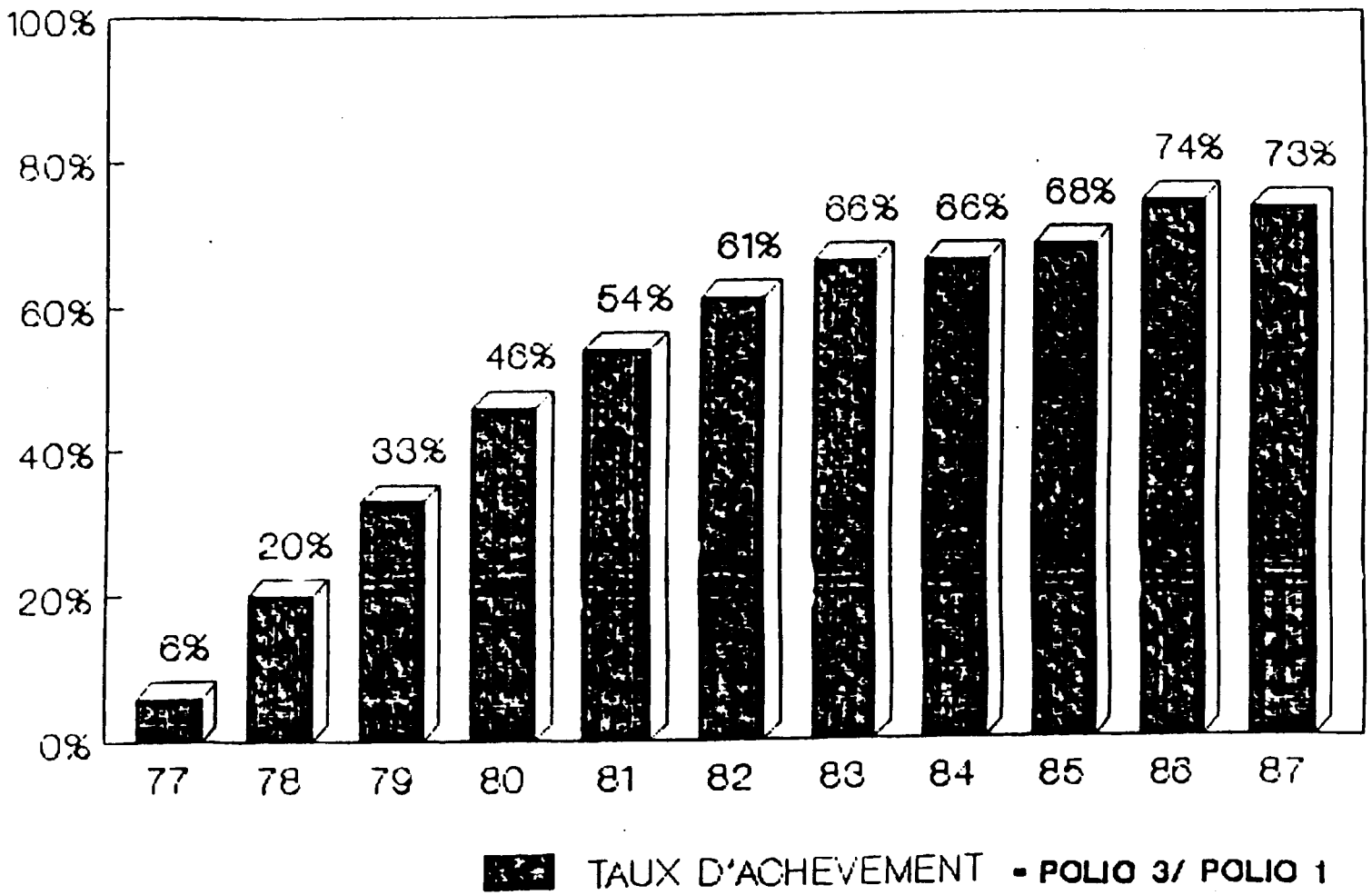
Kinshasa



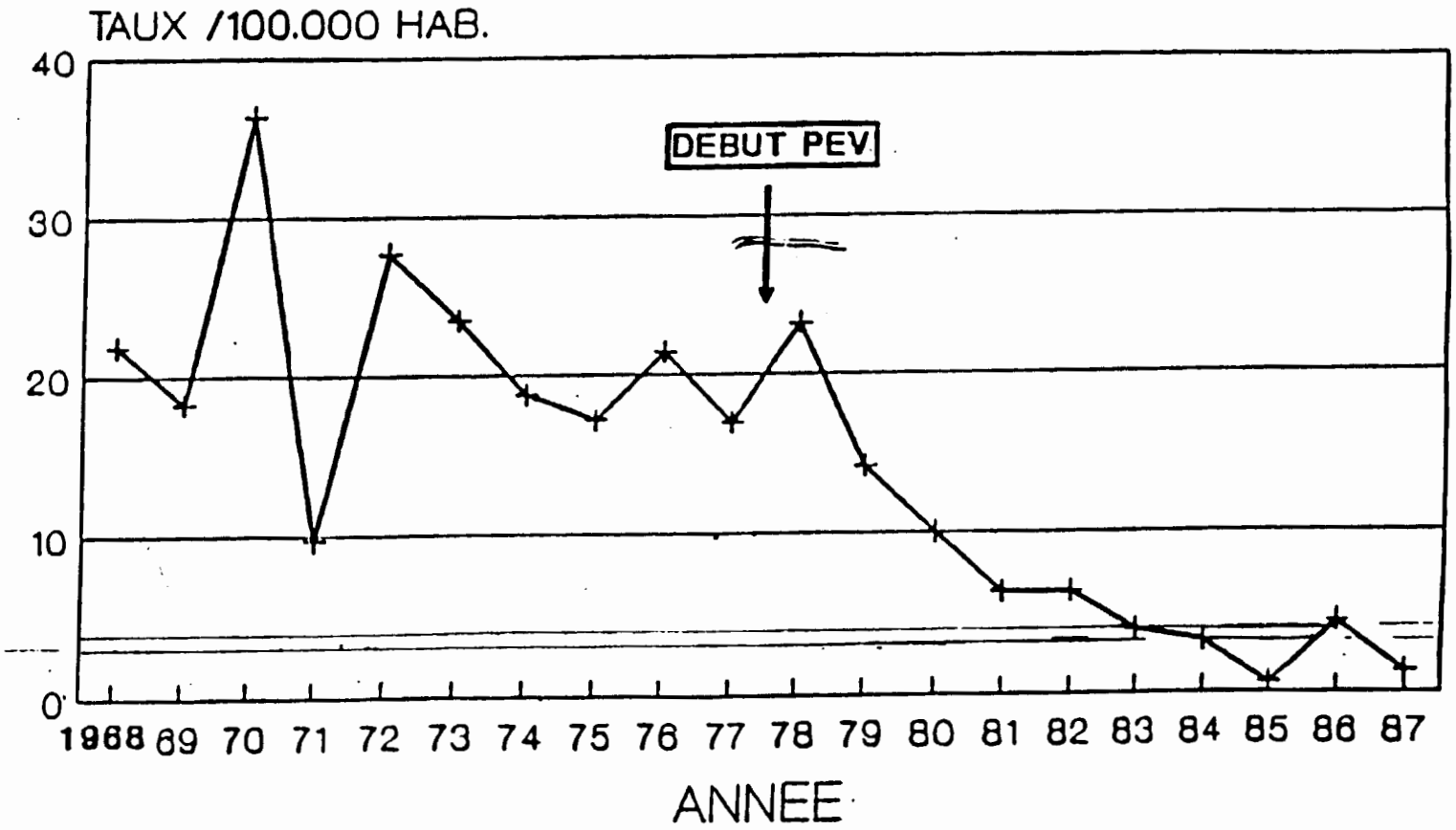
ANNEE

SITES DE SURVEILLANCE SENTINELLE

TAUX D'ACHEVEMENT POLIO 3
ENFANTS 0-23 MOIS
ZAIRE 77-87

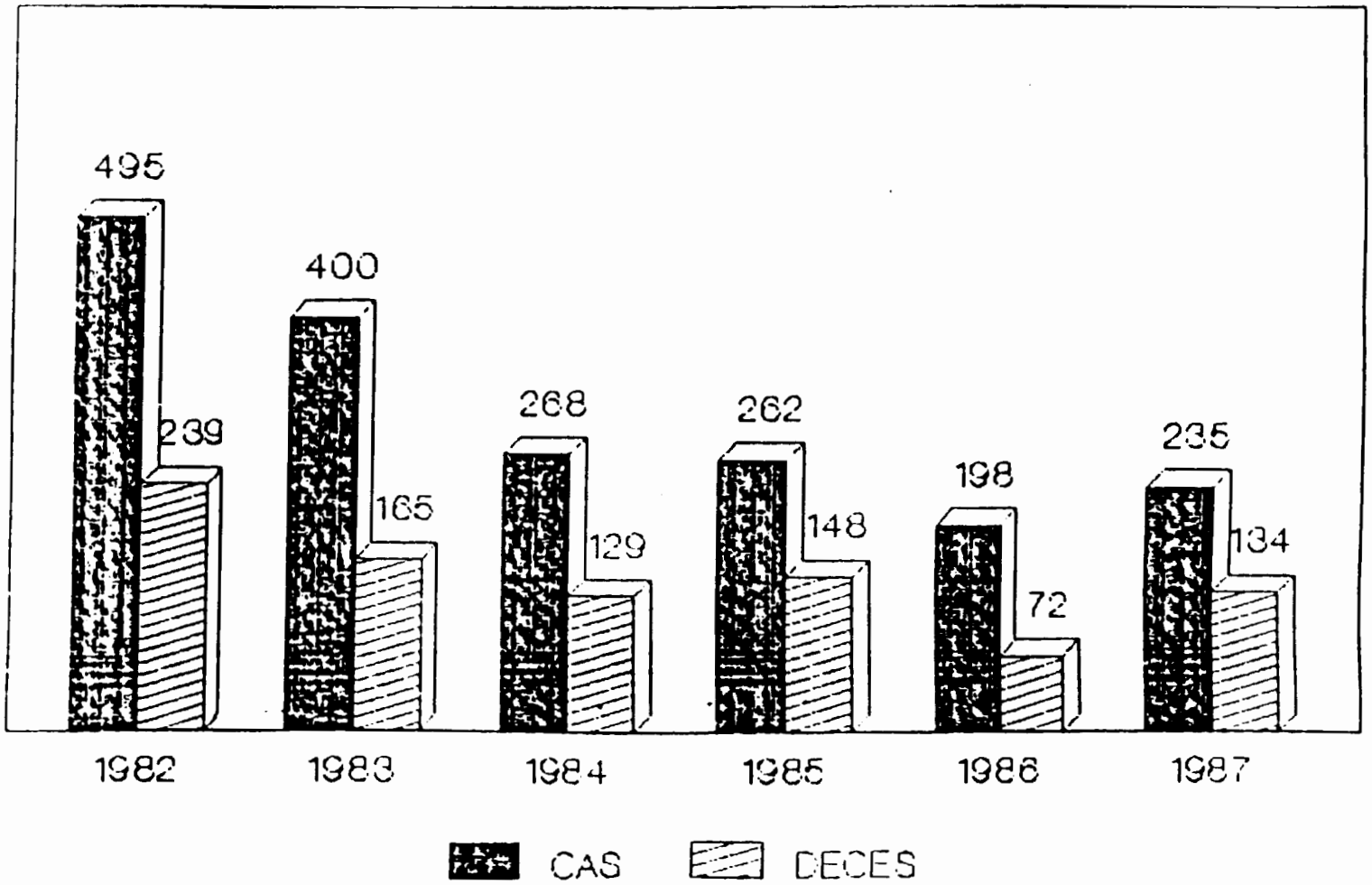


TAUX D'ATTAQUE DE POLIO PARALYTIQUE *KINSHASA*, 1968-87(*).



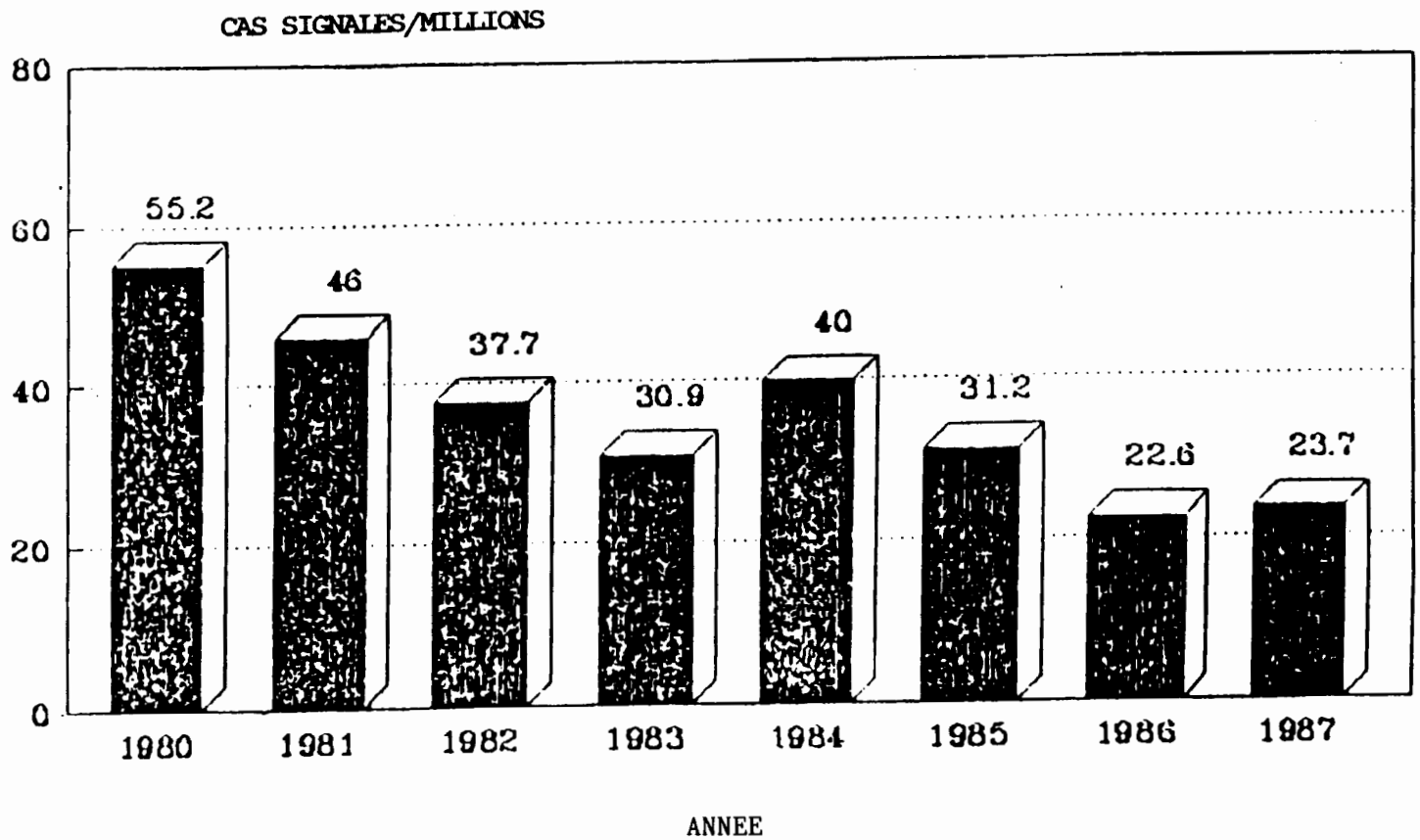
(*)SOURCE:DONNEES DU CRHP/GOMBE
POSTE SENTINELLE DU PEV.

MORBIDITE ET MORTALITE DUES AU TETANOS,ZAIRE,1982-1987



PREVALENCE DES CAS DE TETANOS
SIGNALES A KINSHASA

1980-1987

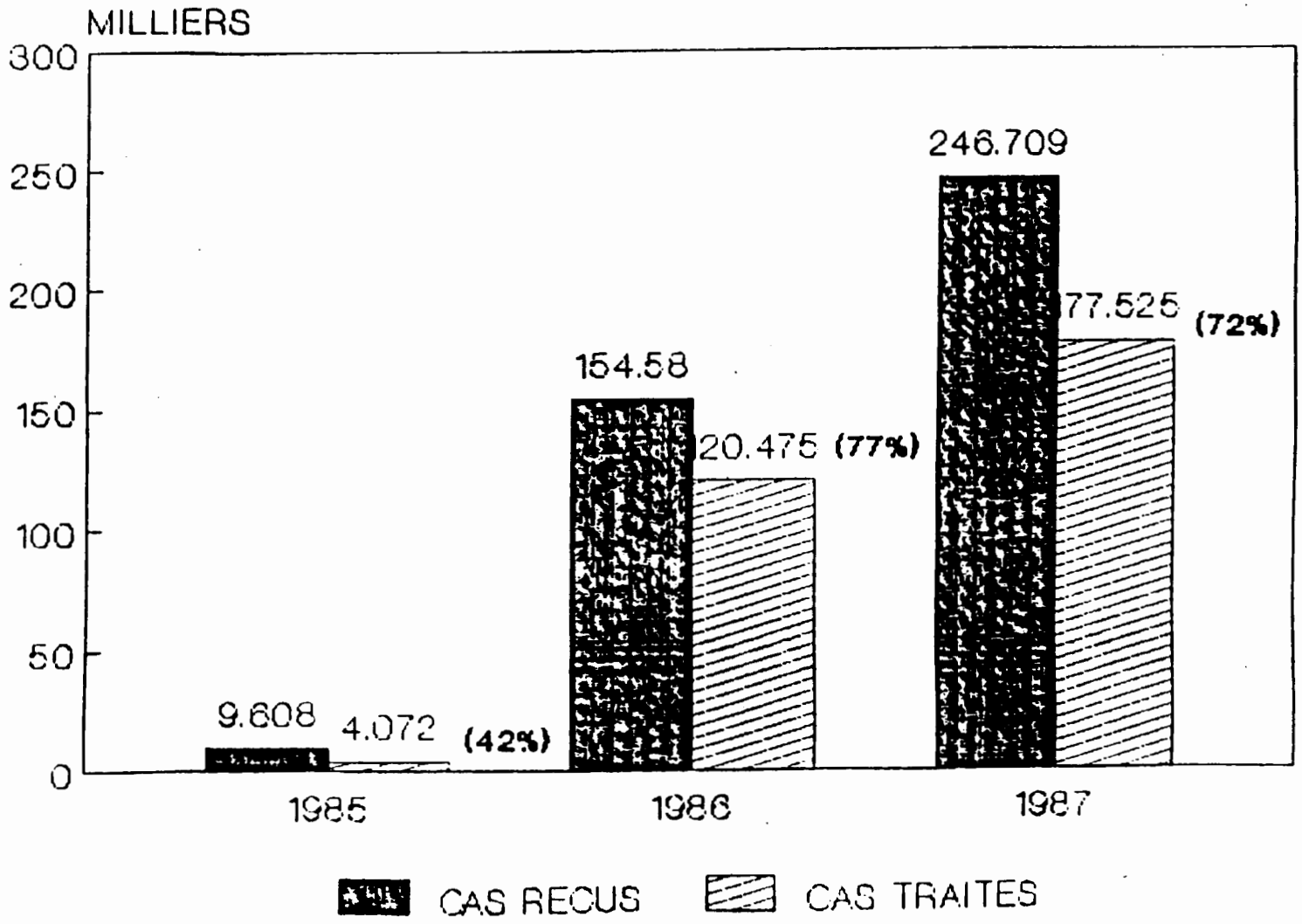


SOURCE: DONNEES SENTINELLES

PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES

COUVERTURE CAS DE DIARRHEE PAR SRO

ZAIRE 1985,1986,1987



IN-VIVO STUDIES OF CHLOROQUINE SENSITIVITY
ZAIRE 1978-88

ETUDES IN-VIVO. ENFANIS < 5 ANS. 1985-88

ANNEE	LIEU	NBRE ENF RECRUTEES	G.E. POS.	MEDICAMENT TESTE	NBRE. ETUDIE	REUSSITIES JOUR 7 (%)	REUSSITIES JOUR 14 (%)
1985	BWAMANDA	603	34%	C10	93	86 (92%)	-------
	KIMPESE	653	42%	C10	47	30 (63%)	-------
				C25	39	22 (56%)	-------
	KINDU	826	22%	C10	36	19 (53%)	-------
				C25	42	31 (74%)	-------
	KINSHASA	420	37%	C10	34	10 (29%)	-------
				C25	48	21 (44%)	-------
				A10	29	08 (28%)	-------
				A25	49	34 (69%)	-------
1986	KINSHASA	513	30%	C25	38	10 (26%)	-------
	LUBUMBASHI	1207	25%	C10	45	13 (29%)	-------
				C25	58	30 (52%)	-------
	KISANGANI	1829	33%	C25	41	22 (54%)	-------
				Q140	49	46 (94%)	-------
				P/S	48	46 (96%)	-------
1987	TSHELA	1012	56%	C25	36	07 (19%)	-------
				Q140	35	32 (91%)	23/31 (74%)
				P/S	45	44 (98%)	34/37 (92%
				PS+Q60	36	35 (97%)	29/29 (100
	BANDUNDU	1585	34%	C25	36	20 (56%)	-------
				Q140	35	40 (98%)	-------
				P/S	39	39 (100%)	-------
				PS+Q60	34	34 (100%)	-------
	KANIAMA	666	72%	C10	41	01 (02%)	-------
				C25	39	02 (05%)	-------
1988	BWAMANDA			C25	66	30 (45%)	(34%)
				Q140	41	37 (90%)	(60%)
				P/S	49	39 (80%)	(53%)
				PS+Q60	24	18 (75%)	(100%)

APPENDICE III

SOLUTION DE REHYDRATATION PAR VOIE ORALE

I. Les besoins en matières premières pour la production annuelle de quatre millions d'unités (estimation de LAPHAKI):

Chlorure de sodium	10.500 kgs
Citrate trisodique	8.700 kgs
Chlorure de potassium	4.500 kgs
Glucose anhydre	60.000 kgs

II. Stocks* de LAPHAKI le 10 octobre 1980

Chlorure de sodium	6.200 kgs
Citrate trisodique	-
Chlorure de potassium	2.800 kgs
Glucose anhydre	42.000 kgs

* Tout le matériel est donné par l'UNICEF.

APPENDICE IV

ANTENNES VISITEES

Bukavu

Goma

Kananga

Kikwit

Kisingani

Lulumbashi

Matadi

Mbandaka

Mbuji-Mayi

APPENDICE V

EVALUATION AU NIVEAU DE L'ANTENNE

Nom _____
Population _____ Comment déterminé?
Population < 1 an (pop.X.0,04) _____ Population < 5 ans (pop.X.2) _____

1. Personnel

	Année d'affect.	Formé	Payé par (GZ,Don,SF)
Médecin coordinateur	_____	_____	_____
Chef d'enquête	_____	_____	_____
Secrétaire	_____	_____	_____
Chauffeur	_____	_____	_____

2. Zone desservie

Y a-t-il une carte pour les zones?
Nombre de zones _____
Zones avec MCZ _____ Combien sont formés? _____
Zones avec PEV _____

3. Fournitures

	Registre des fournitures		Fournitures disponibles	
	Oui	Non	Oui	Non
Vaccins	_____	_____	_____	_____
Aiguilles	_____	_____	_____	_____
Seringues	_____	_____	_____	_____
SRO	_____	_____	_____	_____
Chloroquine				

Est-ce que certains de ces vaccins ne sont plus valides?
Est-ce que les SRO sont disponibles? ____ Est-ce que la chloroquine est disponible? _____
Ruptures de stocks: Vaccin Oui Non SRO Oui Non Chloro Oui Non

4. Couverture

	< 1 an						Femme enceinte	
Année	BCG	DTC1	DTC3	POL1	POL3	Rouge	VAT1	VAT2+Rap.
1985	___	___	___	___	___	___	___	___
1986	___	___	___	___	___	___	___	___
1987	___	___	___	___	___	___	___	___

5. SRO et chloroquine

Année	Nb SRO utilisés	Nb traités < 5 ans	Nb chloro	Nb < 5	Enceinte traitée
1985	_____	_____	_____	___	_____
1986	_____	_____	_____	___	_____
1987	_____	_____	_____	___	_____

6. Enregistrement des données

Est-ce que les chiffres de 1987 sont disponibles pour les éléments suivants?

	Oui	Non
Vaccins utilisés	_____	_____
SRO distribués	_____	_____
Chloro distribuée	_____	_____

Quand est-ce que le dernier rapport mensuel a été envoyé à Kinshasa?

_____

7. Chaîne de froid

Article	No.	Est-ce qu'elle fonctionne? Oui	Non
Réfrigérateur	____	_____	_____
Congélateur	____	_____	_____
Chaîne de froid	____	_____	_____
Accumulateurs	____	_____	_____

8. Transports

Type	No.	Fonctionne?	Pièces détachées	Utilis.limit.? (carb. pièces)
Voitures	____	_____	_____	_____
Motocyclettes	____	_____	_____	_____
Bicyclettes	____	_____	_____	_____

Durabilité des moyens de transport? _____

9. Finances

Est-ce que vous avez préparé un budget? _____ Si oui, de combien? _____
Est-ce que vous avez reçu un budget? _____ Si oui, de combien? _____
Commentaires? _____
Montant reçu _____ Salaire _____ Trans _____ Autre _____
Le personnel a été payé? _____ A temps? _____ Intégralement _____
Si non, comment avez-vous fait? _____
_____
Recettes des ventes de SRO _____ Chloro _____ TOTAL _____
Dépenses _____ TOTAL _____
Salaires _____
Transport _____
Réapprovisionnement _____
Autre _____
SOLDE _____
Disposition du solde _____
_____
Qui vérifie vos comptes? _____
_____

10. Education pour la santé

Est-ce qu'il existe un volet éducation pour la santé? Oui Non
Qui se charge de l'éducation? Infirmier Oui Non
MD Oui Non
Agent de santé Oui Non
Autre Oui Non
Formé? Oui Non Supervisé? Oui Non Par qui? _____ Payé Oui Non
Quels sont les éléments suivants utilisés? Mot/tableau ____; images ____; boîtes à images ____; chanson ____; conseil indiv ____; mode santé ____; org. com. ____; interact groupe ____; éduc non-formelle ____; répétit ____; autre ____.
Qu'est-que qui est le plus important aux yeux des éducateurs? _____
Le plus pratiqué? _____
Langues utilisées français Oui Non; local Oui Non

11. Formation

Infirmier _____ Autre _____ Fiches techniques?
Utilisation démontrable des fiches? _____

APPENDICE VI

EVALUATION AU NIVEAU DE LA ZONE

Nom _____ Emplacement de l'antenne _____
Population _____ pop < 1 (pop.X.04) _____ pop < 5 (X.2) _____

Médecin chef de zone _____

1. Données générales

No. SC	SC PEV	SC SRO	SC Chloro
_____	_____	_____	_____

2. Chaîne de froid

Elément	No.	Fonctionne? Oui	Non
Réfrigérateur	_____	_____	_____
Congélateur	_____	_____	_____
Glacière	_____	_____	_____
Accumulateur	_____	_____	_____

3. Fournitures

	Registre des fournitures Oui	Non	Fournitures disponibles Oui	Non
Vaccins	_____	_____	_____	_____
Aiguilles	_____	_____	_____	_____
Seringues	_____	_____	_____	_____
SRO	_____	_____	_____	_____
Chloroquine	_____	_____	_____	_____

Est-ce que certains de ces vaccins ne sont plus valides?
Est-ce que les SRO sont disponibles? ____ Est-ce que la chloroquine est disponible? _____
Ruptures de stocks: Vaccin Oui Non SRO Oui Non Chloro Oui Non

4. Couverture

	< 1 an						Femme enceinte	
Année	BCG	DTC1	DTC3	POL1	POL3	Rouge	VAT1	VAT2+Rap.
1985	___	___	___	___	___	___	___	___
1986	___	___	___	___	___	___	___	___
1987	___	___	___	___	___	___	___	___

5. SRO et chloroquine

Année	Nb SRO utilisés	Nb traités < 5 ans	Nb chloro	Nb < 5	Enceinte traitée
1985	_____	_____	_____	___	_____
1986	_____	_____	_____	___	_____
1987	_____	_____	_____	___	_____

6. Enregistrement des données

Est-ce que les chiffres de 1987 sont disponibles pour les éléments suivants?

	Oui	Non
Vaccins utilisés	_____	_____
SRO distribués	_____	_____
Chloro distribuée	_____	_____

Quand est-ce que le dernier rapport mensuel a été envoyé à Kinshasa?

_____

7. Surveillance (nombre de cas signalés)

Année	Rougeole	Polio	Diarrhée < 5 ans	Fièvre
1985	_____	_____	_____	_____
1986				
1987				

8. Commentaires

APPENDICE VII

EVALUATION DES CENTRES DE SANTE

SC _____
Zone _____
Population _____ < 1 an (pop.X.04) _____ < 5 ans (X.2) _____

1. Séance de vaccination

	Oui	Non
Aiguille unique	____	____
Seringue unique	____	____
Chaîne de froid	____	____
Stérilisateur	____	____
Age correct pour la rougeole (9 mois)	____	____

2. Traitement du paludisme

Traitement présomption des fièvres	____	____
chez les nourrissons de moins de 5 mois	____	____
Dose correcte? (25/K; 10, 10, 5)	____	____

3. Traitement de la diarrhée

Traitement SRO	____	____

Coût du sachet de SRO _____

4. Supervision

Dernière visite _____ Par qui? _____
Recommandation disponible
Est-ce que l'éducation pour la santé a été évaluée? _____

5. Finances

Est-ce que vous avez préparé un budget? _____ Si oui, de combien? _____
Est-ce que vous avez reçu un budget? _____ Si oui, de combien? _____
Commentaires? _____
Montant reçu _____ Salaire _____ Trans _____ Autre _____
Le personnel a été payé? _____ A temps? _____ Intégralement _____
Si non, comment avez-vous fait? _____
_____
Recettes des ventes de SRO _____ Chloro _____ TOTAL _____
Dépenses _____ TOTAL _____
Salaires _____
Transport _____
Réapprovisionnement _____
Autre _____
SOLDE _____
Disposition du solde _____
_____
Qui vérifie vos comptes? _____

6. Education pour la santé

Est-ce qu'il existe un volet éducation pour la santé? Oui Non
Qui se charger de l'éducation? Infirmier Oui Non
MD Oui Non
Agent de santé Oui Non
Autre Oui Non
Formé? Oui Non Supervisé? Oui Non Par qui? _____ Payé Oui Non
Quels sont les éléments suivants utilisés? Mot/tableau ____; images ____; boîtes à images ____; chanson ____; conseil indiv ____; mode santé ____; org. com. ____; interact groupe ____; éduc non-formelle ____; répétit ____; autre ____.
Qu'est-que qui est le plus important aux yeux des éducateurs? _____
Le plus pratiqué? _____
Langues utilisées français Oui Non; local Oui Non

7. Formation

Infirmier _____ Autre _____ Fiches techniques?
Utilisation démontrable des fiches? _____

APPENDICE VIII

LISTE DES PRINCIPALES PERSONNES CONTACTEES

PEV/Kinshasa

Dr. Miaka Mia Bilenge, Director
Cit. Kapitaine Kanthaway
Cit. Kilundu Kisubi
Cit. Mabokuta Kaboto M.
Dr. Maliro Kayretya
Cit. Mikobi-Mimabu
Dr. Okwo Bele
Dr. Paluku Kalenga
Cit. Nkanda Rukirande
Dr. Andrew Vernon, CDC
Mme. Karen Wilkins, CDC

USAID

M. Dennis Chandler, Directeur
M. Joseph Goodwin, Directeur adjoint
Dr. Glenn Post
Mme. Hanaye Bisson
Mme. Rhonda Smith
M. John Bierke
M. Scott Demarest
M. Steven Vance

Contacts sur le terrain

Dr. Ndomgesieme
Dr. Nkolo
Dr. Akarasis
Pasteur Maruzi Lumana
Dr. Ntumba Mukune
Gouvern. Cit. Kisanga Kabongello
Dr. Mampuya-Kay
Soeur Mercedes Izaguirre
Dr. Rugambua
Dr. Tschimpanga Mbuyi
Dr. Ebondo Ngoie
Dr. Etshindo Mbale
Dr. Chelo
Dr. Kinicongia
Dr. Liande

Autre

Dr. Ngandu-Kbeya, Commissaire d'Etat
Dr. Matunda Nzila, Directeur général, FONAMES
Dr. Kalambay Kalula, SANRU
Dr. Kahozi
Dr. Frank Baer
Dr. Ludo Welfens, Représentant, UNICEF
Dr. Jules Grandpierre
Dr. Robin Ryder, Projet SIDA
Dr. Loren Greenberger, PRICOR
Dr. Joan Schubert, HEALTHCOM
Dr. Judith Brown, Anthropologue
Dr. M.T. Houfwassou, OMS
Ms. Joan Spalding, Corps de la Paix
Cit. Lumbila Kasongo, Rotary/Polio Plus
M. Jan Ponet, Directeur, LAPHAKI
M. J-P De Dobbeleer
M. Ludo Martens
M. Felix Awangtang, AID/W
Dr. Robert Clay
Mme. Wendy Roseberry

APPENDICE IX

BIBLIOGRAPHIE DES PRINCIPALES REFERENCES

Rapports annuel du PEV, 1982-1987

Rapports d'évaluation du PEV, 1985-1987

Rapports trimestriel et annuel du CCCD

USAID Price Waterhouse Audit Report, 1986-1988

Rapport d'évaluation du SANRU, 1986

Accord du projet et amendements 1-5, 1982-1988

Données budgétaires, PEV/GZ, 1986-1988

Rapport PRICOR -- Formation sanitaire

Littérature en matière de lutte contre la rougeole et le tétanos:

CDC 1988
Oxtoby et al, Projet SIDA/CDC
Taylor WR et al, American Journal of Epidemiology, 1988
Gasssef, Rapport de l'OMS, 1987