

PD ARM-855
~~89235~~
99245

TRIP REPORT

**REPUBLIQUE CENTRE-AFRICAINE
PROJET DE SURVIE SOUTENABLE
DE L'ENFANT
EVALUATION A MI-PAROURS
Numéro de Projet: 676-0024**

 **BASICS**

**REPUBLIQUE CENTRE-AFRICAINE
PROJET DE SURVIE SOUTENABLE
DE L'ENFANT
EVALUATION A MI-PARCOURS
Numéro de Projet: 676-0024**

Novembre 1995

Dr Antoine Augustin

**BASICS Technical Directive: 000 CA 00 011
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00**

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

I.	RESUME ANALYTIQUE	1
II.	ANTECEDENTS	6
III.	OBJECTIFS DE L'EVALUATION	7
IV.	METHODES D'EVALUATION	8
V.	RESULTATS	8
VI.	FACTEURS QUI AFFECTENT LA BONNE MARCHE DU PROJET	43
VII.	PERENNISATION	47
VIII.	CONCLUSIONS	50

ANNEXES

ANNEXE A: Instruments d'enquête

ANNEXE B: Questionnaire pour l'enquête sur les dépenses des patients à Bangui

ANNEXE C: Membres de l'équipe d'évaluation

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation tient à remercier les nombreuses personnes qui l'ont aidée dans sa tâche, particulièrement le Ministre de la Santé Publique de la République Centrafricaine, le Dr Gabriel Fio Ngaindro, le Directeur de la Direction de Médecine Préventive, le Dr Justin Ndoyo et son personnel, l'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique à Bangui, M. Robert E. Gribbin, l'Officier de Liaison de l'AID, M. Sam Laeuchli, le Responsable Administratif de l'Ambassade, Mme Rowena Cross-Najafi, Chargée des Liaisons Communautaires, Mme Jacqueline Lawrence et le personnel de l'Ambassade, la Représentante de l'UNICEF, Mme Maria Teresa Hevia, ainsi que celle de l'OMS, le Dr Solange Kouo Epa.

Notre gratitude s'adresse tout particulièrement à Mlle Kathleen Robinson qui prit en charge tous les arrangements nécessaires ayant trait au logement, à la logistique et aux questions administratives en vue de faciliter le travail de l'équipe, à M. Philippe Makendebou, aux responsables techniques des CDC, Réginald Hawkins et Karen Hawkins Reed, au Coordonnateur d'AFRICARE, Michael Hainsworth, au Directeur de PSI, Andrew Boner, et au Directeur de l'EDS, M. Ndamo-Bissi, qui ont été assez aimables pour prendre le temps nécessaire pour répondre à nos questions et parfois nous accompagner aux sites de projets.

Nos remerciements vont également à Mme Mahdea Belleka et à Mme Cécile Madouzoum pour leur assistance, à l'équipe d'étudiants en médecine qui ont servi d'enquêteur pour nos enquêtes de terrain, et aux centaines de mères, de pères, d'étudiants, de patients et autres Centrafricains qui ont bien voulu répondre à nos questions.

GLOSSAIRE

AID	Agence Internationale de Développement
ALO	Officier de Liaison de l'AID
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CCCD	Control of Childhood Communicable Diseases
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMD	Contrôle des Maladies Diarrhéiques
CLO	Community Liaison Officer
DitePer	Vaccin Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographie/Santé
FCFA	Francs CFA
FNEC	Fédération Nationale des Eleveurs Centrafricains
HMO	Health Maintenance Organization
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
LOP	Life of Project ("Durée du Projet")
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPV	Vaccin Oral antipolio
PACD	Project Activities Completion Date

PASA	Participating Agency Service Agreement (Accord de Service inter-Agence)
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PSI	Professional Services International
RCA	République Centrafricaine
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNIS	Service National d'Information en Santé
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSE	Projet de Survie Soutenable de l'Enfance
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
TT	Anatoxine tétanique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. RESUME ANALYTIQUE

Introduction

La République Centrafricaine est un pays enclavé de la dimension du Texas ayant une population de 3 millions d'habitants, dont 20% vivent à Bangui, la capitale. Le Projet Survie Soutenable de l'Enfant (676-0024), financé par l'AID, a débuté le 6 Août 1992 avec un financement de 12,543 millions de dollars et il devrait se terminer le 30 Juin 1997. Les activités du projet sont exécutées par le biais des dispositions suivantes:

- un PASA avec les CDC pour l'assistance technique dans les domaines du SIDA/MST et des interventions de Survie de l'Enfance, et la mise en place d'un système de recouvrement de coûts;
- des accords de don avec PSI pour le marketing social du condom et pour une recherche opérationnelle sur les moustiquaires imprégnées;
- des accords de don avec AFRICARE pour un projet villageois de santé primaire; et
- un contrat avec MACRO pour la réalisation d'une Enquête Démographie/Santé.

L'objectif général de l'évaluation à mi-parcours était de mesurer les progrès réalisés et l'impact des différentes composantes du projet suivant les indicateurs établis.

Observations

1. Performance globale

La République Centrafricaine a enregistré des progrès indéniables dans ses efforts visant à garantir aux enfants une meilleure chance de survie. Le taux de mortalité infantile a subi une baisse au cours des vingt dernières années, passant de 111/1.000 à 97/1.000, tandis que la probabilité qu'un nouveau-né meure à l'âge de 5 ans a diminué de 161/1.000 à 157/1.000. Cependant, les enfants qui ont atteint l'âge de un an ont un risque légèrement accru de décès à cinq ans, ce risque passant de 62/1.000 à 67/1.000. Ces données nouvellement disponibles peuvent servir de base pour mesurer l'impact global du projet.

Le projet a adopté des objectifs ambitieux et divers, et le Conseiller Technique des CDC pour la Survie de l'Enfance a dû faire face à un mandat très large. Son portefeuille d'assistance technique comprend le PEV, le contrôle des maladies diarrhéiques, les IRA, la malaria, la formation, les systèmes d'information, le recouvrement des coûts, le renforcement institutionnel. De plus, elle assume des responsabilités de routine, sur une base quotidienne, dans le cadre du projet, y compris l'appui logistique à apporter aux consultants à court terme. L'assistance fournie à la RCA par les CDC a permis à ce pays de regagner le terrain perdu pendant la récente période de crise caractérisée par une grève générale des employés publics, ce qui a entraîné une paralysie des institutions de santé. Les progrès ont été les plus remarquables dans les domaines suivants: lutte contre le SIDA et les MST, et recouvrement

des coûts. On peut par ailleurs déceler un certain degré d'ambivalence dans l'exécution des programmes de santé, le Ministère tentant timidement de s'engager dans la voie des services intégrés, abandonnant progressivement l'approche verticale. La sous-utilisation des formations sanitaires, où les services sont disponibles, est un handicap majeur pour l'amélioration de la couverture. Ainsi donc, le renforcement des capacités de prestation des services de survie de l'enfance des institutions sanitaires constitue un défi de taille.

2. Composantes spécifiques

PEV: Les niveaux de couverture ont diminué pour tous les antigènes. Ceci est dû en tout premier lieu au ralentissement des activités de vulgarisation au niveau communautaire (stratégie avancée) qui ont connu d'énormes problèmes de logistique. Les niveaux de couverture sont de 77% pour le BCG, 48% pour le DTC3, 46% pour le vaccin antipolio et 52% pour le vaccin antirougeoleux; 37% des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés (ils ont reçu 1 dose de BCG, 3 doses de DTC, 3 doses de vaccin antipolio et une dose de vaccin antirougeoleux). Certaines mesures ont été prises pour corriger les faiblesses du programme: le système de logistique est en train d'être amélioré avec l'achat de véhicules, de motocyclettes et de pièces de rechange; l'accent est maintenant mis sur les postes fixes de vaccination dont le nombre a augmenté de 40%, ce qui rend les services plus accessibles à la population.

Autres interventions: Les données de l'EDS suggèrent que l'utilisation de la TRO a augmenté (34% en 1994, contre 5% en 1988). Les centres de santé semblent être mieux à même de traiter les cas de paludisme: la chloroquine semble être plus disponible et les prestataires de services sont mieux formés. On note toujours cependant une tendance à utiliser des médicaments autres que la chloroquine comme médicament de première ligne. Des enquêtes préliminaires ethnographiques et de résistance aux antibiotiques ont été réalisées comme étape initiale à la mise en place d'un programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës et un document de politique à ce sujet a été préparé. L'inexistence d'une politique de population, de même que l'absence de contraceptifs, ne favorise pas l'extension des programmes d'espacement des naissances. L'accouchement sans risque est pratiqué avec difficulté dans des institutions où manquent le matériel et les équipements adéquats. En général, la verticalisation des services persiste même dans les centres les plus reculés, en d'autres termes, l'intégration se pratique rarement.

SIDA/VIH: Des sites sentinelles ont été choisis pour le fonctionnement d'un système de surveillance qui fournit des données sur la progression du SIDA. Le MSPP a introduit avec succès un protocole standardisé pour le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et pour le suivi des contacts. Ce système fonctionne dans un nombre limité d'institutions. Les contacts reçoivent des bons de référence leur permettant d'envoyer leur partenaire sexuel pour se faire soigner. Un dossier de près de 10.000 cas index et contacts a été constitué et il est en train d'être analysé. Le travail des cliniques MST n'est pas bien compris, même par certains employés de centres où se trouvent ces cliniques, ce qui favorise

une mauvaise perception des activités de ces cliniques par la population. Le système de notification des partenaires ("Bons") semblent fonctionner avec une efficacité de 52 %, c'est-à-dire que 52 % des bons remis aux cas index sont retournés à la clinique MST. Les efforts d'IEC et de conseils devraient être renforcés.

Marketing social du condom: PSI a déjà réalisé l'objectif fixé par le projet de distribuer 3,5 millions de condoms et est en train actuellement de multiplier ses points de vente afin de pouvoir écouler 8 millions de condoms de plus. L'organisation étudie actuellement la faisabilité d'une approche similaire pour le marketing des sachets de sérum oral et du sel iodé.

Le projet des moustiquaires: Il s'agit là d'un projet de recherche opérationnelle qui vient tout juste de débiter. Ce projet semble être sous-financé et mérite qu'une attention particulière soit accordée à la formulation du problème de recherche, à la méthodologie et aux approches expérimentales ou quasi-expérimentales à appliquer pour tester les solutions envisagées.

Projet de Survie de l'Enfance d'AFRICARE: La contribution qu'apporte AFRICARE à la compréhension du concept de contrôle par les bénéficiaires villageois des services de santé est valable. Neuf villages sont les partenaires d'AFRICARE. Les activités ont mis l'accent sur la participation communautaire et la promotion de la santé. Un effort plus soutenu en faveur de la prestation des services mériterait d'être envisagé.

Recouvrement des coûts: Des progrès significatifs ont été enregistrés dans ce domaine. Les bases légales existent et des frais sont payés par les malades dans la plupart des institutions. La pièce maîtresse de cet effort est la mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels géré par une entité centrale nouvellement établie. Le monopole accordé à cette entité peut devenir une entrave potentielle à la bonne marche du système. La plupart des institutions de santé du pays sont en rupture de stock de médicaments parce que le personnel n'a pas reçu l'entraînement requis pour la mise en place du nouveau système de gestion. L'entraînement tel que planifié n'accorde pas suffisamment d'importance aux complexités des systèmes de micro-gestion qui devront être établis, surtout en ce qui concerne le contrôle financier et la vérification interne et externe.

3. Gestion du projet

Ni les Conseillers Techniques des CDC et ni l'Officier de Liaison de l'AID (ALO) ne perçoivent clairement l'étendue de leurs responsabilités et le niveau d'autorité de l'ALO. La Stratégie des Petits Pays de l'AID, telle qu'appliquée à la RCA, implique une supervision à distance du projet par l'AID/W, et il est de l'avis des personnes impliquées que ce genre de supervision tend à sous-estimer la quantité de travail requise de l'ALO pour donner un appui à un projet aussi important que celui-ci. Ainsi, des questions se rapportant aux capacités de prise de décision de l'ALO et aux mécanismes inadéquats de supervision par l'ALO des sorties de fonds du projet ont été soulevées.

Ceux qui sont impliqués dans le projet ont également soulevé des problèmes liés à la coordination:

- coordination à l'intérieur des différents services de la Direction de la Médecine Préventive;
- coordination entre la Direction de la Médecine Préventive et les autres Directions du MSPP;
- coordination entre les principaux partenaires directs de l'USAID; et
- coordination entre les principaux bailleurs de fonds.

Cette coordination n'est pas satisfaisante quel que soit le niveau choisi, bien qu'il faille souligner que des mesures ont été prises récemment par le MSPP pour pallier cette situation.

4. Recommandations principales

1. Le portefeuille du Conseiller Technique pour la Survie de l'Enfance est surchargé. **Une action plus ciblée** est suggérée: pendant les 2 prochaines années, les efforts du Conseiller Technique pourraient se concentrer sur une assistance technique au MSPP pour l'aider à répondre à la question suivante: comment peut-on structurer chaque institution sanitaire pour qu'elle puisse offrir des services de survie de l'enfance intégrés et durables? Pour répondre à cette question, le Conseiller Technique peut recruter des consultants à court terme dans les domaines de la micro-gestion en rapport avec le recouvrement des coûts, la supervision et les systèmes de collecte de données au niveau institutionnel. Une fois ces problèmes bien maîtrisés, les nouvelles approches ainsi mises au point pourraient être introduites au niveau de quelques institutions pilotes.
2. Le Conseiller Technique pour la Survie de l'Enfance a proposé un plan de re-programmation de fonds au bénéfice des activités de formation dans le domaine du recouvrement des coûts. Ces fonds déjà identifiés pourraient être utilisés au financement des activités sus-mentionnées, à savoir l'introduction de nouvelles approches de gestion institutionnelle.
3. Le succès du projet pilote VIH/SIDA et les retombées positives pour la RCA et pour d'autres pays Africains d'une stratégie de prévention du VIH/SIDA axée sur le contrôle des MST amènent à suggérer que, pour les deux prochaines années, le Conseiller Technique des CDC pour le programme VIH/SIDA/MST aide le MSPP à formuler un plan de généralisation à l'échelle nationale de cet aspect du projet. Une fois mis au point, ce plan pourrait servir de base à l'élaboration d'un autre projet des CDC qui pourrait être financé par l'AID à partir de 1997, à supposer que le Congrès Américain libère les fonds nécessaires. Le contrat du Conseiller Technique des CDC devrait être prolongé jusqu'à Septembre 1997.

4. Tout nouveau projet devrait inclure un grand programme de marketing social du condom. Entre-temps, il est suggéré à PSI d'accorder plus d'attention, au cours des deux prochaines années, aux questions de marketing et de prix liées à la pérennisation des activités de cette composante.
5. AFRICARE devrait donner plus d'importance à ses efforts qui visent à améliorer l'accès des villageois aux services de santé, de telle sorte que chaque village puisse bénéficier d'un paquet minimum de services. Le contenu spécifique du paquet pourrait être établi conjointement avec les villageois eux-mêmes en vue d'en garantir la pérennité après le départ d'AFRICARE.
6. **Formation:** Il est recommandé de réduire l'envergure des programmes de formation à la verticale pour des interventions spécifiques (contrôle des maladies diarrhéiques, malaria, IRA) et d'adopter plutôt des approches plus modestes de formation intégrée au niveau institutionnel, en choisissant pour débiter un nombre limité d'institutions sanitaires où les problèmes seraient traités sur **une base intégrée et la formation conçue d'une manière appropriée**. En plus des questions d'ordre technique, la formation devrait également aborder les questions de communication en face à face, de contrôle des inventaires, de gestion de fonds et d'évaluation du personnel (pour les superviseurs).
7. **Système d'information sanitaire:** Parallèlement, il s'agira de préparer et tester un **formulaire d'une page** combinant les données sur la fréquentation institutionnelle et celles concernant les montants perçus par type de service, avant l'adoption générale d'un tel formulaire.
8. **Financement du système et recouvrement de coûts:** Les efforts visant à introduire un système de recouvrement de coûts au niveau institutionnel devraient continuer. L'expérience de PROSALUD en Bolivie suggère qu'il est facile de minimiser les difficultés et complexités liées à la gestion d'une institution de santé, même modeste, surtout lorsqu'on essaie en même temps de garantir un certain niveau de qualité. Ainsi est-il suggéré que le projet fasse appel au personnel de PROSALUD qui pourrait aider à identifier les problèmes opérationnels à résoudre, à développer les solutions potentielles, et à les essayer sur une petite échelle.
9. **Gestion du projet:** Le système ALO est assez valable. Un contrat de service peut être utilisé pour embaucher quelqu'un qui aiderait l'ALO à mieux s'occuper des affaires administratives du projet. Si un nouveau projet est envisagé (pour 1997), le rôle de l'ALO dépendra du mécanisme de financement utilisé par l'AID. S'il s'agit de dons (du type AFRICARE ou PSI, par exemple), on peut envisager un système de supervision semblable à celui qui est utilisé par BHR/PVC pour les projets de survie de l'enfance financés directement par Washington, et à ce moment, le rôle de l'ALO devient moins critique. S'il s'agit d'un accord de projet entre gouvernements, les

termes de référence d'un Directeur de Projet fort permettraient de définir plus clairement les attributions respectives du Directeur de Projet et de l'ALO.

10. Une meilleure coordination sera possible si les réunions du personnel planifiées par le MSPP se déroulent dans une atmosphère qui encourage une discussion franche des problèmes, et si les bailleurs de fonds s'entendent sur un forum de discussion des options stratégiques à envisager. Ce point fait l'objet d'un examen plus approfondi dans la section "gestion" du présent document.

II. ANTECEDENTS

L'objectif général du projet est de **"fournir des soins de santé adéquats et accessibles à la population de la RCA"**. L'objectif spécifique est de **"réduire la mortalité infantile et le niveau de transmission du VIH dans les cinq régions sanitaires, tout en augmentant l'accès aux soins de santé"**.

Ces objectifs seront atteints grâce à:

- l'extension des activités du CCCD et l'addition de nouvelles activités qui couvriront trois autres menaces à la survie de l'enfance: les infections respiratoires aiguës (IRA), le VIH/SIDA, et l'espacement inadéquat des naissances; et
- le renforcement des capacités du MSPP de fournir des services de santé. Le projet apportera un appui pour la formation du personnel du MSPP, pour le développement d'un système d'information sanitaire et de mécanismes de recouvrement des coûts pour le système de santé.

Comme indiqué ci-dessous, le projet comprend quatre composantes.

1. Interventions pour la Survie de l'Enfance

Un PASA a été signé avec les CDC qui permet d'accorder une assistance technique à la RCA dans les domaines de la survie de l'enfance, la santé reproductive, la prévention du SIDA et le recouvrement des coûts, l'assistance devant se focaliser sur les interventions techniques et sur les stratégies d'appui élaborées précédemment dans le cadre du projet CCCD, à savoir le Programme Elargi de Vaccination (PEV), le contrôle des maladies diarrhéiques, le contrôle de la malaria, d'un côté, et la formation, l'éducation sanitaire, la recherche opérationnelle et les systèmes d'information sanitaire de l'autre. Trois autres menaces à la survie de l'enfance devaient également être ciblées: les infections respiratoires aiguës; les infections au VIH et le SIDA; et finalement les naissances à risque.

2. Initiative pour la Survie de l'Enfance

Un don à AFRICARE pour des initiatives devant permettre de fournir des services de survie de l'enfance aux habitants de 15 villages dans la zone de Berberati.

3. Programme de Marketing Social du Condom et Projet de Recherche Opérationnelle

Un don à PSI devant permettre à cette organisation de mettre en place un programme de marketing social du condom ainsi qu'un projet de recherche opérationnelle sur les moustiquaires imprégnées.

4. Enquête Démographie/Santé

Une Enquête Démographie/Santé devant être réalisée avec l'assistance de MACRO.

III. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Comme indiqué dans le document de projet, l'évaluation à mi-parcours devait se pencher sur les résultats obtenus et répondre à trois questions particulières:

1. Les programmes ont-ils été exécutés suivant le plan établi?
2. Comment peut-on contourner les obstacles entravant l'exécution des activités?
3. Quelles décisions ou changements convient-il d'adopter à cette phase intermédiaire?

Les évaluateurs devaient en plus aborder la question de financer, soit des interventions verticales au niveau national, soit d'appuyer plutôt une approche intégrée au niveau d'une zone géographique déterminée. De plus, ils devaient considérer l'opportunité de faire des recommandations sur la possibilité d'étendre l'initiative des soins primaires de santé à une ou à plusieurs autres préfectures, une fois que:

1. cette approche aura été adoptée par le gouvernement de la RCA;
2. l'approche aura été essayée au moins dans une préfecture;
3. l'expérience initiale aura été évaluée pour en dégager des leçons pratiques; et
4. le MSPP aura décidé qu'une extension de l'initiative est justifiée dans la période de temps considérée.

Finalement, l'équipe d'évaluation devait traiter des questions suivantes:

- format, qualité et ponctualité des rapports sur le projet envoyés à Washington;
- supervision effective du projet par AID/AFR/WA dans le cadre de la Stratégie des Petits Pays;

- rôle de l'Ambassade Américaine et de l'ALO;
- leçons techniques et leçons de gestion apprises applicables aux Etats-Unis.

IV. METHODES D'EVALUATION

Elles comprenaient:

- une étude de documents pertinents;
- un questionnaire aux responsables de programme du MSPP portant sur des aspects divers d'exécution du projet;
- interviews d'informateurs-clé du MSPP, de responsables de programmes, de leaders communautaires et de prestataires de service;
- interview "groupes cibles" avec un échantillonnage d'utilisateurs de services de santé;
- un questionnaire structuré pour des patients fréquentant les centres de santé de Bangui, et un questionnaire spécifique pour les clients de cliniques MST à Bangui et Bambarri;
- un questionnaire structuré pour les malades hospitalisés et ambulatoires des hôpitaux de Bangui permettant de faire une estimation des dépenses encourues par ces malades;
- visites de terrain et tournées d'observation aux différents sites du projet, ainsi qu'à des formations sanitaires situées à travers le pays;
- étude de rapports périodiques soumis par les organismes d'exécution.

Les observations principales de l'équipe ont été soumises au Ministre de la Santé et à son cabinet, sans recommandations, avant d'être présentées aux cadres supérieurs du Ministère, aux Conseillers Techniques des CDC, à l'ALO, aux chefs de terrain d'AFRICARE et de PSI. Des recommandations ont pu être formulées à partir d'un exercice de processus nominal de groupe avant d'être mis en oeuvre, par priorité, par le biais de la méthodologie de l'Evaluation de l'Utilité par Critères Multiples.

Les détails des différentes méthodes sont présentés en annexe.

V. RESULTATS

Performance globale

La République Centrafricaine a enregistré des progrès indéniables dans ses efforts visant à garantir aux enfants une meilleure chance de survie. Le projet Survie Soutenable de l'Enfance aide la RCA à regagner le terrain perdu pendant les trois ans de paralysie de son système de santé publique et à aller de l'avant dans d'autres domaines où peu d'actions avaient été entreprises dans le passé.

Objectifs globaux

Le but du projet SSE est de "diminuer la mortalité infantile et ralentir la transmission du VIH dans les 5 régions sanitaires, tout en améliorant l'accès aux services de santé". Les progrès réalisés devaient se concrétiser par une augmentation de l'accès et de l'utilisation d'interventions clés dans le domaine de la survie de l'enfance, à savoir la vaccination, la réhydratation orale, le traitement de la malaria, le traitement des infections respiratoires aiguës, et la prise en charge adéquate des naissances à risque. De plus, les modalités d'application de ces interventions n'étant pas encore bien définies, certaines activités pilotes devaient être entreprises concernant:

- le contrôle du VIH/SIDA;
- les mécanismes de prestation de services de santé au niveau des villages (AFRICARE);
et
- le contrôle de la malaria par le biais des moustiquaires imprégnées.

Une assistance devait également être fournie au MSPP dans le domaine du recouvrement des coûts, activité qui permettrait de garantir quelque peu la pérennité des interventions. Finalement, une Enquête Démographie/Santé (EDS) fournirait les données de base qui serviraient à jauger l'impact global du projet. Plus spécifiquement, le projet avait adopté des indicateurs d'impact/résultats ambitieux devant être atteints en fin de projet (1997).

Résultats attendus:

- réduction de 50% du taux de mortalité infantile à la fin du projet;
- réduction de 50% de la morbidité due à la rougeole;
- réduction de 50% des handicaps liés à la poliomyélite;
- diminution de 50% de la mortalité due au tétanos néonatal;
- réduction de 30% de la mortalité par diarrhée;
- réduction de 25% de la mortalité hospitalière due à la malaria;
- réduction de 25% de la mortalité due aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduction de l'incidence et de la prévalence de l'infection au VIH/SIDA et de l'incidence et prévalence des MST.

Approche stratégique

Ces résultats seraient obtenus par une continuation des activités du programme CCCD, et par les efforts supplémentaires pour faire face à trois menaces importantes à la survie des enfants: les infections respiratoires aiguës (IRA), les infections au VIH/SIDA, et les naissances trop rapprochées. De plus, le projet visait à renforcer les capacités d'exécution du MSPP par la formation du personnel clé, et la mise en place d'un système d'information sanitaire. Finalement, il était prévu que le MSPP reçoive un appui pour développer des mécanismes de recouvrement de coûts pour le système de santé.

Résultats globaux

L'entité responsable en tout premier lieu de l'exécution des activités de survie de l'enfance est la Direction de la Médecine Préventive du MSPP. Cette Direction a bénéficié d'une assistance considérable du Conseiller Technique des CDC, celle-ci étant profondément impliquée dans la planification des activités et la préparation des termes de référence pour de nombreux consultants à court terme. De plus, le Conseiller Technique a eu comme responsabilité d'examiner les dépenses, d'évaluer les niveaux de performance, et de faire des analyses financières. En outre, elle a eu récemment à s'occuper de la gestion du compte en monnaie locale. A ceci doivent s'ajouter toutes les tâches routinières de gestion et la préparation des rapports destinés à l'AID. L'assistance fournie a permis d'accomplir des progrès indéniables vers la réalisation des objectifs. Ces progrès sont rapportés dans leurs sections respectives du texte.

On peut mentionner comme évidence de progrès un taux d'utilisation plus élevé de la TRO (de 5% en 1988 à 34,1% en 1995), et le fait que 67 pour cent des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals.

Les progrès n'ont pas été aussi remarquables dans d'autres domaines tels que la vaccination, l'espacement des naissances, l'intégration des services de santé et le développement d'un système d'information sanitaire fonctionnel. Pour la vaccination, les taux de couverture pour le BCG, le DTC, le vaccin antipolio et le vaccin antirougeoleux sont passés d'un niveau oscillant autour de 80% en 1991 pour les différents antigènes à 77,2% pour le BCG, 47,5% pour le DTC3, 45,7% pour le vaccin antipolio et 52,4% pour le vaccin antirougeoleux en 1995, alors que 36,6% des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés (EDS, rapport préliminaire, 1995). Une petite épidémie de polio a eu lieu en 1993 (31 cas). Les méthodes modernes de contraception sont utilisées par seulement 3% des femmes en union, un taux assez faible. Quant aux efforts visant à introduire une prise en charge intégrée de l'enfant malade, ils n'ont pas vraiment encore démarré. Les données sanitaires de routine ne sont pas disponibles et le système de surveillance par postes sentinelles vient tout juste de reprendre.

Les activités pilotes comprennent l'introduction réussie d'une approche institutionnelle à la prise en charge des malades souffrant de maladies sexuellement transmissibles dans un nombre limité de formations sanitaires de la zone de Bambari. On peut d'ores et déjà suggérer que cette composante du projet fasse l'objet d'une généralisation à l'échelle nationale comme partie intégrale des soins de santé primaires, vu les leçons apprises et l'analyse faite des données disponibles. Il en est de même du marketing social du condom.

En analysant les contraintes auxquelles le projet a dû faire face (voir plus bas), on se rend compte de l'importance du travail confié à AFRICARE, à savoir la conception d'un modèle de prestation de service de survie de l'enfance au niveau des villages qui accentue la participation communautaire et la pérennisation des activités. Le pays est énorme et la population dispersée, d'où la nécessité d'un modèle efficace, décentralisé et relativement autonome dont

les possibilités de généralisation devront être bien documentées, modèle qui apportera des éléments de réponse à la question de la faisabilité des objectifs ambitieux de couverture envisagés par le projet, niveaux qui, une fois atteints, devront être maintenus, même dans l'éventualité d'une cessation de l'assistance de l'USAID après 1997. La composante AFRICARE du projet commence à dégager certaines réponses à ces questions, mais des éléments clés du modèle n'ont pas encore été complètement définis.

En ce qui concerne le recouvrement des coûts, des progrès majeurs ont été enregistrés, surtout au niveau des définitions de politique. Beaucoup d'intervenants agissent dans ce domaine et il est à porter au crédit du projet qu'il a contribué à la formation d'un consensus sur les points principaux de politique, consensus obtenu après des analyses approfondies, accompagnées de discussions et de négociations. La base légale devant permettre une plus grande participation de la population au financement des services de santé est pratiquement établie et les pratiques de recouvrement des coûts ont été introduites dans plusieurs institutions.

Enfin, la composante EDS du projet a pu être réalisée avec succès et les résultats préliminaires sont devenus disponibles avant l'heure. Ces données préliminaires montrent qu'il y a eu une réduction du taux de mortalité infantile de 110,8/1.000 dans les années 70, 105,4/1.000 dans les années 80, à 96,7/1.000 pour la période 1990-1994. La probabilité qu'un nouveau-né meure avant l'âge de 5 ans est de 157,4/1.000. On notera que le taux de mortalité néonatale a diminué de 5/1.000 sur une période de 10 ans pour atteindre son niveau actuel de 42,1/1.000, alors que le taux de mortalité post-néonatale a diminué de 8/1.000. Cependant, le nourrisson qui aura atteint l'âge de 1 an a un risque plus élevé de mourir avant l'âge de 5 ans, risque qui passe de 61,7/1.000 à 67,2/1.000 en l'espace de 10 ans, alors que la probabilité qu'un nouveau-né survive jusqu'à l'âge de 5 ans ne s'est que très peu améliorée. On pourra utiliser le taux actuel de mortalité infantile de 96,7/1.000 comme base pour mesurer l'impact du projet.

Problèmes et contraintes

Comme contrainte majeure, on notera l'idée que le projet devait profiter des succès de son prédécesseur, le CCCD. Or, il s'est avéré que les services de santé du pays étaient paralysés tout au début du projet par une grève générale des employés du secteur public, à un moment d'instabilité politique et de transition pénible vers un régime démocratique. Des grèves intermittentes ont eu lieu de 1991 à 1993, avec comme résultat la fermeture de beaucoup de formations sanitaires. Pendant cette période de grève, des pièces d'équipement ainsi que des fournitures médicales ont disparu et le manque d'entretien des établissements a contribué à une dégradation plus accélérée de bâtiments vétustes. Plusieurs employés se lancèrent dans la pratique privée de la médecine, les malades payant des honoraires de consultation privée, pratique qui a continué, dans une certaine mesure, même après la fin des grèves. On pourrait dire que cette situation représentait un pas en arrière pour le MSPP, mais il faut considérer en même temps qu'elle fournit une occasion, et même un défi, pour le MSPP, de reconstruire le système dans son intégralité, d'introduire de nouvelles politiques et de nouvelles pratiques, et

de lancer de grandes initiatives dans la lutte contre le SIDA et dans la mise en place d'un système de recouvrement de coûts. Ainsi, pourrait-on parler plutôt d'un processus de reconstruction que de continuation.

La description des tâches du Conseiller Technique pour la Survie de l'Enfance présente également des aspects problématiques. Il existe un degré d'ambiguïté à ce sujet, surtout lorsqu'il s'agit de questions de représentation de l'USAID, de distribution de tâches et de coordination entre le Conseiller Technique d'un côté, et le Directeur de la Médecine Préventive de l'autre, et de gestion journalière du projet.

Etant donné que le Directeur de la Médecine Préventive est l'exécutant principal du projet, son niveau d'implication dans le projet doit être très important. Le choix de déléguer une bonne partie des responsabilités de gestion aux différents chefs de service a eu comme conséquence de rendre plus complexe le processus de planification conjointe et coordonnée entre le Conseiller Technique et le Coordonnateur National, et de souvent mettre à l'écart le Conseiller Technique lorsqu'il s'agissait d'activités de survie de l'enfance autres que celles financées par le projet. On constate que le Conseiller Technique est surchargé de travail, d'autant plus que le Conseiller Technique doit également s'occuper du détail administratif du projet.

Fondamentalement, l'assistance technique des CDC a eu comme orientation de prendre chaque intervention séparément et, pour chaque intervention, de faire les analyses préliminaires, de préciser les objectifs et les résultats attendus, de formuler des plans d'exécution ainsi qu'un système de collecte de données pour le suivi et l'évaluation. Une telle approche tend à renforcer la verticalisation des services et à contribuer à faire de la Direction de la Médecine Préventive un mini-ministère qui n'est pas bien intégré aux autres Directions. Cette approche tend également à maintenir des canaux séparés de supervision et à favoriser une utilisation inefficace des ressources de supervision. On peut également se demander si le plan d'assistance technique, tel que décrit dans le document de projet et mis en oeuvre par les CDC, accorde suffisamment d'importance aux questions de renforcement institutionnel des formations sanitaires telles que: la capacité de gestion institutionnelle; les politiques et stratégies pour la prestation des services qui tiennent compte des ressources disponibles; la micro-gestion des formations sanitaires, etc. La plupart de ces questions semblent avoir été perçues comme étant en dehors des axes principaux du projet.

Recommandations

Données sur la mortalité: L'équipe de l'Enquête Démographie/Santé devrait se pencher sur les données antérieures de mortalité infantile et juvénile (surtout les données provenant du recensement de 1988) afin de concilier ces données avec celles récemment obtenues de l'enquête EDS. On notera par exemple que le taux de mortalité infantile avait été estimé auparavant à 143/1.000 alors qu'il s'avère maintenant que ce taux était plutôt de 105/1.000, d'après l'EDS. Si le niveau actuel de 97/1.000 est jugé comme étant correct, il s'agirait alors

d'envisager de modifier l'objectif du projet, qui était de réduire le taux de mortalité infantile de 50 à 20%.

Performance globale: La phase pilote des différentes composantes devrait prendre fin, particulièrement pour le programme VIH/SIDA, en faveur d'un programme de généralisation à l'échelle nationale, qui permettrait à une plus grande proportion de la population de jouir de ces services. Pendant les 2 dernières années du projet, l'utilisation des ressources pourrait se concentrer en priorité sur les activités de recouvrement des coûts/gestion financière, de formation et de supervision, et sur l'élaboration d'un système fonctionnel d'information sanitaire. Le MSPP continuera d'avoir besoin d'une bonne mesure d'assistance technique des CDC pour la réalisation de ces activités.

Tout aussi bien les CDC que le MSPP pourraient envisager de modifier les prémisses de base qui définissent actuellement le type d'assistance technique fourni dans le domaine de la survie de l'enfance. On pourrait considérer les options suivantes:

1. La première option consiste à continuer comme auparavant, c'est-à-dire à prendre chaque intervention séparément et à exécuter les différentes activités telles que décrites dans le document de projet.

A ce moment, la Direction de la Médecine Préventive continuerait d'être l'agence principale d'exécution et il s'agirait surtout d'apporter des améliorations dans les styles de gestion et dans la coordination des activités entre le Conseiller Technique pour la Survie de l'Enfance et le Coordonnateur National. On notera que certaines mesures ont été déjà adoptées dans ce domaine: il a été décidé par exemple que des réunions bimensuelles du personnel seraient programmées. Le Conseiller Technique pourrait être tenu au courant des activités et des consultations non financées par le projet; les budgets programmatiques préparés par les chefs de service pourraient bénéficier des idées du Conseiller Technique; le Conseiller Technique pourrait envisager d'engager un assistant en gestion, ce qui contribuerait à la libérer des tâches de routine, ou bien ces tâches pourraient être transférées au bureau de l'ALO, à un sous-traitant engagé à cette fin et qui travaillerait sous la supervision de l'ALO. Il semble évident que le rôle du Conseiller Technique serait crucial si cette option était choisie.

2. La deuxième option requiert également la présence du Conseiller Technique. **L'orientation de l'assistance technique serait plus focalisée et porterait surtout sur les questions de recouvrement des coûts, de supervision intégrée et de mise en place d'un système d'information sanitaire fonctionnel.**

En fait, ces trois composantes se fusionnent au niveau d'une formation sanitaire. On pourrait mentionner le modèle de PROSALUD en Bolivie où il ne s'agit pas de définir des problèmes d'ordre macro, mais plutôt d'envisager comment résoudre les problèmes journaliers de fonctionnement d'un réseau de formations sanitaires afin qu'il puisse fonctionner de manière

efficace. Si cette option est choisie, il s'agirait alors d'envisager la meilleure manière de répondre aux questions suivantes au cours des deux prochaines années:

- Quel paquet minimum de services devrait-êre offert au niveau d'une formation sanitaire?
- Gestion de ces formations;
- Type de données à recueillir pour les besoins techniques et les besoins financiers et de gestion;
- Type de canaux de supervision à mettre en place;
- Type de formation à fournir afin de s'assurer que le personnel est techniquement capable de fournir les services et détient l'expertise nécessaire pour la gestion des fonds en espèces et l'exploitation des données devant faciliter ses prises de décision.

Même dans une petite formation de 5 à 10 employés, ces problèmes sont assez complexes. Il faudrait donc envisager de s'y attaquer dans un petit nombre de formations, avant de généraliser le système. Au niveau mondial, l'USAID a financé peu de projets dans ce domaine, surtout en ce qui concerne la pérennisation, d'où la référence à PROSALUD. Si le MSPP et les CDC sont intéressés par cette option, l'équipe d'évaluation suggère qu'elle soit appliquée dans un nombre limité de formations sanitaires, probablement dans la zone de Bambari.

Une fois qu'un modèle de gestion sera ébauché, les CDC pourraient alors fournir l'assistance technique requise pour planifier l'extension au niveau national d'un système permettant aux différentes formations sanitaires du pays d'offrir un paquet minimum de services, dépendant de leur niveau de complexité. Ce plan pourrait essayer de:

- (a) définir les différents niveaux théoriques de complexité du système (poste de santé, centre de santé, hôpital de district, hôpital régional, hôpital tertiaire) et les services qui devraient être disponibles à chaque niveau;
- (b) identifier le niveau réel de complexité de chaque formation sanitaire du pays;
- (c) donner à chaque formation sanitaire un nouveau niveau fonctionnel suivant le besoin;
- (d) évaluer les besoins en formation et en équipement;
- (e) définir comment mettre sur pied un programme de formation intégrée basé sur la compétence, en commençant par le niveau le plus bas (le poste de santé), en mettant l'accent sur la vaccination, la réhydratation orale, le traitement des IRA, le diagnostic et le traitement de la malaria, le traitement des MST, la prestation de conseils en rapport avec le VIH, la distribution des condoms, l'espacement des naissances, la surveillance nutritionnelle et l'éducation nutritionnelle, les soins curatifs de base, un

système simplifié d'information épidémiologique et de rapports statistiques, et un système de gestion simplifié pour l'achat de médicaments et le contrôle financier; et

- (f) voir comment mettre sur pied un système intégré de supervision.

Composantes spécifiques du Projet

1. Survie de l'Enfance: le PEV (Programme Elargi de Vaccination)

Pour 1995, les objectifs/résultats attendus suivants étaient prévus:

- un système d'approvisionnement continu de vaccins pour tous les centres de vaccination;
- une augmentation de la couverture en zone rurale;
- l'addition du vaccin anti-tétanique pour les femmes en âge de procréer;
- l'amélioration de la qualité des services de vaccination;
- l'élaboration de stratégies visant à augmenter la couverture vaccinale avant l'âge de 1 an;
- l'appui à des activités de pré-éradication de la poliomyélite et du tétanos néonatal; et
- l'évaluation des programmes par le biais du système d'information sanitaire.

En guise de contribution spécifique, les CDC devaient fournir l'assistance technique à long et à court terme, un véhicule pour les équipes régionales, et certaines fournitures telles que des seringues ainsi que du matériel de chaîne de froid.

Réalisations

Le Conseiller Technique des CDC pour la Survie de l'Enfance a aidé le MSPP à élaborer une nouvelle stratégie qui se base beaucoup plus sur des postes fixes de vaccination et l'utilisation judicieuse de campagnes afin d'atteindre les objectifs de couverture visés.

L'équipe d'évaluation a eu l'opportunité de visiter plusieurs formations sanitaires et a pu constater que dans toutes les formations visitées, il existait une chaîne de froid opérationnelle et bien entretenue, avec des vaccins disponibles. Il semblerait donc que le premier élément du plan d'action ait été atteint d'une manière satisfaisante. Il n'a pas été possible pour l'équipe d'évaluer la qualité des services mais elle a pu constater que les dossiers de vaccination étaient bien tenus, portant ainsi à croire qu'une base de données existe qui pourra contribuer à établir un système d'information sanitaire. Au moment de l'évaluation, il n'existait pas, au niveau national, de données de vaccination provenant des statistiques de service. Les taux de couverture utilisés dans ce rapport proviennent de l'EDS:

- DTC3 48%
- VOP 46%
- Vaccin antirougeoleux 52%
- BCG 77%

Contraintes

En évaluant le problème de l'élargissement de la couverture en zone rurale, il s'avère que: les efforts du PEV se basent sur trois stratégies de base: les postes fixes; les équipes mobiles en véhicule tout-terrain; les vaccinateurs à moto. Au cours des deux dernières années, les équipes mobiles et autres éléments de stratégie avancée ont été perturbés par les pannes de véhicules du PEV, de telle sorte que le programme dépendait essentiellement des postes fixes (264 postes, contre 444 formations sanitaires). Etant donné l'étendue du pays et sa population dispersée, ces postes ne suffisent pas pour satisfaire la demande. Le problème se complique par le fait que la RCA n'a pas encore pris en charge les coûts de maintien des véhicules du PEV et le paiement des vaccinateurs mobiles, et n'a pas encore prévu de le faire. Ces coûts sont pris en charge par l'UNICEF (qui reçoit des fonds directement de l'AID/W), et l'UNICEF a informé le MSPP qu'il cesserait ce financement après 1996.

Le MSPP a pu conclure récemment que l'approche des postes fixes est plus soutenable à long terme et que les équipes mobiles sont très coûteuses. Avec l'assistance du Conseiller Technique des CDC et de techniciens d'autres agences, le MSPP a décidé de repenser sa stratégie du PEV qui aura dorénavant les caractéristiques suivantes:

- augmentation du nombre de postes fixes;
- des motos seront fournies aux postes fixes se trouvant dans des zones de haute densité et couvriront un axe de 20 km autour du centre;
- redistribution des équipes mobiles actuelles qui seront en nombre réduit. Dorénavant, les équipes couvriront des populations éparses. Le MSPP est en train d'acheter 5 nouveaux véhicules avec ses propres fonds, qui remplaceront 12 autres;
- l'emploi potentiel de 52 vaccinateurs dont les salaires sont actuellement payés par l'UNICEF. Ceci est problématique, vu les restrictions d'emploi affectant toutes les branches du gouvernement. Le MSPP estime qu'il a besoin de 1.600 employés supplémentaires; et
- emploi flexible des campagnes.

On pourrait espérer que ces mesures auraient pour conséquence d'augmenter la couverture vaccinale, mais pas nécessairement aux niveaux envisagés par le projet, à savoir 90% pour le

vaccin antirougeoleux, le DTC, et le vaccin antipolio, et 80% pour l'anatoxine tétanique (femmes en âge de procréer):

- Moins de 40% de la population a facilement accès à un poste de vaccination et beaucoup de formations sanitaires ne pourront pas faire de vaccinations.
- L'équipe d'évaluation a noté qu'en l'absence d'efforts massifs de motivation, le nombre d'enfants se présentant pour être vaccinés sur une base routinière est modeste, malgré que les formations visitées aient une chaîne de froid opérationnelle et bien entretenue. Auparavant, des mobilisateurs communautaires volontaires étaient employés pour encourager les mères à faire vacciner leurs enfants. Près de 2.000 de ces mobilisateurs furent recrutés et la plupart sont maintenant inactifs.
- Il n'y a pas beaucoup de mécanismes de mobilisation communautaire: il existe une station publique nationale de radio, une station de télévision et un réseau de radiophonie rurale. Une nouvelle station de radio appartenant à l'Eglise Catholique a commencé récemment à émettre timidement. L'écoute semble être limitée. Le MSPP a fait un effort pour mobiliser les journalistes. Certains d'entre eux reçurent une formation, la dernière en date ayant eu lieu en Avril 1995. Cependant, pratiquement tous les journalistes sont des employés de l'Etat et certains problèmes relatifs à leur rémunération n'ont pu être résolus.

Recommandations

Le MSPP pourrait envisager d'inclure toutes les 444 formations sanitaires comme postes fixes de vaccination. Il sera nécessaire de continuer d'utiliser pour l'instant des stratégies de vulgarisation, vu la dimension du pays et sa population dispersée. L'équipe d'évaluation appuie la nouvelle approche développée par le MSPP et pense qu'elle constitue un moyen valable d'augmenter la couverture vaccinale à court terme. Il ne faudrait pas complètement abandonner les campagnes si l'on veut atteindre les niveaux de couverture achevés en 1990-1991.

Pour rendre ces stratégies plus durables, une attention particulière devrait être accordée à l'exemple de Berberati, tel qu'illustré par le projet AFRICARE pour la survie de l'enfance. Ce projet vise à l'identification de mécanismes de prestation de services au niveau des villages, et ainsi donc les leçons apprises à ce niveau pourraient avoir des implications importantes pour le reste du pays. Pour arriver à une transposition du projet AFRICARE au niveau national, il faudrait former plus de 3.000 agents villageois. Ce chiffre a été calculé en tenant compte du fait qu'une mère aurait à marcher moins de 7 km pour atteindre un poste de vaccination avec son enfant (un rayon de 7 km dans toutes les directions donne une zone de couverture de 196 kilomètres carrés par vaccinateur, d'où le chiffre de 3.000 pour une superficie de 600.000 kilomètres carrés). Les vaccinateurs villageois pourraient être approvisionnés par un système "postal" de vaccins employant des motocyclistes, sous contrat d'un jour par semaine,

possédant leur propre motocyclette et voyageant sur un axe par semaine; de plus, une partie des recettes des hôpitaux et centres de santé pourrait financer une division communautaire dans chaque centre fournissant des services intégrés avancés à la population, grâce à des équipes mobiles.

Au cours des deux prochaines années, le Conseiller Technique des CDC pourrait travailler plus étroitement avec ses collègues d'AFRICARE afin de les aider à identifier les obstacles à la mise en place de services de santé villageois qui pourraient se présenter au niveau national. L'équipe d'évaluation finale pourrait alors être mieux à même de conclure si une telle approche est faisable et réaliste pour le pays.

CMD

Il est encourageant de constater que la pratique de l'allaitement maternel est encore très répandue; la pratique d'allaitement exclusif avant l'âge de 4 mois est peu utilisée (4%). Dans un autre domaine, il a prévu de corriger les lacunes des agents de santé quant à la prise en charge des maladies diarrhéiques, grâce à un programme de recyclage et à une meilleure supervision qui sera plus intégrée.

L'assistance fournie par les CDC à la Direction de la Médecine Préventive devait permettre à celle-ci de:

- rendre disponible les sachets de réhydratation orale dans 95% des formations sanitaires;
- augmenter le taux d'utilisation de la TRO à 95% dans les formations urbaines et à 60% dans les formations rurales;
- améliorer les capacités de prise en charge des cas de diarrhée par les agents de santé grâce à une meilleure formation et une meilleure supervision;
- améliorer les niveaux de connaissance de la communauté quant à la prise en charge des cas de diarrhée grâce à l'IEC et l'éducation sanitaire dans les écoles;
- réaliser des recherches opérationnelles sur la prise en charge efficace de la diarrhée;
- mettre en place un système d'information sanitaire pour faciliter l'évaluation du programme.

Réalisations

Le document de projet identifie un nombre d'objectifs devant être atteints et en rapport avec l'accès aux SRO et leur utilisation dans les hôpitaux et centres de santé, la formation du personnel pour la prise en charge des cas, la supervision du personnel formé, le développement d'un plan d'IEC, la mise au point d'outils de mobilisation sociale, la promotion de l'allaitement maternel et le suivi/évaluation des activités.

Comme réalisation principale, on peut noter l'augmentation du taux d'utilisation de la TRO, qui est passé de 5% en 1989 à 34% en 1994. Ce résultat a pu se concrétiser malgré de

nombreuses contraintes (voir plus bas). Une évaluation des besoins a été faite et ceci a servi comme document de base pour l'élaboration d'un plan d'action. De plus, un guide pédagogique a été rédigé et plus de 300 travailleurs de la santé ont reçu une formation. Cependant, l'évaluation post-formation en 1994 a identifié un certain nombre de problèmes tels la disparition de matériel didactique, ainsi que la supervision inadéquate du personnel.

Problèmes et contraintes

Le responsable de la Direction de la Médecine Préventive pense que les problèmes sociaux de la RCA (grèves, etc.) ont eu un impact négatif sur le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. D'après lui, on a enregistré un recul dans l'utilisation de la TRO dans les formations sanitaires. De plus, l'impact du programme IEC sur les parents n'est pas ressenti et les efforts visant à introduire l'éducation sanitaire en matière de CMD n'ont pas été complètement couronnés de succès. Les formations sanitaires dépendaient de l'UNICEF pour leur approvisionnement en SRO. La transition à l'Unité de Cession de Médicaments n'a pas été faite. Comme pour le PEV, le programme de CMD a des problèmes de canaux adéquats pour son volet IEC [ceci a été confirmé par le responsable d'IEC à la Direction de la Médecine Préventive qui semble avoir des difficultés à obtenir la participation active des stations de radio et de télévision publiques pour qu'elles puissent diffuser les messages]. De plus, les faiblesses de supervision du MSPP ont contribué à faire surgir certains problèmes de terrain (mémo interne d'évaluation de mai 1994): conseils inadéquats aux mères; pénurie de matériel didactique disponible auparavant (gobelets, bouteilles graduées, etc.). Il n'y a pas eu beaucoup de progrès dans la recherche sur les solutions de réhydratation à base de céréales.

En ce qui concerne l'allaitement maternel, le MSPP a émis des directives visant à restreindre la promotion du lait de vache dans le pays.

Recommandations

Il s'agira des mêmes recommandations pour cette composante que pour les trois autres, à savoir la malaria, les IRA et l'espacement des naissances, et ces recommandations sont liées à la recommandation principale que ces interventions soient introduites ensemble, dans un nombre restreint de formations sanitaires où on apprendra comment procéder de manière intégrée.

Malaria

L'assistance technique des CDC dans ce domaine et la fourniture par cet organisme d'antipaludique pendant les deux premières années du projet devait aider le MSPP à faire diminuer la mortalité liée à la malaria, à contribuer à une meilleure prise en charge des cas et à réduire la transmission de la maladie. Cette assistance devait permettre au MSPP de:

- promouvoir la disponibilité de la chloroquine et autres médicaments de second plan dans toutes les formations sanitaires;
- continuer à évaluer la résistance à la chloroquine;
- augmenter à 80% la quantité de foyers disposant d'un accès immédiat à la chloroquine, ou à un lieu de référence approprié;
- former et superviser le personnel sanitaire;
- donner un traitement correct à 95% des femmes enceintes fébriles dans toutes les formations sanitaires et faire la prophylaxie prénatale; et
- accélérer les efforts d'IEC.

Réalisations

520 agents de santé ont reçu une formation sur la prise en charge de la malaria. Le personnel sanitaire semble bien comprendre et appliquer les principes de prophylaxie pendant la grossesse. Il a été plus difficile de réduire l'incidence de la maladie à cause de l'émergence de plasmodium falciparum résistant à la chloroquine, les données disponibles suggérant un niveau de résistance de 10% (Faculté des Sciences de la Santé). Les efforts visant à promouvoir la disponibilité de la chloroquine dans les formations sanitaires semblent avoir donné des résultats. La chloroquine était disponible dans toutes les formations sanitaires visitées par l'équipe d'évaluation.

Problèmes et contraintes

Le programme d'IEC ne constitue pas un point fort de cette composante, comme c'est d'ailleurs le cas pour les autres. Il semblerait de plus, après enquête faite auprès des malades, que d'autres médicaments, à part la chloroquine, sont utilisés comme médicament de première ligne dans beaucoup de formations sanitaires.

Il n'a pas été possible à l'équipe d'estimer quelle proportion de foyers a accès à la chloroquine. Il semblerait cependant que la prophylaxie à la chloroquine est courante pour les femmes enceintes.

Les efforts de protection personnelle portent sur l'usage des moustiquaires imprégnés. Cette composante sera décrite plus bas.

Recommandations

La prophylaxie et le traitement de la malaria devraient faire partie du paquet de services de base disponible dans toutes les formations sanitaires, y compris les centres de soins primaires. La formation intégrée qui est proposée pourrait être introduite dans un nombre limité de formations sanitaires afin de déterminer comment éviter de surcharger les travailleurs de santé par la quantité de matériel qu'ils auraient à absorber.

IRA

L'assistance des CDC devait porter sur la mise en place d'un programme IRA, sur un système d'approvisionnement fiable en médicaments, sur la formation et la supervision pour la prise en charge des cas, sur l'éducation sanitaire des parents. De plus, un plan d'IEC devrait être formulée, et une étude CAP réalisée.

Réalisations

Une proposition de politique est maintenant disponible. Des études ethnographiques et d'autres études de résistance aux antibiotiques ont été réalisées et seront utilisées pour l'élaboration d'un plan de formation du personnel sanitaire. On détecte en même temps une certaine ambivalence concernant l'approche intégrée à la prestation des services. Certains progrès ont été enregistrés en ce qui concerne l'adaptation des algorithmes de l'OMS pour la prise en charge de l'enfant malade dans le pays.

Le projet SSE a pour objectif de réduire de 25% la mortalité liée aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans et de fournir un traitement correct à 50% des cas d'IRA vus dans les formations sanitaires. Pour arriver à l'établissement d'un programme national IRA, il fallait tout d'abord passer par certaines étapes: élaboration d'une politique, sélection de principes directeurs pour la formation et la prise en charge des cas, accès aux médicaments via l'Unité de Cession de Médicaments. L'équipe a détecté une certaine timidité de la part du MSPP et des conseillers du Ministère dans l'exécution de ces étapes, timidité liée à la crainte que le personnel sanitaire de base soit surchargé et ne puisse pas absorber autant de nouvelles connaissances.

Recommandations

Comme c'est le cas pour la prophylaxie et le traitement de la malaria, la prise en charge des IRA devrait être un des éléments du paquet de base de services disponibles dans les formations sanitaires. Ceci dit, il ne faut pas minimiser les difficultés pour y parvenir, difficultés rencontrés ailleurs (dans d'autres milieux). Malgré tout, il faudrait néanmoins que l'agent de santé confronté à un enfant malade puisse appliquer un algorithme qui l'aidera à choisir le traitement approprié. Les problèmes pratiques d'exécution seraient résolus au niveau de

quelques formations sanitaires pilotes avant d'envisager de former des centaines d'individus et de les renvoyer dans des formations sanitaires sous-utilisées par la population.

Espacement des naissances

L'un des objectifs de cette composante est d'augmenter le pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals de 48% à 60%. En outre, le Conseiller Technique des CDC devait fournir une assistance à la Direction de la Santé Materno-Infantile et favoriser une meilleure coordination entre cette direction et celle de la Médecine Préventive. Le projet devait également fournir un véhicule et des ordinateurs à la Direction de la Santé Materno-Infantile.

Réalisations

Le projet SSE finança une consultation à court terme en 1994 pour examiner l'état d'avancement des activités de cette composante. En résumé, les recommandations produites par cette consultation sont les suivantes (Riley and Qualls, CDC):

- la RCA devrait développer une stratégie globale sur la population qui comporterait une politique spécifique relative à la prestation des services de santé reproductive, y compris la planification familiale;
- assistance technique à la RCA en logistique des contraceptifs;
- inclure les contraceptifs dans le système de recouvrement de coûts;
- amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires;
- intégration des programmes de soins maternels et de planification familiale dans le système de supervision envisagé;
- utilisation d'ONG telles que le "Service de la Santé des Adolescents et de l'Education Sexuelle" et l'"ACABEF" pour l'IEC et pour d'autres activités de soutien; et
- recherche opérationnelle sur l'intégration des services de planification familiale.

Une autre consultation en Mars 1995 sur le système de logistique des contraceptifs avait pour tâche de produire des recommandations spécifiques sur la formation, le suivi, la collecte de données et l'achat de contraceptifs.

L'équipe d'évaluation a pris note du fait que très peu, ou pas, de contraceptifs étaient disponibles dans les formations sanitaires visitées (le Conseiller Technique des CDC notait dans son rapport trimestriel d'Avril 1995 que le pays était pratiquement en rupture de stock de contraceptifs).

L'équipe a été mise au courant des efforts d'une ONG, ACABEF, visant à promouvoir la contraception et à rendre les services disponibles dans le pays (d'autres pays, surtout en Amérique Latine, ont confié à des entités privées, en général des organismes affiliés à l'IPPF, tels que PROFAMILIA/PROFAMIL, la responsabilité de fournir les services de PF).

Recommandations

En plus des recommandations globales qui s'appliquent à tout le programme de Survie de l'Enfance, le Conseiller Technique des CDC et le MSPP pourraient envisager l'option de confier à ACABEF et à d'autres organisations le soin de prendre en charge les activités de PF dans le pays.

VIH/SIDA

CDC devait aider à mettre sur pied un mécanisme permettant de faire une estimation du progrès de l'épidémie VIH/SIDA, d'améliorer l'accès aux condoms, de préparer un projet pilote pour le contrôle des MST, de développer et fournir l'éducation sanitaire, et d'améliorer les capacités de détection précoce de la maladie.

Réalisations

La mise en place d'activités pilotes pour le contrôle des MST est une grande réussite, de telle sorte que le MSPP peut maintenant envisager comment établir un programme national de contrôle des MST intégré dans les soins primaires de santé. Le projet contribue à documenter la progression de l'épidémie par le biais d'un réseau de sites sentinelles. De plus, le projet vise à aider le MSPP à mettre en place un système standardisé de diagnostic et de traitement des MST, et il contribue à encourager l'utilisation des condoms (voir plus bas). Les efforts d'IEC ont rencontrés certains obstacles qui seront décrits.

Ce volet comporte quatre grandes composantes:

1. évaluation de la progression de l'épidémie;
2. améliorer l'accès aux condoms;
3. traitement des MST;
4. modification du comportement.

Le chapitre sur les condoms sera présenté dans une autre section de ce rapport.

Actuellement, la progression de l'épidémie du SIDA est mesurée par le biais de données collectées dans 16 postes sentinelles, ces collectes s'effectuant à des périodes bien spécifiques (fin Septembre/début Octobre), avec une population cible bien définie (femmes enceintes, malades souffrant de MST, travailleurs). Les données suggèrent une progression de

l'épidémie, les taux de séro-prévalence chez les femmes enceintes étant passés de 6,88% en 1990 à 9,32% en 1994, et de 20,2% en 1990 à 25,3% en 1994 chez les malades atteints de MST.

Le projet fournit un Conseiller Technique à long terme des CDC qui aide la RCA à définir une approche efficace pour réduire la transmission par le biais du contrôle des MST. Avec son aide, le MSPP a pu:

- élaborer des protocoles de diagnostic et de traitement pour le traitement des MST qui s'inspirent de l'approche symptomatique recommandée par l'OMS;
- établir un projet pilote dans la Région 4 du pays, ce qui a permis l'introduction réussie de la nouvelle approche. Pour l'instant, 6 cliniques MST fonctionnent et utilisent un protocole standardisé, et plus de 10.000 cas ont reçu un traitement depuis le début du projet. On notera particulièrement la mise en place d'un système de notification et de traitement des partenaires des cas de MST (Les femmes référées par un partenaire masculin étaient asymptomatiques dans 70% des cas). Le traitement des femmes asymptomatiques a le potentiel de réduire le réservoir d'infections au niveau communautaire.

Les activités VIH/SIDA/MST du projet ont débuté dans deux centres urbains, Bambari et Bria et comportent la prise en charge des cas de MST et d'infection au VIH, un système de suivi de l'utilisation des médicaments et de leur approvisionnement ainsi que des procédures standardisées de supervision. De plus, des consultants ont fourni leurs services pour l'utilisation d'une feuille d'observation pour le contact clinique et l'apport de conseils. Les efforts du projet ont été concentrés dans la zone de Bambari, les activités telles que l'IEC, les conseils, les postes sentinelles, et la notification des partenaires devant être reproduites dans d'autres sites de la Région 4. Les services MST/VIH ont été introduits sur une base limitée à Bria et Grimari et on compte les étendre par le biais de la formation, la supervision et l'introduction du système de recouvrement des coûts.

Compréhension, acceptation et satisfaction de la communauté

A partir d'interviews réalisées à Bangui et Bambari, il a été constaté que plus de 90% des individus interviewés connaissent le SIDA, savent comment il est transmis et quelles en sont les conséquences. Les gens ont peur de la mort, surtout de la mort lente. Ils savent que le SIDA est une maladie fatale. Certains l'appellent "la maladie de la honte", vu son association avec la promiscuité. D'autres l'appellent une maladie "honorable" parce que ceux qui savent comment la confronter meurent de la mort du "héros conquérant".

Certaines personnes interviewées pensent que des individus se mettent dans une situation à risque par besoin de gratification sexuelle immédiate. On pense également que la consommation d'alcool décourage l'utilisation du condom, particulièrement lorsqu'il s'agit

d'un contact sexuel d'occasion. La plupart des personnes interviewées dans les cliniques disent avoir été référées à la clinique par un partenaire, mais n'admettent pas toujours la peur qu'elles ont de se faire soigner pour une MST, mais disent plutôt qu'elles viennent pour un simple examen. Les jeunes femmes sont très embarrassées d'être à la clinique. Celles qui ont été infectées à la suite à une relation sexuelle avec un partenaire d'occasion se disent prêtes à utiliser le condom. Celles qui étaient mariées n'étaient pas aussi sûres.

Les patients qui fréquentent les cliniques MST/VIH sont en général satisfaits de la qualité des services et sont prêts à les recommander à leurs amis et partenaires. Ils n'ont pas de problème à payer les frais de consultation. Cependant, lorsqu'il y a rupture de stock de médicaments, ils paient plus, car ils doivent les acheter directement du personnel médical. Ils n'aiment pas cette pratique.

Un important élément du processus de pérennisation a été l'installation des ordinateurs, la formation qui en découle et la disponibilité de logiciels permettant d'analyser les tendances aussi bien que les informations en rapport avec l'utilisation des médicaments. Avec un appui technique, une banque de données a pu être constituée et a été modifiée pour pouvoir gérer les nouveaux algorithmes de prise en charge des cas de MST, aussi bien que les données de fréquentation des malades, ainsi que les données de gestion. Il reste à savoir dans quelle mesure les données ont été utilisées pour augmenter le taux d'utilisation par le biais d'un meilleur système de notification et une amélioration des activités d'IEC. La prochaine étape sera d'exploiter l'énorme quantité de données disponibles pour voir comment étendre les services à d'autres centres et d'autres régions du pays.

Dans le même contexte, le MSPP et le Conseiller Technique des CDC pour les MST/SIDA ont indiqué qu'ils souhaiteraient étudier l'importance clinique du VIH type O, variante qui ne peut pas pour l'instant être diagnostiquée à l'aide des examens actuels. Ceci peut avoir de grandes implications pour la transfusion sanguine.

Problèmes et contraintes

Le personnel interviewé dans un des centres a informé l'équipe de l'utilisation des traitements à dose unique. Les membres du personnel qui ne sont pas directement impliqués dans la marche de la clinique MST ont tendance à avoir des points de vue négatifs sur ce protocole à dose unique et ils font part de leurs opinions aux patients.

Les patients qui fréquentent les cliniques ainsi que le personnel se sont plaints de ruptures de stock occasionnelles pour les médicaments et du fait qu'il n'y avait pas de condoms disponibles pour les séances de démonstration.

A cause du nombre restreint d'employés, ceux qui s'y connaissent en conseils ne sont souvent pas disponibles aux heures de pointe, vu qu'ils sont pris ailleurs. La distribution des salles de consultation et de conseil est telle que le suivi du malade est parfois difficile.

Les séances de conseil que l'équipe a pu observer étaient appropriées et les malades ont reçu du matériel éducatif sur les condoms. La fréquentation était grande le jour de la visite de l'équipe, ce qui a constitué une charge supplémentaire pour le personnel devant fournir des conseils, et, au fur et à mesure que l'heure avançait, les séances de conseil devenaient plus courtes. Aucun condom ne fut distribué aux patients ce jour là.

Le nombre de patients fréquentant les cliniques de Bambari et de Bria a augmenté considérablement. Pendant les 4 mois précédant la visite de l'équipe, il y eu plus de femmes (2.139) que d'hommes (1.527) qui se sont présentées pour être traitées. Le nombre de partenaires venant se faire soigner a également augmenté. Certains d'entre eux étaient asymptomatiques. Ceci semble indiquer que le système de notification des partenaires est efficace et aussi, peut-être, que la communauté est plus consciente de la disponibilité des services et de la nécessité de se faire soigner à temps. L'augmentation de la fréquentation a eu comme conséquence que le personnel a plus de travail et que sa capacité d'offrir des conseils efficaces est réduite.

La composante IEC et la stratégie du MSPP comporte les éléments suivants:

- prévention secondaire grâce à l'éducation des patients et à l'apport de conseils;
- activités de prévention primaire axées sur l'utilisation de canaux communautaires pour la transmission des messages: les églises, les groupements de femmes, l'infrastructure sanitaire, les écoles, l'armée, le milieu des affaires. On constate cependant que le niveau d'IEC n'est pas à la mesure des besoins en dissémination de l'information.

Recommandations

Plusieurs réalisations ont pu être concrétisées grâce à l'appui technique fourni au programme national de lutte contre le SIDA et les MST de la Direction de la Médecine Préventive et de Contrôle des Maladies. Ce sont là des acquis importants en vue d'arriver à une pérennisation du programme.

Des experts en conseils ont été formés et des protocoles et procédures mis au point pour s'assurer que l'apport de conseils se fasse d'une manière appropriée. Bien que les fortes fréquentations et l'exiguïté de l'espace constituent une entrave, il faudrait penser à des séances répétées de recyclage qui incluraient les superviseurs. Les employés déjà formés peuvent aider dans ce domaine car ils semblent être systématiques et efficaces. **Les séances de recyclage peuvent être planifiées tout au long de l'année et ceci permettra au personnel d'améliorer ses connaissances et de maintenir son degré d'expertise pendant que de nouveaux employés sont formés. Tous les membres du personnel devraient recevoir une formation étant donné qu'ils constituent un point de contact avec les malades, surtout pendant les heures de pointe. Ceci pourrait donner un appui supplémentaire et venir renforcer les conseils que les malades reçoivent.**

La supervision continue devrait être faite par des superviseurs qui ont également participé aux séances de formation et qui sont donc au courant du contenu de la formation et des procédures et méthodes utilisées. Ceci a pu présenter des difficultés à cause du niveau de fréquentation et du nombre des employés, mais un effort en ce sens pourrait être consenti.

Grâce à l'assistance technique fournie par le Conseiller Technique, **des niveaux de commande ont été établis ainsi que des formulaires de réquisition. Ce système devrait être inspecté de temps à autre pour s'assurer que ces innovations sont utilisées d'une manière systématique et appropriée, évitant ainsi des ruptures de stock et la non-disponibilité des médicaments pour les malades. De tels problèmes sont paradoxaux, vu qu'il y a des médicaments en quantité suffisante dans le pays.**

L'utilisation d'approches systématiques pour la gestion des services cliniques constitue un atout important pour la pérennisation. On notera que plusieurs mesures ont été adoptées pour faciliter ce processus: guides de formations pour le personnel MST; algorithmes pour le traitement des MST qui utilisent l'approche symptomatique, activités d'IEC au niveau hospitalier; supervision standardisée.

Tout le personnel d'une formation sanitaire devrait recevoir une orientation sur le fonctionnement des Cliniques MST. Le personnel clinique devrait, autant que possible, participer aux séances de formation.

La question de notification des partenaires a des implications internationales. Les activités de la Région 4 fournissent une base excellente pour une étude approfondie de ce problème. Dans les alentours de Bambari, se trouve un centre de santé géré par une mission catholique dont la population cible est bien définie (la population a été énumérée et enregistrée, et une adresse est disponible pour chaque ménage). Un protocole de recherche pourrait être préparé par les CDC et le MSPP, comprenant des hypothèses de recherche, les questions de recherche, les méthodes, les variables de décision, le plan d'évaluation expérimentale ou quasi-expérimentale des solutions potentielles retenues. La population définie pourrait servir d'univers de l'étude, tout en s'assurant que les questions d'éthique et de consentement informé soient respectées.

Les efforts d'IEC demandent un appui plus considérable. Plusieurs canaux de communication peuvent être envisagés. On pourrait considérer une recherche opérationnelle à petite échelle sur l'emploi de caravanes vidéo qui visiteraient les villages. Des contributions pourraient être demandées aux spectateurs pour la projection de films populaires qui contiendraient des messages publicitaires de maisons d'affaires, aussi bien que des messages d'éducation sanitaire provenant du MSPP. Les frais et autres contributions pourraient aider à couvrir le coût de ce programme.

La formation

Les CDC devaient fournir un appui au développement d'un plan de formation qui comprendrait un système de suivi et d'évaluation continue de l'expertise du personnel sanitaire dans les domaines suivants: IRA, VIH/SIDA, naissances à risque.

Comme objectifs spécifiques pour 1997, il s'agissait d'améliorer les capacités des formations sanitaires et celles du personnel de santé pour qu'il puisse atteindre les standards de l'OMS en ce qui concerne l'évaluation clinique, le traitement, l'éducation du patient, les fournitures et matériels et la préparation de rapports - et ce, par le biais de standards nationaux de qualité, de la mise au point de méthodes efficaces d'évaluation et de programmes en vue d'améliorer la gestion.

Réalisations

Celles-ci sont présentées au niveau de chaque composante du projet.

Problèmes et contraintes

La composante "formation" du projet a pris du retard et une approche plus horizontale à la formation et la supervision est en train d'être mise en place par le MSPP. Par rapport aux objectifs cités plus haut, les résultats sont inégaux, suivant la composante étudiée (Survie de l'Enfance, recouvrement des coûts, VIH/MST, AFRICARE, PSI). La formation clinique est rendue difficile à cause de l'état préoccupant des formations sanitaires et de l'environnement de travail du personnel sanitaire. Alors que les statistiques indiquent un chiffre de 4.750 lits d'hôpitaux pour le pays, l'équipe d'évaluation a visité des hôpitaux avec soi-disant 120 lits, où seulement 20 lits pouvaient accueillir des malades. Les formations manquent souvent de matériel de base comme les stéthoscopes, les balances, les microscopes, etc., et la plupart d'entre elles n'ont pas de médicaments. Une formation sans une ambiance propice de travail est un exercice futile.

Recommandations: Voir les recommandations globales sur une approche intégrée pour la formation.

Système d'Information Sanitaire

Objectifs

Les CDC devaient aider le MSPP à élaborer un plan visant à intégrer le système de surveillance utilisé pour le programme de survie de l'enfance au système national d'information sanitaire, et ils fourniraient également des ordinateurs.

Réalisations

Une consultation a eu lieu en Janvier 1995 pour l'élaboration d'un programme informatisé pour la saisie des données provenant des postes sentinelles et pour la préparation de graphiques devant être utilisés dans les rapports mensuels. Le personnel sanitaire impliqué a reçu une formation lui permettant d'utiliser le formulaire de rapport et d'analyser les données. Au début de Juillet 1995, des données préliminaires étaient disponibles pour certaines maladies: la diarrhée, la dysenterie, le choléra, la malaria, les IRA, les méningites, les maladies du PEV et la fièvre jaune.

Problèmes et contraintes

Les deux contraintes principales sont:

1. le retard enregistré pour remettre sur pied le système de collecte de données des sites sentinelles; et
2. les progrès réalisés dans la mise en place d'un système national d'information sanitaire fonctionnel (ceci n'est pas directement du ressort du projet SSE).

Recommandations

Si l'on se réfère à l'une des recommandations principales portant sur le développement d'un système de prestation de service et de suivi au niveau des formations sanitaires, on pourra concevoir l'intervention du projet dans le domaine de l'information sanitaire à l'intérieur de 2 composantes: 1) un système simplifié de surveillance épidémiologique qui utiliserait les postes sentinelles; 2) le système de routine devant être utilisé au niveau national. Le projet SSE n'est pas mandaté pour fournir de l'aide au niveau du système national. Il peut cependant aider à définir le minimum d'information requise au niveau des différents types de formations sanitaires, suivant leur degré de complexité. Ceci peut se faire en voyant comment un formulaire d'une page contenant des informations sur la fréquentation et les données financières est utilisé par le personnel des formations pour prendre des décisions, suite à quoi le formulaire peut être modifié et introduit au niveau national.

Financement de la santé

Objectifs

Pour appuyer les efforts du MSPP dans le domaine du recouvrement des coûts des services de santé, les CDC devaient fournir une assistance technique à court et à long terme pour permettre de réaliser des études sur la gestion financière et l'économie de la santé, d'organiser des ateliers de travail où les résultats de ces études seraient présentés, d'initier une phase pilote pour le recouvrement des coûts. Les produits pharmaceutiques seraient achetés pour 10 sites où les activités de recouvrement de coûts commenceraient.

Réalisations

La RCA a utilisé la loi sur le financement progressif des services de santé établissant les normes de paiements pour les services comme fondation pour créer tout le programme législatif qui permet actuellement aux formations sanitaires de recevoir des contributions et de les garder. Cette réalisation impressionnante, dotée d'un grand potentiel pour faciliter le processus de décentralisation, doit maintenant faire face au défi de garantir un système d'approvisionnement en médicaments fiable et durable, et de développer les outils de micro-gestion et les pratiques qui permettront un contrôle adéquat dans chaque formation sanitaire.

Le développement d'un système national de recouvrement de coûts est un des objectifs majeurs du projet SSE. Les intrants fournis par le projet comprennent le financement d'un conseiller en recouvrement de coûts, l'assistance technique à court terme et le financement d'une phase pilote de recouvrement de coûts. Une aide sous forme de véhicules, d'équipement et de frais de déplacement devait être accordée à la "Cellule d'Economie de la Santé". De plus, la Cellule devait: a) patronner de nombreuses études sur la comptabilité hospitalière, l'efficacité hospitalière, la sécurité sociale, le financement de la santé urbaine, le coût de la santé; b) coordonner la formation pour le personnel sanitaire et les comités de gestion des formations sanitaires (nouvellement établis) ; et c) organiser des ateliers de travail pour la présentation des résultats des études et l'établissement d'un consensus sur le financement de la santé.

Une approche en six étapes a été adoptée:

- 1. analyse d'expériences pilotes;**
- 2. mise en place des bases législatives;**
- 3. création d'une unité centrale d'approvisionnement en médicaments;**
- 4. création des comités de gestion des formations sanitaires et formation de leurs membres;**
- 5. formation du personnel pour l'utilisation appropriée des médicaments et pour la gestion financière; et**
- 6. système d'information pour le suivi et l'évaluation.**

L'assistance fournie par le biais du projet a été efficace et elle a permis de franchir plusieurs étapes dans la mise en place du système:

- Désignation d'un conseiller affecté à la Cellule d'Economie de la Santé du MSPP.**
- Assistance technique à court terme fournie par Abt Associates, ce qui a permis d'analyser les expériences pilotes et de dégager pour le Ministère certains principes de politique dans ce domaine. Des lois appropriées ont été entérinées et des décrets**

promulgués, fournissant ainsi le fondement législatif de l'initiative, tout en créant les comités de direction des formations sanitaires.

- Etablissement d'un consensus autour d'un concept unifié de recouvrement de coûts et de mise en application. Beaucoup de problèmes ont dû être résolus, parmi lesquels le niveau de contribution à demander pour les différents types de services et le mode d'utilisation des fonds ainsi récoltés pour l'achat des médicaments et de fournitures médicales, et pour les ristournes aux prestataires.
- Initiation des activités de recouvrement de coûts dans certaines formations sanitaires.

Problèmes et contraintes

Les patients paient maintenant des contributions dans les hôpitaux de Bangui et dans la plupart de formations sanitaires du pays. Entre temps, la Cellule d'Economie de la Santé a élaboré un nombre de conditions préalables que chaque formation sanitaire doit remplir avant de recevoir un stock de base de médicaments et de lancer le processus de recouvrement des coûts. Ces conditions comprennent la présence d'une salle devant loger la pharmacie, un personnel entraîné à la prescription des médicaments, aux procédures d'inventaire et d'achat, et à la gestion financière.

Jusqu'à présent, il y a peu de formations qui soient capables de remplir ces conditions et ainsi donc, la plupart des formations ne disposent pas de médicaments. Les patients reçoivent des ordonnances qu'ils vont faire remplir dans les pharmacies privées. De plus, il ne semble pas avoir une bonne compréhension du degré de complexité de certains aspects de la micro-gestion de ces formations et des besoins en formation dans ce domaine avant même que le système puisse être introduit. Les futurs gestionnaires sont pour la plupart des membres du personnel technique (en général, des infirmiers) qui sont censé recevoir une formation additionnelle pour ces nouvelles tâches. Ceci se conçoit pour les petites formations, mais n'est pas nécessairement la meilleure chose pour les hôpitaux de district et les bureaux régionaux qui auront à leur charge la supervision et la vérification externe des formations. Finalement, le système de rapport représente un travail supplémentaire pour le personnel et il fait double emploi avec ce qui existe déjà. Tout le processus est paralysé par manque de fonds pour la formation. Il semble que pour l'instant le stock de médicaments à l'Unité de Cession de Médicaments est adéquat pour parer à la demande éventuelle.

La Cellule d'Economie de la Santé est très petite et ne dispose pas des ressources humaines et matérielles nécessaires pour mener à bien toutes les activités qu'on lui a confiées.

Recommandations

MSPP: Les éléments suivants ne sont pas nécessairement du ressort du projet SSE mais négliger de les aborder, pourrait nuire sérieusement au succès de cette composante.

Le MSPP pourrait considérer l'opportunité d'encourager d'autres sources d'approvisionnement en médicaments essentiels afin de garantir la compétition, la survie du secteur pharmaceutique privé et la disponibilité d'une source de secours au cas où l'unité de Cession de Médicaments serait en rupture de stock. D'une manière spécifique, le MSPP pourrait encourager les importateurs privés à acheter des médicaments génériques et, en même temps, autoriser les formations sanitaires à acheter des médicaments d'importateurs privés qui respectent la liste des médicaments essentiels du MSPP, ou de l'Unité de Cession de Médicaments. Il faudrait repenser les aspects de gestion financière et de gestion des stocks du programme de formation, afin de donner une importance particulière aux systèmes de contrôle appropriés au niveau institutionnel, et aux capacités de vérification interne et externe au niveau régional. Il serait souhaitable de considérer l'emploi de comptables professionnels dans les hôpitaux de région et de district, et de former un personnel bien choisi pour tenir les livres des formations plus petites. Le personnel qui s'occupe des livres ne devrait pas manipuler d'argent liquide et vice-versa. Le trésorier du Comité de Direction devrait avoir des notions de contrôle financier.

Vu les ressources limitées du MSPP et l'utilisation disproportionnée de ces ressources au profit des trois hôpitaux tertiaires de Bangui, le MSPP pourrait envisager avec prudence la faisabilité de se défaire des responsabilités financières de gestion d'au moins un de ces hôpitaux. L'hôpital ainsi sélectionné resterait la propriété du MSPP mais deviendrait l'entité principale d'un réseau entièrement autonome de soins dont les dépenses seraient payés sur une base de souscription par des souscripteurs tels que les employés de l'Etat et d'autres employés du secteur privé recrutés sur une base de pré-paiement. Un Fond National de Garantie serait géré par un Conseil d'Administration qui pourrait comprendre des délégués de différents éléments de la société de la RCA (affaires, banques, syndicats, l'université, les groupes religieux, ONG, MSPP et Ministère des Finances) et serait constitué des sources suivantes:

- 1. des redevances provenant du budget national sous la rubrique "personnel";**
- 2. une surtaxe sur la vente des médicaments; et**
- 3. des contributions d'employeurs.**

Ce fonds aiderait à financer le réseau ainsi que les coûts de soins aux indigents.

Le MSPP compte faire un suivi du programme de recouvrement de coûts. Il s'agit là d'une bonne mesure car il faudra ajuster les barèmes afin de refléter les vrais coûts et de financer les déficits. Le MSPP pourrait étudier la faisabilité de réviser et simplifier le formulaire de collecte de données (qui pourrait être limité à une seule page) afin d'éviter un double emploi (les trois premières pages du formulaire actuel servent à recueillir des données sur la fréquentation, information déjà fournie dans le formulaire du SNIS).

CDC

Le manque de fonds au niveau du projet SSE est une entrave à la réalisation des objectifs fixés pour cette composante. Le Conseiller Technique des CDC a préparé une proposition de

remaniement du budget local pour allouer des fonds supplémentaires à l'effort de recouvrement des coûts. L'équipe d'évaluation applaudit cette initiative de réallocation mais suggère une certaine mesure de prudence dans la planification de grands programmes de formation, alors que les bases devant asseoir une meilleure gestion des formations sanitaires n'ont pas encore été établies. Ainsi donc, l'équipe d'évaluation suggère que le contrat du Conseiller Technique des CDC soit prolongé jusqu'à la fin du projet pour permettre que les recommandations antérieures soient entérinées, mais également pour aider à confronter les problèmes suivants:

1. en ce qui concerne les médicaments, quels types de médicaments devraient être disponibles dans les formations sanitaires, tenant compte de leur degré de complexité, à commencer par les pharmacies villageoises et les centres de santé?
2. quel type de logistique assurera la disponibilité des médicaments aux sites les plus reculés?
3. la préparation d'un module de formation intégré pour la gestion des formations sanitaires. A ce niveau, les CDC pourrait retenir l'assistance de PROSALUD (voir ci-dessus);
4. simplification du formulaire de rapport institutionnel.

Marketing social du condom

Objectifs

Le 28 Mai 1993, a eu lieu la signature d'un accord entre l'USAID et PSI par le biais duquel l'USAID accordait un don de 1,734 million de dollars et 3,5 millions de condoms à PSI qui s'engageait à les distribuer en utilisant des activités de marketing social pour une période de 4 ans. De plus, PSI s'engageait à:

- (a) augmenter systématiquement l'accès aux condoms en installant un grand réseau de distribution;
- (b) informer la population concernant l'usage correct du condom;
- (c) conscientiser la population sur le SIDA et les MST;
- (d) promouvoir la pérennisation du programme;
- (e) créer des revenus à partir des ventes; et
- (f) déterminer la faisabilité du marketing social d'autres produits, tels que le sérum oral.

Réalisations

A mi-parcours du projet, PSI a déjà atteint son objectif de distribution de condoms. L'approche réussie de marketing social est étudiée pour voir dans quelle mesure elle peut servir pour d'autres produits, tels que le sel iodé et les sachets de sérum oral.

PSI est en train de réaliser avec succès les objectifs du projet: plus de 3 millions de condoms ont déjà été distribués et 8.814.000 de plus sont en train d'être acheminés pour le reste du projet. PSI a engagé 4 promoteurs de vente régionaux et a établi un réseau de distribution en collaboration avec une organisation locale, le FNEC. Cette entité vend à son tour les condoms à des grossistes locaux et à des détaillants. PSI exploite ainsi l'infrastructure commerciale qui existe déjà pour son marketing. PSI a fixé le prix en détail à 50 FCFA, mais le prix réel est plus élevé. Plusieurs activités de promotion sont utilisées pour la promotion des condoms: séminaires, événements spéciaux tels que matchs de football, concours de musique, distribution de maillots, concerts, sessions questions-réponses au niveau des villages, semaines culturelles, recrutement d'hommes d'affaires, émissions de radio et de télévision. Le niveau de demande effective pour le produit est une preuve indirecte du succès des campagnes de promotion et d'éducation.

PSI a engagé des discussions avec le MSPP et avec l'UNICEF sur la possibilité d'utiliser l'expertise de PSI pour le marketing des sachets de sérum oral et du sel iodé. Aucune décision n'a été prise à cet égard.

Problèmes et contraintes

Malgré le niveau élevé de prise de conscience du public par rapport à la connaissance du SIDA et des moyens de le prévenir, tel que documenté par l'EDS, les résultats d'enquêtes auprès de groupes cibles et les interviews des patients fréquentant les formations sanitaires ne permettent pas de documenter des changements profonds de comportement sexuel. De plus, on ne sait pas ce que les acheteurs de condoms font de ces condoms.

Une stratégie de pérennisation est de transférer les connaissances aux professionnels locaux. PSI a formé, ou facilite la formation de professionnels à tous les niveaux de l'échelle de marketing et de distribution. L'hypothèse faite est qu'une entité locale privée prendra la relève après le départ de PSI. Pour l'instant, il n'est pas clair qu'une telle équipe pourrait survivre sans appui externe, vu que la vente des condoms est subventionnée et que les revenus ne suffisent pas à couvrir les coûts récurrents du programme.

Recommandations

PSI devrait mettre l'accent sur l'utilisation du condom par les groupes à risque comme les patients souffrant de MST. On pourrait s'en assurer en faisant le suivi de l'utilisation du condom par les travailleurs du sexe et par les malades atteints de MST qui fréquentent les

cliniques. De plus, la disponibilité des condoms dans les pharmacies des formations sanitaires ainsi que dans les cliniques MST devrait être assurée et un système d'information pourrait être utilisé pour en documenter l'usage.

Il faudra attendre les résultats d'une enquête CAP sur le comportement sexuel qui est prévue pour avoir une idée de l'impact de ce projet. On aurait alors une meilleure idée de la quantité de condoms requis au niveau national, et du profil des utilisateurs actuels du condom en termes de facteurs de risque (travailleurs du sexe par exemple). PSI est incité à faire cette enquête qui devrait fournir des informations sur les prix ainsi que sur les coûts que le marché est prêt à payer pour les condoms.

Projet des moustiquaires

Objectifs

Le projet PSI a été amendé (22 Août 1994) avec un montant additionnel de 100.000 dollars pour incorporer le marketing social des moustiquaires imprégnées. Cette activité, décrite comme étant "une recherche opérationnelle sur le marketing social des moustiquaires imprégnés en République Centrafricaine", vise à déterminer s'il est possible de mettre en marche un programme de marketing social qui stimulerait la demande et l'utilisation des moustiquaires imprégnées en RCA. Un stock initial de 12.000 moustiquaires devait être vendu.

Réalisations

En étudiant les documents de projet, étude accompagnée d'une visite de terrain à Bossembele, l'équipe d'évaluation a pu conclure que le document de projet décrit une série d'activités à entreprendre et n'est pas, à proprement parler, un protocole de recherche avec une description détaillée du problème de santé, suivi d'une description du problème opérationnel, puis des questions de recherche, une définition des variables de décision, des méthodes de collecte de données, une analyse de sensibilité, et la mise à l'essai de solutions potentielles par une méthode quasi-expérimentale. Pour l'instant, les 12.000 moustiquaires sont en train d'être vendues très rapidement et il se pourrait que tout le stock soit épuisé sans qu'on arrive à connaître les réponses aux questions suivantes:

- utilisation des moustiquaires dans les foyers;
- prix de vente optimal;
- meilleures méthodes de ré-imprégnation;
- profil des utilisateurs etc.

Recommandations

Etant donné qu'il s'agit d'un projet de recherche opérationnelle, il est recommandé une formulation plus rigoureuse du protocole de recherche. Le suivi d'une cohorte d'acheteurs ou de variables de décision bien définies est suggéré comme approche.

Programme de Survie de l'Enfance AFRICARE à Berberati

Objectifs

AFRICARE a reçu 900.000 dollars pour la mise en place d'un projet communautaire de Survie de l'Enfance dans la zone de Berberati. L'objectif final est d'arriver à une prise en charge par la communauté des techniques et pratiques de survie de l'enfance qui serait la résultante de: a) la formation du personnel sanitaire au niveau de la province, du district et du village; et b) l'appui au système de prestation de service et son renforcement à Berberati. Les interventions comprennent:

- la promotion de la TRO;
- la promotion de la vaccination;
- la promotion des mesures visant à réduire la transmission de la malaria;
- la prévention des naissances à risque;
- la promotion de la prise en charge des cas d'IRA par le biais de la formation et de la supervision du personnel sanitaire et la disponibilité des médicaments essentiels; et
- la prévention du SIDA par l'éducation et les conseils et la promotion de l'utilisation des condoms;
- la démonstration d'une méthode de recouvrement de coûts dans une communauté rurale.

Réalisations

AFRICARE est en train de faire une contribution valable en faisant comprendre comment, en termes pratiques, un village peut prendre la responsabilité des techniques et pratiques de survie de l'enfance. Conceptuellement, le projet, qui met l'accent sur les services de santé villageois intégrés, peut fournir des termes de référence pour l'extension des services de santé dans le pays. AFRICARE a donné une importance particulière à des stratégies d'appui en renforçant la formation et la supervision, en s'adressant aux communautés et en influençant les comportements liés à la santé, en améliorant la capacité des travailleurs de santé de résoudre des problèmes et en conscientisant les membres de la communauté, particulièrement les femmes à devenir responsables de leur santé et de celle de leur communauté. AFRICARE a consacré beaucoup de ressources en vue d'influencer les comportements en santé qui affectent la vie familiale. AFRICARE travaille en étroite collaboration avec le Corps de la Paix en encourageant les initiatives communautaires telles les causeries sur la santé, le marketing social du condom et l'organisation de la communauté pour qu'elle puisse résoudre ses problèmes

sociaux et sanitaires. En parlant avec les membres de la communauté, on voit qu'AFRICARE, par le biais de ses activités communautaires, a mis l'accent sur la vaccination des nourrissons, les soins aux enfants, les services de maternité, l'espacement des naissances, la santé de base et l'hygiène. De plus, on constate que les mères font davantage appel aux services de santé pour les cas de fièvre dues à la malaria ou à la diarrhée, et beaucoup de mères possèdent maintenant une carte de vaccination pour leur bébé.

Il faudrait ajouter que:

- Toutes les femmes et tous les hommes interviewés sont satisfaits des activités d'IEC d'AFRICARE se rapportant aux soins primaires de santé.
- Tous les animateurs principaux ainsi que les femmes des villages où AFRICARE n'est pas encore actif aimeraient participer aux activités d'AFRICARE.
- La plupart des femmes disent qu'elles utilisent les services de santé pour les cas sérieux de diarrhée, d'infections respiratoires et de malaria.
- Si l'occasion se présente, elles utilisent aussi la médecine traditionnelle.

En résumé, l'impression se dégage que les villages sont prêts et veulent volontiers prendre en charge leur santé, que les comités de santé villageois sont opérationnels, et que, dans les villages où il existe un système rudimentaire de soins, ce système survivra probablement après le départ d'AFRICARE.

Problèmes et contraintes

Coordination avec le MSPP

Pour réaliser ses objectifs et étendre son programme, AFRICARE doit faire face à la contrainte que représente le manque de coordination avec le MSPP au niveau régional. Il serait opportun que le MSPP désigne un représentant qui aiderait à élargir et à généraliser le programme, surtout lorsqu'il s'agit d'établir des pharmacies de village et d'augmenter l'accès aux services de santé.

Compréhension de la communauté, acceptation et satisfaction communautaire

Les informations qui suivent ont été fournies par des villageois interviewés en Sango. AFRICARE avait au début identifié 15 villages pour la mise en place du projet. Or, ceci a été fait seulement dans 9 villages. L'équipe d'évaluation a visité 7 des 9 villages actifs et 2 des 6 villages non choisis.

Les problèmes suivants ont été mentionnés par les villageois:

- Une majorité de femmes se plaint du manque de disponibilité de services, de médicaments, d'eau potable, de services prénatals, alors que ces villages en question sont très éloignés d'un centre médical régional.
- Les mères doivent parcourir plusieurs kilomètres à pied, à plusieurs reprises, pour faire vacciner leurs enfants au centre de santé le plus proche (20 kilomètres par exemple de Mbamba à Bania où se trouve le centre de santé).
- Les services de vaccination sont rares.
- La population cible demande à AFRICARE de l'aider à avoir accès aux services de santé et de ne pas se limiter seulement à des messages éducatifs, messages qu'elle recevait bien avant l'arrivée d'AFRICARE.

En ce qui concerne la pérennisation du programme, on mentionnera les points suivants:

Au début, 15 villages devaient être impliqués dans le projet. Grâce à AFRICARE, chaque village était censé avoir un comité de santé, au moins un agent de santé, un poste de santé villageois, une matrone entraînée, une mini-pharmacie avec un nombre restreint de médicaments essentiels, et un système de gestion simplifié pour la gestion de l'argent liquide et du stock.

Actuellement, des 9 villages actifs, 7 ont un poste de santé. Cinq villages ont été "rejetés" parce qu'ils ne répondaient pas aux conditions requises pour participer au projet. Dans les villages actifs, les activités d'éducation sanitaire ont été réalisées par des agents de santé locaux avec l'aide de 4 "animateurs" provenant du bureau central d'AFRICARE à Berberati. Il semblerait que le niveau de connaissance des villageois en matière d'hygiène, d'assainissement, et de promotion de la santé soit élevé, bien qu'il ne soit pas toujours évident que "connaissance" veuille dire "mise en pratique". Dans certains villages, des latrines ont été construites et semblent être utilisées. De plus, les mères semblent s'y connaître en réhydratation orale et voudraient que leurs enfants soient vaccinés.

Cette demande accrue se heurte à une offre restreinte. Les mères qui veulent que leurs enfants soient vaccinés doivent parcourir plus de 10 km à pied pour arriver au poste de vaccination le plus proche, étant donné que les visites des équipes mobiles sont sporadiques. Les agents de santé ayant reçu leur formation à l'hôpital régional semblent être capables de prescrire certains médicaments mais la plupart de ces médicaments ne sont pas disponibles. Ces agents ne sont pas supervisés du point de vue technique pour s'assurer de leur niveau d'expertise et de la qualité de leur pratique. En outre, les services de référence ne sont pas non plus disponibles et le personnel sanitaire du MSPP travaillant dans les formations sanitaires n'est pas impliqué

dans la marche du projet alors que les villageois n'ont pas beaucoup d'estime pour ces centres gouvernementaux.

L'équipe d'évaluation n'a pas pu constater l'existence d'un document décrivant l'approche méthodologique utilisée pour organiser les villages acceptés et fixant les étapes stratégiques à suivre pour éventuellement récupérer les villages non-choisis. AFRICARE semble ne pas avoir engagé de professionnels locaux ayant une expertise dans le domaine de l'organisation communautaire. Ces facteurs nuisent au potentiel de généralisation: en effet, on ne peut "rejeter" un village au niveau national, et si tous les villages sont choisis, ceci nécessite une approche standardisée afin d'éviter de commettre les mêmes erreurs dans une tâche très ingrate.

Recommandations

En plus des efforts déjà consentis par AFRICARE pour améliorer l'accès aux services, AFRICARE pourrait adopter comme objectif de faire en sorte qu'il existe un paquet minimum de services dans chaque village. Le contenu du paquet pourrait être déterminé de concert avec les villageois afin de s'assurer de sa pérennisation après le départ d'AFRICARE.

La formation d'animateurs capables d'organiser et de faciliter l'exécution des activités est un volet important du processus de pérennisation. Il semblerait qu'il existe un certain degré de confusion quant au rôle des animateurs, et ceci peut être corrigé par une meilleure description des objectifs du projet, du rôle des animateurs, et par des séances périodiques de recyclage. Les animateurs sont bien vus de la communauté et leur rôle continuera d'être important. Les réunions et séances de recyclage périodique déjà programmées devraient continuer. Les animateurs actifs peuvent participer à la formation de nouveaux animateurs lorsqu'il s'agira d'augmenter l'envergure du projet et que de nouveaux leaders auront été identifiés.

Les activités d'AFRICARE sont généralement perçues d'une manière positive par la communauté desservie. Il se pourrait que certains besoins et certaines requêtes des villageois dépassent le cadre du projet, mais toute activité qui contribue à un esprit d'indépendance et à une meilleure conscientisation pourrait être encouragée et de nouveaux champs d'action pourraient être explorés avec l'aide des villageois et des animateurs. Ceci est particulièrement applicable aux villages non encore choisis. Comme on le sait, le secteur public peut avoir certaines faiblesses dans sa capacité d'organiser la communauté et cela suggère qu'AFRICARE pourrait essayer d'établir un partenariat avec une entité locale privée qui détient cette expertise. AFRICARE pourrait contribuer au développement institutionnel d'une telle entité et, en même temps, renforcer ses propres capacités dans ce domaine en engageant un expert Centrafricain qui s'y connaît en méthodologie de l'organisation communautaire. La méthodologie utilisée pourrait être codifiée et mieux documentée. Les activités dans ce domaine pourraient comprendre la formation en techniques de leadership et le développement de groupements de femmes.

EDS

L'Enquête Démographie/Santé (EDS) a retenu un échantillon de 5.884 femmes de 15 à 49 ans et 1.729 hommes de 15 à 59 ans. La collecte des données s'est effectuée de Septembre 1994 à Mars 1995 et elle a été faite par le Bureau National du Recensement aidé de MACRO International, avec l'appui de l'USAID, l'UNICEF et le FNUAP.

Résultats

L'achèvement de l'enquête constitue un grand succès pour le projet et illustre la faisabilité d'un partenariat efficace entre plusieurs intervenants, à savoir le Ministère de la Santé, le Ministère du Plan, l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, MACRO et le Bureau National du Recensement. Les résultats préliminaires étaient prêts avant la date prévue. Les résultats détaillés seront disponibles avec la sortie du rapport final.

Résultats préliminaires

- Taux de fécondité:** 5 enfants par femme
8% des femmes de 45-49 ans n'ont jamais eu d'enfants, une mesure indirecte du taux d'infertilité
- Contraception:** Connaissance: 68% des femmes connaissent au moins une méthode moderne
Utilisation: 3% des femmes utilisent actuellement une méthode moderne
- TMI:** 97/1.000 pour la période de 1991-1994
Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans: 157/1.000
- Soins prénatals:** 67% des femmes qui ont accouché au cours des trois dernières années ont eu au moins une visite prénatale
- Accouchement:** Assisté par un professionnel entraîné dans 46% des cas
- Vaccination (enfants de 12-23 mois):**
- | | |
|------------------------|-----|
| DTC3: | 48% |
| Vaccin antipolio: | 46% |
| BCG: | 77% |
| Vaccin antirougeoleux: | 52% |
- TRO:** 23% des enfants de moins de trois ans ont eu un épisode de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. 28% de ceux-ci ont reçu

une solution de sérum oral en sachet et 7% une solution de sérum-maison (total 35%)

Allaitement maternel: 99% des nourrissons sont allaités à un moment donné
4% le sont exclusivement avant les quatre premiers mois

SIDA/VIH: Connaissance: 93% des femmes et 99% des hommes ont entendu parler de la maladie
Pratique: 75% des femmes et 85% des hommes prétendent avoir pris des mesures pour se protéger du SIDA
42% des femmes et 49% des hommes prétendent utiliser le condom pour se protéger du SIDA.

Gestion du Projet

USAID/AFR/WA

Au niveau mondial, l'AID utilise plusieurs mécanismes de gestion de projet. Dans les pays où il existe des Missions, la supervision directe est possible étant donné que le personnel est sur place. Le BHR/PVC présente un autre modèle, celui de la gestion des dons aux organisations volontaires bénévoles. Ces dons sont supervisés directement par Washington qui peut soustraire certains aspects de la gestion de ces projets, tels l'évaluation des propositions soumises, les enquêtes de base, à mi-parcours et finales, et le développement de méthodes d'enquêtes. Ainsi donc, il y a de longs antécédents pour une supervision à distance de projets.

En RCA cependant, la situation des deux Conseillers Techniques des CDC semble avoir été une cause de malentendu, dû partiellement au fait que les CDC sont une agence du gouvernement américain à part entière et que ces conseillers ne relèvent pas du programme TAACS. Ce problème ne se serait probablement pas présenté si AFRICARE et PSI étaient les seuls intervenants.

Supervision par l'Ambassade Américaine et par les Conseillers

Les changements effectués dans la structure du projet, avec la création de quatre composantes autonomes et séparées (CDC, PSI, AFRICARE et EDS) et l'absence d'un chef d'équipe, ont eu comme conséquence qu'une charge inattendue a été imposée à l'ALO qui s'est vu confier les responsabilités de chef d'équipe, sans qu'il ait l'autorité qui en découle.

Actuellement, les mécanismes de gestion comprennent un PASA entre l'AID et les CDC gérés directement à Washington et Atlanta, des dons à AFRICARE et PSI, et un contrat avec MACRO pour l'EDS. Vu la nature des mécanismes de liaison entre l'AID et ses partenaires, les responsabilités de supervision directe de l'AID sont moindres que s'il s'agissait d'accords de coopération. On a déjà mentionné que les CDC sont une agence fédérale, et ceci impose

des restrictions sur le type de supervision que l'AID pourrait exercer à cet égard. D'un autre côté, l'AID a certaines responsabilités statutaires de supervision qu'elle ne peut pas facilement déléguer à une entité externe.

Le modèle ALO actuel semble être raisonnable, mais il pourrait mieux fonctionner si il y avait un chef d'équipe avec des responsabilités bien définies de coordination générale. Comme il n'y a pas de chef d'équipe, l'AID pourrait envisager les options qui sont présentées dans la section consacrée aux recommandations.

Coordination du Projet

Quatre niveaux de coordination peuvent être définis:

1. coordination interne, à l'intérieur de la Direction de la Médecine Préventive;
2. coordination interne des composantes du projet entre les CDC, AFRICARE, PSI, MACRO, l'ALO et l'USAID/W;
3. coordination externe avec les autres Directions du MSPP; et
4. coordination externe avec les autres bailleurs de fonds.

Pour les niveaux 1, 3 et 4, la coordination serait du ressort du Directeur de la Médecine Préventive en sa qualité de Coordonnateur National de Projet, tandis que le niveau 2 serait du ressort de l'ALO.

La coordination n'est pas un point fort du projet. A l'intérieur des composantes de Survie de l'Enfance, c'est-à-dire au sein de la Direction de la Médecine Préventive, certaines activités de planification, de préparation de budgets, d'exécution et de gestion financière sont conduites par le Conseiller Technique des CDC, avec une faible participation du Directeur de la Médecine Préventive, tandis que certaines activités sont planifiées par les responsables de programmes et présentées comme un fait accompli au Conseiller Technique.

Les partenaires direct de l'AID, à savoir les CDC, AFRICARE, PSI, MACRO et l'ALO, ont une opportunité de coordonner leurs efforts à partir des réunions bi-mensuelles des différents responsables de projet de chaque organisation. Cependant, il semblerait que les questions de coordination ne soient pas vraiment soulevées à ces réunions.

Quant à la coordination avec les autres directions du MSPP, il faut mentionner les efforts du Ministre de la Santé qui tient à avoir des réunions périodiques avec le personnel. Ces réunions commencent à produire des résultats et des sessions de planification sont consacrées à l'élaboration de programmes plus intégrés.

Les autres intervenants internationaux dans le domaine de la santé se sont déclarés inquiets que les programmes de l'USAID contribuent à un maintien de la verticalisation alors que les autres

bailleurs de fonds essaient d'arriver à une intégration des services par la promotion de la notion du paquet minimum de services.

Recommandations

Supervision du projet: Le système ALO tel qu'il fonctionne en RCA est raisonnable, reflétant de fait la nature contractuelle des rapports entre l'AID et les récipiendaires de ses fonds (CDC, PSI, AFRICARE et MACRO), aussi bien que ses règlements statutaires se rapportant à l'administration des programmes de l'AID. L'AID pourrait considérer les mesures suivantes pour améliorer le système:

- mise en place d'un système plus formel de canaux de communication entre l'ALO et les responsables de terrain, qui permettrait à l'ALO de mieux suivre la marche du projet;
- préciser les points sur lesquels l'ALO peut faire jouer de son autorité;
- financer, par le biais d'un contrat de service, l'engagement d'un manager de projet supervisé par l'ALO qui aurait certaines responsabilités de supervision vis-à-vis du projet.

Coordination: Le MSPP pourrait prendre l'initiative de mettre sur pied un comité technique de santé présidé par le Directeur Général et qui inclurait les chefs de services techniques, aussi bien que des experts provenant d'agences internationales. Les membres de ce comité pourraient créer des sous-comités devant travailler sur des sujets spécifiques (formation/supervision, système d'information en gestion, finance, soins curatifs, etc.) suivant leur expertise et leur intérêt. Les sous-comités pourraient se réunir chaque mois ou plus souvent si cela est nécessaire tandis que le comité pourrait se réunir chaque trois mois pour statuer sur les progrès enregistrés et les changements à opérer au programme.

Au niveau du projet, les responsables techniques des différentes composantes pourraient profiter de leur réunion bi-mensuelle pour parler de coordination et pour multiplier les opportunités de collaboration.

VI. FACTEURS QUI AFFECTENT LA BONNE MARCHE DU PROJET

Contexte socio-politique

Comme facteur principal, on notera, à part la pauvreté, la grève nationale du secteur public qui favorisa la fermeture des formations sanitaires par intermittence pendant des périodes prolongées de 1991 à 1993.

Contexte géo-démographique

La RCA est un pays de la dimension du Texas avec une population dispersée. Le réseau routier est modeste et le transport public difficile à trouver. Les pouvoirs publics ainsi que la population ont une attitude pro-nataliste et l'Etat fournit une allocation familiale pour les nouveau-nés des employés publics.

Contexte institutionnel

Les contraintes structurelles et organisationnelles identifiées dans le document de projet, et qui portent principalement sur le degré excessif de centralisation du MSPP, sur la verticalisation des services, et sur l'absence d'un système cohérent de gestion financière et programmatique, sont abordés en partie par le projet: la mise en place d'un système efficient de recouvrement de coûts avec les fonds contrôlés par les conseils de direction des formations sanitaires contribuera à créer un élan en faveur de la décentralisation, étant donné que ces conseils auront le contrôle effectif des ressources de leurs institutions. Il semble cependant que le projet SSE, dans sa structure même, a contribué à la persistance d'une approche verticale à la prestation des services, vu qu'il représente une continuation du projet CCCD.

L'équipe d'évaluation a noté, au cours de ses visites de terrain, certaines des contraintes auxquelles fait face le MSPP

Conditions de travail du personnel sanitaire

Les salaires des employés du MSPP sont bas. Avec ce salaire, les employés qui travaillent dans les villes et villages où ils n'ont pas de famille font face à des dépenses de loyer et de nourriture. Plusieurs employés sont obligés d'emprunter continuellement de l'argent et certains se livrent à la pratique privée, parfois en utilisant le matériel et des médicaments appartenant au MSPP.

La plupart des employés travaillent dans un environnement de bâtiments vétustes datant de la période coloniale. La distribution des bâtiments suit l'ancien système, avec plusieurs pavillons assez éloignés l'un de l'autre, à l'intérieur du même campus. Ainsi, les employés marchent continuellement d'un bâtiment à l'autre. Il existe un pavillon pour chaque service -médecine interne, chirurgie, obstétrique-gynécologie, pédiatrie et cliniques externes. Chaque bâtiment abrite un ou deux malades car les hôpitaux sont sous-utilisés et la plupart des lits sont inutilisables. Au lieu de mettre tous les malades dans un même bâtiment, celui qui serait le plus fonctionnel, on s'acharne à respecter l'ancien système colonial, ce qui rend plus difficile l'observation des malades et le maintien de la propreté de tous les bâtiments utilisés.

Distribution du personnel et utilisation des lieux

Cette situation entraîne comme conséquence un paradoxe de "pénurie/pléthore" : les formations périphériques n'ont pas, en général, la quantité d'employés qu'elles seraient censées avoir, vu la taille de l'institution. Un hôpital de district, par exemple, peut ne pas avoir de médecin. En même temps, parce que cet hôpital n'est pas fréquenté, le personnel est sous-utilisé, ou son emploi du temps est inefficace, car il passe une bonne partie de son temps à marcher d'un bâtiment à l'autre. Il s'agirait d'établir un processus de consolidation des activités hospitalières dans un seul bâtiment en vue de réduire la quantité de personnel requise.

Qualité des soins

La qualité des soins souffre du fait que:

- les patients sont logés dans des bâtiments vétustes, dépourvus d'aménagements essentiels;
- la quantité des médicaments, des équipements et des fournitures est insuffisante;
- beaucoup d'hôpitaux n'ont pas l'électricité;
- la supervision clinique est insuffisante; et
- une étude des échecs de traitement n'est pas faite systématiquement.

Structure du Bureau Central du MSPP

L'organisation du MSPP est telle que ses organes d'exécution (c'est-à-dire les Régions) dépendent d'une unité centrale, le Secrétariat Général, qui n'a pas assez de personnel pour fournir un niveau d'appui adéquat. Les requêtes provenant des Régions sont transférées formellement ou informellement à la Direction Technique appropriée (par exemple, la Direction de la Médecine Préventive ou la Direction de Santé Communautaire), puis au service approprié, pour remonter la chaîne vers la Région. Les Directeurs de Région se plaignent que cette procédure provoque des retards et qu'elle soit lourde.

Bien que chaque Région ait sa propre affectation budgétaire, les responsables de Région n'ont pas nécessairement accès au montant disponible. Les Directeurs soumettent des pro-forma ou des bons de paiements pour services rendus, et le Trésor Public se charge de payer les montants dus. Cette procédure est lente et plusieurs fournisseurs de biens et de services refusent de vendre aux Régions parce qu'ils ne savent pas quand ils vont être payés.

Des efforts ont été consentis pour améliorer le niveau de coordination entre Directions, et à l'intérieur de chaque Direction, entre les différents services. Le poste de Directeur de la Médecine Préventive couvre beaucoup de services tels que le PEV et le CMD, la formation, et le fonctionnement des postes sentinelles pour la surveillance épidémiologique. En même temps, certaines Directions semblent ne pas avoir assez de travail.

Enfin, l'impression est créée qu'une partie du personnel du Bureau Central du MSPP passe beaucoup de temps à préparer des documents de politique et de planification très détaillés alors que le suivi, c'est-à-dire, la prestation des services, accuse des retards. La Direction de la Planification est en train de faire une synthèse de tous ces documents pour en faire un guide pratique pour l'intégration des services et de la supervision.

Exécution et supervision de programmes

Au cours de ses visites, l'équipe d'évaluation a noté que les formations sanitaires gardent un système de division de tâches vertical. Même au niveau d'un poste de santé, on trouve quelqu'un qui ne s'occupe que de peser les enfants, alors qu'un autre fait la vaccination - ni l'un, ni l'autre ne s'occupant de soins curatifs. Ainsi une formation peut avoir 4 ou 5 employés, chacun ayant des responsabilités différentes, alors que la fréquentation est de moins de 10 malades par jour.

Au niveau des districts et des régions, les équipes de supervision font leur tournée séparément, et utilisent différents véhicules qui sont affectés exclusivement à des programmes spécifiques, conduisant à une supervision séparée du PEV, de la santé reproductive, ou des activités de prévention du VIH. Alors que le personnel de terrain dit que cette pratique est dictée par les règlements des bailleurs de fonds, ceux-ci essaient de promouvoir le concept de la supervision intégrée.

Pléthore de postes et de titres, et manque d'expertise en gestion au niveau des formations sanitaires

Les employés du MSPP ont toutes sortes d'antécédents techniques et occupent différents types de postes, depuis le médecin, en passant par le technicien supérieur de santé, différents niveaux d'infirmiers, des secouristes, des matrones et des agents de santé. Il est remarquable que la plupart des postes de gestion soient remplis par le personnel technique et il y a donc peu de comptables, de responsables des livres et de gestionnaires diplômés. Ce système a pu fonctionner, bon gré mal gré, lorsque les services étaient gratuits, mais il pourrait nécessiter certaines modifications pour introduire le type de contrôle envisagé dans le système de recouvrement de coûts.

Actions correctives du MSPP

Les efforts que mène le MSPP pour résoudre ces problèmes sont à noter: ainsi, par exemple, pour pallier le problème des salaires, on s'attend à ce que 30% des recettes des formations sanitaires soient utilisées pour suppléer au revenu du personnel; on tente également de fournir des équipements à certaines formations sanitaires et de rénover quelques bâtiments; le nouveau système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales devrait pouvoir améliorer la disponibilité de ces intrants et avoir, de ce fait, un impact sur la qualité des services.

Il n'est pas certain que le MSPP considère de prendre des mesures pour renforcer le Secrétariat Général, en augmentant par exemple son personnel pour mieux appuyer les Directions Régionales. On notera également que la Cellule d'Economie de la Santé ne dispose pas d'effectifs adéquats. Il faudrait en outre étudier quel impact les nouveaux concepts d'intégration et de supervision auront sur la distribution des tâches au sein des différentes directions centrales. L'analyse que conduit actuellement le MSPP, et qui porte sur ces points, n'est pas achevée et ainsi donc il serait prématuré de faire des recommandations se rapportant aux nouvelles structures que le MSPP pourrait envisager.

Finalement, des efforts visant à encourager la Faculté de Médecine à élaborer un programme d'études post-graduées en gestion sanitaire sont en train de démarrer.

VII. PERENNISATION

La composante "pérennisation" de ce projet comporte quatre stratégies majeures:

1. transfert des capacités de développement de politiques et de planification aux homologues Centrafricains;
2. transfert d'expertise technique par le biais de la formation et de l'assistance technique;
3. mise en place d'un système d'information sanitaire qui facilitera la collecte des données à utiliser pour la prise de décision; et
4. mise en place d'un programme de recouvrement de coûts qui augmenterait les ressources financières du MSPP et l'aiderait à faire face aux coûts récurrents des programmes.

Les capacités de développement de politique et de planification du MSPP semblent avoir été renforcées, comme en témoigne l'existence de documents de politique couvrant presque tous les aspects de la prestation des services de santé. Cependant, certains de ces documents ne sont pas faciles à lire et comportent trop de détails ainsi que des objectifs et buts trop ambitieux.

En ce qui concerne l'information sanitaire, le fonctionnement du SNIS, qui s'occupe de la collecte des statistiques de routine, est un problème préoccupant. Le système d'information et de gestion en santé n'est pas simple et les derniers rapports datent de 3 ans. Le projet SSE a aidé à mettre sur pied un système de postes sentinelles pour certaines maladies. Après un long hiatus, ce système a recommencé à fonctionner. Il est valable du point épidémiologique mais ne fournit pas suffisamment de données opérationnelles capables d'aider les décideurs, qu'ils soient au niveau des formations sanitaires, du district, de la région ou du pays.

En ce qui concerne le recouvrement des coûts, l'équipe a tenté d'étudier certains facteurs liés au potentiel, pour le nouveau système, de financer le secteur santé de manière adéquate. Ainsi donc, le budget du MSPP pour 1995 a été étudié et une étude des dépenses encourues par les

patients des hôpitaux de Bangui a été réalisée. Finalement, l'équipe a utilisé certaines hypothèses faites par la Banque Mondiale se rapportant au financement du secteur santé.

Budget MSPP de 1995

Le budget de fonctionnement de la RCA est de 68,9 milliards CFA, soit 142 millions de dollars pour l'année 1995, dont 7 millions sont alloués au MSPP (4,95%). Ceci représente un montant de 2,42 dollars par habitant. On doit y ajouter un budget d'investissement de 9,34 millions de dollars qui, en fait, finance certaines dépenses de fonctionnement de plusieurs programmes prioritaires, comme le PEV et le CMD. Ainsi donc, le MSPP aurait plus de 16 million de dollars disponibles pour 1995 pour ses programmes et projets.

En considérant le budget de fonctionnement, 71% est alloué aux salaires et le reste à d'autres dépenses - 48% du reste va au fonctionnement des trois hôpitaux de Bangui. Avec le coût de fonctionnement des hôpitaux et du Bureau Central, moins de 10% seulement du budget est disponible pour les programmes de santé communautaire et de soins primaires.

Données de la Banque Mondiale

La Banque estime que les dépenses publiques pour la santé s'élèvent à 3,58 dollars par habitant et les dépenses privées à 6,2 dollars par habitant, pour un total de 9,78 dollars par personne et par an (chiffres de 1990). A cause de la dévaluation, il est difficile d'avancer un chiffre sur les dépenses privées pour 1995. Si le même rapport est maintenu avec les dépenses publiques, ces dépenses privées s'élèveraient à 4,19 dollars, avec un total de 6,61 dollars par personne et par an, soit 19.830.000 dollars pour le pays.

Les estimations de la Banque des besoins pour un pays du niveau de développement de la RCA sont de l'ordre de 6,70 dollars par personne et par an, montant qui permettrait de garantir un paquet minimum de services, y compris le fonctionnement d'hôpitaux régionaux. Le potentiel semble donc exister pour que la RCA puisse mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre ce résultat.

Les pouvoirs publics sont en train de surmonter certains obstacles à la gestion rationnelle des ressources. Ces obstacles sont présentés dans la section suivante du présent rapport. L'enquête sur les dépenses des patients de Bangui apporte un support additionnel à l'idée que des ressources significatives peuvent provenir de la population.

Enquête sur les dépenses encourues par les patients de Bangui

L'objectif de l'enquête était de déterminer le niveau de dépenses, par catégorie de soins, encourues par les patients internes et externes des 3 hôpitaux de Bangui (CHU, Amitié, Communautaire).

Il s'agissait d'une enquête descriptive d'un échantillon de malades hospitalisés ou sortant de l'hôpital le jour de l'enquête, ainsi que de malades externes. Cette étude a été réalisée au Complexe Hospitalier Universitaire, à l'Hôpital de l'Amitié, et à l'Hôpital Communautaire de Bangui.

Les participants de l'enquête étaient des patients qui fréquentaient ce jour-là une clinique externe, ou qui venaient tout juste de sortir.

Les variables étaient le niveau de dépense par catégorie de soin.

Les résultats couvrent une population de 165 patients répartis comme suit: 98 patients hospitalisés et 67 cas ambulatoires. La moyenne des dépenses par catégorie de soin était la suivante (FCFA):

	Hospitalisés	Ambulatoires
Frais de consultation	1.262	1.367
Médicaments	8.446	4.202
Laboratoire	3.179	1.373
Radiographie	1.647	827
Chambre d'hôpital	5.338	
Autre	6.334	184
Total	26.206	7.953

En résumé, le malade hospitalisé dépense en moyenne à peu près 54 dollars et le patient ambulatoire dépense aux environs de 16,40 dollars pour se faire soigner. L'écart va de 2 à 727 dollars pour les patients hospitalisés, ce dernier montant ayant été dépensé par un malade atteint de cancer du foie. Pour ces patients, les médicaments constituaient 53% des dépenses. Pour les malades ambulatoires, l'écart allait de 1 à 240 dollars.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation était de 9 jours et les malades ont dépensé en moyenne 6 dollars par jour.

Ces chiffres sont une sous-estimation des dépenses réelles, étant donné que les malades peuvent oublier certaines dépenses et également parce que l'enquête n'a pas pris en compte les patients décédés, donc susceptibles d'avoir eu de plus grosses dépenses parce qu'ils étaient plus gravement malades. Ce niveau de dépenses suggère que la population est prête à contribuer d'une manière significative au coût des services.

VIII. CONCLUSIONS

Cette analyse s'est penchée sur certains points concernant la marche du projet et elle contient certaines recommandations sur des changements et corrections à considérer. Les objectifs adoptés par le projet sont très ambitieux mais les ressources nécessaires pour les atteindre ne semblent pas avoir été complètement mobilisées, particulièrement lorsqu'on se rappelle l'atmosphère assez décourageante qui caractérisait le début du projet. Les termes de référence du Conseiller Technique pour le VIH/SIDA semblent avoir été bien conçus. Par contre, ceux de son collègue pour la Survie de l'Enfance semblent avoir été trop ambitieux et il semblerait qu'elle n'ait pas bénéficié de l'appui administratif requis pour un projet de cette dimension.

Ceci dit, on notera les résultats positifs qu'on peut créditer au compte du projet, particulièrement au niveau des infections VIH/MST, du marketing social du condom, du recouvrement des coûts et de l'EDS.

Le défi principal que doit relever le MSPP est d'assurer à la population la RCA l'accès à des soins de qualité dans les différentes formations sanitaires du pays. Pour aider le MSPP à faire face à ce défi, le projet a considéré chaque intervention à part, comme c'était le cas pour le projet CCCD, et pour chacune de ces interventions, le projet a formulé des politiques nationales, des plans d'action, des programmes de formation, des systèmes de supervision et des systèmes de collecte de données. Que ces politiques et plans aient donné naissance à des programmes qui ont, ou qui n'ont pas, bien marché ne saurait être imputable à un seul individu ou à une seule Direction ou Département. On n'a qu'à visiter une formation sanitaire typique pour se rendre compte que les changements nécessaires pour rendre ces formations plus attrayantes pour une clientèle qui doit maintenant payer pour les services qu'elle reçoit sont énormes. Ce problème n'a pas reçu suffisamment d'attention du projet et l'équipe d'évaluation suggère que le projet s'y emploie, même sur une petite échelle, en se concentrant sur les interventions de survie de l'enfance, le recouvrement des coûts, la supervision, la collecte de données, et ce, sur une base intégrée. Là où suffisamment de leçons ont été apprises, comme dans le domaine du VIH/SIDA, le moment semble être venu d'élargir le programme car l'épidémie du SIDA continue à se propager. Pendant les deux prochaines années, le Conseiller Technique pour le VIH/SIDA pourra utiliser son expertise pour aider le MSPP à planifier comment cette expansion pourrait se faire.

En termes de gestion du projet, les changements opérés à la base sur les mécanismes de gestion - les dons à AFRICARE et PSI -, semblent avoir été faits sans tenir compte des problèmes de coordination que ces changements pourraient poser. On a pu penser que le système ALO suffirait à produire la coordination requise, mais tel n'a pas été le cas, vu la définition ambiguë des responsabilités de l'ALO. L'équipe n'a pas pu apprécier dans quelle mesure cet aspect avait eu un impact majeur sur le projet.

L'équipe ne possédait pas de données financières suffisantes pour déterminer si des fonds additionnels seraient nécessaires pour mettre en pratique ses recommandations. Dans certains

cas, par exemple AFRICARE, il semblerait que le niveau de financement soit adéquat pour arriver à améliorer l'accès aux services de santé. Si l'on consent à réduire l'envergure des programmes de formation, des économies pourront être réalisées qui pourraient financer des activités de terrain plus modestes et couvrir les salaires des deux Conseillers Techniques jusqu'à la fin du projet.

ANNEXES

ANNEXE A

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE POUR LES PERSONNES DU CENTRE DES MST

Hôpital _____

Age _____

1. Est-ce votre première venue à cette clinique?

Oui _____ Non _____

b. Si non, combien de fois êtes vous venu ici?

_____ fois

2. Pourquoi êtes-vous ici?

3. Avez-vous reçu des informations à propos du HIV/MST?

Oui _____ Non _____

4. Quelles sortes d'informations?

5. Avez-vous reçu un traitement contre les MST?

Oui _____ Non _____

6. Quel type de traitement?

- a) antibiotique
- b) autre _____

7. Avez-vous suivi normalement le traitement?

Oui _____ Non _____

8. Après le traitement, êtes-vous venu pour le contrôle?

Oui _____ Non _____

9. Le conjoint, était-il au courant?

Oui _____ Non _____

10. Avez-vous reçu des conseils?

Oui _____ Non _____

11. Est-ce-que ces conseils vous ont été utiles?

Oui _____ Non _____

12. Comment?

13. Vous a-t-on donné des préservatifs?

Oui _____ Non _____

b) Si non, où vous en procurez-vous?

14. Utilisez-vous les condoms tout le temps?

Oui _____ Non _____

b. Si non, pourquoi?

15. Avez-vous payé pour les services pour HIV/MST?

Oui _____ Non _____

b) Quels services _____

c) Combien?

16. Que peuvent faire les institutions sanitaires pour réduire les MST?

17. Avez-vous reçu satisfaction?

Merçi Beaucoup

QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DU CENTRE DES MST

Hôpital _____

Personnel _____

1. Travaillez-vous en collaboration avec le ministère de la santé?

Oui _____ Non _____

a) Si oui, comment?

b. Si non, pourquoi

2. Quelle est votre population cible?

3. Pensez-vous qu'elle comprend le danger de l'infection par VIH/MST?

4. Avez-vous une méthode de notifier les partenaires?

Oui _____ Non _____

5. Si oui, quel impact a-t-elle dans la réduction des MST?

6. Avez-vous des conseils individuels pour la préservation contre le VIH?

7. Vos conseils, profitent-ils?

b) Comment?

8. Distribuez-vous des condoms?

Oui _____ Non _____

9. A quelle fréquence?

- a. de jour
- b. de semaine
- c. de mois

10. Quelle méthode de dépistage avez-vous?

- a) Elisa
- b) Western Blot
- c) autre _____

11. Donnez-vous des préservatifs?

Oui _____ Non _____

a) Si Oui, combien?

b) Si non, pourquoi?

12. Demandez-vous souvent aux malades de revenir après le traitement pour un contrôle?

Oui _____ Non _____

13. Comment faites-vous pour être sûr qu'ils reviendront?

14. Quels obstacles s'opposent-ils à la mise en place des services de prévention du VIH et autres MST?

15. Quelle est la meilleure méthode de prévention?

16. Que peuvent faire les institutions sanitaires pour réduire les MST?

17. Avez-vous reçu satisfaction?

Merci Beaucoup

QUESTIONNAIRE POUR LES MÈRES

Hopital _____

Age _____

1. Combien d'enfants avez vous? _____

2. Age de chaque enfant? _____

3. Nombre d'enfants decedes? _____

b. Si oui, quelle est la cause?

4. Combien de fois etes- vous allee a ce centre medical?

_____ fois

5. Quels types des services votre enfant a-t-il recus?

- a) immunisation (les vaccinations)
- b) controle des maladies diarrheiques
- c) paludisme
- d) respiratoires aigues
- e) HIV/SIDA
- f) MST
- g) D'autres _____

6. Avez vous paye pour les services pour l'enfant?

Oui _____ Non _____

b) Quels services _____

c) Combien?

7. Quels types des services avez vous recus?

- a) immunisation (les vaccinations)
- b) controle des maladies diarrheiques
- c) paludisme
- d) respiratoires aigues
- e) HIV/SIDA
- f) espacement des naissances
- g) MST
- h) autres _____

8. Avez vous paye pour vous - meme?

Oui _____ Non _____

b) Quels services? _____

c) Combien?

9. Est-ce que vos enfants ont ete vaccines?

Oui _____ Non _____

b) Si non, pourquoi?

10. Si oui, quels types de vaccinations?

- a) Rougeole
- b) DPCT (diphtherie, cogueluche, tetanus)
- c) Poliomyelite
- d) Typhoide
- e) Fievre Jaune
- f) BCG
- g) Fevre Jaune
- h) Autre _____

11. Avez vous reçu des informations sur la nature du vaccin et les effets secondaires?

Oui _____ Non _____

12. Avez vous un carnet de sante?

Oui _____ Non _____

a) Si non, pourquoi?

13. Si Oui, est - il a jour?

Oui _____ Non _____

14. Votre enfant, a-t-il deja fait la diarrhee au moins'une fois?

Oui _____ Non _____

15. Votre enfant, a-t-il fait la diarrhee cette annee?

Oui _____ Non _____

16. A-t-il recu un traitement?

Oui _____ Non _____

17. Si non, pourquoi?

18. Si oui, lequel

a) antibiotique

b) SRO

c) Autre _____

19. Est-ce-que vous avez des problemes pour suivre correctement les prescriptions?

Oui _____ Non _____

20. Si oui, lesquels?

21. Votre enfant, a-t-il deja eu un acces palustre?

Oui _____ Non _____

22. A-t-il recu un traitement?

Oui _____ Non _____

23. Si non, pourquoi?

24. Si oui, lequel?

- a) Chloroquine
- b) fansidar
- c) quinimax
- d) nivaquine
- e) Autre _____

25. Est-ce-que vous avez des problemes pour suivre correctement les prescriptions?

26. Avez vous ete informee du service des soins maternel et infantiles et planification familiale (SMI/PF)?

Oui ----- Non _____

27. Si oui, combien de fois y etes-vous allee?

28. Quelles informations avez-vous recues?

29. Est-ce-que vous avez generalement, des problemes dans ce centre de sante?

Oui _____ Non _____

30. Si oui, lesquels?

31. Qu'avez - vous aime?

MERCI BEAUCOUP

ANNEXE C

EVALUATION TEAM

A. Augustin MD, MPH
K. Bakatubia MD, MPH
J. Bureau MD
L. Bainilago
M. Kongbo
A. Gilliam PhD

BASICS, Team Leader
UNDP , Technical Coordinator
Pediatrician, University of Bangui
Professor of Anthropology, Bangui
Economist, Ministry of Plan
Behavioral Scientist, DCD