

# Assistance a la Conception d'un Projet de Sante Rurale en Haiti

## Analyse de la Situation et Recommandations pour les Volets PEV et Maladies Diarrheiques

USAID/Port-au-Prince

Juin 1987

# Resources for Child Health Project

---

**REACH**



John Snow, Inc.  
1100 Wilson Boulevard, 9th Floor  
Arlington, VA  
22209 USA  
Telex: 272896 JSIW UR  
Telephone: (703) 528-7474

ASSISTANCE A LA CONCEPTION D'UN PROJET DE SANTE RURALE EN HAITI

ANALYSE DE LA SITUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LES  
VOLETS PEV ET MALADIES DIARRHEIQUES

USAID/Port-au-Prince

June 1987

Didier C. Patte, MD  
Consultant

The Resources for Child Health Project  
1100 Wilson Boulevard  
Ninth Floor  
Arlington, VA 22209

AID Contract No. DPE-5927-C-00-5068-00

## TABLE DES MATIERES

RESUME ANALYTIQUE .....	1
1. AMPLEUR DU PROBLEME .....	4
2. PRIORITES ET STRATEGIES .....	5
2.1 PRIORITES .....	5
2.2 STRATEGIES .....	9
2.2.1 Formations fixes	
2.2.2 Postes de ralliement	
2.3 RECOMMANDATIONS .....	12
3. GESTION DU PROGRAMME ET PARTENARIAT .....	13
3.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU SYSTEME DE PRESTATIONS SANITAIRES .....	13
3.2 ADMINISTRATION DU PEV-PRONACODIAM .....	15
3.3 SERVICE NATIONAL DES ENDEMIES MAJEURES .....	16
3.4 ASSOCIATION DES OEUVRES PRIVEES DE SANTE .....	17
3.5 RECOMMANDATIONS .....	18
4. STRATEGIES TECHNIQUES .....	19
4.1 PROGRAMME ELARGI DE VACCINATIONS .....	19
4.1.1 Couverture et objectifs	
4.1.2 Stratégies de vaccination	
4.1.3 Chaînes de froid	
4.1.4 Approvisionnement en vaccins	
4.1.5 Matériel pour les injections	
4.1.6. Supervision	
4.1.7 Suivi et surveillance des maladies	
4.2 CONTROLE DES MALADIES DIARRHEIQUES.....	30
4.2.1 Description du problème	
4.2.2 Formation	
4.2.3 Etablir un niveau d'aiguillage intermédiaire	
4.2.4 Divers types de solutions de réhydratation par voie orale	

## SIGLES

AID	Agence pour le Développement International
AOPS	Association des Oeuvres Privées de Santé
BCTP	Bureau de Coordination du PEV - PRONACODIAM (Bureau pour le PEV et les Maladies Diarrhéiques)
	Divisions au sein du bureau
	DESE Formation
	DHFN Approvisionnement
	DHP Surveillance des maladies
	UCDRS Planning et évaluation
CAT	Croisade Anti-Tuberculeuse
CTcop	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OBP	Organisation Bénévole Privée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Pan-Américaine de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNB	Produit National Brut
Polio oral	Vaccin Oral Anti-Poliomyélite
SIDA	Syndrôme d'Immuno-Déficience Acquise
SNEM	Service National des Endémies Majeures
SRO	Sels de Réhydratation par Voie Orale
SS	Solution Sucre-Sel
TA	Assistance Technique
TRO	Traitement de Réhydratation par Voie Orale

## RESUME ANALYTIQUE

Les résultats obtenus ces dernières années par le Programme Elargi de Vaccination et la promotion des SRO ont été limités et discontinus, en dépit d'un contexte qui pourrait sembler favorable à première vue. Cette situation n'est pas due à un mauvais planning du projet mais à des contraintes structurelles mises en évidence par ces mêmes programmes. Aux fins d'analyser la base et le contexte des volets PEV et maladies diarrhéiques d'un nouveau projet de soins de santé en milieu rural, on a évalué les priorités sanitaires et leur contexte administratif et on a défini des stratégies.

Si l'on s'en tient au peu de données fiables, la mortalité infantile en Haïti est surtout imputable à la diarrhée. Le pays connaît un taux de mortalité infantile dépassant 120 décès pour 1000 naissances vivantes. Les maladies vaccinables ne sont pas classées comme principale cause de morbidité, encore que les nombreux cas non signalés biaisent les données. Le taux de morbidité est probablement imputable avant tout à la malnutrition. Il est certain cependant qu'un programme visant à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies diarrhéiques et vaccinables toucheraient aux principales causes de décès. Par ailleurs, on a constaté qu'un grand nombre de patients souffraient d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de maladies parasitaires (vers intestinaux). Si le PEV et la lutte contre les maladies diarrhéiques peuvent être une introduction au programme, le traitement vermifuge constituera un facteur de mobilisation et les recherches sur les IRA représenteront le travail central d'un accroissement du programme.

Le système sanitaire institutionnel, soutien normal de ces activités, est très sous-utilisé par suite d'un manque de motivation chez les patients. Situation encore aggravée par la tendance actuelle à donner les services dans la collectivité plutôt qu'à faire venir les gens aux centres médicaux. Le manque pratiquement complet de contrôle sur les stratégies extérieures et mobiles et la mauvaise coordination entre les divers établissements entraînent la répétition des activités et le gaspillage des ressources. Le nouveau projet devrait se donner pour stratégie centrale de réorganiser la structure en place (centres et formations médicales) et de limiter la structure mobile (postes) aux régions peu desservies. Les postes devraient offrir des services complets prêtés par une équipe multi-disciplinaire. Une telle stratégie demande que chaque centre ait une zone de service géographiquement délimitée et une population cible définie. Une bien plus grande proportion de gens pourront probablement être touchés si des activités de mobilisation correspondantes sont déployées.

Renforcer le système institutionnel pour en faire le fondement du programme exigent un rehaussement des responsabilités et de l'engagement du personnel soignant. A cette fin, il est recommandé de rediriger les ressources vers le niveau opérationnel et de faire appel à toutes les collaborations disponibles. Dans le contexte haïtien actuel, le bureau central chargé de la coordination du PEV et de la lutte anti-diarrhéique ne semble pas vraiment détenir le contrôle des opérations. Bien que son personnel soit capable, intelligent et engagé, il doit faire face à l'opposition des régions qui revendiquent une plus grande autonomie et une

gestion plus authentiquement décentralisée. Donner plus de responsabilités aux niveaux régional et de district devrait permettre de résoudre le problème de l'engagement du personnel et d'arriver à une bonne performance. Il s'agit de trouver la formule pratique pour ré-affecter les ressources du programme à ces niveaux, sur la base d'une évaluation des besoins de la population. Dans la perspective d'une décentralisation plus effective, le bureau central pourrait prendre le rôle d'un groupe de conseillers techniques aidant les régions à mettre en oeuvre leur plan d'opération et à gérer les ressources qui leur sont allouées. La gestion du programme devrait donc être renforcée au niveau périphérique et non au niveau central puisque ce bureau ne dispose pas, en fait, des capacités requises à moins qu'il n'augmente considérablement ses effectifs et partant met en place une lourde bureaucratie s'inscrivant aux frais du programme. Toujours dans l'optique partage des responsabilités, la charge d'opérations spécifiques devrait être donnée aux organisations participantes. L'on suggère que le SNEM devienne un contractant plutôt qu'une partie du Ministère de la Santé et que l'AOPS supervise davantage les travaux en vue d'une meilleure coordination entre les secteurs public et privé.

Etant donné que le gouvernement s'est donné comme but, d'ici 1990, une couverture vaccinale complète pour tous les enfants de moins de cinq ans, le rythme des activités devra fortement s'accélérer si l'on veut dépasser la couverture actuelle de 17 pour cent. La définition exacte de la population cible à desservir par les institutions existantes constitue le préalable de tout accroissement de programme. Dans le contexte de la "mosaïque" des stratégies actuelles, le programme devrait nettement appuyer le développement des institutions pour assurer la durabilité dans le long terme et ne soutenir les activités décentralisées que dans les régions peu desservies ou reculées. Des campagnes de mobilisation et l'installation de chaînes de froid dans toutes les formations sanitaires soutiendront cette stratégie. Les vaccinations devraient faire l'objet d'une prestation routinière et intégrée aussi bien pour les enfants que les femmes enceintes.

Grâce à des campagnes de vaccination, le taux de couverture actuel peut être élevé à un niveau suffisant pour démarrer la stratégie proposée. Une telle campagne sera surtout utile si elle est prévue juste après l'aménagement institutionnel, et réalisée progressivement suivant l'état de préparation de la région. La campagne sera aussi un soutien en vue de l'éradication de la poliomyélite et, en ce qui concerne celle du tétanos néonatal, l'idéal serait de vacciner tous les femmes ayant de 15 à 44 ans. Mais, si l'on tient compte de la faible couverture actuelle et des problèmes pratiques rencontrés pour le moment, il semble plus réaliste de se concentrer sur les femmes enceintes dont 75 pour cent se rendent aux services prénatals.

Plus de 70 pour cent des mères de l'ensemble du pays savent à quoi sert le traitement par réhydratation orale, mais seul un petit nombre d'entre elles l'utilise et les connaissances sur ces vertus curatives en cas de déshydratation sont inexactes. Le personnel soignant semble, pour le moment, lui porter une confiance limitée, en premier lieu les médecins

qui sont souvent sceptiques, voir opposés à ce traitement. Certes, la promotion des SRO est déjà entreprise mais on a oublié un aspect pourtant essentiel: les démonstrations pratiques qui permettraient non seulement d'éduquer les mères et les agents de santé mais aussi de les convaincre. Il convient de se mettre d'accord sur le fait que les SRO standard constituent le traitement anti-diarrhéique de base et que les mélanges sucre-sel faits à la maison sont à déconseiller, mal préparés comme c'est souvent le cas ils peuvent être dangereux. Des travaux de recherche pourront cependant être consacrés aux traitements traditionnels utilisés par les mères et aux solutions à base de céréales.

Le volet TRO devrait reposer sur un niveau d'aiguillage intermédiaire entre la collectivité et les établissements sanitaires. Les collaborateurs volontaires du SNEM semble être les candidats idéaux encore qu'aucune étude de faisabilité n'a été faite à ce sujet. En effet, ces derniers pourraient distribuer les SRO, conseiller les mères et distinguer entre les cas de diarrhée pouvant être traités à la maison et ceux où l'orientation vers un centre médical s'impose. Cette solution apporterait au programme un réseau de 6000 membres sur l'ensemble du pays. Une formation pratique d'une semaine au minimum pourra être dispensée, dans les centres de santé, à l'intention des col/vols lesquels seront rémunérés pendant ce stage. Il sera également nécessaire d'instaurer des mesures à caractère incitateur pour assurer une distribution et une utilisation continues des SRO au sein de la collectivité.

Les institutions devraient mettre sur pied des services réhydratation avec le personnel stagiaire provenant du niveau juste en dessous.

Pour arriver à briser le cercle vicieux de résistance chez les médecins, puisque les plus âgés qui sont sceptiques enseignent aux jeunes, il est proposé de conclure un accord avec l'université prévoyant d'introduire au plan d'étude le traitement anti-diarrhéique avec les SRO. Les conférenciers pour ces leçons seront recrutés par le projet.

## 1. AMPLEUR DU PROBLEME

Haïti est un petit pays avec un relief accidenté et des moyens de communication limités. Sa population totale se situe aux environs de 5,9 millions d'habitants dont 200.000 à 220.000 de moins d'un an et 850.000 en dessous de cinq ans.

Le système des soins de santé repose sur environ 350 établissements sanitaires de tous types. Comparé à la majorité des pays en développement, le personnel soignant dispose d'un niveau de qualification généralement bon. Si pratiquement tous les équipements sanitaires périphériques comptent au minimum deux personnes (un infirmier et un auxiliaire) il y a, par contre, un net problème de répartition au niveau du personnel supérieur: la région de Port-au-Prince où réside 19 pour cent de la population regroupe environ 80 pour cent des médecins haïtiens. De nombreuses positions de médecins sont vacantes dans les hôpitaux publics des zones rurales alors que 25 pour cent du personnel médical travaille dans la capitale, Port-au-Prince.

Le secteur santé bénéficie d'une aide extérieure considérable, tant par le biais de diverses OBP que par les projets bilatéraux et multilatéraux. Ces cinq dernières années, AID a contribué au développement du système sanitaire sous forme d'un important projet de soins de santé en zone rurale dont les résultats sont dignes d'éloges.

En dépit de ce contexte favorable par rapport à de nombreux autres pays: un système de prestations sanitaires bien développé, un personnel nombreux et qualifié, une assistance extérieure continue et importante, une petite population cible, Haïti compte toujours un taux de mortalité infantile élevé et les résultats obtenus jusqu'à présent par les activités pour la survie de l'enfant sont disproportionnés par rapport au niveau d'effort déployé par les projets d'assistance.

Ces résultats limités révèlent les problèmes rencontrés par les pays dont le PNB par habitant est parmi les plus faibles au monde et où l'accessibilité au système sanitaire est entravé par un relief accidenté. Cependant Haïti présente un cas unique du fait de la complexité des problèmes administratifs et organisationnels que ce pays doit résoudre et c'est probablement à ce niveau que se situe la principale cause des réalisations limitées jusqu'à présent.

Dans le contexte de ces réflexions qui résument, de manière sommaire et incomplète, les grandes contraintes, il est essentiel que la conception d'un nouveau projet, visant à apporter de meilleurs soins de santé maternelle et infantile aux populations rurales déshéritées, tienne compte des aspects essentiels suivants:

- Etablissement de priorités et de stratégies: elles doivent s'accorder avec les positions d'AID d'une part et avec les objectifs et priorités des autres donateurs et du ministère de la Santé, d'autre part. Certains de ces objectifs sont

contradictoires en termes de priorité à savoir l'incidence sur le taux global de la morbidité et mortalité maternelle et infantile, mais elles méritent néanmoins un examen approfondi aux fins d'une bonne coordination des plans d'actions et de l'assistance. Les stratégies seront surtout fonction du niveau d'aménagement institutionnel prévu par les projets, aspect particulièrement important pour l'octroi de ressources au programme de vaccinations.

- Gestion de programmes: Elle est directement liée au niveau organisationnel auquel sont attribués, en premier lieu, l'assistance et le soutien. L'on touche directement ici à la question générale de la décentralisation du système; cet aspect très délicat demande une vigoureuse planification en vue d'assurer une distribution équitable des ressources et un contrôle efficace des activités et de la performance. L'essentiel est d'arriver à instaurer le sens des responsabilités aux différents niveaux de la mise en oeuvre du programme.
- Stratégies techniques: Elles définiront les approches techniques que le projet adoptera pour réaliser les travaux sélectionnés comme interventions prioritaires. Il peut s'agir d'un aspect concernant certaines des stratégies déjà en cours demandant à être revues en termes de performance ou durabilité.

## 2. PRIORITES ET STRATEGIES

### 2.1 PRIORITES

Il n'existe pas de statistiques nationales fiables sur la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En conséquence, pour aider à définir les mesures prioritaires, les chiffres suivants ont été extraits à partir de la source d'informations paraissant la plus fiable (encore qu'elle ne couvre qu'une région): le rapport annuel de 1985 pour la région du Sud. En plus, seules certaines catégories de centres médicaux signalent les cas par groupe d'âges, les dispensaires qui comptent le plus grand nombre de consultations n'observant pas cette procédure. Aux fins de pouvoir classifier les principales maladies chez les enfants de moins de cinq ans, le pourcentage de cas constatés au sein de ce groupe d'âge a été calculé à partir des chiffres des centres médicaux puis appliqué au nombre de cas (tous âges confondus) signalés par les dispensaires. Le taux de mortalité du groupe des moins de 5 ans est tiré des rapports provenant des trois hôpitaux de district de la région. Cela nous donne tout au plus une vague idée du nombre de maladies dans le groupe d'âge des moins de 5 ans pour les cas les plus graves - ceux demandant l'hospitalisation - et on ne devrait pas essayer de les classer par nombres absolus (par exemple, pourcentage de mortalité x nombre moins de 5). Il s'agit bien évidemment d'une évaluation rapide et grossière mais dont les résultats ont confirmé les prévisions, sauf pour la rougeole, maladie pour laquelle les cas signalés sont peut-être en dessous de la vérité ou alors ces cas ne sont pas orientés vers les institutions sanitaires. Il est à

noter - fait surprenant par ailleurs - que la rougeole fait souvent l'objet d'erreurs de diagnostic en Haïti-tant de la part des mères que des médecins.

Maladies	Cas dispensaire	% dans moins de 5 centre médical	No. dans calculés	Classement morbidité	% moral dans moins de 5
Malnutrition	58.990	?	?	1*	52
IRA	46.893	58	27.197	2	60
Vers	36.121	33	11.689	3	-
Diarrhée	16.379	71	10.919	4	71
Paludisme	28.045	21	5.889	5	26
Coqueluche	1.214	80	971	6	?
Rougeole	769	41	315	7	?
Tétanos	138	48	66	8**	49
Tuberculose	1.113	3	33	9	0
Méningite	-	63	19	10***	?

Source: Rapport annuel, région du Sud, 1985.

\* Pas de ventilation par âge - ou suppose que la plupart des cas sont observés dans le groupe d'âge moins de 5.

\*\* Données non connues sur le tétanos néonatal

\*\*\* Tous les cas orientés vers le centre médical ou structure-supérieure.

En 1985, un total de 3 cas de polio ont été signalés dans la région du Sud alors que 80 cas ont été signalés à l'échelle nationale pour la même année (63 en 1986). Toutefois, il est douteux que tous les cas aient été nouveaux.

Les vers intestinaux rentrent pour une grande part dans les causes de consultation et les traitements vermifuges routiniers devraient être envisagés dans le cadre de la médecine préventive.

Le tableau ci-après associe dix maladies pouvant être prévenues (même classement que ci-dessus) avec les mesures préventives les plus courantes.

	Ed.	Vaccinations			Prévention											
		BCG	DTcop	Polio oral	Roug.	Tét.	SRO	Eau/A.	Chlo	AB	Nut	AT	Verm.			
Manutri.	•						•									
IRA	•		•		•			•			•		•			
Vers	•									•	•					
Diarrhée	•				•			•					•			
Paludisme	•							•			•		•			
Diphthérie			•					•	•							
Rougeole					•											
Tétanos	•		•			•				•		•				
Tubercul.	•	•														
Polio																
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>				<b>7</b>			<b>4</b>				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

- Educ = Education sanitaire
- Eau/A = Eau et Assainissement
- Prévention = Traitement préventif
- Chlo = Chloroquine
- AB = Autibiotiques
- Nut = Allaitement au sein, surveillance de la croissance, sevrage
- Verm. = Traitement vermifuge

L'éducation sanitaire permet de lutter contre 7 des 10 maladies pouvant être prévenues rentrant dans les 5 principales causes de morbidité et de mortalité. Les vaccinations concernent aussi 7 de ces maladies, mais seulement 2 des 5 principales causes de morbidité et 3 causes de mortalité, encore que la mortalité imputable à la rougeole, impossible à déterminer à partir de ces statistiques, est probablement élevée.

Un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques comportant un volet eau et assainissement toucherait 4 des 10 maladies les plus graves, toutes les 4 parmi les 5 principales causes de morbidité, ainsi que 3 des 5 causes principales de mortalité, dont la plus grave. A la lumière de ces faits, le programme de lutte anti-diarrhéique devrait bénéficier d'une plus haute priorité que le PEV.

Le problème des maladies respiratoires aiguës demande une recherche complémentaire en vue de déterminer la prévalence des agents pathogènes, le traitement préventif indiqué et l'efficacité potentielle d'une telle intervention. Toutefois si l'on considère le taux élevé de morbidité et de mortalité de ces maladies parmi le groupe des moins de 5 ans, il convient de décider d'une action prioritaire pour montrer aux mères, grâce à une éducation sanitaire, la séquence logique des mesures à prendre en cas d'infections respiratoires aiguës.

En conséquent, on peut classer les priorités sanitaires tel que suit:

1. Education sanitaire:
  - 1er objectif = allaitement au sein, sevrage et nutrition pendant les épisodes diarrhéiques
  - 2è objectif = attitudes face aux maladies respiratoires aiguës
  - 3è objectif = mesures de salubrité et transmission des maladies
- L'éducation sanitaires soutien les objectifs dont le premier et le seconde cherchent à faire rapidement diminuer le taux de mortalité infantile, alors que le troisième, même s'il peut en dernier lieu avoir un impact plus grand, se situe dans le long terme.
2. Maladies diarrhéiques:
  - Utilisation universelle des SRO
  - Alimentation en eau - et peut-être plus important dans la lutte anti-diarrhéique
  - hygiène du milieu.
- Activités complémentaires:
  - Traitement vermifuge
  - Promotion de l'allaitement au sein
  - Vaccin anti-rougeole
3. PEV
  - Accélération des activités
  - Prévention du tétanos néonatal
  - Eradication de la polio? (priorité contestable)
- Activités complémentaires:
  - Promotion de l'allaitement au sein
  - Formation des accoucheuses traditionnelles
4. Malnutrition:
  - Pratiques de sevrage améliorées
  - Mise au point et promotion d'aliments pour le sevrage
- Activités complémentaires:
  - Contrôle de la courbe de croissance
  - Lutte anti-diarrhéique
  - Espacement des naissances
  - Complément alimentaire pour les mères
  - Prophylaxie du paludisme pendant la grossesse
  - Traitement vermifuge
5. Lutte anti-paludique:
  - Traitement préventif des cas
  - Pulvérisation? (priorité contestable)
- Activités complémentaires:
  - Hygiène du milieu
  - Réduction des sources
  - Protection personnelle

Les priorités de recherche suivants pourraient être envisagées pour appuyer ces activités:

1. Infections respiratoires aiguës: Prévalence des divers agents pathogènes chez les enfants et efficacité in vivo des antibiotiques. Mise au point d'un algorithme compréhensible et acceptable pour le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires.
2. Diarrhées: Efficacité des traitements traditionnels Solutions de réhydratation à base de céréales.
3. Malnutrition: Compléments alimentaires pour les mères enceintes  
Disponibilité et distribution d'aliments pour le sevrage  
Impact de la prophylaxie du paludisme sur le poids à la naissance
4. Paludisme: Impact des mesures pour une meilleure hygiène du milieu
5. Education sanitaire: Mise au point de messages pour diffuser les résultats de ces études (Communications pour la santé)

## 2.2 STRATEGIES

Les services de santé communautaire se rangent actuellement dans le cadre de quatre stratégies différentes. S'agissant de: 1) les centres fixes; 2) les postes de ralliement; 3) les équipes mobiles (à cheval) uniquement pour les vaccinations; et 4) les journées spéciales de vaccination.

### 2.2.1 Formations fixes:

Hôpitaux: 3 niveaux: Hôpital universitaire: Port-au-Prince  
Hôpital régional: multi-disciplinaire  
Hôpital de district: 4 services  
fondamentaux, médecine générale, chirurgie,  
pédiatrie et maternité.

Ils sont assez équitablement répartis dans les régions et districts (1 hôpital régional par région et 1 hôpital de district/district) sauf à Port-au-Prince où l'on compte au moins 12 hôpitaux desservant 19% de la population totale. Haïti compte 32 hôpitaux dont 12 sont privés. En excluant Port-au-Prince, on compte un hôpital pour 200.000 habitants. (Dénominateur utilisé

pour le calcul du rapport est 5,5 millions moins la population de Port-au-Prince.)

#### Centres médicaux avec lits

Les centres médicaux comptent généralement un maximum de 20 lits, souvent pour de courts séjours (moins de 12 heures). Leur personnel regroupe 1 ou 2 médecins ainsi qu'un nombre variable d'infirmiers et d'auxiliaires (pouvant aller jusqu'à 30 dans certains endroits). Ces centres, 38 au total, sont inégalement répartis au niveau du district par rapport à la densité de population de la région desservie. Rapport: 1/130.000 habitants.

#### Centres médicaux sans lits

Leur personnel compte des infirmiers et de paramédicaux, avec un médecin dans certains cas. Ils sont 65 au total, très inégalement répartis (27 sont situés dans la capitale). En excluant Port-au-Prince, le rapport est 1/118.000 habitants.

#### Dispensaires

Leur personnel est uniquement composé de paramédicaux. Ils sont 209 au total et assez équitablement distribués par rapport au nombre d'habitants des districts. Rapport: 1/24.000 habitants.

Ces établissements sanitaires, privés ou publics, n'ont pas de zones d'influence définies. En fait, on leur attribue arbitrairement une population cible, sans se préoccuper du nombre d'habitants vivant dans la région géographique où se situe le centre. La population cible est définie de la manière suivante:

Hôpitaux:	10.000 - 15.000
Centres médicaux:	10.000
Dispensaires:	5.000

Il pourrait s'agir d'un bon moyen pour accroître régulièrement et progressivement la couverture de la population totale, si l'objectif augmentait proportionnellement avec la capacité d'un centre particulier ou si certains points repères du programme étaient atteints. En fait, cette répartition de la population entraîne des constatations contradictoires et confuses qui entravent l'élaboration des stratégies.

- a. Sur la base de ce nombre arbitraire d'individus par centre, on estime que 40 à 45 pour cent de la population a accès au système institutionnalisé de soins de santé. Ce qui à l'évidence ne reflète pas la réalité: aucune évaluation n'a tenté de recenser le nombre de gens qui se rendent dans un centre médical et qui résident dans un rayon raisonnable autour de celui-ci. On constate, d'après le rapport annuel de la Région du Sud, qu'environ 75 pour cent du nombre des femmes enceintes se

présentent plus de deux fois au service prénatal. Il convient donc de diriger les efforts de mobilisation sociale vers ce groupe si l'on veut augmenter le taux d'utilisation incroyablement faible des institutions.

- b. Très souvent pour répondre à ce problème de "faible couverture", l'on propose davantage de postes extérieurs dont s'occuperait le personnel soignant des centres. Or dans de nombreux cas cela entraîne un gaspillage de ressources et de temps.
- c. L'on évalue la performance par rapport à un objectif pris dans un sous-groupe de la population. Avec de faibles dénominateurs les résultats semblent meilleurs à ce qu'ils sont effectivement et partant cachent les vrais problèmes.

En général, l'on peut dire que les formations sanitaires, surtout dans le secteur public, sont très sous-utilisées. Dans de nombreux cas, la moyenne des visites de patients ne dépasse pas 200 par mois, soit moins de 10 par jour. Les données expliquent les raisons de cette non-utilisation du système qui semblent se situer tant du côté de l'utilisateur (peu motivé) que du prestataire (peu engagé, mauvaise qualité des services ou manque de médicaments).

#### 2.2.2 Postes de ralliement

En fait, l'on trouve trois types de postes.

- a. Ceux réalisés par un agent de santé communautaire qui permettent d'apporter des services à un grand nombre de gens au même temps. D'une certaine manière c'est là le niveau le plus périphérique d'un système sanitaire institutionnel dans le cadre duquel chaque agent de santé (rémunéré) couvre une population cible de 2.000 personnes. On ne dispose pas de suffisamment d'agents (moins de 1.000) pour desservir efficacement la population rurale.
- b. Le poste de ralliement "micro" organisé par un personnel paramédical à des jours fixes et pour un seul type de services, généralement les vaccinations. Ils sont très souvent organisés par un dispensaire du secteur public, mais il arrive aussi qu'une OBP réalise un programme non-institutionnel (anti-tuberculose par exemple).
- c. le type "macro", organisé par une équipe avec un médecin, un infirmier et un archiviste, apporte des services divers et variés. Ces postes sont plus spécifiques que les centres médicaux privés sous contrat avec l'AOPS.

Organiser des postes extérieurs dans une population recensée est un préalable pour toute OBP qui veut faire partie de l'AOPS. En contrepartie, un arpu financier lui est accordée de 1 dollar par personne et par an. Le choix de l'emplacement d'un poste n'est pas sujet à un

contrôle concerté et apparemment dans plusieurs des quatre régions le peu de coordination entre les secteurs public et privé empêche d'assurer une couverture complète de la région, suite au manque d'une zone d'influence définie pour chaque centre. Des postes fréquents et nombreux permettent peut-être d'arriver à vacciner un grand nombre d'enfants, mais:

- a. C'est une activité qui pèse lourdement sur les ressources des centres, surtout les plus petits. En effet, certains membres de leur personnel sont absents 2 à 3 jours de la semaine pour faire les postes.
- b. De nombreux centres sont situés dans les zones les plus accessibles, à moins d'une heure de marche du centre.
- c. La politique selon laquelle le personnel de santé doit systématiquement aller à l'extérieur pour rendre les services plus accessibles à une plus grande partie de la population qui bien motivée pourrait venir dans l'établissement sanitaire est en conflit direct avec l'urgence de remettre sur pied le système institutionnel des prestations sanitaires. En outre, prêter un service unique en une fois ne donne pas le sentiment que les services sont intégrés dans les activités quotidiennes.

Les équipes mobiles et les jours de vaccination se rapportent spécifiquement au PEV qui sera étudié dans le cadre des stratégies techniques.

### 2.3 RECOMMANDATIONS

- o Il convient de faire un effort particulier au niveau de l'éducation sanitaire pour appuyer les principaux objectifs du programme. L'hygiène du milieu, le diagnostic pour les IRA et les pratiques nutritionnelles en constitueront les grands thèmes. Toutefois, une recherche opérationnelle pourra étudier l'impact des mesures en place.
- o Il convient d'introduire le traitement vermifuge comme activité routinière donnée gratuitement tous les mois puisque les mères font très attention aux parasites intestinaux. Cette activité pourrait servir à introduire ou à promouvoir d'autres aspects de la stratégie de la survie de l'enfant. Elle pourrait également servir à inciter plus de personnes à se rendre dans les établissements sanitaires.
- o Il convient de décider de protocoles de recherches pour mettre en place des stratégies pour le traitement des IRA. En plus, on pourrait réaliser une enquête plus approfondie des différentes solutions de réhydratation par voie orale et des méthodes traditionnelles de sevrage et de nutrition.

- o Renforcer le système de santé rurale basé dans les établissements doit être la stratégie numéro un. A cet effet, la qualité des services devra être nettement améliorée, ainsi que le sens des responsabilités chez le personnel si l'on tient à vaincre le défaitisme qui règne actuellement dans le secteur public. Une étude socio-anthropologique mettra en évidence les problèmes fondamentaux, la fréquentation très faible, et permettra d'orienter la stratégie proposée.
- o En conséquent, il faudrait limiter le nombre de postes de rattachement aux régions vraiment très mal desservies auxquelles on apporterait des services complets (type "macro"). (Cependant, la présence d'un médecin ne devrait pas constituer une limite au développement de ces postes extérieurs.) Il devient donc nécessaire d'exercer un certain contrôle sur le choix de l'emplacement par rapport à une zone d'influence géographiquement définie et de coordonner les activités entre les établissements privés et publics.
- o Le nombre d'agents de santé communautaire (ou de tout autre type de services communautaires) devrait se fonder sur la population effective et non pas sur des groupes cibles définis arbitrairement. Les étapes nécessaires pour mettre sur pied le système et l'installer avant tout dans les centres fixes sont les suivants:
  - a. définir le nombre d'habitants effectif d'une zone géographique pouvant se rendre facilement à un établissement donné;
  - b. identifier les zones mal desservies;
  - c. déterminer à partir là le nombre d'agents de santé nécessaire pour faire la liaison entre le système sanitaire communautaire et institutionnel.

### 3. GESTION DU PROGRAMME ET PARTENARIAT

Cette section traite des questions de gestion qui sont probablement à l'origine du mauvais fonctionnement des volets PEV et lutte anti-diarrhéique du Projet de soins de santé en milieu rural. Il est évident qu'ils se retrouvent aussi au niveau des autres volets du projet.

#### 3.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DU SYSTEME DE PRESTATIONS SANITAIRES

Niveau central: Ministre de la Santé publique et de la Population (MSPP)  
Niveau de prises de décisions pour les stratégies et l'octroi de crédits aux programmes sanitaires nationaux.

Niveau régional: Actuellement 4 régions

Ces régions sont des entités techniques qui relèvent du MSPP, et ne sont pas une décentralisation des pouvoirs publics. De ce fait, elles conserveront cette structure sous la nouvelle Constitution qui prévoit neuf départements administratifs pour l'ensemble du pays.

Dans chaque région:

1 directeur régional de la Santé secondé par:

- 1 directeur adjoint
- Personnel administratif dont un statisticien
- Cadres, en nombre variable, responsables des priorités sanitaires définies par le ministère de la Santé (vaccinations, TRO, allaitement au sein et nutrition, tuberculose, paludisme, planning familial).

Le directeur médical régional est également en charge du district où est situé le bureau régional.

Niveau du district: Actuellement 15 districts

La direction sanitaire du district est calquée plus ou moins sur l'administration régionale au niveau de responsabilité inférieur. Le directeur de district est le plus haute autorité.

Cette structure n'est pas vraiment décentralisée.

1. Les décisions, dont la définition des stratégies, sont prises au niveau central. Les régions et les districts sont uniquement responsables de la mise en oeuvre et on ne trouve pas de plans d'action régionaux, à proprement parler.
2. L'affectation des ressources, et notamment l'octroi de crédits, est centralisée et les régions n'ont pas vraiment voix au chapitre.

Et elle n'est pas non plus entièrement centralisée.

Exception faite du Service national des Endémies majeures (SNEM) - responsable du programme anti-paludisme - qui relève d'une structure pratiquement verticale, les niveaux techniques du MSPP n'ont pas de contrôle sur leurs branches exécutives des régions et districts puisque ces niveaux rendent directement compte au Directeur général du MSPP.

Cette situation entraîne un manque d'engagement et de responsabilités aux différents niveaux. En d'autres mots, le système comporte tous les

inconvenients de la centralisation sans avoir les avantages de ce qu'on pourrait nommer une décentralisation partielle.

L'absence d'une véritable décentralisation est source de conflits naturels entre les niveaux opérationnels et administratifs. En fait le véritable problème ne tient pas tant à l'existence même de ces conflits mais plutôt à leurs répercussions sur l'administration du programme et les rôles des différents partenaires. Par ailleurs, on invoque souvent comme la principale cause du manque de résultats la frustration du personnel soignant qui fait que beaucoup ont renoncé à leur mission ces dernières années. Il devient donc prioritaire d'instaurer le sens des responsabilités, surtout aux niveaux périphériques.

### 3.2 ADMINISTRATION DU PEV-PRONACODIAM (PEV-maladies diarrhéiques)

Le Bureau de coordination du PEV-PRONACODIAM (BCPP) est l'organe administratif central de ces deux programmes, il relève directement du Ministère de la Santé, encore que le degré exact n'en soit pas très clair et que plusieurs divisions sont concernées. Chacune division est responsable d'un ou plusieurs aspects du programme, par exemple, définition des critères techniques (DHFN), achats des fournitures (DHFN), formation du personnel (DESE), surveillance des maladies (DHP) et planification et évaluation (UCDR). Le BCPC coordonne en principe ces différents éléments, assume le rôle de gestionnaire et de superviseur du programme face aux divers donateurs. Plusieurs comités sont attachés au BCPP avec un nombre impressionnant de participants représentant le MSPP, les donateurs et les organisations collaboratrices.

Le BCPP a mis su pied un plan d'action national pour 1987-1990 qui, selon les dires du coordinateur national lui-même, ne convient pas à deux au moins des quatre régions. C'est un fait que les décisions prises au niveau central rencontrent une forte résistance au niveau régional.

Dans de telles conditions, le personnel du BCPP ne peut pas faire face à tout le travail de planification, gestion, supervision et coordination du programme: il est nécessaire de créer de nouvelles positions, - 4 au niveau central et 11-15 au niveau de district.

On peut se demander toutefois si renforcer le BCPP tel que c'est prévu ne va pas simplement ajouter à la complexité du système, sans pour autant accroître sa capacité de prestations ou répondre au problème des responsabilités individuelles et affectation des tâches aux différents niveaux. D'où l'importance de poser certaines questions essentielles:

- a. Quel rôle pourrait-on donner au BCPP qui mettrait en valeur le travail de son personnel tout en le déchargeant?
- b. Qu'est-ce qui permettrait le mieux de relever le niveau de responsabilités dans les régions et districts et de diminuer les tensions entre ces derniers et le niveau central?

- c. Quelle est l'unité fondamentale qu'on pourrait envisager pour la planification du programme et l'affectation de ressources?
- d. Descriptions des tâches.
- a. Le rôle du BCPP pourrait être revu et transformé pour en faire un groupe de coordination et de conseils techniques. En fait, il faudrait le décharger du poids lié à l'administration et la supervision du programme, et lui demander de s'occuper des aspects techniques, tels acheminer l'assistance technique extérieure. Il s'agit en fait de lui faire lâcher les rênes d'une partie du programme, chose qui pourrait être présentée comme la possibilité de consacrer plus de temps à des tâches plus vitales. Dans cette perspective, la division du PEV et lutte anti-diarrhéique pourrait être placée sur le plan régional. On éviterait ainsi la création d'un "monstre" tout seul et mal relié aux niveaux tant supérieur qu'inférieur ce qui en fin de compte ne satisfait personne.
- b. Le rôle des régions et des districts pourrait être rehaussé en leur donnant la responsabilité de la planification, de la mise en oeuvre et de la supervision du programme, à leur propre niveau, chose qu'ils désirent de tout coeur. Le BCPP garderait un rôle de conseiller examinant la solidité des buts et objectifs, ainsi que les stratégies prévues dans le cadre des objectifs nationaux. Relier la performance au niveau du district et l'affectation de ressources permettrait d'améliorer la qualité de la supervision, de rehausser le sens des responsabilités et de créer une certaine compétition entre les districts d'une région.
- c. Comme unité décidant de l'affectation de ressources on devrait prendre la population desservie au niveau de la commune, et accorder les ressources aux régions en conséquence. Cette approche permettrait de résoudre en partie le déficit de personnel sanitaire au niveau périphérique puisque le montant de ressources serait proportionnellement plus important dans les zones rurales que dans la capitale.

### 3.3 SERVICE NATIONAL DES ENDEMIES MAJEURES (SNEM)

Créé au départ pour éradiquer le paludisme, cet organisme est autonome, d'une structure verticale se ramifiant à un réseau communautaire de plus de 6.000 bénévoles. Malgré les coupes au niveau du soutien dont il bénéficie et les difficultés opérationnelles (supervision et distribution de médicaments) il n'en offre pas moins la possibilité d'une très bonne participation à un projet plus diversifié. Plusieurs questions se posent quant au projet consistant à inclure le réseau de bénévoles dans le projet de santé rurale en tant que distributeurs des SRO:

- a. On constate aux niveaux régional et de district une certaine résistance à admettre que le SNEM puisse jouer un rôle important dans un domaine autre que le paludisme. Rôle qui est vu comme une menace pour le travail de certains.
- b. On ne dispose pas de données suffisantes pour savoir s'il est faisable d'élargir le mandat des bénévoles et si la chose est acceptable. Seules quelques études préliminaires ont été faites pour évaluer le pourcentage de bénévoles qui accepteraient des tâches supplémentaires.
- c. On ne dispose pas d'un plan suffisamment clair pour le recyclage du personnel (services complets) et la collaboration efficace avec d'autres catégories du personnel.
- d. Malgré ses difficultés actuelles et un certain ralentissement de l'activité du réseau de bénévoles, le SNEM est une possibilité à laquelle il convient de songer sérieusement en planifiant un projet de santé rurale à long terme. En fait, il présente toutes les qualités requises pour devenir un important prestataire capable d'administrer sa partie du programme.

#### 3.4 L'ASSOCIATION DES OEUVRES PRIVEES DE SANTE (AOPS)

Créée en 1982 pour coordonner les activités des établissements sanitaires privés, l'AOPS compte environ 100 membres dont 33 fournissent des services par le biais de postes extérieurs dans le cadre d'un contrat particulier avec l'AOPS, décrit ci-après. Celle-ci est un partenaire très valable du fait qu'elle peut diriger, contrôler et superviser de nombreux centres médicaux privés et vérifier que leurs activités se conforment aux normes gouvernementales. Parmi ces réalisations les plus méritoires, on citera le fait qu'elle a su intéresser à la médecine préventive des établissements sanitaires qui jusqu'à alors se consacraient uniquement aux soins curatifs, ainsi que le l'enregistrement de la population cible dans les zones des centres médicaux. (Cette population cible représente toutefois un nombre de gens fixé arbitrairement et non pas la population effective d'une zone géographique d'influence).

Les institutions membres qui ont convenu de réaliser un certain nombre de postes de ralliement selon la population desservie et d'apporter des services complets bénéficient en échange d'un soutien financier. Les activités extérieures sont réalisées avec la collaboration d'un bénévole local (pouvant être le même que celui de la SNEM). Une supervision régulière de ces postes est assurée et les commentaires et recommandations du superviseur sont consignés dans un livre gardé au centre de santé.

La principale question pouvant se poser à ce niveau tient au fait que l'AOPS est actuellement très orientée vers les stratégies mobiles et qu'on ne contrôle pas la manière d'établir les postes. Une telle orientation pourrait avoir un effet adverse sur un programme qui insiste sur une stratégie s'inscrivant dans les centres fixes.

### 3.5 RECOMMANDATIONS

- o Le nouveau projet devrait reposer sur une structure décentralisée et renforcer donc l'administration régionale et de district plutôt que le BCPP. Celui-ci serait un bureau de coordination et de conseils pour un programme avec un double objectif (PEV et lutte anti-diarrhéique). La responsabilité en matière de gestion/supervision serait déléguée aux niveaux régional et de district où les tâches seraient réparties tel que montré dans l'organigramme.

Niveau central:      Coordinateur & assistant  
                          Groupe conseils techniques (AT & IEC)  
                          Personnel administratif (logistique, statistiques,  
                          etc...).

                          Coordination  
                          Documentation  
                          Conseils techniques

Régional:            Directeur du programme (reçoit pleine  
                          responsabilité)  
                          Superviseur PEV  
                          Superviseur Pronacodiam  
                          Statistiques  
                          Système de distribution (dont chaînes de froid)

Planning régional      ON INSISTE SUR CE NIVEAU PLUTOT QUE SUR LE  
Exécution et            NIVEAU CENTRAL  
supervision du  
programme

District             Superviseurs  
                          Système de distribution

Assistance au  
niveau périphérique  
supervision

- o Les ressources devraient être affectées aux régions sur la base des besoins évalués au niveau de la commune aux fins de soutenir les plans d'opération régionaux. Les districts devraient rendre compte de leurs réalisations et les régions de l'emploi de leurs ressources. Une attention toute spéciale devrait être accordée aux mesures à caractère incitateur qui rehaussent le prestige des positions au niveau périphérique, installent une compétition entre les districts et récompensent le personnel paramédical pour un bon travail.
- o Une étude de faisabilité devrait être réalisée pour évaluer si les bénévoles du SNEM ont les capacités de participer au programme du TRO

et de devenir des conseils locaux au même titre que des distributeurs. L'on devrait aussi compter ceux qui sont employés par les services sanitaires (aide-infirmier).

- o La possibilité de faire participer le SNEM à une partie des opérations du programme devrait être envisagée, ce qui permettrait de profiter davantage de ses possibilités plutôt que de le voir absorber par le MSPP.
- o L'AOPS devrait fixer des directives claires pour le choix des emplacements des postes, et ceux en place devraient être rationaliser en fonction des zones d'influence des centres.
- o L'AOPS devrait être plus impliquée dans le projet et participer à la supervision dans le district, d'après l'excellent modèle qu'elle a mis au point.

#### 4. STRATEGIES TECHNIQUES

##### 4.1 PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

###### 4.1.1 Couverture et objectifs

Les chiffres signalés par les régions et nommés abusivement couverture sont des indicateurs de vaccinations pour un groupe donné par rapport à un nombre fixe de doses devant être administrées sur une période de temps donné. Quand le nombre d'enfants dépasse les prévisions de départ, les résultats sont supérieurs à 100%. En général, ils se situent dans la fourchette 60-80%. Ces chiffres sont ambigus et prêtent à confusion. Cette même ambiguïté subsiste d'ailleurs dans l'objectif prévu pour les prochaines années, tant au niveau de la couverture que de l'accessibilité aux services de vaccination.

Deux enquêtes nationales ont été réalisées sur le taux de couverture. En 1985, grâce à une méthode de sondage scientifique, on a trouvé des résultats très similaires à ceux constatés à Migagoane en 1987 (cf tableau ci-après). La seconde enquête en 1986 a constaté de meilleurs taux de couverture (20 à 25% d'enfants entièrement vaccinés), toutefois la méthode peut être remise en question.

Les chiffres les plus récents et les plus exacts sont tirés d'un sondage par grappes effectué dans un district du pays (Miragoane) en mars 1987 auprès de 631 enfants âgés de moins de cinq ans. Les résultats pondérés par âge sont présentés ci-après.

Source: PAHO, mars 1987

	Moins de 1	1 - 4	Moins de 5
BCG			
Cartes	38%	56%	51%
Grilles	39%	81%	71%
DTcop3 et polio oral 3	15%	23%	21%
Rougeole	23%	33%	32%
Entièrement vaccinés	12%	19%	17%

Bien qu'on puisse probablement faire valoir qu'un bon nombre de mères ont perdu les carnets de vaccination, la couverture effective des enfants ayant reçus toutes les vaccinations dans ce district se situe entre 20 et 25%. Quant à la couverture nationale, elle est probablement plus faible puisque Miragoane est considérée comme un district modèle.

Les chiffres ci-après sur la couverture vaccinale (sur la base de la population cible fixée) signalés par le même district en 1985 donnent une idée de l'écart qui existe entre la réalité et la soi-disante estimation vaccinale se basant sur la population.

	BCG	DT cop	Polio	Rougeole
Moins de 1 (%)	175	42.5	41	205
1 - 4 (%)	125	98	83	63

En d'autres mots: 1) la population cible est sous-estimée; et 2) au moins le double du nombre initial d'enfants peuvent être couverts. Atteindre 100% ou plus de l'objectif fixé dans une population donnée est certes encourageant, mais peut également avoir un effet "démobilisateur" sur le personnel et cacher l'ampleur du problème qui reste.

#### 4.1.1 a Recommandations

- o L'objectif devrait être pris par rapport au nombre effectif d'habitants qui peuvent être desservis par un établissement sanitaire donné, ce qui demande comme nous l'avons déjà dit, une délimitation (sur cartes) des zones d'influences et une estimation du nombre de personnes vivant dans cette zone (d'après le dernier recensement). Vu sous cet angle, l'objectif consistant à vacciner entièrement 100% des enfants de moins de cinq ans d'ici l'an 1990 n'est pas réaliste, mais il ne devrait pas être remis en question puisque le BCPP le propose comme but national.
- o Le groupe d'âge cible devrait être clairement défini. Aucun enfant de moins de cinq ans ne sera renvoyé, toutefois le PEV devrait consacrer tous ces efforts aux moins d'un an et aux femmes enceintes, vue la difficulté de vacciner tout le groupe de femmes en âge de procréer.

#### 4.1.2 Stratégies de vaccination

Les vaccinations se rangent actuellement dans le cadre de 4 systèmes différents: les centres fixes, les postes de ralliement, les équipes mobiles à cheval et les journées spéciales de vaccination organisées à différents niveaux du pays.

Le calendrier des vaccinations est conforme aux recommandations de l'OMS, mais la poliomyélite se limitent à deux gouttes.

##### Centres fixes

Chaque centre a un jour de semaine de vaccinations où tous les antigènes sont donnés aux enfants âgés de moins de cinq ans (d'habitude une fois par semaine). L'on ne connaît pas la proportion de mères qui sont au courant de ces séances.

Les autres jours de la semaine, seules les vaccins anti-poliomyélite et DTCop peuvent être obtenus (les ampoules entamés sont gardés dans le réfrigérateur). Le vaccin anti-tétanique est donnée les jours de consultations prénatales dans les centres offrant ces services. L'on n'a pas évalué exactement quelle est la part des centres fixes dans les activités de vaccination et puisqu'on part du principe que seulement 40% de la population a accès à ces centres, la stratégie de ces derniers n'est pas considérée comme essentielle par les représentants du PEV. Bien que le renforcement des institutions soit l'un des objectifs du plan d'opération national de 1987-1990, surtout grâce l'installation de chaînes de froid dans tous les établissements, peu d'efforts sont faits pour motiver les gens à demander les services de vaccination dans les centres de santé plutôt que par les autres stratégies. A cet égard, il est révélateur que ce sujet ait été à peine abordé durant les trois jours de réunion de coordination à Port-au-Prince (19-21 mai 1987) à laquelle aucun représentant des provinces n'avait assisté. En fait, la discussion était principalement axée sur les journées de vaccination nationale. Le fait que dans une région qui n'offre, au demeurant, pas plus d'éducation ou d'information que les autres, 75% des femmes enceintes se rendent aux visites prénatales permet de penser que la population effective pouvant être desservie grâce à un renforcement des centres est supérieure à 40%. Demander aux centres sanitaires existants de mettre les vaccinations comme la plus haute priorité demanderait au préalable que:

- a. Un effort de mobilisation sociale soit spécifiquement consacré à ces objectifs et que les séances de vaccination soient organisés des jours pratiques et bien connues du public.

- b. Un effort substantiel soit fait en vue d'améliorer la qualité des services, disponibilité des médecins et, puisqu'on le mentionne souvent comme un obstacle, l'amabilité du personnel.
- c. Moins d'attention soit accordée à la stratégie mobile/extérieure
- d. Le principe directeur des vaccinations, et plus généralement pour la PMI, soit "intégration" - mot qui étrangement n'apparaît pas dans les documents - plutôt que des approches qui donnent l'impression au personnel soignant de travailler à un programme séparé.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la distribution régulière d'anti-helminthiase non seulement agit positivement sur le statut nutritionnel mais pourrait probablement avoir un impact sur le taux de fréquentation des centres de santé et partant accroître l'accessibilité aux services de vaccination.

#### Postes de ralliement

Pratiquement tous les centres de santé publics et les institutions privées relevant de l'AOFIS devraient mettre sur pied des postes de ralliement, la plupart du temps pour les vaccinations seulement (secteur public). La CAT (croisade anti-tuberculeuse) participe également au programme de vaccination, initialement juste pour le BCG, et de plus en plus pour tous les antigènes

C'est l'organisation qui décide de l'aménagement et de l'emplacement du poste. Le contrôle et la coordination sont minimes sinon nuls. Par exemple, un important centre de santé organise 26 postes dont 11 sont à moins d'une heure de marche. Un petit centre, avec juste 3 membres de personnel, réalise pas moins de 10 postes dont 4 sont à 30/45 minutes à pied. Un poste de la CAT (OBP) a été observé à moins de 5 km du prochain dispensaire public équipé d'un réfrigérateur et de vaccins. Si 60 enfants environ se sont rendus à la séance CAT, l'infirmier du centre par contre n'a signalé que 10 à 15 enfants pour la journée de vaccination.

Nonobstant le fait qu'on répète ainsi les efforts, le nombre de postes de ralliement faits par le personnel soignant représente une contrainte importante sur leur temps et freine le déroulement de ce qui devrait être leur occupation principale. Toutefois nos observations portaient de l'hypothèse que les formations sanitaires font vraiment toute ces activités. En fait, par suite des fortes contraintes sur le travail à faire, de nombreux établissements n'organisent pas les services extérieurs qu'ils signalent au nombre de leurs responsabilités (ces faits ont été observés par des enquêtes réalisées dans deux districts).

On peut également noter le peu de rentabilité rapportée par l'investissement fait dans un poste avec une seule activité. A cet effet, les postes réalisés par un personnel plus qualifié, avec quelques médecins,

et prêtant des services complets sont plus logiques, encore faut-il qu'ils soient bien situés.

#### Equipes mobiles

Là non plus on ne connaît pas le part que prend ce type de prestations dans le total des vaccinations. Les équipes sont supposées vacciner les 20 à 30% de la population qu'on ne peut pas atteindre normalement. Des contraintes de temps n'ont pas permis à la présente mission d'étudier suffisamment ce type d'activités. En outre, certains officiels locaux semblent tellement tenir à ces équipes à cheval qu'il devient délicat d'en remettre en cause la validité.

Toutefois, il convient de tenir compte des éléments suivants lors de la conception du projet:

- a. définir et dénombrer la population desservie;
- b. mettre au clair les méthodes de supervision;
- c. concevoir un système d'information permettant d'évaluer les activités, notamment les taux d'abandon au niveau des vaccins multidoses. L'expérience faite dans d'autres pays montre que les équipes mobiles connaissent un taux d'abandon élevé et par conséquent n'ont que peu d'impact sur le pourcentage d'enfants entièrement immunisés.

#### Journées de vaccination

Ce sujet a été longuement débattu lors de la réunion de coordination, et il n'est pas dans notre intention de remettre en cause le consensus atteint laborieusement sur les campagnes d'éradication de la poliomyélite. Mais certains aspects de l'approche type campagne en Haïti demande une attention particulière.

- a. Les journées de vaccination nationales rencontreront probablement un niveau de résistance inattendue de la part des régions. Dans le Nord (une des deux régions visitées) une forte opposition a été formulée à l'égard du coordinateur national invoquant que les expériences précédentes n'avaient pas été efficaces par rapport aux coûts et qu'elles avaient été imposées "abusivement"; l'autre région (le Sud) est dotée d'un projet consistant à mettre en place une série de journées régionales de vaccination pour une extension du système en place. Ce projet serait affecté par la campagne nationale proposée.
- b. Le degré de mobilisation auquel on peut s'attendre tant chez le personnel que dans la collectivité, et de toutes les bonnes volontés indispensables pour réaliser un projet de cet envergure, est limité. Multiplier par trop le type de campagnes (communales, rurale, urbaine, régionale, nationale) amène une certaine lassitude. En conséquence, toute action devra être soigneusement planifiée et coordonnée.

- c. Il y a paradoxe entre le mandat de l'OPS visant à éradiquer la polio - action à l'échelle nationale sur un temps limité pour stopper la transmission de la maladie - et la progression plus régulière préconisée par la région du Sud visant à un lent accroissement. Le directeur régional dans le Sud conçoit les campagnes comme un moyen d'accélérer les activités en cours qui ont été soigneusement élaborés, d'inclure d'autres services que les vaccinations qui sont destinés à continuer après la campagne. Il s'agit là d'un point de vue très logique.
- d. Dans tous les cas les journées de vaccination, quel que soit leur niveau de mise en oeuvre, reviennent trop chères (argent, temps énergie et ressources diverses) pour qu'on puisse se permettre de n'utiliser qu'un seul antigène. Une campagne pour une seule vaccination ne contribue pas au nombre d'enfants complètement immunisés, puisque les autres vaccins devront être obtenus auprès de sources différentes. Les vaccins anti-rougeole et anti-tétanique pour les mères et les enfants sont plus importants que la polio au niveau réduction de la morbidité et de la mortalité infantile en Haïti. En ce qui concerne les aspects financiers, il convient de garder présent à l'esprit les facteurs suivants:
- i. Les journées de vaccination peuvent s'avérer à l'expérience bien plus coûteuses qu'à première vue. A cet égard, un engagement définitif de la part des donateurs doit être obtenu au préalable.
  - ii. Les efforts pour les campagnes peuvent se faire au détriment des services continus et représenter, dans le long terme, un prix plus élevé que prévu pour le système sanitaire et les individus.
  - iii. Vacciner un enfant dans le cadre d'une campagne peut s'avérer plus coûteux que par le biais d'autres stratégies suite aux dépenses de fonctionnement élevées d'une campagne.

#### 4.1.2a Recommandations

- o La stratégie primordiale de vaccination devrait être de renforcer les établissements et de mobiliser la collectivité pour que celle-ci demande les prestations dans ces établissements. L'objectif serait d'accroître le pourcentage de la population effectivement desservie, pour le faire passer de 40 à 70%.
- o Cet effort devrait être sous-tendu par diverses campagnes d'information et de sensibilisation. Les objectifs et messages du volet mobilisation sociale dans le programme seront modifiés en conséquence. Les campagnes de sensibilisation devraient également être orientées vers le personnel soignant en vue de renforcer leur engagement, outre les recyclages, une meilleure supervision, les encouragements réguliers etc. Les auxiliaires pourraient aussi recevoir un encouragement dans leur travail (par exemple, une

récompense annuelle pour les 10 individus les plus performants de chaque région).

- o Les vaccinations devraient faire l'objet d'une activité routinière, intégrée et exécutée par tout membre du personnel sachant faire des injections. Les établissements sanitaires pourraient prévoir de donner des vaccinations tous les jours. Si la zone d'influence était divisée en secteurs, il serait pratique de réserver un jour de la semaine à chacun.
- o Les postes de ralliement devraient être vus comme une stratégie complémentaire à l'intention des zones mal desservies, délimitées géographiquement et offrant des services complets. Il est important de définir des critères régissant leur aménagement, d'assurer une coordination entre les établissements et d'éliminer progressivement les postes ne répondant pas à ces critères au fur et à mesure de l'expansion institutionnelle.
- o Les campagnes de vaccination ont des chances d'être plus efficaces si elles servent à renforcer une structure institutionnelle conçus pour prendre le relais et assurer la continuité des activités. Cela implique une mise en oeuvre progressive au fur et à mesure que les régions se préparent.

#### 4.1.3 Chaînes de froid

##### Extension

Une stratégie s'inscrivant essentiellement dans les établissements en place demande que chaque centre puisse stocker des vaccins et donc dispose d'un réfrigérateur. La capacité d'emmagasiner au niveau le plus périphérique ne devrait pas dépasser un stock de 1 mois, pendant ce temps tous les types de vaccins peuvent être gardés à des températures de 4 à 8 degrés celsius. Un petit réfrigérateur suffira donc pour conserver les vaccins.

Les centres réalisant des postes extérieurs ont besoin d'un compartiment congélateur pour disposer de blocs de glace.

Chaque établissement avec des postes extérieurs devrait être équipé de glacières et de boîtes à vaccins en fonction de la distance des postes et du type de distribution des vaccins. Il est recommandé toutefois que chaque établissement soit équipé de bacs à vaccins en cas de dégivrage du réfrigérateur ou panne de ce dernier. A cet effet, il est prudent d'affecter un réfrigérateur "de rechange" (dans le centre le proche ou frigidaire personnel) à tous les établissements stockant des vaccins.

Au mois de mai 1987, 228 réfrigérateurs étaient utilisés dans le pays dont 47 avaient besoin d'être réparés. En d'autres mots, seulement

55% des établissements sanitaires peuvent stocker actuellement des vaccins et partant offrir régulièrement des services d'immunisation.

Le plan d'opération du BCPP prévoit l'installation de 104 nouveaux réfrigérateurs, rendant ainsi tout à fait opérationnel le système d'ici la fin 1987. Cinquante systèmes solaires complémentaires (réfrigérateurs, congélateurs et machines électriques) seront installés dans deux districts grâce à un projet d'assistance bilatérale.

La plupart des réfrigérateurs non électriques sont alimentés au gaz et quelques uns utilisent du kérosène. De graves problèmes d'approvisionnement de gaz se posent dans de nombreuses régions. Les bouteilles à gaz doivent être commandées et sont livrées par des sociétés de transport privées. Aucun des centres visités n'avaient des bouteilles de rechange.

Les niveaux de district et régionaux ont une capacité de stockage suffisante pour approvisionner les centres de leurs juridictions et maintenir un stock régulateur. Au niveau central deux chambres froides sont utilisées mais les générateurs ne sont pas automatiques.

#### Entretien

Le projet du BCPP prévoit un technicien des chaînes à froid travaillant à temps plein dans chaque région. Un tel plan demande implicitement que chaque région dispose d'un atelier. Par ailleurs, ce système peut s'avérer coûteux puisque d'une part les problèmes techniques peuvent être fixés de manière ponctuelle par quelqu'un qui est plus ou moins qualifié pour l'entretien des chaînes de froid et que par ailleurs le technicien formé sur le budget du projet démissionnera probablement assez vite pour rentrer dans le secteur privé. Une autre solution consisterait donc à former des chauffeurs de chaque région pour qu'ils puissent régler les petits problèmes et à mettre en place un service d'entretien préventif combiné aux visites prévues pour la distribution de vaccins ou la supervision. Les pannes importantes pourraient être arrangées dans un atelier central complètement équipé ou par le biais d'entreprises privées. Chaque région devrait recevoir deux réfrigérateurs de rechange pour assurer la continuité des services en cas de panne.

#### 4.1.3a Recommandations

- o La chaîne de froid devrait être étendue à tous les centres pour leur permettre de stocker les vaccins et de prêter régulièrement les services d'immunisation. Ces dispositions rentrent dans le cadre de la stratégie primordiale proposée pour les institutions. Il convient également de mettre en place un système d'approvisionnement régulier de gaz pour décharger le personnel de la tâche de commander les bouteilles et chaque réfrigérateur devrait disposer d'une bouteille de rechange.

- o Le second générateur de la chambre froide centrale devrait être automatique.
- o Les services d'un consultant devrait être requis prochainement pour améliorer les méthodes de fonctionnement et d'entretien des chaînes de froid et pour donner des conseils sur l'utilisation future des systèmes solaires.

#### 4.1.4 Approvisionnement en vaccins

Actuellement, chaque établissement sanitaire à la charge de commander ses vaccins auprès du magasin de district. Bien qu'on ne signale que de rares ruptures de stocks, passer les commandes est une tâche supplémentaire pour le personnel. Les autorités de district prétendent toutefois que c'est là un moyen de rendre le personnel soignant vigilant aux baisses du stock. Encore que dans de nombreux endroits le BCG est distribué par la CAT.

Ce système ne permet pas d'assurer la continuité de la chaîne de froid - de la chambre froide centrale au niveau périphérique - par suite d'absence de supervision du personnel qui transporte les vaccins (durée du voyage, température de la glacière etc.) et des cartes de contrôle de la chaîne de froid. Ces dernières, mises avec un paquet de vaccins réfrigérés, sont des indicateurs colorés qui deviennent bleus si la chaîne de froid est rompue à un point de la distribution.

Sur la base des estimations du BCPP et des objectifs pour 1987, le nombre de doses par antigène a été calculé tel que suit:

	% perte	% moins de 1	% 1-4	% enc.	Doses totales
BCG	50	85	25		504.000
DTcoq 1	30	70	25		
1	30	60	25		
3	30	50	25		1.114.000
Polio	50	80	25		
oral 1	50	70	25		
2	50	60	25		
3	50	70	25		1.400.000
Rougeole	30	60	25		400.000
Anti-tétanique	30	70	25	70	420.000

Bien que ces objectifs soient plutôt optimistes, ils peuvent servir de base à la commande de vaccins. Il s'agit aussi de tenir compte du stock actuel, chose qui n'était pas réalisable au moment de la présente étude puisque la gestion du stock de vaccins ne relève pas du BCPP mais

fait partie des responsabilités d'une autre division du MSSP. Selon toute évidence cette situation ne se prête pas à une bonne gestion.

#### 4.1.4a Recommandations

- o Il convient de mettre en place un système de distribution de vaccins au niveau du district pour permettre d'approvisionner les centres de manière continue. Cette distribution pourrait être rangée dans le cadre des visites de distribution, ce qui obligerait les superviseurs à se rendre chaque mois dans les centres. Le réapprovisionnement de stocks de vaccins au niveau périphérique serait donc un indicateur des visites de supervision.
- o Il convient d'introduire des cartes de contrôle de la chaîne de froid permettant de vérifier la fonctionnement jusqu'au niveau le plus périphérique. Le coût supplémentaire entraîné se situe dans la fourchette 2 - 2,5 dollars par carte.
- o Le contrôle et la gestion du stock central de vaccins devraient revenir au BCPP.

#### 4.1.5 Matériel pour les injections

Par suite de la prévalence du SIDA en Haïti, le MSPP a décidé d'utiliser des seringues et aiguilles jetables pour toutes les injections. L'on prévoit des campagnes d'information qui avertiront le public de ne pas accepter une injection si l'aiguille n'est pas nouvelle. Cela entraîne le problème du contrôle des détritits.

Il s'agit également de noter que les seringues réutilisables à dose unique coûteraient pratiquement autant que les jetables pour la première année, y compris des stérilisateurs, mais représentent seulement un cinquième du prix pendant les années suivantes, (environ 100.000 dollars américains pour la lère année, puis 20.000 dollars pour 2 jeux - trousse B - par centre de santé.

#### 4.1.5a Recommandations

- o A moins de contraintes économiques, il convient d'accepter le matériel jetable comme une méthode de sécurité valide permettant d'éviter toute confusion. Toutefois, un contrôle strict devra être exercé pour vérifier la destruction du matériel, et au cas où le centre médical ne présente pas des méthodes sûres à ce niveau, aucune commande de matériel ne pourra être passée.

#### 4.1.6 Supervision

Pour le moment, la supervision est organisée selon un système à trois niveaux: le BCPP supervise les régions et les districts; les régions supervisent le district et certains centres de santé; les districts supervisent les institutions. Il y a chevauchement dans une certaine

mesure, entre les secteurs public et privé puisque le système de supervision de l'AOPS, en demeurant excellent et efficace, concernent uniquement les institutions membres lesquelles sont également contrôlées par le superviseur du district.

Le système est bien conçu et théoriquement devrait permettre une ronde régulière de visites, à cet effet une liste standard pour les supervisions a été mise au point. Toutefois, les choses ne se déroulent pas aussi bien qu'elles le devraient pour un certain nombre de raisons.

- a. le superviseur ne dispose pas d'un véhicule spécialement affecté au PEV, et se sert donc des voitures disponibles des autres projets.
- b. Le calendrier des visites est souvent changé en raison d'autres activités imprévues décidées au niveau supérieur.
- c. Le manque de coordination entre les secteurs public et privé.

De plus, de nombreux superviseurs voient leur travail comme un contrôle de la performance et des activités, passant ainsi selon plusieurs sources, pour des gendarmes plutôt que des aides.

#### 4.1.6a Recommandations

- o L'AOPS devrait prendre un rôle plus important au niveau de la supervision puisqu'elle dispose d'un personnel qui se consacre à cette tâche et qu'elle a mis en place un système solide qui fonctionne bien. Par ailleurs, une collaboration plus étroite avec les superviseurs de district permettrait de coordonner le travail et de ne pas répéter les mêmes efforts.
- o La décentralisation devrait être bénéfique au système de supervision en donnant à chaque niveau plus d'autonomie et de responsabilité. Un véhicule de projet devrait être affecté à chaque district sous le contrôle du superviseur auquel on donnera également la responsabilité de distribuer les vaccins et les SRO. Ce véhicule servira aux activités du programme. Le plan d'une journée typique pouvant être le suivant:
  - chercher le personnel pour un poste de ralliement éloigné
  - laisser le personnel sur place
  - superviser les centres de santé de la région
  - rechercher le personnel sur le chemin du retour
- o Les superviseurs devraient recevoir un recyclage portant sur l'entretien préventif des réfrigérateurs, la collecte et le traitement de données (notions de base) et devrait faire de leur travail un moyen de résoudre les problèmes.

#### 4.1.7 Suivi et Surveillance des Maladies

Un système de données sanitaires a été conçu, pouvant être mis en place immédiatement (tel est déjà le cas pour certains districts). Des formulaires correspondent à chaque niveau d'enregistrement de données se terminant avec l'agent de santé communautaire. Dans les centres plus grands, le formulaire est relié aux dossiers des patients grâce à un numéro de série gardé au centre de santé. Cela prend environ 5 minutes pour remplir un tel formulaire et 45 minutes à l'heure pour compiler les données collectées. Par contre, on peut se demander si ce système restera possible dans les années à venir au fur et à mesure qu'augmentera le nombre de patients par suite des campagnes de mobilisation.

Les établissements où l'on trouve des médecins produisent un relevé hebdomadaire sur les maladies infectieuses qui est une sonnette d'alarme en cas d'épidémie.

Au niveau du dispensaire, les données sur la diarrhée, les vaccinations, la nutrition, la tuberculose, le planning familial, le paludisme et les visites sur place sont compilées dans un rapport mensuel simplifié. Toutefois le travail n'est pas relié au nombre d'habitants desservis et le personnel du dispensaire n'a pas les moyens d'évaluer ses propres réalisations mensuelles.

Au niveau régional, les données sont traitées par centre de santé et par maladie/activité. Ce travail est fait manuellement par le statisticien régional.

#### 4.1.7a Recommandations

- o Il convient de mettre le système davantage à l'essai sur les lieux pour voir s'il fonctionne bien, surtout en ce qui concerne le temps nécessaire pour remplir les formulaires donnés aux différents niveaux.
- o Une formation portant sur le traitement fondamental de données devrait être dispensée au personnel périphérique - soit dans les séminaires de district/régionaux, soit comme formation sur le tas lors des visites du superviseur. On pourrait encourager ce personnel à porter les résultats sur une courbe de graphique.
- o Une formation portant sur le traitement informatique de données devrait être dispensée aux statisticiens régionaux et chaque région sera équipée d'un ordinateur. Il s'agit à cet effet de concevoir une forme de traitement type afin de soumettre à temps voulu les rapports nécessaires à la prise de décision au niveau régional et de faciliter la transmission de données au niveau central.

#### 4.2 Contrôle des maladies diarrhéiques

Le volet lutte anti-diarrhéique du programme sera réalisé dans le cadre des structures décrites ci-dessus. La présente section ne développe que les aspects spécifiques du projet.

#### 4.2.1 Description du problème

Le ministère de la Santé réalise un programme de réhydratation par voie orale et de promotion de l'allaitement au sein (PRONACODIAM) dirigé par les mêmes personnes que pour le PEV et entravé par les mêmes problèmes organisationnels que ce dernier. En plus, les activités de vaccination semblent reléguer au deuxième rang le volet diarrhée. Par suite de l'immense effort consacré à promouvoir les SRO dans le cadre du projet de santé rurale précédent et des résultats dignes d'éloges ainsi obtenus, il est essentiel de réanimer le programme de lutte anti-diarrhéique, ou il fera figure d'échec pour beaucoup.

En fait, la diarrhée comme nous l'avons déjà mentionné constitue une haute priorité. Une étude faite en juillet 1985 (Jeannine Correil) dans une région à 80 km de Port-au-Prince constate un taux de prévalence de 34% dont 73% de cas aigus, mais seulement 24% sont traités grâce à la réhydratation par voie orale (10% avec la solution sucre, sel préparée à la maison et 14% avec les sachets de SRO). Constatation paradoxale avec le fait que 74% des mères sont au courant des SRO. L'utilisation limitée est due aux raisons suivantes:

- a. disponibilité irrégulière des sachets qui en principe devraient être en vente dans les épiceries mais qui en fait doivent être obtenus auprès des centres de santé. Ce qui très souvent signifie une plus longue distance à parcourir à pied.
- b. Confiance limitée dans son efficacité puisque de nombreuses mères pensent que le TRO stoppe la diarrhée (32%) ou fortifie pendant l'épisode (24%) mais que seulement un tiers (36%) comprennent qu'il remplace les pertes de liquide.

Ce dernier point montre bien que la promotion des SRO, si elle a permis de sensibiliser les gens, n'a toutefois pas su démontrer l'utilité de la solution.

A l'instar des médecins, le personnel soignant lui aussi adopte un certain scepticisme à l'égard du traitement anti-diarrhéique dû à un manque de formation pratique. En 1985, 200 personnes environ avaient été formées dans le cadre de la division réhydratation du Centre hospitalier universitaire de Port-au-Prince. Non seulement le niveau est loin d'être excellent, mais ni la formation ni le travail ne font l'objet d'un suivi. De nombreux médecins voient les services de réhydratation de leurs hôpitaux comme une menace pour leurs revenus. Par ailleurs, la résistance notée chez les jeunes médecins provient essentiellement de la nature de l'enseignement qu'ils reçoivent de leurs supérieurs.

Par conséquent, le problème doit être adressé à partir des deux extrêmes:

- a. En partant du haut, il convient de s'assurer que le personnel de toutes les catégories, y compris les médecins, soient bien formés et que les connaissances se transmettent effectivement au niveau inférieur suivant.

- b. En partant du bas, il convient de rendre les SRO disponibles dans la collectivité et de donner conseils et directives aux mères pour qu'elles aient plus confiance dans ce traitement.

A l'instar du PEV, une importante campagne de mobilisation de masse et d'information sera nécessaire pour appuyer le programme.

Parallèlement à ces problèmes fondamentaux, il s'agit également d'étudier les types de solutions de réhydratation qui seront promues.

#### 4.2.2 Formation

La formation portant sur le traitement des cas de diarrhée se fonde sur les démonstrations, pas seulement de la préparation de la solution (chose déjà faite) mais surtout de l'utilisation de celle-ci lors des épisodes diarrhéiques (aspect qui manque dans le système de formation actuel). La formation pratique doit avoir pour principe de donner effectivement aux stagiaires la responsabilité de faire fonctionner un service de réhydratation pendant leur formation, ce qui par ailleurs permettra de résoudre le problème de trouver du personnel pour ces unités. Chaque stagiaire mettra en place un service réhydratation dans sa propre institution et formera à son tour d'autres stagiaires du niveau en dessous. Puis, les établissements tout au bas de l'échelle formeront une personne de la collectivité créant ainsi un niveau intermédiaire entre les mères et les établissements.

En termes pratiques, un lieu propice devrait être identifié dans chaque région pouvant servir à la formation du personnel concerné. Il est essentiel que les locaux (à la différence de la division de réhydratation à Port-au-Prince) soient spacieux et équipés de matériel pédagogique (au minimum un tableau noir, des affiches et si possible un projecteur ou un magnétoscope). En plus, cette division ne prendra en charge que les enfants ayant besoin d'un traitement de réhydratation par voie orale et on apprendra aux mères à préparer et à donner les SRO. Les stagiaires suivront l'évolution de la condition de l'enfant et montreront les progrès à la mère. Une telle formation devrait s'étaler sur 10 à 15 jours.

Au niveau périphérique, de tels services de réhydratation devraient être mis sur pied selon le même principe mais à plus petite échelle.

La formation des médecins mérite une attention toute spéciale. Contrairement au reste du personnel soignant, ils sont davantage convaincus par la théorie que par la pratique. En outre, l'enseignement universitaire qui leur est dispensée n'englobe pas le traitement anti-diarrhéique. Leurs connaissances à ce sujet sont tirées d'autres disciplines, surtout la gastroentérologie, la pédiatrie et les maladies infectieuses. Ces disciplines ne traitent pas l'épisode diarrhéique comme un tout et souvent ne voient pas bien le problème de la diarrhée chez les enfants. Il convient donc d'introduire dans le plan d'étude de la Faculté de médecine les maladies diarrhéiques: aspects cliniques, biologie et microbiologie,

physiologie fondamentale, traitement, santé publique, aspects épidémiologiques. Haïti pourrait faire figure de pionnier en ce domaine puisque il est assez rare que le programme universitaire des médecins regroupe les aspects fondamentaux des maladies diarrhéiques. Il s'agira peut-être d'un premier pas vers un plan d'étude de santé publique.

#### 4.2.2a Recommandations

- o Le nouveau projet devrait prévoir de mettre en place des centres de réhydratation dans les grands hôpitaux (niveau régional) et des services de réhydratation dans tous les établissements sanitaires. Des stagiaires seront constamment placés dans ces services, préparés pour faire fonctionner un service analogue de retour dans leur établissement, public ou privé.
- o Un accord devrait être conclu avec le Doyen de la Faculté de médecine stipulant qu'un certain nombre d'heures par an soient consacrés à l'enseignement des maladies diarrhéiques. Le programme se chargera de recruter les conférenciers, et si l'expérience est couronnée de succès, un plan d'étude formel pourra être mis au point.

#### 4.2.3 Etablir un niveau d'aiguillage intermédiaire

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'utilisation des SRO est surtout freinée par le manque de sels, et le peu de conviction, c'est-à-dire le peu d'expérience positive chez les mères.

L'on pourrait remédier à ces deux problèmes grâce aux services d'un conseiller/distributeur formé et placé dans la collectivité auquel peuvent s'adresser les mères dans le besoin leur évitant ainsi de se rendre dans le centre de santé le plus proche. Par la suite, il sera nécessaire d'établir dans des délais raisonnables un réseau très élargi sur tout le pays .

Bien évidemment, les collaborateurs volontaires du programme de lutte contre le paludisme (6.000 pour l'ensemble du pays) sont des candidats tout choisis. On a déjà prévu de leur confier, de manière passive, la vente des sachets, mais la présente proposition prévoit une attitude beaucoup plus active qui ne leur demande pas par ailleurs d'entreprendre un travail à l'extérieur de leur foyer. Comme nous l'avons déjà expliqué dans le présent rapport, il convient de faire une étude de faisabilité sur la capacité d'absorption des volontaires. Il n'est toutefois pas impensable qu'un bon nombre d'entre eux puisse être formé dans le centre de santé situé près de leur domicile (où pendant leur formation on leur donnera la charge des opérations du service réhydratation). Par la suite, ils seront donc en mesure de vendre les SRO, de conseiller les mères pour une utilisation correcte de ceux-ci. A cette fin, les col/vol devront consacrer du temps aux mères qui viennent chercher un sachet, de la garder elle et son enfant pendant quelques heures - jusqu'à ce que l'état de l'enfant lui permette de retourner chez lui ou le cas échéant de l'orienter vers le centre de santé.

Un tel système comporte plusieurs avantages - surtout celui d'apporter les SRO par l'intermédiaire d'un réseau contrôlé permettant une supervision régulière et de faire connaître à la collectivité l'utilisation des SRO puisque ceux-ci ne seront plus exclusivement rattachés aux centres de santé. Il est également suggéré de former l'époux ou l'épouse du col/vol ainsi le couple peut travailler ensemble à la promotion des SRO dans leur collectivité. Les mesures d'incitation pour les volontaires pourraient être les suivantes: 1) stages de formation pour lesquels on les paye; 2) récompenses pour leur performance sur une base trimestrielle. En plus, ils pourront faire un petit profit sur la vente de leurs sachets encore qu'il ne s'agisse pas là d'un gain important.

#### 4.2.3a Recommandations

- o Les col/vols devraient avoir un rôle plus actif que celui de simples distributeurs de SRO. Par conséquent, il convient d'étudier soigneusement la faisabilité d'une telle proposition et de prévoir une marge pour les coûts liés à leur formation et aux récompenses à caractère incitateur.
- o Parallèlement aux col/vols, on pourrait envisager les guérisseurs traditionnels pour une formation et pour la promotion et l'utilisation des SRO.

#### 4.2.4 Les divers types de solutions de réhydratation par voie orale

Deux types de sels de réhydratation par voie orale sont disponibles actuellement sur le marché, les deux sont d'ailleurs fabriqués localement. S'agissant en premier lieu de la préparation classique recommandée par l'OMS et en second lieu d'une préparation rouge et parfumée. La décision de fabriquer une solution plus goûteuse a été prise unilatéralement par le directeur de l'usine et commercialisée sans l'accord des directeurs du programme.

Outre la longue dispute sur le degré d'acceptation des SRO simples et toutes les implications commerciales que cela entraîne, il s'agit de se rappeler plus simplement que les SRO sont acceptés par les enfants aussi longtemps que ces derniers en ont besoin. Parfumer et sucrer la solution peut priver le soignant d'une référence utile sur l'état de réhydratation.

La solution sucre-sels(SS) faite à la maison est préparée par les mères dans 10% des cas de diarrhée (cf. pratiquement autant de cas que pour les SRO - 14%). L'étude faite par J. Correil a constaté que les recettes données par les mères étaient nombreuses et diverses, mais que seulement 33% avaient les bonnes proportions sel/eau. En d'autres mots, le 2/3 des mélanges faits à la maison sont virtuellement dangereux.

En plus des SS, on utilise également des remèdes traditionnels, infusions, bouillies de farine, eau de riz dont le degré d'acceptation, si

on envisage la promotion à grande échelle, et l'efficacité n'ont pas été évalués.

#### 4.2.4a Recommandations

- o Seul le mélange type simple des sels de réhydratation orale devrait intervenir dans le cadre de ce programme, et la société produisant des versions parfumées devrait être fortement découragée dans ses efforts de promotion.
- o Il convient de décourager la préparation à domicile des solutions sucre-sel puisqu'il est pratiquement impossible d'en vérifier la sûreté. Il est plus logique d'employer le même effort éducatif pour recommander l'utilisation d'une préparation ne présentant pas de dangers.
- o La qualité, l'efficacité et l'acceptabilité des remèdes traditionnels devraient faire l'objet d'études spéciales. Il pourrait s'agir d'un excellent moyen d'approcher les guérisseurs traditionnels et gagner leur soutien au programme.