PN-ABU-311

AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASE (ACSI-CCCD)

RAPPORT

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698 0421)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

Ce document a été appuyé par BUREAU FOR AFRICA, OFFICE OF OPERATION AND NEW INITIATIVES (ONI) et OFFICE OF ANALYSIS, RESEARCH AND TECHNICAL SUPPORT (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.) - l'Agence Américaine pour le Développement International - dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique # 698-0421, Washington, D.C.

Ce document a été préparé par l'equipe du projet ACSI-CCCD aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne réflecte pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'A.I.D. Les opinions exprimées dans ce document n'engagement que leurs auteurs.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires en anglais (catalog # 099-4041) ou en français sont disponibles à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia 30333
FAX (404) 639-0277

Africa Child Survival Initiative Combatting Childhood Communicable Disease (ACSI-CCCD) Rapport

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

1994

Introduction

Lors des 13 dernières années (1982-1993), par l'intermédiaire de Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases Project (ACSI-CCCD), l'Agence pour le Développement International (A.I.D.) a travaillé en collaboration avec les nations Africaines pour renforcer leur aptitude à améliorer la santé et la survie de l'enfant. Sous l'égide d'un projet régional, une aide a été apportée à 13 pays, la durée de cette assistance s'échelonnant de 4 à 9 ans.

Ce rapport de fin de projet présente un résume concis pays par pays des principaux domaines de collaboration et énumère les publications produites en résumant les activités du projet. Avant de revenir sur les résultats obtenus par chaque pays membre, il est nécessaire de rappeler brièvement la situation telle qu'elle était au début des années 1980 et de méditer sur les défis auxquels sont confrontés actuellement les ministères de la santé en Afrique au sud du Sahara.

Avant 1982

Au commencement du projet ACSI-CCCD, une grande partie de l'Afrique au sud du Sahara avait été stimulée par la campagne contre la variole - à la fois par le succès important face à cet objectif primordial ainsi que par la constatation que les Ministères de la santé pouvaient s'organiser de façon à atteindre un tel succès. Dans les pays d'Afrique Occidentale et d'Afrique Centrale, l'effort d'éradication de la variole, amorça et introduisit le vaccin contre la rougeole comme composante intégrale des programmes nationaux de vaccination. Même si, la stratégie d'équipe mobile réussit, dans un premier temps à réduire les cas de ce principal fléau, mortel des enfants africains (3-5 de décès associés à la rougeole pour 100 naissances), l'absence d'infrastructure médicale permettant de déceler et de vacciner de nouveaux cas prédisposés, ainsi qu'un déclin des ressources externes, conduisit à une réémergence de la rougeole comme cause principale de mortalité chez les enfants. Même si la mortalité infantile avait baissé pendant les années 1970, les taux restaient élevés dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara: 200-400 décès pour 1000 naissances d'enfants viables.

CCCD 1982-1993

Le projet ACSI-CCCD avait une double mission: 1)le renforcement de la capacité de la santé publique et 2)la diminution de la morbidité et de la mortalité infantile. La coopération technique recourut à trois interventions et à quatre stratégies:

Interventions	*Stratégies*
1. Vaccination	1. Systèmes d'informations sanitaires
2. Prise en charge des cas de diarrhée	2. Formation et supervision
3. Prophylaxie et la prise en charge des cas de paludisme pendant la grossesse	3. Education pour la santé
	4. Recherche opérationnelle

Le projet ACSI-CCCD a donné aux pays membres la possibilité d'institutionnaliser trois stratégies prioritaires pour la survie de l'enfant dans le cadre même des soins de santé primaires. Le développement de cette force se concentrant sur le renforcement de la planification, de la formation, de la mise en oeuvre et de l'évaluation.

Les pays africains ont fait d'énormes progrès en améliorant la quantité, la qualité et l'efficacité des programmes de vaccination. Le développement des programmes de vaccination des enfants fut l'une des réalisations les plus remarquables des années 1980. Le développement mondial des programmes de vaccination pour l'enfance a été promu et soutenu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par le Programme élargi de vaccination (PEV) et par l'UNICEF. Conduit par les stratégies de mobilisation politique et financière de l'UNICEF et soutenu techniquement par l'OMS, le champ d'application de la vaccination pour l'enfance a atteint les objectifs prévus pour 1990 dans la majorité des pays du globe[1].

Des résultats substanciels ont accompagné le développement de programmes concernant la lutte contre les maladies diarrhéiques; la propagation de la thérapie de la réhydratation par voie orale comme stratégie clé dans la diminution de la mortalité résultant de maladies diarrhéiques fut sans aucun doute déterminante.

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, le projet ACSI-CCCD a apporté une contribution majeure, en travaillant avec des pays pour les aider à identifier les problèmes et à développer une politique. Des capacités nationales furent créées pour évaluer la sensibilité du *Plasmodium falciparum* aux médicaments. Sur la base de ces découvertes, des lignes de conduites, en général inexistentes au commencement du programme, furent mises en place et, comme indiqué par une surveillance continue de la sensibilité aux médicaments, modifiées avec le temps. L'impact du programme sur le paludisme a été limité à cause d'une résistance croissante à la chloroquine, moyen de traitement habituel, et par le manque de médicaments secondaires à faible coûts. Dans de nombreux pays, la morbidité et la mortalité liées au paludisme se sont sérieusement accrues. Les programmes de l'ACSI-CCCD relatifs à l'information sanitaire, la formation et la recherche opérationnelle, sont les premiers à s'attaquer àcette cause majeure qu'est la mortalité infantile en Afrique aujourd'hui.

Le projet ACSI-CCCD fut un des maillons principaux du progrès réalisé grace à de nombreux programmes entrepris dans les années 1980 concernant la survie de l'enfant africain. Des leçons clés issues de l'expérience de l'ACSI-CCCD sont résumées ici:

- Une information sanitaire fiable et délivrée en temps utile est essentielle à la planification et à l'organisation.
- Un des premiers pas dans le développement du programme consiste à comprendre les connaissances, les coutumes et les pratiques de la communauté.
- Les données servent de fondement à l'élaboration de toute politique.
- La qualité des services est une mise en oeuvre efficace du programme.
- La formation sur le tas est une stratégie efficace pour améliorer la qualité de la prise en charge des cas de diarrhée.
- Des vaccins peuvent être distribués efficacement en Afrique.

1 Document de Projet ACSI CCCD 099-4006, Treize Leçons Apprises, 1981-1993, Atlanta GA, 1993

- La mise en place d'objectifs et le suivi des progrès sont des données essentielles àl'organisation et aux modifications du programme.
- Une recherche appliquée est importante pour résoudre les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre du programme.
- Les projets régionaux représentent une stratégie efficace d'assistance technique.
- Les fonctionnaires techniques des ministères de la santé apportent une assistance technique efficace.
- Une direction localisée est la clé de la mise en oeuvre d'un programme.
- L'aide administrative joue un rôle important dans la mise en oeuvre d'un programme.
- Le partenariat avec l'USAID-CDC fut un moyen de gérer l'assistance technique de façon efficace.

Ces thèmes reviennent tout au long de ce rapport de fin de projet. Beaucoup de ces thèmes sont également développés dans une série de publications de fin de projet qui représentent un effort de collaboration de la part des départements participants, du CDC, et du Africa Bureau's Office of Analysis, Research and Technical Support (ARTS) de l'Agence américaine pour le développement international (A.I.D.).

Sommet mondial pour les enfants et l'avenir.

Au début des années 1990, l'élan pour accroître les efforts en faveur de la survie de l'enfant s'est amplifié. En Septembre 1990, le plus grand rassemblement de leaders mondiaux dans l'histoire a eu lieu à New York au Sommet mondial pour les enfants[2]. Conduit par 71 chefs d'état et 88 autres hauts fonctionnaires, le Sommet mondial a adopté une Déclaration sur la survie, la protection et le développement de l'enfant ainsi qu'un plan d'action pour les années 1990. Au total, 139 nations ont signé la déclaration. La Déclaration du Sommet identifie sept objectifs principaux pour la survie, le développement et la protection de l'enfant et précise des objectifs parallèles dans les domaines de l'éducation et la santé de la femme (4), l'alimentation (8), la santéde l'enfant (6), l'eau et l'hygiène (3), l'éducation élémentaire (4) et les enfants vivant dans des circonstances difficiles (1). Ces objectifs sont décrits dans le tableau 1[3].

2 UNICEF 1993. L'Etat des Enfants dans le Monde 1993.
3 UNICEF 1991. Premier Mouvement Pour les Enfants, Déclaration Mondiale et Plan d'Action du Sommet Mondial Pour l'Enfant.

Tableau 1. Objectifs du Sommet mondial pour les enfants et le développement dans les années 1990 .

DOMAINE D'APPLICATION	OBJECTIFS
I. OBJECTIFS PRINCIPAUX	
1. Mortalité des nourrissons Mortalité < 5 ans	Réduire en dessous de 50 pour 1000 des naissances viables. Réduire en dessous de 70 pour 1000 des naissances viables.
2. Mortalité maternelle	Réduire de 50%
3. Malnutrition modérée ou sérieuse < 5 ans	Réduire de 50%
4. Eau potable Moyens salubres d'évacuation des excréments	Accès à 100% Accès à 100%
5. Education de base	Accès à 100% dont 80% termineront l'école primaire.
6. Analphabétisme de l'adulte	Réduire l'analphabétisme de 50%
7. Protection des enfants vivant dans des circonstances difficiles.	A améliorer
II. OBJECTIFS PARALLELES A. SANTE ET EDUCATION DE LA FEMME	
8. Santé et besoins de nutrition des femmes	Y porter une attention particulière
9. Services de planification familiale	Accès à 100%
10. Soin prénatal et d'obstétrie	Accès à 100%
11. Education primaire pour les filles	Accès à 100%
B. NUTRITION	
12. Malnutrition modérée et sérieuse	Réduire de 50%
13. Faible poids de naissance	Réduire à moins de 10%
14. Anémie des femmes due au manque en fer	Réduire de 33%
15. Troubles dus au manque en iode.	Quasi élimination
16. Insuffisance en vitamine A	Quasi élimination
17. Allaitement maternel exclusif des 4-6 mois Allaitement maternel complémentaire jusqu'à 2 ans	Laisser le libre choix aux femmes à100% Laisser le libre choix aux femmes à10C%
18. Promotion de la croissance et contrôle régulier.	Institutionnalisée dans 100% des pays
19. Connaissance et services pour augmenter la production alimentaire	Propagation
C. SANTE DE L'ENFANT	
20. Poliomyélite	Suppression à 100%
21. Tétanos néonatal	Elimination
22. Rougeole	Réduire les décès de 95% Réduire le nombre de cas de 90%
23. Vaccination par les vaccins DTCoq, polio, rougeole, BCG ainsi que le tétanos pour les femmes en âge de concevoir	Au moins 90% pour les enfants en-dessous d'un an
24. Diarrhée	Réduire les décès de 50% Réduire le nombre de cas de 25%
25. Infection respiratoire aigüe	Réduire le nombre des décès de 33 %
D. EAU ET HYGIENE	
26. Eau potable	Accès à 100%
27. Moyens salubre d'évacuation des excretas	Accès à 100%
28. Maladie du vers de Guinée	Suppression à 100%
E. EDUCATION DE BASE	
29. Activités de développement de la petite enfance.	Développement
30. Education primaire	Accès à 100% 80% au terme de l'école primaire
31. Analphabétisme de l'adulte	Réduction de 50%
32. Acquisition des connaissances pour une amélioration des conditions de vie	Améliorer
F. ENFANTS VIVANT DANS DES CIRCONSTANCES DIFFICILES	
33. Protection des enfants vivant dans des circonstances difficiles réelles	Améliorer

Ces objectifs du Sommet mondial pour les enfants sont de nouveaux et formidables défis pour la décennie des années 1990 et au-delà. Ces objectifs nous rappellent les multiples thèmes majeurs et les orientations qui devront être abordés dans les années à venir. Ces thèmes et orientations comprennent:

* Les effets combinés de la récession économique mondiale et les effets à cours terme des programmes d'ajustements structurels de la Banque mondiale, qui provoqueront un déclin par rapport à la prospérité relativement plus grande des années 1980.

* La fin de la guerre froide, et avec elle, la fin de l'aide pour de nombreuses petites dictatures, cause ultérieure d'instabilité politique et de guerre civile.

* Le défi opiniâtre pour les gouvernements d'Afrique au sud du Sahara d'arriver à des diminutions importantes des taux de croissance de population grâce à une mise en oeuvre réussie de programmes de planification familiale.

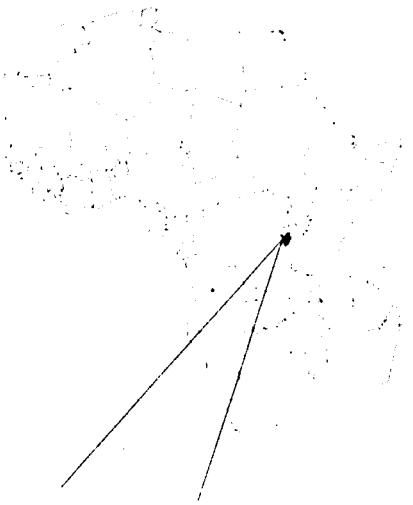
* Un ensemble de problèmes auquels se heurteront les organismes de programmes de santé dans les pays en voie de développement, (c'est à dire l'intégration de programmes verticaux multiples, la décentralisation, la couverture des frais et le financement du programme de santé, la coordination parmi le nombre croîssant d'agences et d'institutions bailleuses de fonds, le besoin d'une meilleure gestion de programme et la nécessité absolue de meilleurs systèmes d'information de gestion et de de santé pour guider l'approche de toutes ces questions.

* La pandémie mondiale du SIDA associée à la recrudescence des cas de tuberculose.

* La transition démographique, avec une charge de santé croîssante impliquant des maladies chroniques qui sévissent chez de jeunes adultes ou dans la force de l'âge.

Face à ces formidables défis, nous devons nous souvenir de ce qui a été accompli dans la décennie précédente, afin de nous encourager dans nos efforts pour contribuer à une meilleure santé des enfants dans le monde.

Burundi



L'ECHELONMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	4.7	5.7
Mortalité infantile	19	108
Mortalité en dessous de 5 ans	200	181
Couverture DTCoq 3	36%	83%
Couverture rougeole	42%	75%
Couverture Polio 3	29%	89%
Taux de fécondité	6.4	6.8
Prévalence de la contraception		
Revenu par habitants $US	220	210
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU BURUNDI

	1982	
	1983	Evaluation du pays
	1984	
Signature de l'accord sur le project (Phase I)	*1985*	
Nomination du Cyril Pervilhac (conseiller)	*1986*	Première revue du projet
Première évaluation du projet	*1987*	
Nomination du Robert Weierbach (conseiller) Signature de l'accord sur le projet (Phase II)	*1988*	Deuxième revue du projet
	1989	Troisième revue du project
	1990	Quatrième revue du projet
Fin de la Phase I	*1991*	
Nomination du Brad Hersh (conseiller) Publication du *Bulletin épidémiologique du Burundi*	*1992*	Contrôle d'accord sur le financement du projet
	1993	

Burundi

SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE

Le renforcement des Systèmes d'Information sanitaire (SIS) ainsi que le Bureau d'Epidémiologie et des Statistiques (EPISTAT) du Ministère de la santé (MS) était un des objectifs principaux de la phase II du CCCD.

Formulaire de routine des patients externes. En aout 1992, un comité national fut créé pour contrôler et réviser les formulaires (7 pages et 111 diagnostics) utilisés par les centres de santé pour les rapports mensuels de routine sur les maladies. Le formulaire de rapport fut simplifié (1 page et 40 diagnostics) et prévu pour être utilisé à des niveaux locaux, régionaux et centraux.

Système de surveillance national des hôpitaux. En collaboration avec l'Université de Burundi, l'Ecole de médecine, le Ministère de la santé et le Centre hôspitalier universitaire-Kamenge (CHUK), le système hôspitalier d'abord développé au Libéria, puis modifié au Togo, fut encore modifié et adapté pour être utilisé au Burundi. Après une mise en oeuvre réussie au CHUK, le système sera étendu à tous les hôpitaux de Burundi (cinq au centre et cinq à la périphérie).

Dépistage et surveillance de la séropositivité. A la demande du Ministère et de l'OMS, le bureau EPISTAT propose une aide technique en étendant le dépistage et la surveillance du VIH chez les femmes subissant des examens prénataux ainsi qu'en intégrant la surveillance des cas de SIDA et les activités de dépistage du VIH àl'action du bureau EPISTAT. Actuellement six sites proposent le dépistage; dans le futur on prévoit qu'un autre site par région participe à cette action, cette activité est un élément de la stratégie développée en janvier 1993 contre le VIH et le SIDA, par l'USAID.

Système d'alerte rapide. Le personnel du bureau EPISTAT a entamé un travail préliminaire sur un système d'alerte rapide hebdomadaire, des maladies transmissibles graves (choléra, rougeole, méningite, dysenterie, etc). Un test pilote précèdera la mise en oeuvre totale.

Début de choléra à Rumonge, Burundi. Une épidémie de choléra a balayé le Burundi de l'ouest en avril 1993. Toute personne de moins de cinq ans admise au centre de traitement du choléra à Rumonge fut associée selon des critères d'âge et de sexe àdeux personnes vivant dans la plus proche habitation familiale dans laquelle aucune personne de moins de cinq ans n'avait eu de diarrhée durant les 7 jours antérieurs. Le Vibrio choléra 01 sérotype Ogawa fut cultivé à partir d'échantillons d'eau et de prélèvements rectaux. Sur la base de ces résultats on interrompit l'accès au lac Tanganyika et de l'eau potable fut apportée quotidiennement à la ville. Moins d'une semaine plus tard, l'épidémie de choléra à Rumonge était stoppée. A notre connaissance, c'est la premiere épidémie de choléra due à une contamination par les lacs de la Vallée du Rift qui ont une longueur combinée de plusieurs centaines de kilomètres. Une identification rapide de la principale source d'infection ainsi que la mise en oeuvre de mesures de contrôle ont rapidement stoppé cette épidémie.

Bulletin trimestriel d'épidémiologie. Le 10 janvier 1993, le premier numéro du Bulletin épidémiologique du Burundi (BEB)a été publié (à 2 500 exemplaires) et distribué au personnel médical à travers le pays. Les articles du numéro inaugural comprenaient une introduction au EPISTAT et au BEB, la description d'une épidémie de méningite, une description de la surveillance au Burundi, un résumé des données sur le VIH et le SIDA au Burundi, ainsi que des données de morbidité provenant de centres de santé pour les 6 premiers mois de 1992. Le BEB devrait devenir

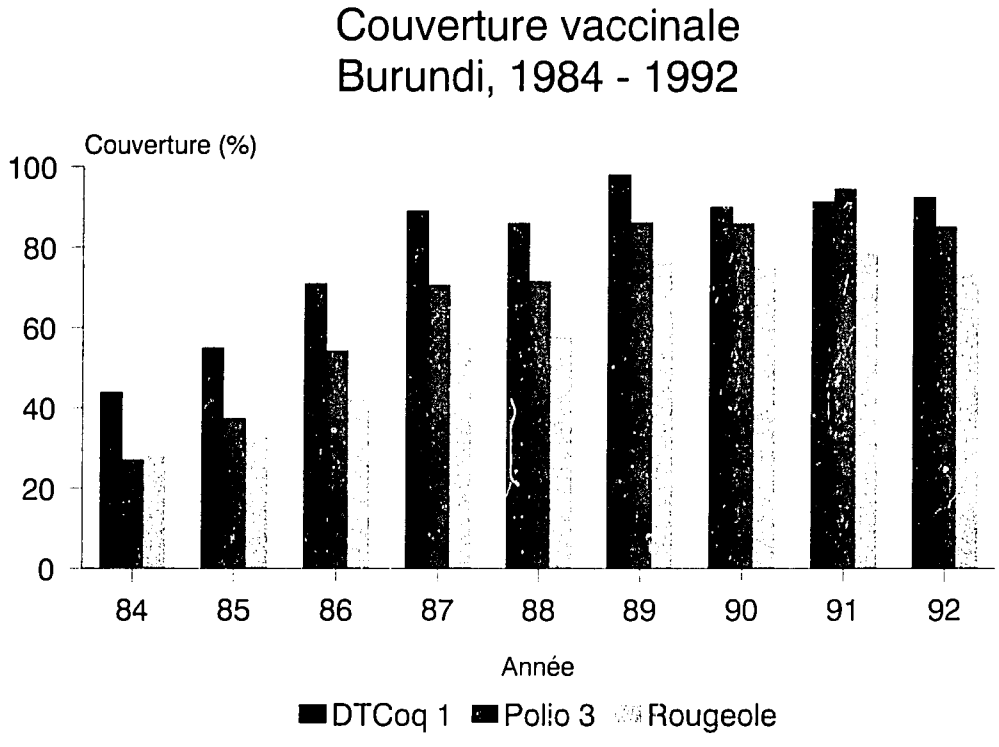
un excellent moyen d'accroître la communication entre les niveaux centraux et périphériques. D'autres bailleurs de fonds internationaux se sont montrés favorables pour apporter leur soutien à la fois technique et financier au BEB. Parmi les futurs sujets traités, on trouvera l'épidémiologie (au Burundi) du schistosomiase, la dysenterie, le paludisme, la surveillance en 1992 des malades hospitalisé au Centre hôspitalier universitaire Kamenge à Bujumbura, et un rappel des données de morbidité des centres de santé pour 1992.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

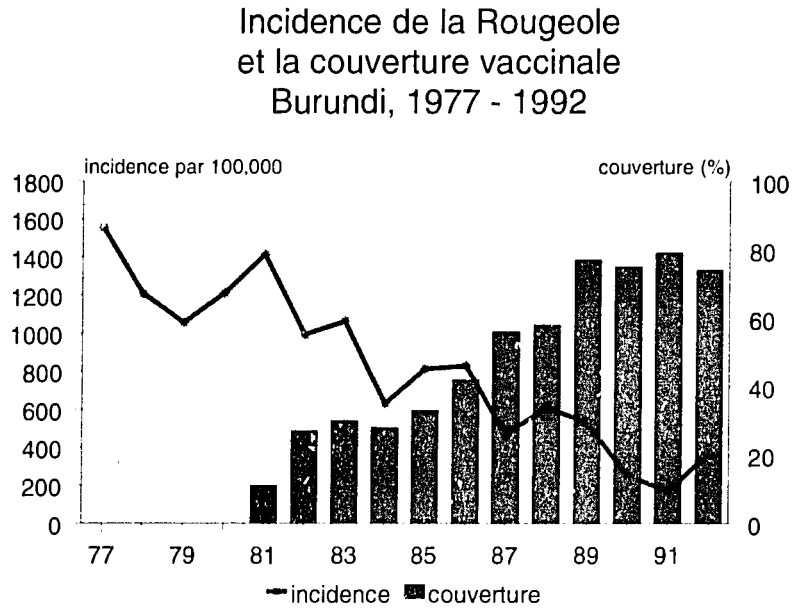
Le Programme Elargi de vaccination (PEV) du Burundi est l'un des plus important d'Afrique. Des diminutions du taux de morbidité ont été vérifiées pour toutes les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination. Les activités du PEV ont été largement soutenues par l'UNICEF avec ses réserves de vaccins, son équipement en seringues et ses réfrigérateurs. Le projet ACSI-CCCD a assuré un conseiller technique à plein temps et a concentré ses efforts sur la formation des agents de santé et sur la distribution de vaccins en particulier là où il est possible de réduire les occasions manquées.

Dès 1986, tous les centres de soins du Burundi furent totalement pourvus d'équipement de chaîne de froid ainsi que de matériel de vaccination. Dès 1987, des vaccinations quotidiennes avec tous les antigènes étaient pratiquées partout dans le pays. Un plan accéléré pour l'élimination du tétanos néonatal fut développé en 1988, et la formation de tout le personnel de centre de santé rural fut achevée. En 1991, la couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an étaient de 92% pour le DTCoq 1, 85% pour l'VPO 3 et 73% pour la rougeole.

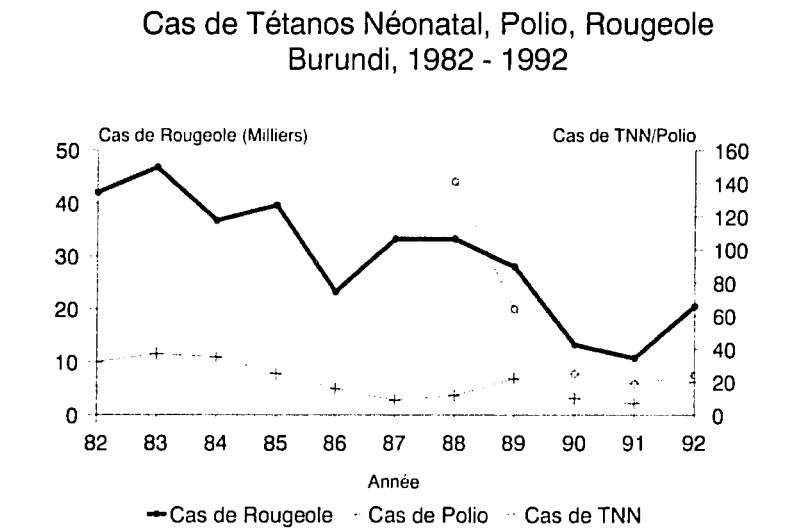
Figures 1



Figures 2



Figures 3



Source: PEV

Parmi les récentes actions, on peut citer un effort de collaboration entre le PEV, l'EPISTAT et l'équipe de l'UNICEF concernant le développement d'un système d'alerte rapide de surveillance des maladies qui peuvent être prévenues par des vaccins, telles que la polio, la rougeole et le tétanos néo-natal. Ce système comprendra une enquête détaillée de tous les cas de polio et de tétanos néonatal déclarés au Burundi.

RECHERCHE OPERATIONNELLE

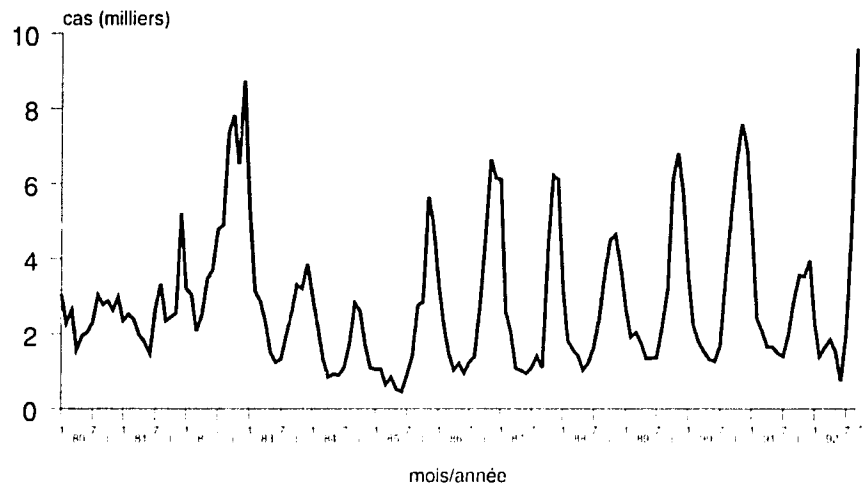
Un certain nombre d'études ont été menées au Burundi. Deux des plus remarquables sont présentées ci-dessous.

L'Epidémiologie de la dysenterie au Burundi. La dysenterie est la cinquième cause la plus courante amenant les patients dans des établissements de soins au Burundi. Elle est due en général aux variétés de Shigella dysenteriae type 1 qui résistent aux antibiotiques bon marché. Une enquête a été conduite sur un groupe communautaire, dans le secteur de Kibuye (population en 1990 : 221.315). Il fut proposé que (1) la ligne de conduite de traitement national soit modifiée pour que l'acide Nalidixique devienne le médicament de premier choix pour traiter tous les cas de dysenterie; (2) qu'un système de surveillance soit établi dans trois hôpitaux régionaux afin de maîtriser la résistance aux médicaments de la variété Shigella; (3) que le personnel médical soit formé à donner un traitement complet de cinq jours, d'antibiotiques, aux personnes atteintes de dysenterie au moment de leur premier examen médical; et (4) que l'accent soit mis sur la prévention de la dysenterie. (Figure 3).

L'Intégration des services de planning familial aux services de vaccination des enfants au Burundi. Le but de l'étude consistait à évaluer l'impact qu'auraient l'intégration du planning familial et de la distribution de service avec les services de vaccination, sur la couverture vaccinale. Les objectifs visaient à mesurer l'impact sur la prévalence de la contraception, sur la couverture vaccinale et sur la satisfaction de l'agent de santé et du client en comparant les centres de santé qui ont intégré le PF (Planning familial) et le PEV avec ceux, proposant un service non intégré. Des résultats préliminaires ont révélé que l'intégration de ces services n'a pas d'influence défavorable sur la prévalence de la contraception ou sur la couverture de vaccination.

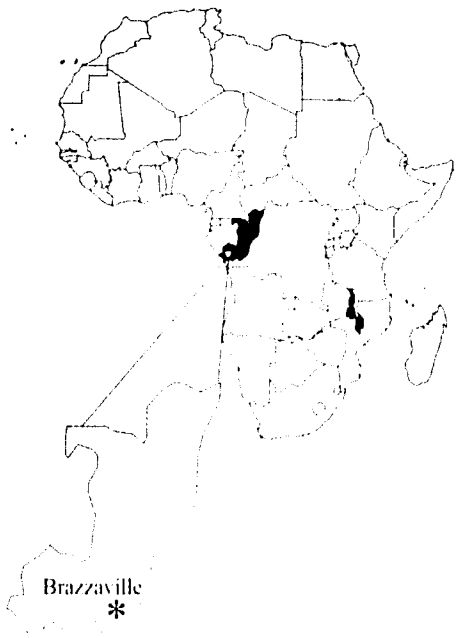
Figure 4

Cas de dysenterie bascillaire
déclaré par mois
Burundi, 1980-92



Source:Epistat

Congo



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	1.7	2.3
Mortalité infantile	77	83
Mortalité en dessous de 5 ans	122	110
Couverture DTCoq 3	52%	74%
Couverture rougeole	59%	64%
Couverture Polio 3	59%	74%
Taux de fécondité	6.0	6.3
Prévalence de la contraception	–	–
Revenu par habitant $US	310	1010
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU CONGO

	1982	
	1983	Evaluation du pays
	1984	
Réalisation du plan d'acitivité CCCD de 1986	*1985*	Début du projet Nomination de Karen Reed (conseiller)
Conférence consultative ACSI-CCCD	*1986*	Nomination de Brian Fitzgibbon (conseiller)
	1987	Première évaluation du projet Fin du projet
	1988	
	1989	
	1990	
	1991	
	1992	
	1993	

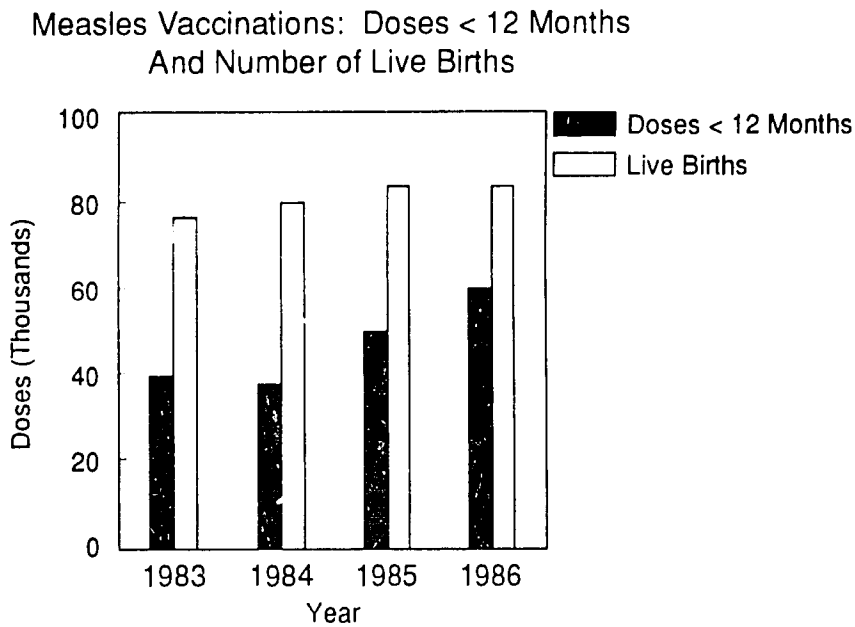
Congo

Le gouvernement de la République du Congo a accueilli le Troisième congrès consultatif ACSI-CCCD à Brazzaville en mars 1986.

Durant le déroulement du projet, l'ACSI-CCCD a travaillé avec le Ministre de la santé sur le paludisme au niveau national et sur des plans de lutte contre les maladies diarréiques (LMD) qui ont été adoptés par le gouvernement.

Le Président de la République a lancé personnellement la campagne nationale de vaccination de 1986. La participation du public a surpassé les prévisions; la couverture vaccinale s'est accrue de façon significative.

Figure 1



Deux études importantes soutenues par l'ACSI-CCCD ont été conduites avec le Ministère de la santé. Elles comprennent:

- Une étude des pratiques de stérilisation PEV qui a contribué à alerter l'Afrique toute entière ainsi qu'à définir une politique pour garantir l'utilisation d'une seule aiguille -une seule seringue pour chaque vaccination PEV.

- Une étude sur la persistance des anti-corps maternels pour les cas de rougeole pour les enfants de moins d'un an.

Le projet a pris fin en 1987.

Republique Centrafricaine

L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Central African Republic

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	2.3	3.1
Mortalité infantile	140	106
Mortalité en dessous de 5 ans	237	180
Couverture DTCoq 3	24%	25%
Couverture rougeole	30%	25%
Couverture Polio 3	24%	26%
Taux de fécondité	5.9	6.2
Prévalence de la contraception	–	–
Revenu par habitant $US	190	390
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES EN REPUBLIQUE DE CENTRAFRICAINE

	1982	
	1983	Evaluation du pays
Signature de l'accord sur le project	*1984*	
Centre de formation TRO Etude de la couverture vaccinale et enquête KAP	*1985*	Nomination de Karen Reed (conseiller base au Congo)
Evaluation externe CCCD	*1986*	Nomination de Katherine Montgomery (conseiller)
	1987	Statégie de formation nationale interne
	1988	Unités TRO dans 3 Prefectures Nomination de Joseph Naimoli (conseiller)
Evaluation des pratiques des agents de sante Plan de mobilisation communautaire Symposium national TRO Etude nationale sur la couverture vaccinale	*1989*	Creation des unites SIS Systeme sentinel de surveillance hôpitalier Evaluation des besoins de formation LMD Mobilisation sociale PEV
Programme national de recyclage Programme national LMD	*1990*	Nomination de Karen Hawkins Reed (conseiller)
Publication du bulletin epidemiologique DMPGE (ECHO)	*1991*	Modules de formation sur le paludisme Elaboration du projet de suivi
Campagne de ratrappage de vaccination /Bangui Etude nationale de couverture vaccinale	*1992*	Fin du projet
Symposium national sur le paludisme	*1993*	

Republique Centrafricaine

MODEL DE METHODOLOGIE POUR LA FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL

Le développement et l'institutionnalisation à un niveau national d'une stratégie de formation interne fut un des points essentiels de l'aide du CCCD au Ministère de la santé. D'abord appliquée au PEV puis par la suite aux maladies diarrhéiques et à la lutte contre le paludisme, cette approche comporte les phases majeures suivantes: 1) création d'une unité de formation, 2) développement d'un plan de formation annuel, 3) évaluation des besoins en formation, 4) développement du matériel de formation, 5) formation des enseignants en formation, 6) formation et suivi internes, et 7) évaluation du résultat de la formation sur les performances du personnel de santé. En 1988 et 1989, par le biais d'ateliers régionaux, au moins deux agents de santé de chaque site de vaccination du pays furent formés d'abord en matière du PEV et ensuite à la prise en charge des cas de diarrhée. Des évaluations de fin de formation ont révélé de nets progrès dans l'amélioration de la qualité des performances du personnel médical pour l'administration des vaccinations et le traitement des diarrhées. (Figures 1 et 2).

Figure 1

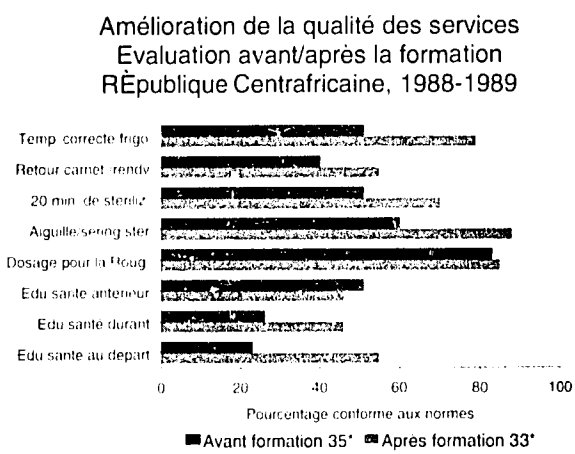
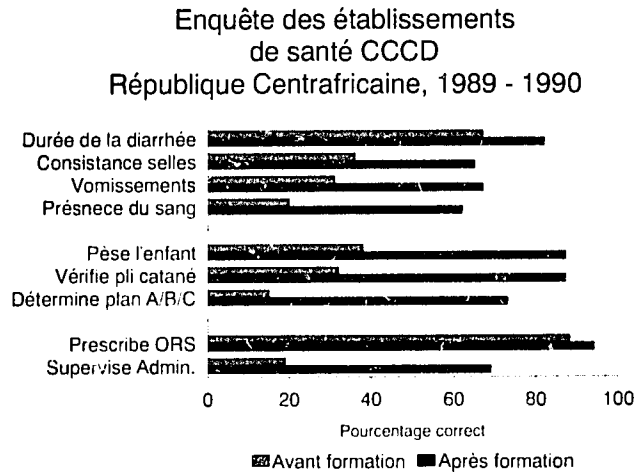


Figure 2

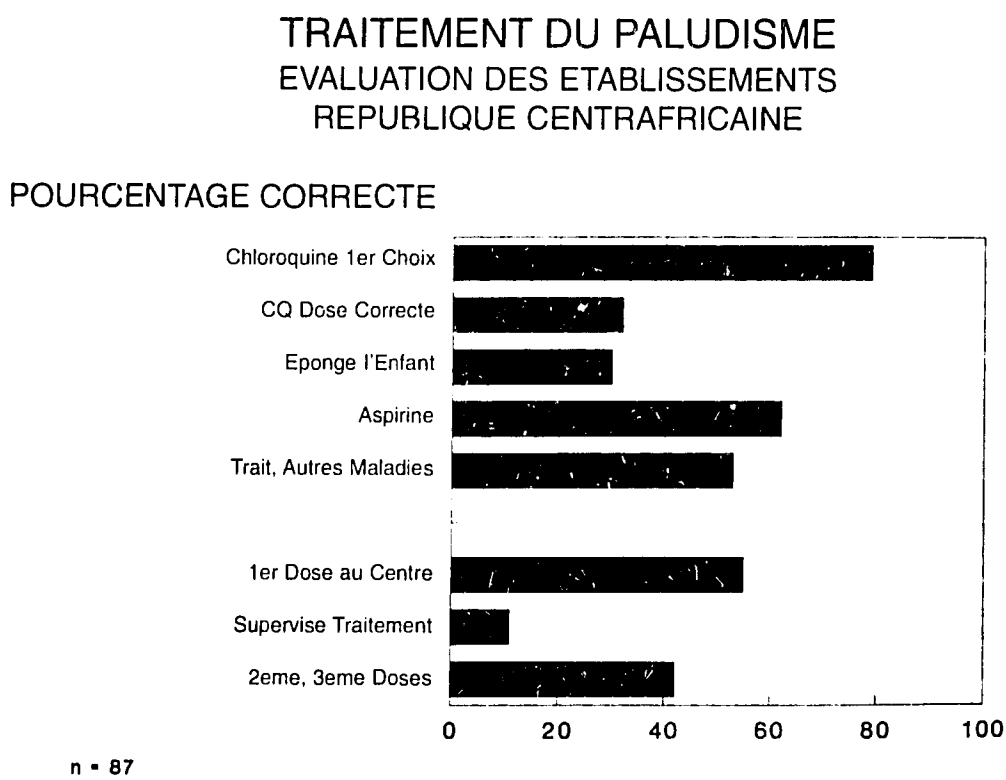


n=144 avant formation 138 après formation

TRAITEMENT NATIONAL DU PALUDISME ET POLITIQUE DE CONTROLE

En tant que participant à l'Initiative contre le paludisme en Afrique francophone CCCD/OMS-AFRO, la République Centrafricaine (RCA) conduisit en 1992, un atelier de développement d'une politique nationale contre le paludisme qui fut suivi par un grand symposium international sur le paludisme en RCA. Avant ces évènements, le Ministère de la santé avait procédé à des évaluations sur le manque de compétence du personnel de santé dans le traitement du paludisme et avait réalisé un manuel de formation. L'atelier porta à la connaîssance de hauts responsables de RCA un document de projet de politique nationale, il déboucha aussi sur une discussion portant sur les objectifs prioritaires, les protocoles de traitement et les interventions de prévention. Le symposium sensibilisa les médecins et pharmaciens de la République Centrafricaine au problème actuel du paludisme, aux protocoles de la prise en charge des cas, à la résistance aux médicaments, à la prévention, et aux expériences d'autres pays d'Afrique. Plus de deux cents personnes étaient présentes venant de dix pays différents. Le symposium aboutit à la révision des matériaux de formation et àcelle d'un document final sur la politique à suivre.

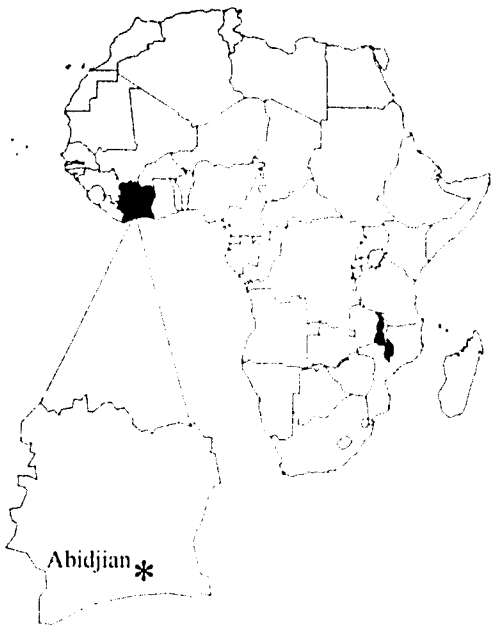
Figure 3



STRATEGIE DE VACCINATION A PARTIR DES CENTRES FIXES

Le Ministère de la santé a cherché à étendre largement les services du PEV à travers le pays. En 1988, le Ministère a mis en place 21 équipes mobiles pour couvrir les 8 préfectures dont les densités de population étaient les plus fortes et pour compléter les services déjà existants dans les établissements de soins. Etant donné les inquiétudes concernant la gestion et l'entretien des services, le Ministère a commencé par concentrer ses efforts sur l'amélioration de la qualité des services de vaccinations sur les sites fixes de vaccination et à étendre le nombre de sites par la formation d'agents de santé. Ces efforts, soutenus par des activités non négligeables de mobilisation sociale, ont amené le pays à réaliser et même à dépasser ses objectifs de vaccination des enfants, avec des taux de couverture vaccinale de 77% pour trois doses de polio et 73% pour la rougeole en 1989. Cependant, des grèves dans toute la nation ainsi qu'une baisse de l'aide financière de l'UNICEF ont ralenti les progrès du PEV de façon significative. Une vaccination "de rattrapage" ainsi que des campagnes de prévention contre les épidémies de rougeole ont permis par la suite de stabiliser le déclin des taux de couverture vaccinale. Le Ministère poursuit son effort pour une stratégie de vaccination sur site fixe et envisage de créer de nouveaux sites lors de la poursuite du projet sur la survie de l'enfant.

Côte D'ivoire



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du pays		
	1985	1993
Population	9.8	12.5
Mortalité infantile	105	93
Mortalité en dessous de 5 ans	157	127
Courverture DTCoq 3	11%	37%
Courverture rougeole	31%	47%
Courverture polio 3	11%	37%
Taux de Fécondité	6.7	7.4
Prévalence de la contraception	3	-
Revenu par habitant $US	610	730
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES EN COTE D'IVOIRE

	1982	
	1983	Evaluation du pays
	1984	
Signature de l'accord sur le project	*1985*	Nomination de Bob Weierbach (conseiller)
Première revue du projet	*1986*	
	1987	Première évaluation du projet
Conférence consultative ACSI-CCCD	*1988*	Deuxième évaluation du projet Démarrage de l'unité TRO
Plan d'extension du projet	*1989*	Nomination de Jim Herrington (conseiller)
Campagne UNICEF [vaccination universelle des enfants]	*1990*	
	1991	Enquête nationale sur la couverture vaccinale
	1992	Fin du projet
	1993	

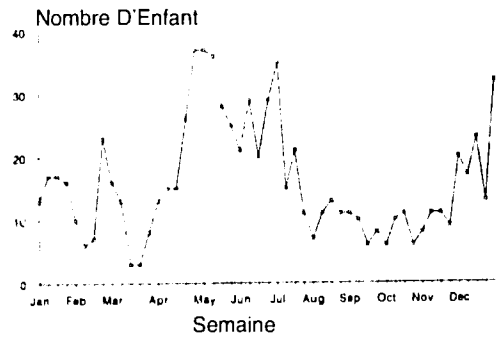
Côte D'ivoire

Les principaux secteurs de la collaboration Ivoirienne au CCCD furent: le contrôle des maladies diarrhéiques, le PEV, le paludisme, la formation, et le développement du système d'information sanitaire.

LUTTE CONTRES LES MALADIES DIARRHEIQUES

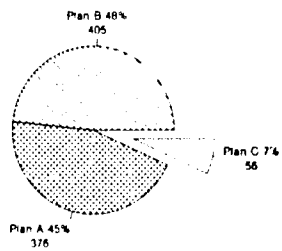
L'accent a été principalement mis sur le développement d'unités TRO [therapie orale de réhydratation] et sur la formation de personnel TRO dans tout le pays. Le personnel attaché au Centre de thérapie orale de réhydratation aux services pédiatriques de l'hôpital universitaire de Treichville (Abidjan) comprend quatre sage-femmes, une infirmière, et un médecin-chef. Le Centre TRO a été inauguré en 1990. Depuis il a formé plus de 100 responsables régionaux de santé.

Nombre d'Enfants Traités par Semaine
Centre TRO, Hôpital Universitaire
Treichville, Côte d'Ivoire, JAN-DEC 1990



Source: Centre TRO
N = 853 new patients

Etat de la Dehydratation A l'Entrée
Centre TRO, Hôpital Universitaire
Treichville, JAN-DEC, 1990 Côte d'Ivoire

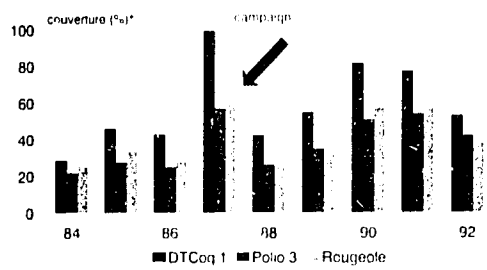


Source: Registre des Malades
N = 853; mean age = 13 months

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

La couverture vaccinale en Côte d'Ivoire a atteint un pic en 1987 grâce à une vaste campagne. Depuis, la couverture vaccinale est tombée avant de remonter progressivement et de rester stable jusqu'en 1991, la dernière année pour laquelle nous avons des données disponibles. Une comparaison des taux de couverture vaccinale de 1987 et 1990 pour la région métropolitaine d'Abidjan montre que les taux sont pratiquement identiques pour les deux périodes. Les périodes de large couverture vaccinale ont été suivies par des chutes considérables des cas de maladie.

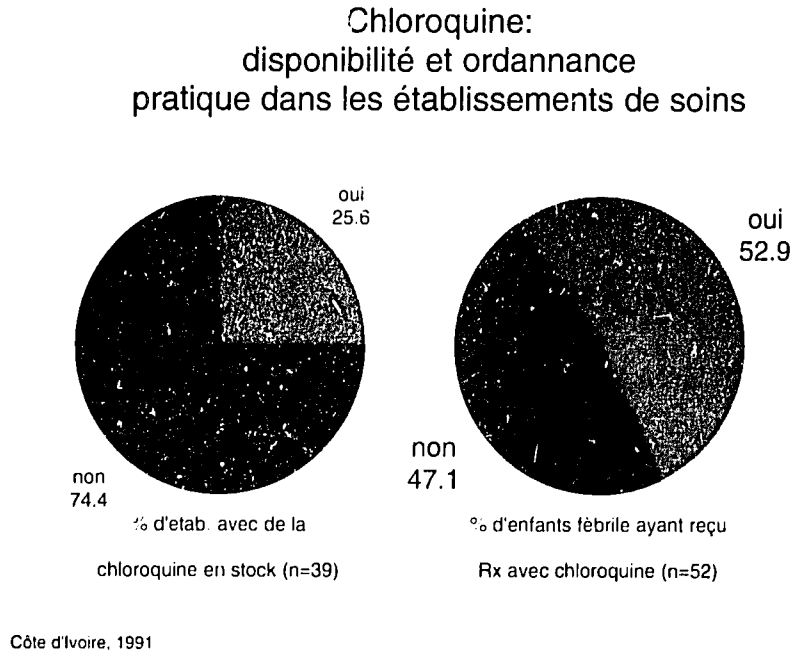
DTCoq 1, Polio 3, et Rougeole
couverture vaccinale
Côte d'Ivoire, 1984 - 1992



* vacc. x 1
enfants survivants x 100

PALUDISME

Un système de dépistage et surveillance du paludisme fut développé par l'Institut de santé publique. Cinq sites de dépistage ont surveillé le paludisme résistant à la chloroquine en utilisant la méthodologie de test in vivo développée par le projet ACSI-CCCD. Ces données ont été utilisées dans l'élaboration du projet.



Côte d'Ivoire, 1991

FORMATION

En 1990 et 1991 les études de base et les études complémentaires de besoins en formation des agents de santé en périphérie, furent complétées. Un programme de formation interne fut développé et mis en place. Un manque d'approvisionement de médicaments et de matériel, notamment de la chloroquine, a été noté dans la plupart des établissements de santé ruraux. Assurer l'approvisionnement adéquat de médicaments et de vaccins dans les établissements de santé en périphérie fut reconnu comme complément important à la formation interne afin de garantir un service de santé de qualité.

Un suivi de l'étude d'évaluation des besoins de formation de base fut mené en février 1991 dans huit districts ruraux de santé afin d'évaluer les résultats des cours de formation en périphérie ayant été donnés en 1990. Un échantillon pris au hasard de 41 établissements de soins, choisis pour une observation sur le site ont révélé que la formation sur le tas des agents de santé en périphérie faisait une différence quant aux performances dans leur travail. Les agents qui avaient participé à la formation en périphérie, étaient plus aptes que leurs collègues qui n'avaient pas été formés sur le tas, à déterminer l'âge et le poids d'un patient, à utiliser une seringue stérile, àadministrer correctement un vaccin, et à éduquer le patient en ce qui concerne sa santé. Améliorer l'éducation du patient consiste à lui donner des informations sur 1) les vaccinations restantes pour compléter le calendrier vaccinale, 2) de quelle maladie le protège la vaccination, et 3) quels sont les éventuels effets secondaires.

GRAPHIQUE

SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE

Le projet ACSI-CCCD a fourni à l'Institut de l'hygiène: de l'équipement informatique, des logiciels, ainsi que son aide pour l'installation du système d'information par ordinateur du PEV (CEIS). Cela avait été recommandé par l'Organisation mondiale de la santé. Maintenant un personnel à plein temps traite des données régulièrement et produit des rapports nationaux .

Guinee

L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	6.1	5.9
Mortalité infantile	103	138
Mortalité < 5 ans	259	234
Couverture DPCoq 3	2%	
Couverture rougeole	15%	
Couverture polio 3	2%	
Taux de fécondité	5.3	7.0
Prévalence de la contraception	1	
Revenu par habitant	$ 330	$ 480
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES EN GUINEE

	1982	
	1983	Evaluation du pays
	1984	
Signature de l'accord sur le project	*1985*	Nomination de Dianna Gerski (conseiller)
Réalisation de l'étude CAP	*1986*	Première revue du projet
Première évaluation du projet	*1987*	Nomination de Scott McKeown (conseiller)
	1988	Redéfinition du projet
Deuxième évaluation du projet	*1989*	Signature de l'extension du projet
	1990	Enquête nationale sur la couverture vaccinale
	1991	Deuxième revue du projet Fin du projet
	1992	
Evaluation de la pérennité du projet	*1993*	

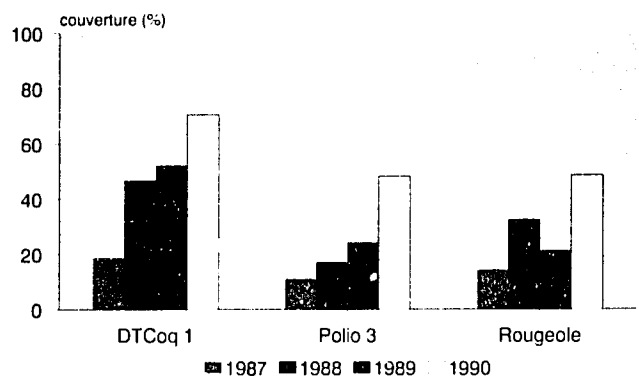
Guinee

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Le projet ACSI-CCCD en Guinée a débuté en septembre 1985 avec la nomination àplein temps d'un conseiller technique au Ministère de la santé (MS). Le projet prit fin en 1991. Pendant de nombreuses années l'infrastructure de la santé publique du pays avait été négligée à cause du manque de priorité accordé par le gouvernement à la santé publique. En 1986, le gouvernement adopta une initiative sur les soins de santé primaires (SSP) avec le Programme élargi de vaccination (PEV) comme priorité majeure. Les efforts de vaccination avaient été intermittents durant la décennie précédente et la couverture vaccinale était très faible dans toutes les régions du pays. A l'origine, le Ministère soutint les efforts dans trois régions pilotes du pays. La couverture vaccinale dans ces trois régions augmenta en 3 ans. Des services de vaccination dans des centres fixes, dans les trois régions faisant partie du projet devinrent les points forts de l'initiative SSP. Une large campagne nationale fut menée en 1987, et l'accent fut mis sur le PEV à l'initiative de l'UNICEF en 1989. L'augmentation stable de la couverture vaccinale expérimentée dans les trois régions où le projet avait été mis en place, fut encore accrue par l'effort de l'UNICEF. Cependant, la couverture vaccinale des enfants ayant tous leurs vaccins reste très faible.

Figure 1

Couverture vaccinale
DTCoq 1, Polio 3 et Rougeole
3 zones de concentration CCCD, Guinée, 1987 - 1990



On observa, de façon notable, des baisses de morbidité dues aux vaccinations contre ces maladies. La polio et le tétanos néo-natal atteignirent des taux minimums records. Les cas de rougeole et les décès liés à cette maladie, ont chuté depuis 1986 dans les trois zones où le projet a été mis en place.

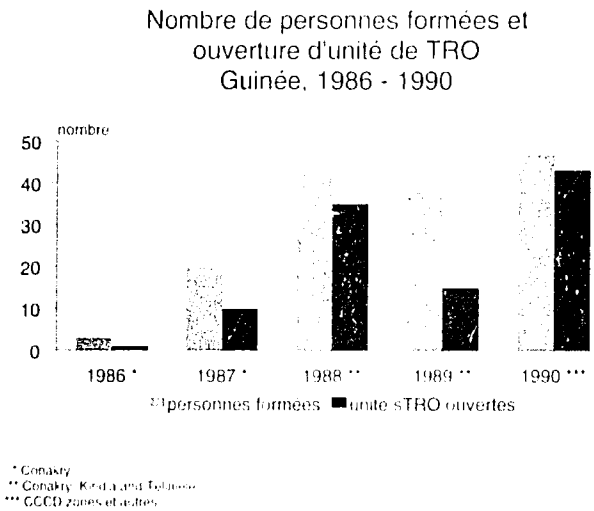
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Des améliorations du système d'information sanitaire en Guinée sont survenues lorsque la politique gouvernementale fut adoptées pour soutenir le système de soins de santé primaires. Le Service américain du recensement (Bureau of Census) conduisit des évaluations et forma du personnel. Des agents techniques furent formés aux applications informatiques de la santé publique à l'Université de Kinshasa et rentrèrent pour assumer des rôles importants concernant le contrôle et la déclaration des maladies. On recueillit régulièrement des données sur le paludisme et les maladies diarrhéiques.

LE PALUDISME ET LES MALADIES DIARRHEIQUES

Le projet consista à l'évaluation et à la mise en oeuvre de plans d'action contre le paludisme et la diarrhée. Une équipe inter- africaine faisant partie des programmes de l'ACSI-CCCD au Zaire et au Togo apporta son aide à la Guinée pour la formation du personnel à la surveillance in vivo du paludisme et pour établir une politique nationale du paludisme. On évalua la sensibilité du *Plasmodium falciparum* aux médicaments. Les résultats furent utilisés dans la définition d'une politique nationale. De même on établit une politique nationale pour le programme TRO. Elle fut précédée par une évaluation du problème de la diarrhée, par la formation de personnel, et l'assurance d'approvisionnement en sels de réhydratation par voie orale (SRO). L'ouverture de centres TRO dans les trois zones où fut mis en place le projet, fut terminée à la fin du projet.

Figure 2



Lesotho

L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	1.5	1.8
Mortalité infantile	106	82
Mortalité < 5 ans	144	137
Couverture DPCoq 3	65%	75%
Couverture rougeole	63%	76%
Couverture polio 3	65%	74%
Taux de fécondité	5.8	4.8
Prévalence de la contraception		5%
Revenu par habitant $US	530	470
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU LESOTHO

	1982	
	1983	Evaluation du pays
Signature de l'accord de financement du projet	*1984*	Nomination de John Nelson (conseiller)
	1985	Plan à 5 ans LMD et PEV Symposium national sur les maladies diarrheiques Atelier de formation continue pour les formateurs HSA
Unité nationale TRO	*1986*	Evaluation interne PEV/LMD Demarrage du projet HEALTHCOM
Evaluation externe du projet Revue du projet après sa 3eme Année Bulletin epidemiologique Evaluation internationale "Family Health"	*1987*	Politique nationale TRO Trois Symposia nationaux TRO Nomination de David Gittelman (conseiller)
	1988	Evaluation externe du projet Stratégies de la lutte contre la rougeole Evaluation du programme de formation
Campagne de vaccination contre la rougeole dans les écoles	*1989*	Atelier de definition du programme de lutte contre les IRAs
Fin du projet HEALTHCOM	*1990*	3 HSAs pilotes pour le programme de lutte contre les IRAs Etude nationale de la couverture vaccinale
Evaluation de la phase I du programme de la lutte contre les IRAs	*1991*	Fin du projet CCCD
	1992	
	1993	

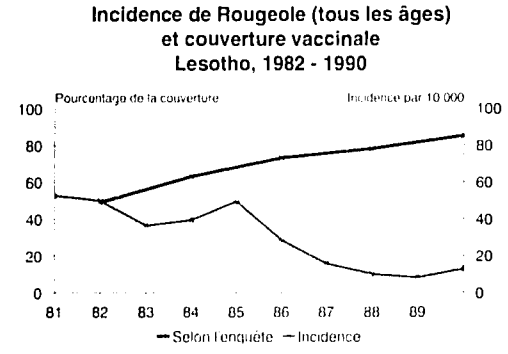
Lesotho

Le projet ACSI-CCCD débuta au Lesotho en 1984 et prit fin en mai 1991. Le projet a d'abord apporté son aide au PEV ainsi qu'au Programme de lutte contre les Maladies Diarrhéiques. Par la suite, le Ministère de la santé demanda à ce que le ACSI-CCCD aide à mettre en place un programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA). Les points forts des résultats du projet sont:

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION: LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE

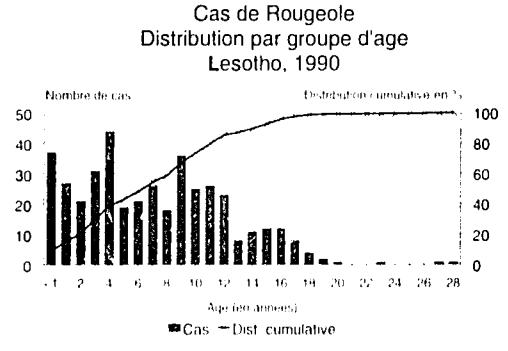
Au Lesotho, le programme bien géré du PEV a augmenté la couverture vaccinale contre la rougeole pour les enfants de 12 à 23 mois de 49% en 1982 à 85% en 1990, ce qui a permis de réduire de façon significative les cas de rougeole (Figure 1).

Figure 1



En 1986 des études faites à partir de rapports de routine montraient que de nouveaux cas de rougeole se déclaraient principalement parmi les enfants en âge scolaire. En 1990, 61% des cas de rougeole enregistrés par le système d'identification des cas détectables, touchaient des personnes âgées de 5 ans et plus (Figure 2).

Figure 2



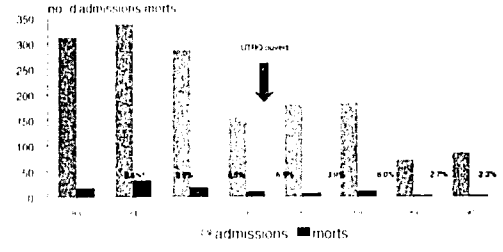
Une étude nationale sur la séroprévalence des nouveaux venus à l'école montra 13,5% de séronégativité pour l'anticorps de la rougeole. Compte tenu de ces données et des craintes sur le maintien du programme, le Ministère identifia les différentes options stratégiques pour la lutte contre la rougeole. Dans 16 différentes Zones de service de santé, presque 100.000 enfants en âge scolaire ont été vaccinés durant les années 1989 et 1990. En 1991, le Ministère a adopté un plan de vaccination à deux doses, la deuxième dose étant administrée à 18 mois en même temps que le vaccin diphtérie-tétanos.

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES: UNITE TRO ET EDUCATION COMMUNAUTAIRE

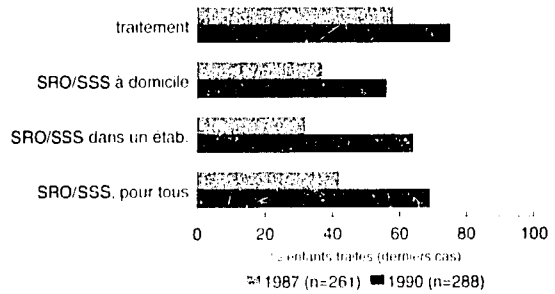
Le Lesotho a créé son premier centre de thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) dans l'hôpital Queen Elizabeth II à Maseru. Les admissions pédiatriques pour les cas de diarrhée ont culminé en 1984 et en 1990 elles avaient diminuées de 75%. Les décès avaient chuté de 94% (Figure 3). Le MS créa des unités TRO dans la plupart des hôpitaux et de nombreux centres de santé à travers le pays. Du matériel d'enseignement communautaire tel que des brochures TRO et petits tableaux d'enseignement furent utilisés pour accroître l'utilisation de la solution sel et sucre (SSS) à domicile et dans les établissements de soins. Le pourcentage global des derniers cas de diarrhées déclarés traités par SRO ou SSS a grimpé de 42% en 1987 à 69% en 1990, alors que l'utilisation à domicile des SRO ou de la SSS avait augmenté de 37% à 56% dans la même période. (Figure 4).

Figure 3

Admissions de diarrhée pédiatrique
morts et taux de létalité
Hôpital QE II, Lesotho, 1983 - 1990



Pratiques des mères et des gardiennes par rapport
à la TRO dans les communauté du Lesotho,
traitements de la diarrhée infantile signalés, 1987 et 1990

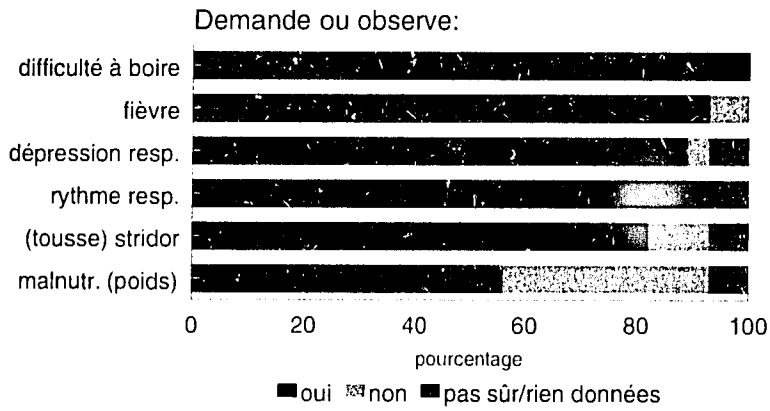


LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA)

Avec près de la moitié des visites externes d'enfants en 1988 attribuable aux IRA, le CCCD aida le Ministère à développer un programme de lutte contre les IRA. Le Ministère recueillit des données cliniques et ethnographiques de base afin de développer des politiques et des stratégies nationales de contrôle en accord avec les nouvelles lignes de conduite de l'OMS. Des coordinateurs de programme développèrent un programme de formation ainsi que du matériel pour le personnel de santé dans trois zones de santé pilotes du Lesotho. Une évaluation faite en 1991, démontra que la majorité des agents de santé classaient et traitaient les IRA selon les lignes de conduite du MS/OMS mais devaient améliorer l'éducation du patient. (Figure 5). La formation fut étendue à cinq zones de santé supplémentaires de 1991 à 1993.

Figure 5

Performance des agents de santé
évaluation des signes de danger
Lesotho, 1990

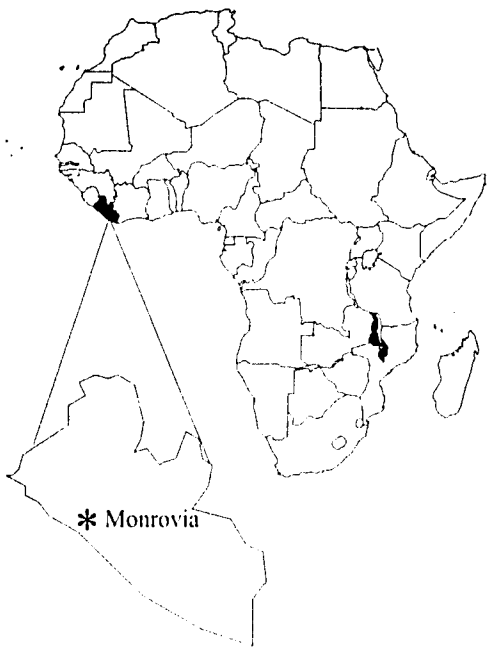


27 enfants examiné dans 10 étab.
source: ARI supervisory checklists

PROGRAMME DECENTRALISE DE FORMATION CONTINUE

Le ACSI-CCCD et l'UNICEF ont soutenu les efforts du Ministère pour décentraliser la formation continue pour les agents de santé des zones de santé. Un noyau de formateurs planifia et mis en oeuvre des activités de formation dans chaque zones et participa à des ateliers de formation continue d'abord au niveau national puis régional. Un certain nombre des zones continuent à organiser des cours au niveau local et àcontrôler les performances de l'après formation. Malheureusement le changement du personnel, le manque de moyen de transports, et les ressources inadaptées à l'aide au niveau central ont entravé le développement de la formation continue.

Liberia



L'ECHELONNEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	2.2	2.7
Mortalité infantile	127	131
Mortalité < 5 ans	215	200
Couverture DPCoq 3	43%	28%
Couverture rougeole	44%	55%
Couverture polio 3	43%	28%
Taux de fécondité	6.9	6.8
Prévalence de la contraception	6%	6%
Revenu par habitant $US	470	450
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU LIBERIA

	1982	Evaluation du pays
	1983	Signature de l'accord sur le projet
Première revue du projet	*1984*	Nomination de James Thornton (conseiller)
	1985	
	1986	Première évaluation du projet
Deuxième revue du projet	*1987*	
	1988	Deuxième évaluation du projet
Troisième revue du projet	*1989*	Nomination de Barbara Maciak (conseiller)
		Départ du conseiller technique
Fin du projet	*1990*	
	1991	
	1992	
	1993	

Liberia

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Frais de consultation - Sur la base d'une recherche conduite en Mars 1990, peu de temps avant le début des hostilités, le Libéria avait fait d'énorme progrès en mettant en place un coût de base pour les frais de consultation à tous niveaux, et a été l'un des premiers pays d'Afrique a établir un fond roulant de médicaments dans les communautés. Cependant à cause du manque de système de contrôle financier standardisé, chaque pays adopta son propre système financier et de comptabilité, mais ces données ne furent pas reportées à un niveau central. Quoique l'information sur le revenu généré grâce aux frais de consultation était collectée dans certaines régions il n'y avait aucun moyen de déterminer quel pourcentage du revenu esperé celà représentait. Qui plus est, il n'y avait aucun mécanisme permettant de déterminer si les charges correctes étaient imposées et prélevées. En conséquence, de façon négative les frais de consultation causèrent indirectement de fausses espérances dans de nombreuses communautés, et il n'y eut pas moyen d'évaluer de façon réaliste la façon dont ces charges pourraient contribuer aux dépenses de mise en opération pour un département de santé régional, hopital, centre de soins, centres et postes de santé.

En l'absence d'information solides sur les coûts réels nécessaires à la mise en opération de chaque établissement et services, il ne fut pas possible de déterminer la contribution exacte que ces charges apporteraient au coût total. Une comparaison des revenus cliniques incluant les charges de service et les prix des médicaments est montrée en figure 1. Le revenu total collecté grâce aux frais de consultation dans des centres de santé selectionnés est présenté en figure 2.

Figure 1

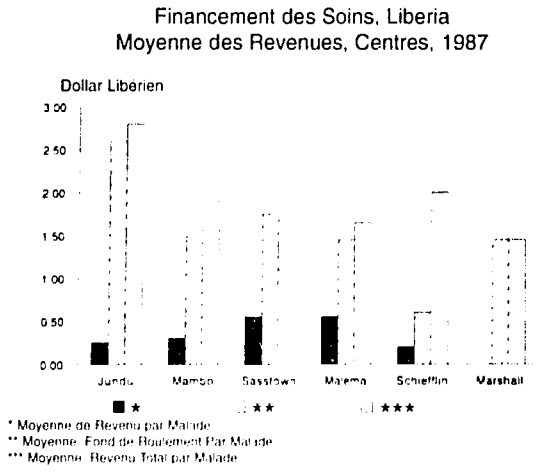
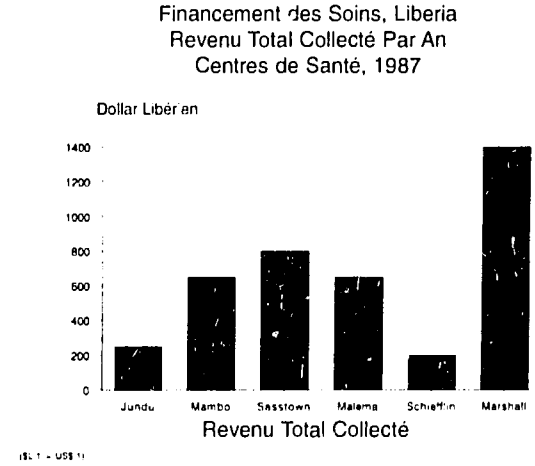


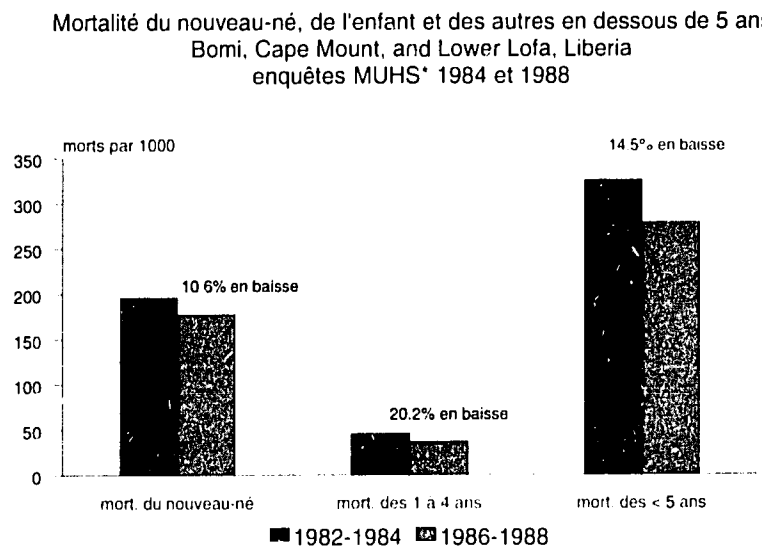
Figure 2



SYSTEME D'INFORMATION SUR LA SANTE (SIS)

Mortalité et utilisation des services de santé (MUSS) - Deux enquêtes de MUSS furent entreprises en 84 et 88 dans les régions du Libéria suivantes : Bomi, Grand Cape Mount et Lofa pour obtenir un programme préliminaire ou une donnée de base d'estimation de la mortalité infantile, afin de mesurer les connaissances et les attitudes reportées par les mères face aux problèmes de santé, et leur utilisation des services de santé et pour établir les changements possibles dans la mortalité chez l'enfant. Les résultats ont révélé que les nouveaux nés et la mortalité infantile (âges de 1 à 4 ans) déclinait de 20% pendant cette période (fig.3). Bien qu'il soit difficile d'attribuer le déclin de la mortalité au programme ACSI-CCCD, l'analyse démontre plusieurs signes de l'effet possible du programme. Le déclin considérable des cas de tétanos néo-natal reportés pourrait être attribué à la vaccination des femmes enceintes avec la toxine du tétanos (VAT), tandis que le nombre de décès avec fièvre comme symptome, a lui aussi considérablement baissé dans le groupe d'âge des 6-35 mois, ce qui est probablement lié au traitement préventif de la fièvre avec de la chloroquine. Cette enquête a aussi révélé que la faciliter à se procurer des médicaments contre le paludisme, dans les foyers, a augmenté dans ces régions de 5% à 35% entre 1984 et 1988.

Figure 3



mortalité et utilisation des services de santé - MUHS
mortalité dans les 2 ans avant les enquêtes

Système de rapport de surveillance sentinelle en hôpital - Un système programé sur ordinateur, de surveillance sentinelle en hôpital, fut établi dans 5 hôpitaux à travers le pays, et il a fournit des informations importantes sur les causes d'hospitalisation des nouveaux-nés et des enfants. Des activités spéciales, telles que l'installation de programmes d'ordinateurs dans chaque hôpital, l'entrainnement d'un personnel approprié, et la simplification des rapports pour le système, afin de faciliter la collection des données, leur analyse, et leur rapport. Des efforts Parallèles pour étendre le développement de ce système et les test sur le terrain, en utilisant des informations collectées par 30 centres de santé dans chaque régions du projet, furent raccourcis à cause du début des hostilités, et l'évacuation qui suivit du personnel travaillant sur le projet dans ce pays.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

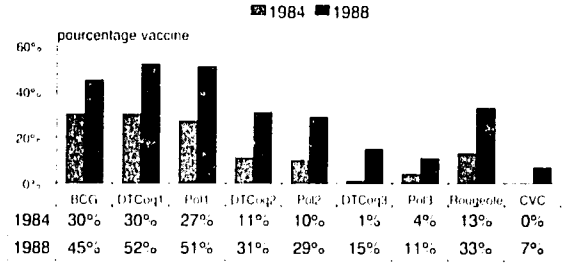
Le Programme Elargi de Vaccination au Libéria a été inauguré en 1978 et développa au départ un effort " mobile " complet pour effectuer les vaccinations, mais réorienta ces efforts vers l'utilisation du réseau déjà existant d'établissement de soins à travers tout le pays , afin d'effectuer les vaccinations.

La stratégie de la semaine de vaccination annuelle, employée au Libéria, fut reconnue comme une contribution importante à la couverture vaccinale, grâce à une augmentation de la disponibilité des vaccins et comptant pour 1/3 du taux de vaccination annuelle. Les taux de couverture vaccinale, répertoriés grâce à un système de carte a contribué à une ou deux pages, et plus, lors des deux enquêtes MUSS, en 1984 et 1988.

Pour cause de manque ou de perte de ces cartes, les taux de couverture vaccinale réels furent estimés à 10-20 % plus élevés pour chacune des enquêtes. (fig.4). L'accroissement noté de la couverture vaccinale, particulièrement pour les antigènes de premiers contacts, montra une progression vers les cibles nationales (29% à 52% pour le DTCoq 1 et 13% à 33.2% pour la rougeole). Le service des données statistiques sur la vaccination des enfants de moins de 1 an suggère que la couverture vaccinale réelle était plutôt de l'ordre de 60-70% pour le DTCoq 1 et de 50-60% pour la rougeole. La décentralisation de la direction, le renforcement de la logistique (fourniture de vaccins et chaîne du froid), entraînement et supervision ont accruent de façon significante la qualité et l'efficacité des services de vaccination. Les tendances pour la couverture vaccinale sont présentées en figure 5.

Figure 4

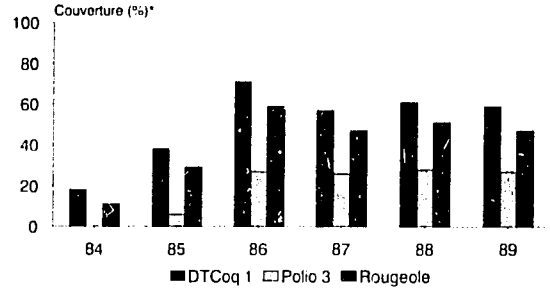
Couverture vaccinale - 12-23 mois
Bomi, Cape Mount and Lower Lofa (*)



avec respect des intervals et d'âges
DTCoq1 & Pol1 - 6 semaines Rougeole - 9 mois
entre DTCoq et Pol 1&2 et 2&3 - 4 semaines

Figure 5

Coq 1, Polio 3, et Rougeole
Couverture Vaccinale
Libéria, 1984 - 1989

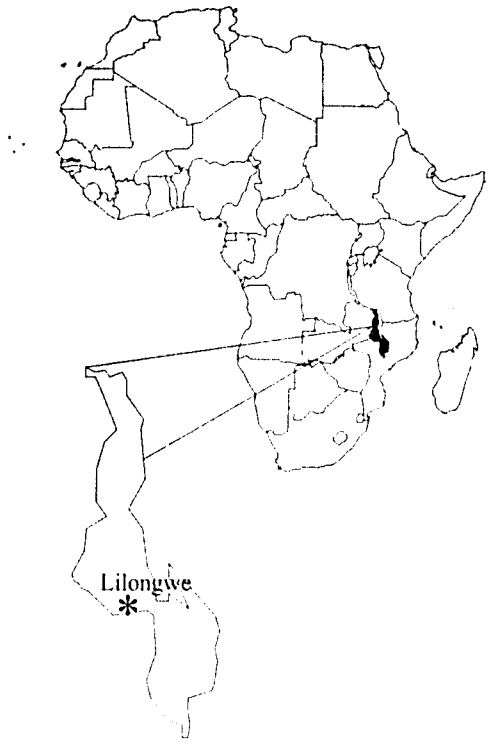


* Vacc. <1 /
Enfants survivants x 100

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

Reconnaisance et acceptation par la mère des paquets de SRO -
La reconnaissance des paquets de SRO et leur identification lors du traitement de la diarrhée a augmenté de 15.7% en 1984 à 29% en 1988. Parmi les mères interrogées dans le MUSS de 1988, 35% ont dit utiliser les paquets de SRO pour le traitement de la diarrhée.D'un point de vue global sur le programme, le pourcentage de cas sévère de diarrhée infantile, traité avec un accroissement de liquides ou de solution salée sucrée (SSS) a changé peu de chose entre 1984 et 1988, prouvant peu de progrès dans l'implementation de la TRO pour le traitement de la diarrhée. Ce manque de succès était attribué à la mise en avant de la vaccination durant les 3 premières années du programme, aux problèmes d'un mélange correct dans les foyers, des SSS, posant des problèmes de sécurité, et à la distribution limitée de paquets de SRO au établissements de santé.

Malawi



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	6.9	9.9
Mortalité infantile	157	144
Mortalité < 5 ans	275	228
Couverture DPCoq 3	56%	81%
Couverture rougeole	50%	78%
Couverture polio 3	55%	78%
Taux de fécondité	7.0	7.6
Prévalence de la contraception	1%(1984)	7%
Revenu par habitant $US	180	200
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU MALAWI

	1982	
	1983	
	1984	Evaluation du pays
Signature de l'accord sur le project		
Lignes de Conduite nationale sur la TRO et le paludisme	*1985*	Nomination de Reginald Hawkins (conseiller)
Conférence consultative ACSI-CCCD		Nomination de David Heyman (Epidémiologiste)
Cours CCCD de gestion de niveau intermédiaire		Revues des pratiques de stérilisation au PEV
Projet HEALTHCOM	*1986*	Evaluation Externe CCCD
Unités TRO sur toute l'étendue du pays		Guide de traitement du paludisme
Recyclage (ordinateurs et logiciels)	*1987*	Cours d'épidémiologie de niveau intermédiaire
	1988	
	1989	
	1990	Fin du projet
	1991	
	1992	
	1993	

Malawi

Le projet ACSI-CCCD au Malawi s'est déroulé de 1984 à 1988 avec l'aide double d'un responsable technique et d'un épidémiologiste de terrain du CDC. Le projet a apporté des contributions particulièrement importantes dans les domaines des systèmes d'information sanitaire, de lutte contre le paludisme, et de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD). L'aide du ACSI-CCCD aux activités de recherche pour la lutte contre le paludisme s'est poursuivie jusqu'en 1992.

SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE (SIS)

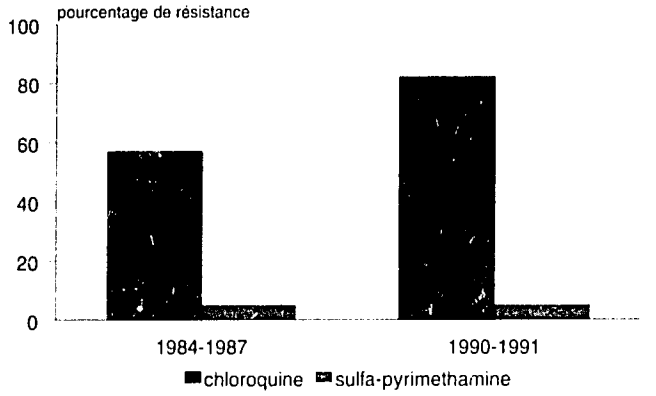
Le projet apporta son aide au Ministère de la santé pour changer les SIS, d'un système de contrôle manuel à un système comprenant des traitements de données et analyses informatiques. Après avoir évalué les besoins en information sanitaire, le ACSI-CCCD fournit au personnel du Ministère, de l'équipement informatique ainsi qu'une formation. Cette aide renforça le système de compte rendu de routine et démontra l'utilité des données SIS pour la gestion du programme. La durée de production des comptes rendus annuels chuta de 3 ans à moins d'1 an. On développa des indicateurs pour contrôler les progrès dans le PEV, LMD, et la lutte contre le paludisme, en outre les méthodes et les façons de recueillir les données furent créées ou révisées. Le projet ACSI-CCCD aida le personnel du Ministère à gérer les pratiques de traitement communautaires en instituant un système de surveillance dans 12 sites. De plus, des études spéciales furent menées pour évaluer les pratiques communautaires et les établissements de santé dans les zones d'intervention du ACSI-CCCD. Le Ministère publia les résultats de son système de rapports de données de routine et de ses évaluations dans le bulletin trimestriel "Malawi Epidemiological Quarterly".

LUTTE CONTRE LE PALUDISME: DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE ET DU PLAN D'APPLICATION

Depuis sa création, le projet ACSI-CCCD a apporté une aide importante dans plusieurs secteurs clés du programme de lutte contre le paludisme. Ceux-ci comprennent: 1) la surveillance des cas de paludisme et la sensibilité aux médicaments, 2) l'évaluation de pratiques de traitements cliniques ou communautaire, et 3) le développement des politiques de prophylaxie et de traitement national. Un certain nombre d'études in vivo ont été menées pour tester l'efficacité de divers médicaments contre le paludisme. Ces études ont mis l'accent plus particulièrement sur la sensibilité à la chloroquine. Certaines de ces études (comprenant celles relatives aux effets de la chimioprophylaxie des femmes enceintes sur le poids de naissance et de l'efficacité de la chloroquine et de la Sulfadoxine/pyrimethamine (SP) parmi les enfants) furent menées dans le cadre du Projet de Recherche de Mangochi sur le Paludisme (PRMP), projet soutenu par le ACSI-CCCD. Dès 1990, des études ont montré que la chloroquine était inadaptée au traitement clinique du paludisme falciparum des très jeunes enfants. Utilisant ces résultats, en 1992, le Ministère a révisé sa politique nationale en remplaçant la chloroquine par la SP comme médicament choisit dans le traitement des cas de paludisme ne présentant pas de complications.

Figure 1

Résistance aux antipaludiques au Malawi
1984 - 1991

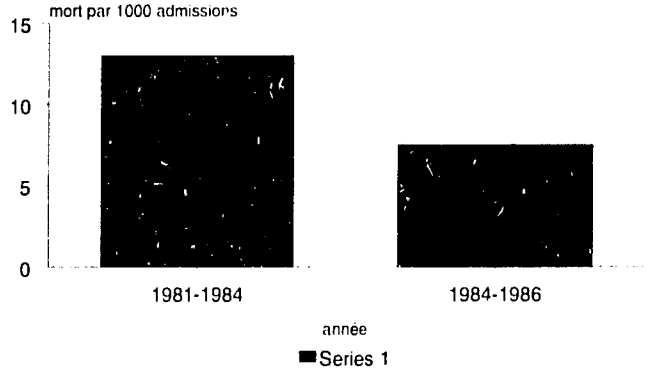


LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES: UNITES TRO

Un comité de lutte contre les maladies diarrhéiques formé en 1981 insista pour que les services de thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) soient intégrés aux activités des établissements hôspitaliers ou de soins externes. Avec l'aide du ACSI-CCCD, le Ministère installa une unité TRO modèle à l'Hôpital central de Kamuzu àLilongwe. Des cours de recyclage furent donnés à tout le personnel médical du district, et un plan de mise en oeuvre en 5 ans fut établi. Le projet ACSI-CCCD fournit le matériel et l'équipement TRO de base afin d'aider le Ministère à installer des unités TRO dans presque tous les hôpitaux privés et publics ainsi que dans les centres de santé externes. Le Ministère distribua à la communauté 30.000 sachets SRO sur lesquels étaient imprimés des directives et des messages de santé. Dès 1987, un système de tournée d'inspection fut créé pour installer et entretenir les unités TRO. Les résultats d'une enquête sur les admissions en pédiatrie pour diarrhée à l'hôpital central de Kamuzu ont révélé que, comparé aux années 1981 à 1984, les années 1984 à 1986 ont connu une réduction de la mortalité de 40%.

Figure 2

Mort par diarrhée par 1000 admissions
d'enfants > 5 ans
Hôpital Central Kamuzu, Malawi



Nigeria

L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	95.2	112.2
Mortalité infantile	110	86
Mortalité < 5 ans	182	188
Couverture DPCoq 3	25%	44%
Couverture rougeole	20%	46%
Couverture polio 3	25%	44%
Taux de fécondité	7.1	6.6
Prévalence de la contraception		6%
Revenu par habitant $US	730	270
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU NIGERIA

	1982	
	1983	
	1984	
	1985	Evaluation du pays
	1986	Réalisation d'une étude sur la gestion du projet
Signature de l'accord sur le project	*1987*	Nomination de John Nelson (conseiller) Nomination de Jason Weisfield (Epidémiologiste)
Première évaluation du projet	*1988*	Revue d'Assistance Technique CDC
	1989	Nomination de Warren Jones (conseiller)
Revue administrative CDC		Evaluation interne du projet
	1990	Nomination de Barbara Maciak (conseiller)
Deuxième évaluation du projet	*1991*	Nomination de James Herrington (conseiller)
Plan d'évaluation et de contrôle		Premier bulletin d'épidémiologie
	1992	Extension du projet ACSI-CCCD
Evaluation de la périnité du projet	*1993*	Fin du projet

Nigeria

FORMATION CONTINUE

Unité de formation continue (UFC).
Le ACSI-CCCD apporta son concours à l'installation d'une unité de formation continue (UFC) dans l'état de Niger au Nigéria en 1989, pour répondre à un besoin croîssant de compétences cliniques, d'encadrement et de supervision plus grandes parmi les directeurs de soins de santé primaires (SSP) et les agents de santé. Des évaluations préalables des besoins mirent en évidence la nécessité d'améliorer les performances des agents de santé à maîtriser les cas de diarrhée et les activités de vaccination en informant les mères de famille sur leur traitement et sur la démarche à suivre en cas de diarrhée ou de fièvre de leurs enfants, ainsi qu'en développant la logistique pour assurer la disponibilité des médicaments et des vaccins. Les résultats de la formation initiale de l'UFC dans l'état de Niger montrèrent, sur plus de cinq indicateurs, que des directeurs avaient augmenté leurs compétences. De même, les agents de santé avaient progressé aussi bien dans le traitement des diarrhées que dans l'enseignement aux mères de famille des préparations SSS. Ces stratégies de développement et de formation continue sont actuellement renouvellées dans 8 autres états témoins.

La formation technique et le développement des UFC furent des objectifs cruciaux du projet. Des activités particulières inclurent: 1) établir des travaux d'orientation dans les états de Sokoto et de Kebbi pour le personnel d'Unité de formation continue (UFC) pour développer des politiques de formation continue par état; 2) la mise en route d'enquêtes sur l'évaluation des besoins en centre de santé dans les états de Kaura Namoda et de Zuru (zones cibles de Sokoto et de Kebbi); 3) La conduite d'ateliers de formation en compétences directoriales pour le personnel UFC des états de Niger, Plateau et Enugu; 4) la conduite de visites à l'Ecole de technologie sanitaire (SHT) de Jega dans la République de Kebbi; 5) la remise en état et la rénovation de l'Unité de formation continue située à l'intérieur de l'école de technologie sanitaire (School of Health Technology) de Jega; 6) l'apport d'un soutien aux visites entre états par le personnel UFC de Jega pour étudier les activités, comme celles de formation UFC de Minna dans l'état du Niger; 7) et la poursuite de la formation routinière des directeurs de zones de santé et des agents des soins de santé primaires, qui opèrent à partir des centres de santé dans les états de Plateau, Niger, Enugu et de Lagos.

Formation de recyclage: éducation pour la santé. Le guide "Communication concernant la santé" (Communicating About Health: A Guide for Facilitators) met en évidence un certain nombre d'activités et propose des expériences d'apprentissage pour aider les agents de santé à éduquer leurs patients. Le "guide" était conçu pour être utilisé dans un atelier de 5 jours au cours duquel les agents de santé peuvent discuter et partager leurs idées, aboutir à de nouvelles conclusions, et créer leur propre façon de travailler avec les patients. Lorsqu'ils retournent à leurs tâches habituelles, les participants testent ces nouvelles méthodes. Dans la dernière étape, ils se réunissent pour partager leurs expériences et étudier ce qu'ils ont appris.

Développement des programmes d'études du Médecin-chef. A la demande du Ministère fédéral de la santé, un programme de formation de Médecin-chef en 3 ans qui pouvait être mis en oeuvre dans les écoles d'infirmiers pour la santé publique, fut développé pour les étudiants n'ayant pas de formation médicale antérieure. Les programmes d'études mirent l'accent sur les activités des agents de santé dans le village et la communauté, en développant: les qualités cliniques des agents de santé, la communication SSP entre les services cliniques et communautaires, ainsi que les compétences supplémentaires en formation et en gestion, nécessaires au Médecin-chef. Des activités concordantes comprirent: un atelier de formation d'enseignants, pour les représentants de l'école d'infirmiers pour

la santé publique, et le développement d'une liste de livres indispensables à l'amélioration des bibliothèques des Ecoles de technologie sanitaire et des Ecoles d'infirmiers en santé publique.

SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE

Le système de déclaration des maladies et épidémie nécessitant une déclaration de la Division d'Epidémiologie, du Département de la santé internationale et de lutte contre les maladies. Ce système de déclaration de maladie stimulé par l'épidémie de fièvre jaune de 1986-87, recueille les déclarations exigées pour 40 maladies nécessitant une déclaration, et provenant de tous les centres de santé, de même que des déclarations d'urgence sur 9 des 40 maladies. Le projet ACSI-CCCD a financé une série d'ateliers dans 6 des 9 états témoins pour servir aux fonctionnaires ZGL [Zone de gouvernement locale] chargés du contrôle des maladies. Un programme informatique appelé EPID, conçu par le projet ACSI-CCCD, est utilisé actuellement au niveau national, dans 8 des 9 états témoins. Il a été conçu pour simplifier la saisie des données, pour exécuter des comptes rendus de routine ainsi que des analyses plus complexes.

Bulletin d'Epidémiologie du Nigéria. La Division d'Epidémiologie du Département de contrôle des maladies du Ministère fédéral de la santé a publié pour la première fois en février 1991 le "Bulletin d'épidémiologie du Nigéria" en collaboration avec le projet ACSI-CCCD. Le "Bulletin" est distribué gratuitement aux institutions au niveau des gouvernements local, d'état et national; aux écoles de médecine et aux hôpitaux universitaires; aux écoles de technologie sanitaire et aux écoles d'infirmiers; ainsi qu'aux établisssements de santé bénévoles. La publication du "Builetin d'épidémiologie du Nigéria" est une ressource précieuse pour les professionnels de la santé car elle diffuse l'information sur les tendances des maladies au Nigéria, elle informe sur les questions et les lignes de conduite de la santé publique, elle facilite les échanges d'informations sur la santé entre les personnes et les organismes de santé au Nigéria, et enfin elle accroît la prise de conscience de l'importance de la surveillance des maladies.

Six numéros ont déjà été publiés : trois en 1991, trois en 1992 et le dernier est sous presse en 1993. Les numéros du Bulletin déjà paru se sont concentrés sur des problèmes clés pour la santé publique au Nigéria. Les numéros du Bulletin ont servi d'outil de retro-information sur les maladies épidémiques (Séropositivité VIH/SIDA, Fièvre Jaune, Fièvre Lassa) et les maladies endémiques (paludisme, rougeole, tétanos néonatal) au Nigéria. Les politiques médicales du choléra, du paludisme et du programme PEV furent discutées en détail. Le Ministère fédéral de la santé a installé un bureau éditorial et a nommé un éditeur en chef du bulletin à plein temps. L'Epidémiologiste en chef est le Rédacteur en chef du Bulletin.

Système de contrôle et d'évaluation des soins de santé primaires (SSP)- Monitoring et Evaluation (M&E) Ce système recueille les statistiques de routine des établissement de santé, au niveau de la communauté dans les zones de gouvernement local (ZGL) à travers le pays. Le système a eté mis en place dans toute la nation et comprend un système de contrôle intégré pour SSP au Nigéria comprenant un service de statistiques du PEV, des activités de planning familial du secteur public et un système de déclaration sur la santé de la mère et de l'enfant. Les fiches du SSP M&E ont été totalement révisées en 1991. Une formation au niveau national fut assurée pour l'utilisation du système de déclaration dans l'ensemble des 593 zones de gouvernement local en 1991. La formation insista sur l'utilisation d'indicateurs simples au niveau du centre de santé et au niveau du gouvernement local.

Au niveau de l'état comme au niveau national, un logiciel nommé NICARE fut développé en collaboration du projet ACSI-CCCD et du projet Family Health Services (FHS), qui permet une entrée simplifiée des données et une analyse des informations recueillies en utilisant le système SSP M&E. Ce logiciel a été installé dans deux bureaux au niveau national (SSP M&E et la Division d'épidémiologie) et dans 8 parmi les 9 états témoins.

Le programme informatique de logistique et de gestion du matériel (Commodity and Logistics Management-CLM), le programme de gestion de stock pour les vaccins et les approvisionnements, a été développé au Nigéria sous la direction de l'épidémiologiste du projet ACSI-CCCD, la programmation étant assurée par Management Sciences for Health (MSH). Le programme est écrit en Clipper 5.01. Il est directement tiré d'un programme antérieur de gestion des stock (SLM) financé par REACH/USAID. Ce programme CLM a été adopté par les magasins nationaux de la châine de froid des vaccins et par l'unité PEV du Nigéria. En juillet 1993, Le programme a été présenté en détail au Comité général pour les systèmes d'information informatisés PEV à l'OMS/PEV/Genève. Ce comité a recommendé que CLM soit développé et adopté à l'avenir comme le gestionnaire standard des vaccins et de la chaine de froid et pour la gestion du matériel. USAID a accepté de financer la suite du développement CLM afin qu'il soit utilisé au Nigéria ainsi que dans d'autres pays. CLM a été développé pour satisfaire la gestion de marchandise non seulement pour les vaccins mais aussi pour les équipement de planning familiale et et des programmes LMD.

L'installation de MEDLINE à la bibliothèque centrale de médecine
La création de MEDLINE, un système CD-ROM contenant plus d'un million de références à des articles de revues biomédicales, médicales et scientifiques fut l'une des activités supplémentaires relatives aux SIS. MEDLINE est en utilisation à la bibliothèque centrale de médecine à Yaba, Lagos. La bibliothèque centrale de médecine fournit aux chercheurs et aux établissements de santé du pays des services de bibliographie.

EDUCATION POUR LA SANTE

1987-1991. Le projet HEALTHCOM fondé au niveau central, a fourni une aide àl'organe du ACSI-CCCD chargé de l'éducation pour la santé pendant cette période.

Le Centre africain régional d'éducation sanitaire (African Regional Health Education Center (ARHEC)). Cette organisation basé au Nigéria a démarré en 1973 et a conduit depuis 1987 quatre ateliers annuels inter-nations sur la planification et la gestion de l'éducation pour la santé. Les sujets ont porté sur la survie de l'enfant, SSP, la vaccination et le paludisme. L'évaluation des ateliers a démontré des résultats positifs, en particulier une meilleure connaissance et une meilleure aptitude à préparer des projets, et à utiliser des données d'épidémiologie pour justifier l'octroi de ressources pour les activités d'éducation pour la santé. Les membres de l'ARHEC ont également pré-testé les matériaux éducatifs et de formation de l'UNICEF dans huit états. Ils ont aussi collaboré avec HEALTHCOM sur des enquêtes de base dans des écoles et aux domiciles conduites dans les ZGL de Rafi et de Suleja concernant la rougeole, le paludisme et la surveillance médicale à l'école.

1991-1993. Après la fin de l'aide technique de HEALTHCOM, l'USAID demanda au CDC de procéder à une évaluation de l'éducation pour la santé. Celle ci fut effectué en janvier-février 1992. Suite à cette évaluation, plusieurs des recommandations furent mises en place.

Développement des structures

- Un exercice de développement des structures avec la branche d'Education pour la santé,

du Ministère fédéral de la santé fut mené de façon à renforcer ses capacités de direction et de mise en oeuvre nationale au Nigéria de stratégie d'éducation pour la santé. Des recommandations furent faites au Ministère fédéral de la santé pour consolider l'office national d'éducation pour la santé et son progamme.

Efficacité de l'éducation pour la santé

- Un contrôle sélectif de travail sur le terrain et des activités de recherche de 1980 à1992 fut effectué par le Ministère et l'ARHEC afin de constater l'efficacité de l'éducation pour la santé au Nigéria. Cet exercice résuma les programmes réussis de l'éducation pour la santé en mettant l'accent sur les facteurs qui avaient facilité leurs succès. Les différents matériaux des quatre zones principales de soins au Nigéria furent recueillis et analysés. Les domaines particuliers étudiés comprirent: l'éducation communautaire, l'éducation des patients, l'éducation en école ainsi que l'éducation dans les lieux de travail. Les résultats prouvèrent clairement que dans des lieux différent l'éducation pour la santé réussit à résoudre des problèmes de santé. De même, il fut clair que le champ d'application pour l'éducation pour la santé est aussi vaste que les différents problèmes de santé qui affectent les individus, les familles ou les communautés.

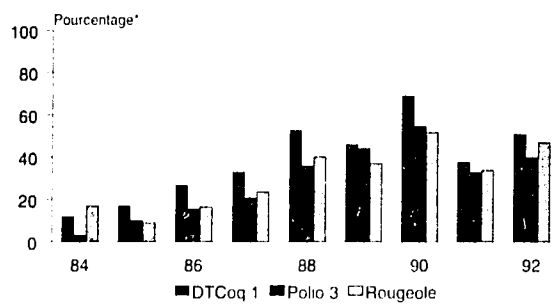
Système de repérage modifiable des facteurs de risque (Modifiable Risk Factor Tracking System - MRFTS)

- En collaboration avec l'ARHEC (Centre Régional Africain de l'Éducation pour la santé) un système MRFTs pilote (une adaptation du système américain Behavioral Risk Factor Surveillance System) fut développé afin de contrôler les évolutions des facteurs de risques de l'environnement et du comportement sur les maladies. Ce contrôle est nécessaire pour répondre aux questions prioritaires sur la santé au Nigéria. L'information comportementale recueillie par ce système, est prévue pour être utilisée par les départements nationaux, d'Etat et ZGL de la santé pour prévoir, mettre en oeuvre et évaluer des programmes de prévention des maladies et de réduction des risques. Les domaines d'intervention prévus sont: les vaccinations, la prise en charge des cas de fièvre, les diarrhées et les IRA, la nutrition de l'enfant, le soin des mères comprenant le planning familial, ainsi que la séropositivité VIH/le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (MST).

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

Figure 1

DTCoq 1, Polio 3, et Rougeole
Couverture vaccinale
Nigéria, 1984 - 1992



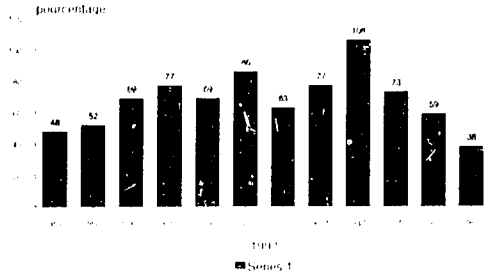
* Vacc < 1 / enfants Survivants x 100

Couverture vaccinale

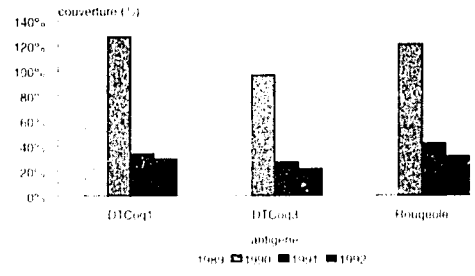
- La couverture vaccinale PEV pour 1992 était censée utiliser le système de rapport NICARE développé par le ACSI-CCCD pour le Ministère fédéral de la santé. Figure 1 montre l'activité de vaccination par antigène en 1992. Ceci ne comprend que 74% des rapports reçus au niveau national. La couverture vaccinale a légèrement chuté comparée à 77% en 1991. Des estimations administratives de la couverture vaccinale des enfants agés de 0 à 11 mois montrent une amélioration dans certains états témoins du ACSI-CCCD (Figure 1). D'autres états montrent une couverture vaccinale stable ou légèrement en baisse par rapport à 1991 (Figures 2 et 3). Les estimations sont faites sur la base d'un nombre de doses d'antigènes administrées dans un état donné, divisé par le nombre d'enfants (recensement de 1991) de la population étudiée agée de 0 à 11 mois estimée pour 1992.

Figure 2

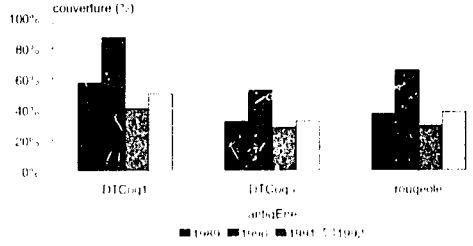
Couverture administrative pour le DTCoq3, antigène
par mois population d'enfants ,gés de 0-11 mois
Etat d'Enugu, Nigeria, jan - déc 1992



Taux de couverture par antigène
enfants < 12 mois
Etat du Plateau, Nigeria, 1989 - 1992



Taux de couverture par antigène
enfants < 12 mois
Etat du Niger, Nigeria, 1989 - 1992



PEV urbain/projet métropolitain de Lagos

- En réponse à la médiocre qualité des indicateurs dans l'état de Lagos: taux importants d'abandon en cours de vaccination et une faible couverture vaccinale de la rougeole dans le Lagos métropolitain, on développa une intervention urbaine PEV pilote. Les résultats d'une enquête REACH en septembre 1992 sur la couverture vaccinale sur 12 ZGLs urbaines dans l'état de Lagos révéla que, même s'il y avait un accès large aux services (93% en moyenne), la couverture vaccinale était inférieure (60% en moyenne) avec un taux d'abandon moyen de 10% entre le DTCoq 1 et le DTCoq 3 et de 12% entre le DTCoq 3 et la rougeole. Seulement 18 (20%) des 91 agents de santé calculaient régulièrement les taux d'abandon en cours de vaccination. Les obstacles aux services de

vaccination comprenaient: le manque de services intégrés, la nécessité de plusieurs jours pour compléter la vaccination, le manque de disponibilité des antigènes chaque jour, l'absence de dépistage des mères lors des visites médicales d'enfants et le manque de vaccin contre la fièvre jaune.

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES (LMD)

Unités TRO et Formation Clinique TRO

- Dans l'année 1992, des points TRO furent installés et équipés dans tous les Centres de soins dans l'état d'Osun et dans la zone de gouvernement locale ZGL d'Ife; deux centres de santé supplémentaires furent qualifiés comme unités de formation et de démonstration TRO dans les ZGLs de Suleja et Gurara. Une formation clinique TRO fut mise en place pour les dirigeants LMD ZGL et les agents de santé dans les ZGLs témoins de l'état du Niger.

PALUDISME

Etude de l'utilisation des moustiquaires de lit et des rideaux imprégnés de pesticide

- Le paludisme est une maladie hautement endémique au Nigéria et c'est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité du pays. La recherche de mesures de contrôle pratiques et efficaces qui pourraient être menée à bien par des habitants de la communauté a conduit à une étude consistant: à examiner l'utilisation des moustiquaires ou de rideaux imprégnés d'un insecticide (pyréthroide synthétique). Les buts de cette étude tendaient: à mesurer la prédominance des cas de paludisme (épisodes individuels de paludisme clinique, d'anémie, et de paludisme sévère pendant et après un essai au niveau de la communauté d'une application de perméthrine par maison et d'une imprégnation de perméthrine sur les moustiquaires et les rideaux); à étudier le vecteur de contact humain (nombre de moustiques femelles à l'intérieur des maisons et les taux de piqures à l'intérieur et à l'extérieur); àdéterminer la sensibilité des moustiques vecteurs de la maladie à la perméthrine et la durée d'efficacité des moustiquaires et des rideaux imprégnés; et enfin à évaluer la soumission de la communauté à se conformer au traitement de perméthrine et àl'utilisation des moustiquaires et des rideaux imprégnés pendant une période de 24 mois. Les figures 4 et 5 présentent les informations sur les aspects sociaux et du comportement inhérent à la partie de cette étude consacrée au contrôle du paludisme.

Figure 5

Méthode de prevent on utilise le mois precédent
aspects sociaux et de comportement, contrôle du paludisme
Nsukka LGA, Nigeria, 1992

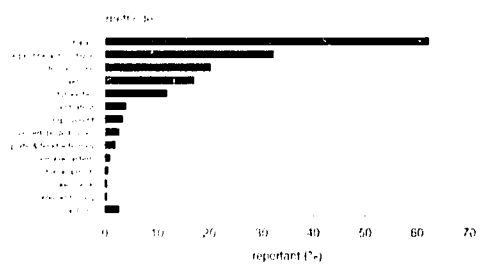
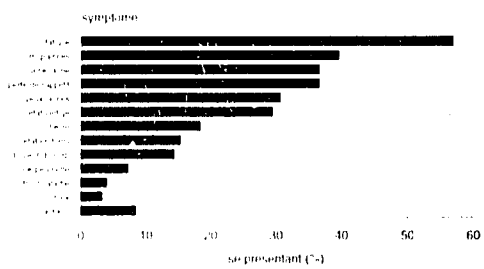
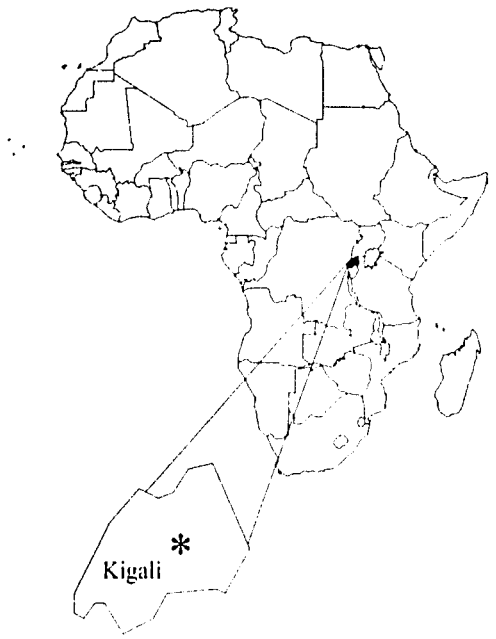


Figure 6

Symptoms du paludisme perçu
aspects sociaux et de comportement contrôle du paludisme
Nsukka LGA, Nigeria, 1992



Rwanda



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	6.1	7.3
Mortalité infantile	127	112
Mortalité < 5 ans	214	189
Couverture DPCoq 3	44%	85%
Couverture rougeole	45%	81%
Couverture polio 3	50%	54%
Taux de fécondité	7.4	8.5
Prévalence de la contraception		10%
Revenu par habitant $US	280	310
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU RWANDA

	1982	
	1983	Evaluation du pays
Signature de l'accord sur le projet	*1984*	
Formation des dirigeants de niveau intermédiaire	*1985*	Nomination de Maryanne Neill (conseiller)
Première revue du projet		Etudes CAP sur le LMD et le paludisme
	1986	Centres de formation et de démonstration TRO
		Première évaluation du projet
Deuxième revue du porjet	*1987*	Documentation des accroissements de la morbidité du paludisme
Surveillance in vivo des traitement du paludisme		Campagne d'information sur la rougeole
		Cours moyen de gestion
Système national d'information sanitaire	*1988*	Deuxième évaluation du projet
		Fin du projet
	1989	
	1990	
	1991	
	1992	
	1993	

Rwanda

Le projet ACSI-CCCD a apporté son aide au Ministère de la santé et des Affaires sociales au Rwanda de 1984 à 1988. Les réalisations du projet ont été particulièrement remarquables dans les domaines de supervision, de l'éducation pour la santé et de la vaccination des enfants.

SYSTEME DE SUPERVISION DES INTERVENTIONS ACSI-CCCD

Avec l'aide du projet ACSI-CCCD, le Ministère a installé un système innovatif de contrôle national des interventions. Le système comprenait une liste de supervision qui proposait des informations de qualité sur les performances des centres de santé aux fonctionnaires médicaux régionaux et au personnel national du Ministère. Les listes de supervision étaient informatisées, et les données recueillies étaient incorporées au système national d'information sanitaire. Avec une équipe de supervision efficace formée au niveau national, les rapports de contrôle qui étaient produits aidèrent les superviseurs régionaux à déceler et à résoudre les problèmes dans leurs centres de santé régionaux. Les superviseurs offraient une formation sur le tas aux agents de santé pour aider à pallier aux problèmes de performances qui avaient été décelés. Malgré des problèmes politiques et financiers critiques, l'utilisation des listes lors des supervisions de routine s'est poursuivie jusqu'en 1993—5 ans après la fin du projet ACSI-CCCD.

EDUCATION POUR LA SANTE

L'éducation pour la santé fut un élément exceptionnel du projet ACSI-CCCD au Rwanda. Le projet proposa une formation et un soutien logistique pour aider la Division d'éducation pour la santé à informer à la base sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des agents de santé et des mères de famille sur les interventions soutenues par le projet ACSI-CCCD. La Division développa et produisit une variété d'outils éducatifs fondés sur la recherche communautaire. Elle forma des agents de santé à les utiliser en promouvant les messages de santé (spécialement la reconnaissance des maladies clés, le traitement à domicile de la fièvre et des diarrhées, la compréhension des plans de vaccination, et la fréquentation des centres de santé fournissant des services ACSI-CCCD. Plusieurs "mini campagnes" couronnées de succès furent menées pour promouvoir les vaccinations.

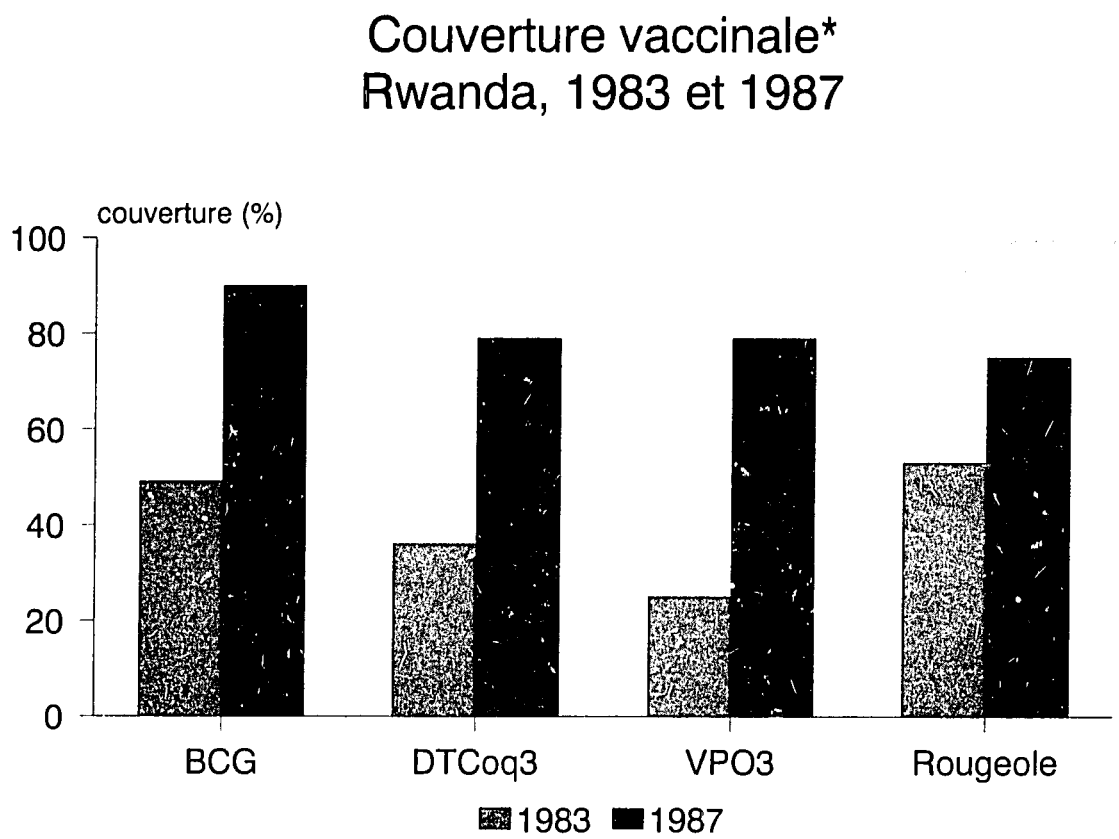
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

L'aide du ACSI-CCCD pour des activités d'encadrement et d'éducation pour la santé, ajouté à un réel engagement du gouvernement Rwandais au PEV, et à un soutien du secteur privé, ont abouti à d'important résultats positifs dans le domaine de la couverture vaccinale de l'enfant et dans la réduction des maladies au Rwanda. La couverture VPO 3 passa de 25% en 1983 à 79% en 1987, et la couverture rougeole passa de 53% à 75% pendant la même période.

GRAPH

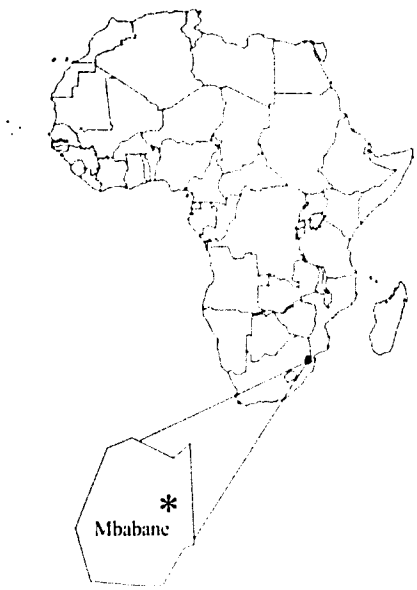
Les cas de rougeole chez les enfants chutèrent de 54% de 1984 à 1987, et la mortalité de 26%. Une stratégie de vaccination bien établie, un organe fort de formation, ainsi que des efforts réels de mobilisation sociale ont également contribué au succès du PEV. Le pays a soutenu un programme PEV fort jusqu'en 1993, mais les succès sont menacés par des conflits politiques, une baisse des soutiens financiers de la part de donateurs, et un manque de personnel.

Figure 1



* enfants âgés de 12 à 23 mois

Swaziland



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population	700,000	771,000
Mortalité infantile	124	76
Mortalité < 5 ans	182	113
Couverture DPCoq 3	66%	79%
Couverture rougeole	59%	70%
Couverture polio 3	76%	79%
Taux de fécondité		6.5
Prévalence de la contraception		17%
Revenu par habitant $US	790	820
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU SWAZILAND

	1982	
	1983	Evaluation du pays
Signature de l'accord sur le project	*1984*	Nomination de John Nelson (conseiller basé au Lesotho)
Formation des dirigeants de niveau intermédiaire	*1985*	Méthodologie de recyclage CCCD établie Première revue du project
Premiere évaluation du projet	*1986*	
Reseau national de la chaine de froid Re-mise en oeuvre de la détection des cas de paludisme actif Vaccination de masse contre la rougeole	*1987*	Nomination de Larry Brown (conseiller) Plan de travail sur 3 ans PEV, paludisme et LMD
Compte-rendu national de la politique EPI Deuxieme évaluation du projet	*1988*	Politique de traitement des fièvres présumées Centre de traitement national TRO Système de contrôle et d'enquête des épidemies
Troisème evaluation du projet	*1989*	Etude nationale de la couverture vaccinale
	1990	Evaluation de la formation nationale TRO Plan de travail IRA sur 3 ans Fin d'étude "éducation pour la santé - paludisme"
Signature de l'accord d'extension ACSI-CCCD Evaluations des besoins en formation dans 20 cliniques	*1991*	Programme de contrôle IRA Fin du projet
	1992	
Evaluation de l'unité TRO	*1993*	

Swaziland

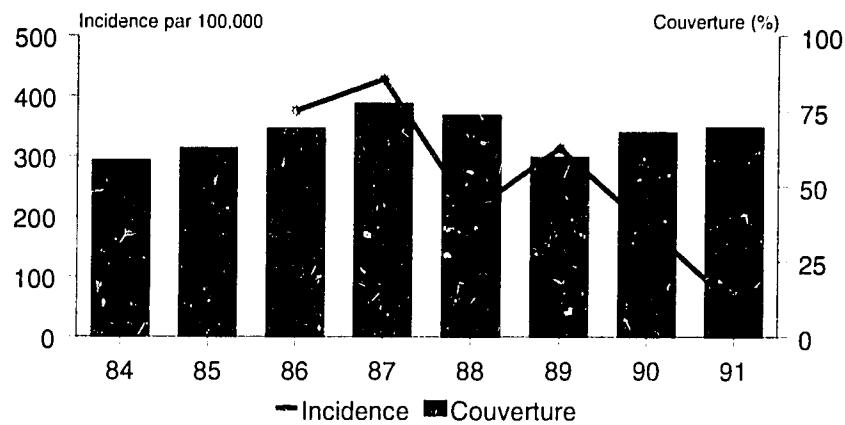
Le projet ACSI-CCCD au Swaziland a démarré en 1984. Un responsable technique àtemps partiel basé au Lesotho fut nommé pour seconder le Ministère de la santé. Un responsable à temps plein servit au Swaziland de 1988 à 1991. Le projet apporta principalement son soutien aux programmes de vaccination et de lutte contre les maladies diarrhéiques. Une aide pour la recherche sur le paludisme et, plus tard, pour le développement d'un programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants fut ajoutée. De 1991 à 1992, lorsque le projet fut terminé, l'ACSI-CCCD prêta son concours dans diverses activités de recherche opérationnelle particulièrement dans le domaine du planning familial.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION: UNITE DE CONTROLE ET D'INVESTIGATION SUR LE DECLENCHEMENT DES MALADIES

Le projet ACSI-CCCD apporta son aide technique et guida le PEV au Swaziland. Ce programme, l'un des meilleurs en Afrique, permit d'atteindre des taux de couverture vaccinale élevés et de réduire les taux de maladies. La couverture vaccinale contre la rougeole s'accru de 29% en 1982 à 65% en 1990 (légérement inférieur aux années 1988-1989). Le PEV au Swaziland (PEVS) a réalisé son objectif de 1990 de réduire les cas de rougeole à moins de 2.000 en 1990, 1.592 cas furent rapportés (Figure 1).

Figure 1

Incidence de la Rougeole
et la Couverture Vaccinale
Swaziland, 1984 - 1991



* Vacc. <1/
Enfants survivants X 100
Source: MOH Central Statistics

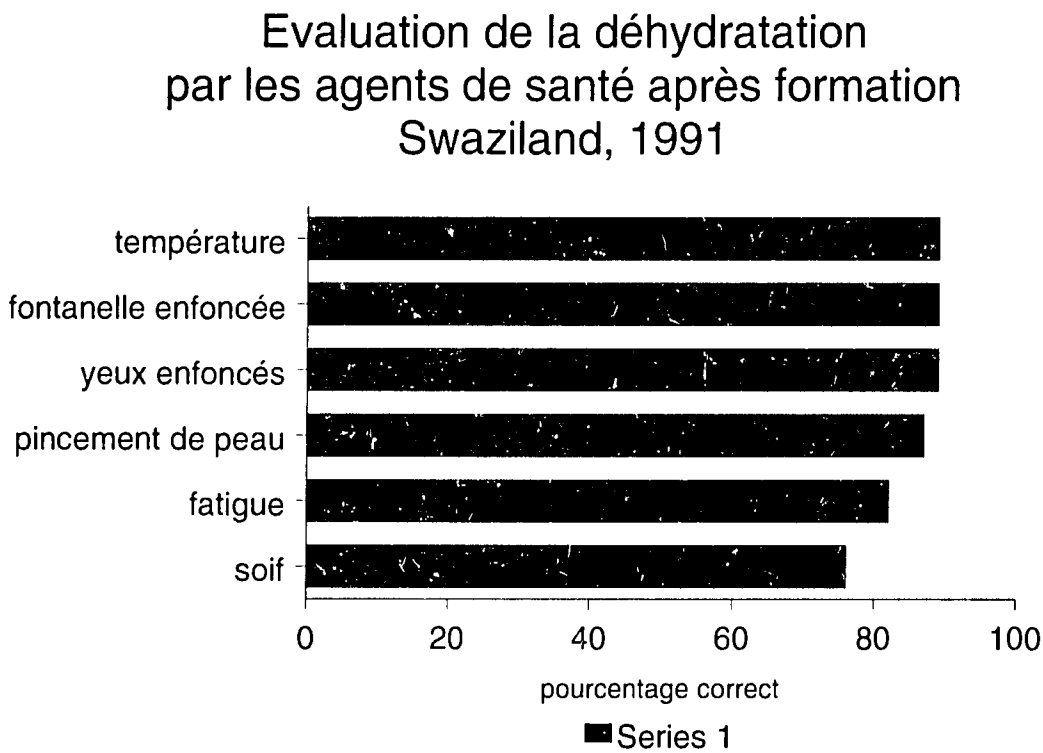
Le Programme élargi de vaccination au Swaziland (PEVS) créa une unité de contrôle et d'enquête sur l'apparition des maladies afin d'identifier et de réagir à l'apparition des maladies ciblées. Grâce à l'appui d'une surveillance améliorée et à diverses activités de promotion de la vaccination, l'unité contribua largement à la baisse des cas de maladies.

CENTRE DE FORMATION ET DE TRAITEMENT DES MALADIES DIARRHEIQUES AU SWAZILAND.

Le Ministère de la santé créa un centre de formation et de traitement des maladies diarrhéiques à l'Hôpital général de Mbabane en 1988. De 1988 à 1991 le centre forma presque 180 prestataires de soins féminines, à l'évaluation et le traitement des enfants souffrant de diarrhée et de déshydratation. Dès 1991, des points TRO furent créés dans environ 90% des établissements de santé et suivirent des formations au niveau national et régional.

En 1991, le Ministère de la santé évalua les résultats de cette formation TRO sur les performances cliniques des agents de santé sur le terrain. La plupart de ces agents de santé surent diagnostiquer les cas correctement, y compris dans l'examen des signes de déshydratation. Plus de 85% des agents de santé montrèrent comment administrer les SRO et observèrent l'enfant absorber la solution. Près des trois quarts des médecins donnèrent des conseils avisés aux mères de famille concernant les régimes, l'absorption des SRO, l'allaitement, et la prévention de la diarrhée (Figure 2).

Figure 2

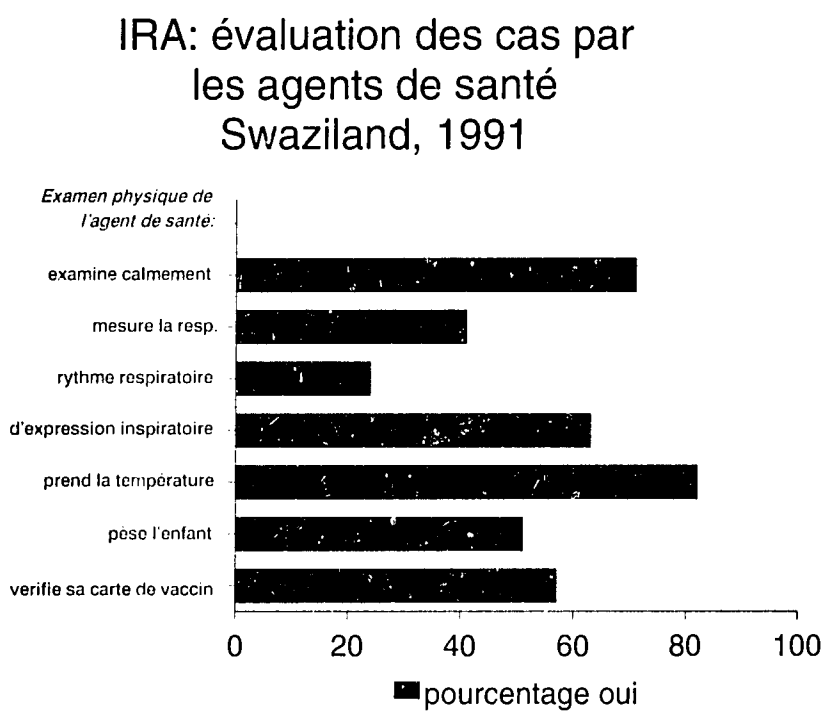


38 agents de santé dans
20 établissements de santé

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA)

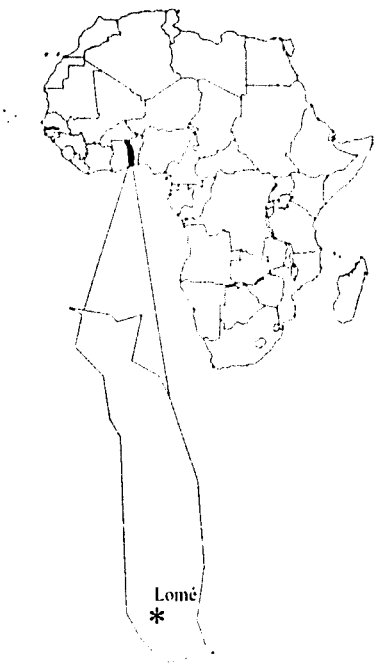
Le Ministère de la santé lança avec succès un programme national de lutte contre les IRA en 1991. Suivant une recherche ethnographique de base, le Ministère conçut un plan, conduisit une étude sur les besoins de formation des agents de santé, mena àterme un programme de formation pour les prestataires de soins féminines, et forma 67 prestataires de soins et 64 médecins dans la prise en charge des cas standard d'IRA. L'évaluation des besoins de formation dans 18 établissements démontra que les agents de santé réalisaient correctement les examens de routine mais avaient besoin d'une instruction supplémentaire pour traiter les cas nouveaux. L'étude apporta des informations de base permettant d'évaluer les résultats d'une formation et d'un contrôle ultérieurs des IRA. (Figure 3).

Figure 3



49 examens dans 15 établissements de santé
Source: Rapport: Evaluation des Besoins, juin 1991

Togo



L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	3.0	3.7
Mortalité infantile	98	88
Mortalité < 5 ans	160	143
Couverture DTCoq 3	9%	52%
Couverture Rougeole	9%	48%
Couverture Polio 3	47%	52%
Taux de fécondité	6.6	6.1
Prédominance de la contraception		
Revenu par habitant $US	250	410
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU TOGO

	1982	
Signature de l'accord sur le projet	*1983*	Nomination de Kevin Murphy (conseiller)
Première évaluation du projet	*1984*	MUHS accompli
Conférence consultative ACSI-CCCD		Début des consultations SIS
	1985	Paludisme testé in vivo
		Politique de lutte contre le paludisme
	1986	Nomination de Brian Fitzgibbon (conseiller)
Deuxième évaluation du projet	*1987*	
Extension du projet		Evaluation de la formation au Ministère de la santé
	1988	Campagne de vaccination (UNICEF)
Troisième évaluation du projet	*1989*	Nomination de Karen Wilkins (conseiler)
	1990	Réalisation SIS pour les malades hospitalisés
		Première revue du projet
	1991	
	1992	
	1993	Fin du projet

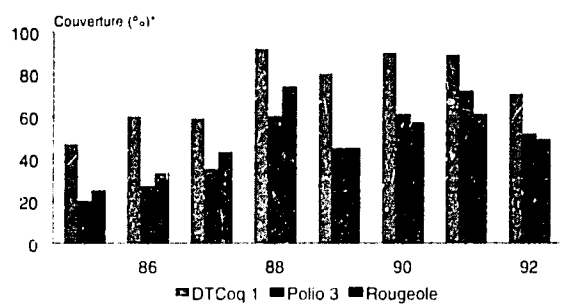
Togo

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Le projet ACSI-CCCD au Togo débuta en avril 1983 au moment où le Ministère de la santé (MS) envisageait la mise en oeuvre de son nouveau Programme élargi de vaccination. Les vaccinations avaient été sporadiques durant la décennie précédente et la couverture vaccinale était très faible dans tout le pays. Initialement le MS envisagea de mener une campagne mobile basée à Lomé. Avec l'arrivée de la nouvelle équipe ACSI-CCCD la stratégie fut modifiée pour insister sur les services de vaccinations dans des centres de santé fixes à travers le pays. En 1989, l'initiative de l'UNICEF donna un nouvel essort à la campagne de vaccination. Les progrès de la couverture vaccinale furent impressionnants jusqu'à ce que des problèmes internes surgissent aux début des années 1990. On a pu noter également des baisses de la morbidité dues aux vaccins préventifs de ces maladies. La polio et le tétanos néonatal ont atteints les niveaux les plus bas jamais atteints. La morbidité et la mortalité dues à la rougeole ont chuté de façon notable depuis 1986.

Figure 1

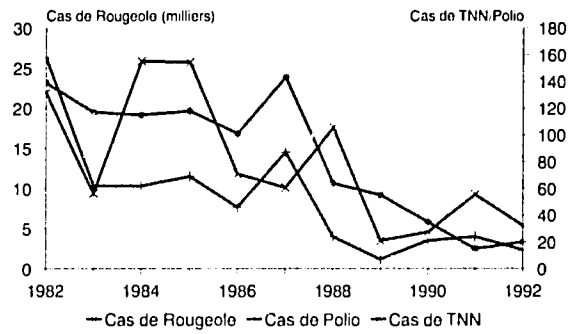
DTCoq 1, Polio 3, et Rougeole
couverture vaccinale
Togo, 1985 - 1992 (Sept)



* Tirées sur les cartes 1987-1991
Méthode administrative 1986, 1992

Figure 2

Cas de Tétanos Néonatal, Polio, Rougeole
Togo, 1982 - 1992



Serv. national statistique sanitaire

SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE

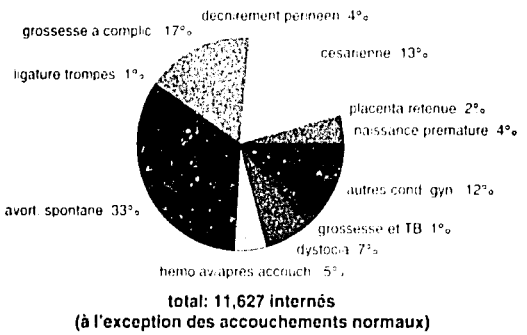
Après la mise en oeuvre du programme PEV au niveau national, le MS eut pour priorité de moderniser son SIS. Les informations du SIS n'était pas à jour et avait besoin d'être simplifiées et canalisées pour offrir des données actualisées sur les maladies répertoriées dans le pays. Une série de consultations sur le terrain par du personnel MS et ACSI-CCCD aux différents niveaux de centres de soins eurent lieu et un plan d'action fut mis en place. On établit des définitions de cas et une formation dans chaque préfecture pour le personnel chargé des rapports sur les maladies. Par la suite, les 21 hôpitaux régionaux furent inclus dans le système. Aujourd'hui le système fournit des données utiles à la planification des services de santé et à la surveillance des maladies sur une base rapide et précise. La présentation graphique des données a servi à améliorer la qualité des rapports statistiques annuels et à les rendre plus utilisables par les responsables du MS et les bailleurs de fonds.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le paludisme est une maladie présente au Togo depuis de nombreuses années. Avec la menace imminente de l'émergence d'un paludisme résistant, le projet ACSI-CCCD a aidé le Ministère de la santé à mettre en place une surveillance de la chimio-résistance aux médicaments antipaludiques disponibles. Au moment de la mise en oeuvre du projet, la chloroquine à un taux de 10 milligrammes par kilogramme de poids humain etait efficace à 100% dans le traitement du paludisme. Cependant, à la fin des années 1980, les qualités de résistance à la chloroquine inhérentes au parasite sont devenues prédominantes dans le pays. Ce changement fut décelé par le système de surveillance MS, et un nouveau protocole de traitement national du paludisme (25 mg/kg traitement sur 3 jours) fut promulgué et adopté au niveau national. La surveillance de la résistance aux médicaments au Togo est maintenant une priorité du programme de paludisme du MS.

Figure 3

Causes obstétriques principales diagnostiqué en hôpital internés tous hôpitaux, Togo, 1990

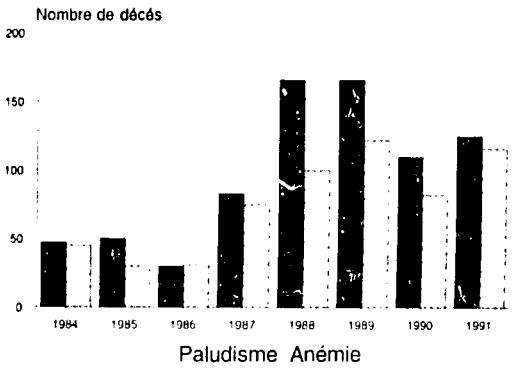


total: 11,627 internés
(à l'exception des accouchements normaux)

Source: SNSS

Figure 4

Décés du au Paludisme et L'Anémie
Service Pédiatrique, Chu
Lomé, Togo, 1984 - 1990



Paludisme Anémie

Enfants < 15 Ans

THERAPIE DE REHYDRATATION PAR VOIE ORALE (TRO)

Le projet se développa grâce à des confrères qui diffusèrent et popularisèrent l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale à domicile ou à l'intérieur du système médical du Togo. En coopération avec Peace Corps, et avec un projet de puits de village dans la région des Plateaux, le projet aida à former les chefs de villages à utiliser la TRO.

Zaire

L'ECHELONEMENT DU PROJET ACSI-CCCD

* Kinshasa

Statistique du Pays		
	1985	1993
Population (en millions)	29.9	38.7
Mortalité infantile	103	117
Mortalité < 5 ans	170	180
Couverture DTCoq 3	16%	
Couverture rougeole	22%	
Couverture polio 3	16%	
Taux de fécondité	6.1	6.7
Prédominance de la contraception		1%
Revenu par habitant US$	140	230
(Source: L'Etat des enfants dans le monde 1993)		

ECHELONNEMENT DES ACTIVITES AU ZAIRE

Signature de l'accord sur le project	*1982*	Evaluation du pays Nomination de Jean Roy (conseiller)
	1983	Nomination de William Taylor (Epidemiologiste)
Première étude MUHS	*1984*	Nomination de Melinda Moore (Epidemiologiste)
Première évaluation du projet	*1985*	
	1986	Accord sur la politique contre le paludisme
Etude sur le paludisme et les grosses	*1987*	Nomination de John Paul Brennan (conseiller)
Deuxième evaluation du projet	*1988*	Enquête MUHS Nomination d'Andrew Vernon (Epidemiologist)
	1989	Nomination de Karen Wilkins (conseiller) Premier essai du vaccin F-Z à Kinshasa
	1990	Debut du cours ZSPH de formation sur la santé
Etudes nationales PEV, LMD, paludisme, planng familial et du SIDA	*1991*	Fin du projet
	1992	
	1993	

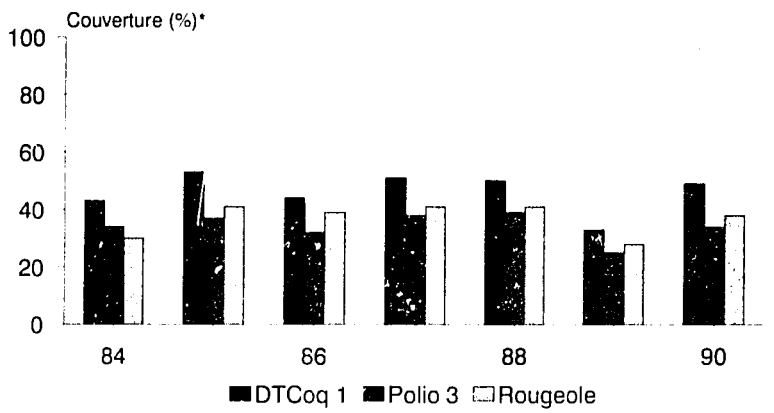
Zaire

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Le projet ACSI-CCCD démarra en Septembre 1982 avec la nomination d'un conseiller technique à plein temps à l'unité PEV du Ministère de la santé. Le projet prit fin en 1990 lorsque l'USAID suspendit ses programmes d'assistance technique. Le système de santé du Zaire avait été pendant de nombreuses années un effort de ecopération entre les secteurs privés, religieux et gouvernementaux pour procurer des services àun réseau de zones de santé décentralisées, chacune comptant une population d'environ 250.000 habitants. L'infrastructure publique du pays, notamment ses routes et ses établissements de soins, était très peu financée par le gouvernement et dépendait en grande partie du soutien financier des bailleurs de fonds, des ONG, et des populations locales pour sa maintenance. Le Programme élargi de vaccination était une activité prioritaire dans toutes les zones de santé opérationnelles. Les services de vaccination comptaient sur la continuité de l'approvisionemnt en vaccins venant du Kinshasa pour joindre des antennes régionales du PEV où les facilités de stockage et le personnel permettaient de fournir les zones rurales alentours. Ceci permit aux services de vaccination de s'étendre largement. Un système d'honoraires raisonnables imposés dans les centres de santé fixes des zones de santé fournit une source de revenus aux centres et leur permet d'acheter des fournitures. Dans les régions de bonne couverture vaccinale et où la surveillance se poursuit, les taux de cas de maladies ont chuté.

Figure 1

DTCoq 1, Polio 3, et Rougeole
Couverture vaccinale
Zaire, 1984 - 1989

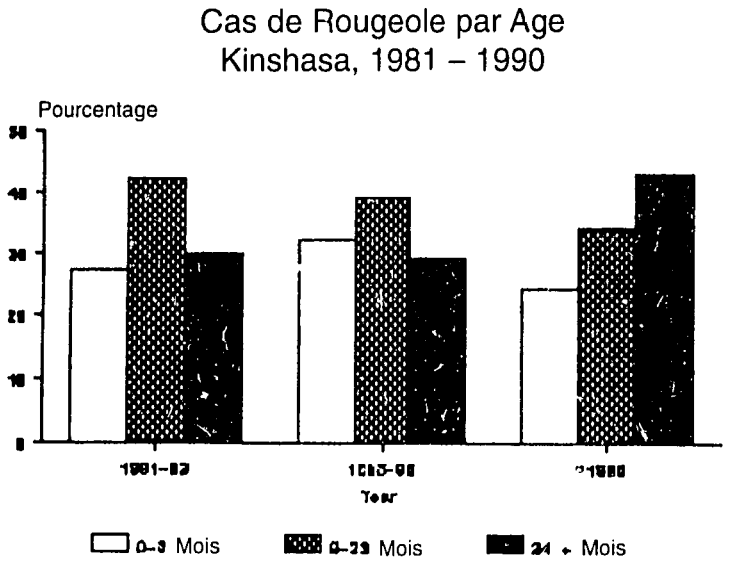


* Vacc. <1 / enfants survivants x 100

Bien que les taux nationaux de couverture vaccinale n'aient pas augmenté de manière formidable après les quatre premières années d'activités du projet, les zones de santé ont réussi à maintenir une couverture vaccinale notable malgré de sérieux troubles civils dans certaines régions.

L'épidémiologie de la rougeole à Kinshasa donne un exemple du problème de la rougeole dans l'Afrique urbaine. Environ un tiers des cas touchent des enfants de moins de 9 mois, age recommandé pour l'administration du vaccin standard de Schwarz. En tant que partie du programme de recherche opérationnel du projet ACSI-CCCD, une dose moyenne du vaccin Edmonston-Zagreb fut administrée à des enfants de 6 mois.

Figure 2



ENQUETE NATIONALE SUR LA SANTE

Avec l'aide de l'UNICEF et de l'ACSI-CCCD, une enquête nationale sans précédent sur la couverture vaccinale (comprenant le SIDA, le planning familial, le CDD, et les données du paludisme) fut lançée en 1991 peu de temps avant que voyager à l'intérieur du pays ne devienne impossible. Cette enquête révéla que des connaissances approfondies, et une importante utilisation de la TRO ainsi qu'une thérapie antipaludique appropriée étaient institutionnalisées au Zaire. Par exemple, les résultats de l'enquête révélèrent que 27% des mères de famille soignaient leurs enfants à domicile avec la SSS et que 42% des patients sont traités dans les centres de santé avec les SRO. En ce qui concerne le traitement du paludisme, 89% des patients étaient traités correctement à la chloroquine lorsqu'ils visitaient dans un centre de santé, et 59% étaient traités à domicile par un médicament oral antipaludique avant de venir au centre.

A cause de la nature décentralisée du système de santé du Zaire, l'instauration d'un SIS national n'était pas une priorité pour le projet. Les initiatives importantes étaient d'assurer le contrôle local des établissements de la zone de santé et d'assurer la production de données locales permettant des prises de décision. Ces initiatives furent menées à bien avec la formation de fonctionnaires médicaux dans la zone, formation aux techniques et à la gestion des soins de santé primaires. Des cours d'éducation pour la santé en collaboration avec l'école de santé publique de l'Université de Kinshasa permirent également d'améliorer les compétences des agents de santé concernant l'éducation des patients.

DIRECTION

Le projet a bien réussi à développer une équipe de direction à la santé publique. Un nombre impressionnant de nationaux occupe actuellement des postes à l'OMS et continuent à contribuer de façon significative aux développements de la santé publique en Afrique. (ex: le coordinateur PEV de l'OMS pour l'Afrique et deux représentants nationaux de l'OMS.)

DECENTRALISATION

Le Zaire fut capable d'assurer près de 50% de la couverture vaccinale nationale et des taux tout aussi élevés de traitement correct du paludisme et de la TRO grace à la sagesse de sa stratégie de décentralisation, à ses approches auto-financées, et à la ténacité de ses auxiliaires de santé.