

PN ABCU-312

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

**BATIR L'AVENIR SUR L'EXPERIENCE
DE L'ACSI-CCCD**



G E S T I O N



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'équipe du projet ACSI-CCCD, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne reflète pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'A.I.D. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent 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 # 099-4053) ou en français (099-4059) sont disponibles à:

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

Bâtir l'avenir sur l'expérience de l'ACSI-CCCD

Jennifer W. Bryce, Joseph F. Naimoli, Deborah McFarland

Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division,
International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention

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

Les programmes de la santé publique dans les pays en voie de développement se trouvent en face de nouveaux défis dans les années 90. Le pool des ressources globales disponible dans le domaine de la santé se rétrécit proportionnellement aux besoins croissants. Des efforts revigorés vont renforcer la gestion des programmes de la santé publique et améliorer la qualité des services associés. Les expériences du personnel de santé publique dans les pays en voie de développement et dans les agences internationales d'aide peuvent aider à garantir que les gains obtenus par de grands efforts servent de base aux nouvelles initiatives.

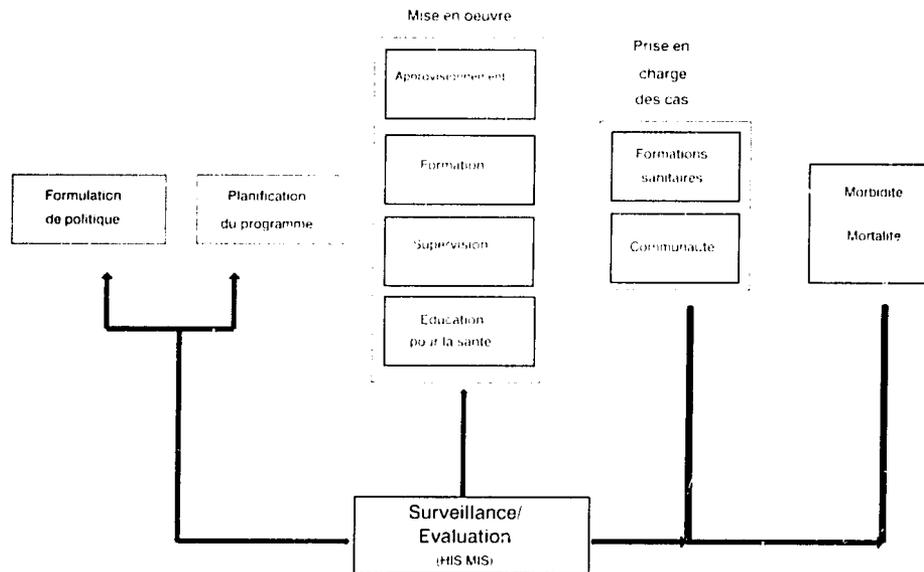
De 1982 à 1993, l'Agence pour le Développement International (A.I.D.) a travaillé avec 13 pays africains dans le but de renforcer les programmes de la santé publique. Le but de l'Action pour la Survie de l'Enfant en Afrique - Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (ACSI-CCCD) était de réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans^a. CCCD a prêté son assistance à 13 pays dans quatre domaines programmatiques (immunisation, maladies diarrhéiques, paludisme et infections respiratoires aiguës) et dans six stratégies d'assistance (systèmes d'information sanitaire, formation et supervision, éducation sanitaire, recherche opérationnelle, financement de la santé, et pérennisation)¹. La CCCD initialement se limitait aux maladies cibles et aux technologies choisies. Pendant les dernières années du projet, les efforts se concentrèrent sur l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé pour les enfants âgés de moins de 5 ans. Aujourd'hui, suite aux progrès réalisés dans les domaines spécifiques des programmes techniques ou d'aide et aux priorités énoncées par les directeurs de programmes, l'optique s'est élargie afin d'inclure une approche de la santé publique basée sur la gestion.

Le but de cet article est de réviser certains aspects choisis de l'expérience de la CCCD du point de vue de la gestion. Nous nous sommes servis d'un modèle de la gestion des programmes de la santé publique comme cadre organisateur dans la présentation de la révision (Figure 1). Le modèle comporte 1) le développement de la politique, 2) la planification des programmes, 3) la mise en oeuvre des programmes et 4) l'évaluation. Bien que ce modèle ne soit pas explicite dans les conceptions initiales du projet CCCD, les programmes de plusieurs pays utilisaient le modèle implicitement au fur et à mesure que leurs programmes évoluèrent. Une mise en oeuvre appropriée des quatre composantes est censée mener à une distribution efficace des services de prévention et à une prise en charge efficace des cas, qui par conséquent diminuerait plus tard les taux de morbidité et de mortalité. Nous allons donner un court résumé de l'importance des différentes composantes des programmes et ensuite une description de certaines expériences de la CCCD et de la situation actuelle; nous allons en plus renvoyer le lecteur aux sources pertinentes pour des informations supplémentaires^a, et nous attirons leur attention sur les questions qu'il faudra aborder dans l'avenir.

a En 1992, à la demande de l'Agence pour le Développement International (A.I.D.), la CDC [Centres de Lutte contre les Maladies et de Prévention] a entrepris une révision de grande envergure des activités et des réalisations dans le contexte du projet CCCD. Il y a plus de 40 produits résultant de cette révision, comprenant des articles de revues, des manuels, des systèmes de logiciel pour ordinateur, et des recueils d'abrégiés et de rapports de recherche. La majorité de ces documents se concentre sur une stratégie particulière (par exemple, le système d'information sanitaire, la formation, ou la recherche opérationnelle) ou un programme concernant une maladie (par exemple, l'immunisation, les maladies diarrhéiques, ou la lutte contre le paludisme).

FIGURE 1

L'initiative paludisme
une approche orientée sur la gestion pour
améliorer les services de santé



Le rôle de la politique 'fonctionnelle' de la santé publique

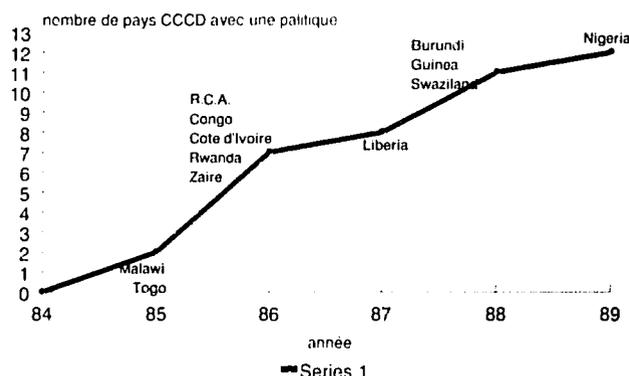
Les programmes de la santé publique ont besoin d'une politique fonctionnelle et d'une politique rhétorique. Une politique fonctionnelle se concentre sur des maladies spécifiques (par exemple, les maladies diarrhéiques et le paludisme) ou sur les attributs du système de la santé publique (par exemple la logistique et la formation) et elle procure un jeu de directives ou de 'feuilles de route' pour les responsables de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des programmes de la santé publique. La 'politique rhétorique', par contre, se réfère aux déclarations d'intention faites au niveau national ou international qui contiennent peu ou pas de conseils sur le plan opérationnel. "Santé pour tous d'ici l'an 2000" comme objectif est un exemple de politique rhétorique adoptée par une grande majorité des pays à Alma Ata en 1978¹. Une politique rhétorique peut jouer un rôle important dans la promotion, mais ne saurait remplacer une politique fonctionnelle en tant que composante opérationnelle critique dans les programmes de la santé publique. Une comparaison entre les caractéristiques de la politique fonctionnelle et de la politique rhétorique est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1.

	POLITIQUE FONCTIONNELLE	POLITIQUE RHÉTORIQUE
BUT	DIRECTION OPÉRATIONNELLE	PROMOTION
AUDIENCE OU CONCENTRATION	INTERNE	EXTERNE
COMPLEXITÉ	FACILE À UTILISER	NÉCESSITE DES EXPLICATIONS
SPÉCIFICITÉ	HAUT DEGRÉ	BAS DEGRÉ
BASE	DONNÉES EMPIRIQUES	VALEURS, PHILOSOPHIE
RELATION AVEC LE PROCÉDÉ DE DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES	LIÉE	PAS DE LIEN EN GÉNÉRAL
POSSESSION DE PROGRAMMES	HAUT DEGRÉ	BAS DEGRÉ

Le rôle fondamental de la politique dans le développement de programmes a été reconnu de bonne heure dans le projet CCCD, et des progrès remarquables ont été faits dans les pays qui ont instauré des politiques dans les domaines techniques de la survie des enfants. Par exemple, la figure 2 présente une liste des pays CCCD qui ont adopté des politiques de lutte contre le paludisme depuis 1984, par année d'adoption par les Ministères de la Santé Publique. Quoique le projet CCCD ne puisse pas prétendre avoir été le seul à créer ces politiques, le paludisme est un exemple particulièrement utile du développement d'une politique parce que le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans l'avancement de la politique de lutte contre le paludisme a été limité par comparaison aux efforts faits dans le domaine de l'avancement de la politique de l'immunisation ou des maladies diarrhéiques.

Figure 2: Politiques de lutte contre le paludisme dans les pays CCCD

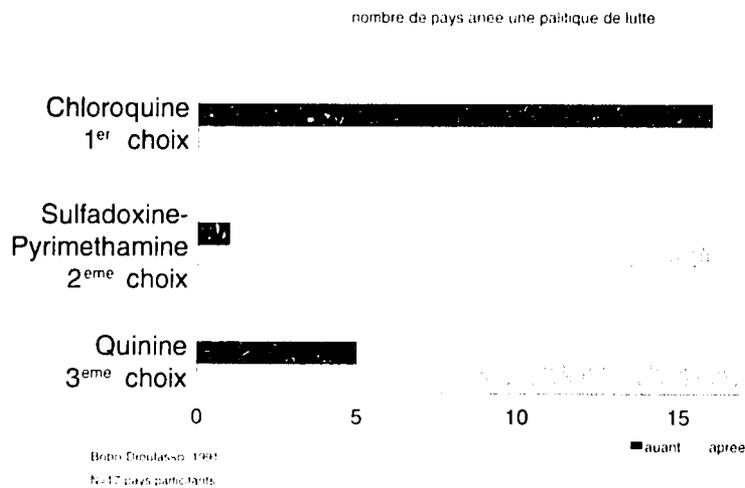


Dans plusieurs pays CCCD des améliorations ont été obtenues dans le développement, la mise au point et la qualité technique des politiques des programmes^{1,2}. Ces améliorations furent souvent le résultat d'une recherche opérationnelle qui a démontré que les politiques existantes ne correspondaient plus de façon adéquate aux caractéristiques épidémiologiques actuelles¹. La plupart des politiques révisées sont essentiellement fonctionnelles. Bien qu'elles comprennent des informations pertinentes d'ordre technique, leur concentration se limite à des problèmes programmatiques. Les contributions de la CCCD dans le domaine de la politique sont, parmi d'autres, la reconnaissance accrue de la nécessité de fonder les politiques sur des données valables dans le contexte local et appropriées d'un point de vue technique¹, le développement ou le raffinement de méthodes permettant un usage efficace des données dans le développement des politiques¹, et l'importance d'utiliser une démarche globale, multidisciplinaire dans la formulation et la modification des politiques, illustrée par le vécu du développement d'une politique des maladies respiratoires aiguës (IRA) au Lesotho⁶.

Tout récemment, des méthodes innovatrices ont été élaborées dans le développement des compétences dans la définition des politiques de la lutte contre le paludisme, et en Afrique francophone de telles

méthodes ont été prouvées dans des activités appuyées par le projet CCCD¹⁸. Les directeurs de programmes de 17 pays ont collaboré avec le CDC et l'OMS dans un atelier de travail conçu et réalisé par leurs collègues. Les participants ont examiné systématiquement les données recueillies dans les pays d'Afrique et ils ont développé ou mis au point des politiques fonctionnelles pour la lutte contre le paludisme d'après ces données. Cet atelier de travail et l'assistance technique qui en découlait ont amélioré le niveau de la qualité technique et l'utilité des politiques nationales de la lutte contre le paludisme. Par exemple, suite à l'atelier de travail on a observé une augmentation remarquable du nombre de pays dont les politiques comprenaient l'indication des médicaments de seconde ligne contre le paludisme recommandés par l'OMS (Figure 3). La même démarche de renforcement des compétences dans le développement des politiques peut être appliquée à la prise en charge intégrée des cas ou aux nouveaux problèmes qui s'opposent à la survie des enfants, comme par exemple le SIDA.

Figure 3:
Médicaments de seconde ligne
avant et après l'atelier



Une politique fonctionnelle doit être basée sur les meilleures données disponibles, informée par l'expérience pratique acquise dans le domaine du système de prestations de services sanitaires et élaborée par des directeurs de programmes et leur personnel du front qui sont en contact avec les familles et les communautés. Les politiques fonctionnelles doivent correspondre au niveau de ressources disponibles ou anticipées pour un programme donné et elles doivent prendre en considération la portée des responsabilités et l'autorité du programme dans la formulation, la promotion et la mise en oeuvre des politiques. Parmi les défis de l'avenir on peut citer l'assistance aux directeurs de programmes dans le développement des programmes fonctionnels qui satisfont les besoins et l'amélioration des compétences des directeurs à utiliser efficacement des données pour le développement et la mise au point des politiques.

Planification basée sur la gestion des programmes de la santé publique

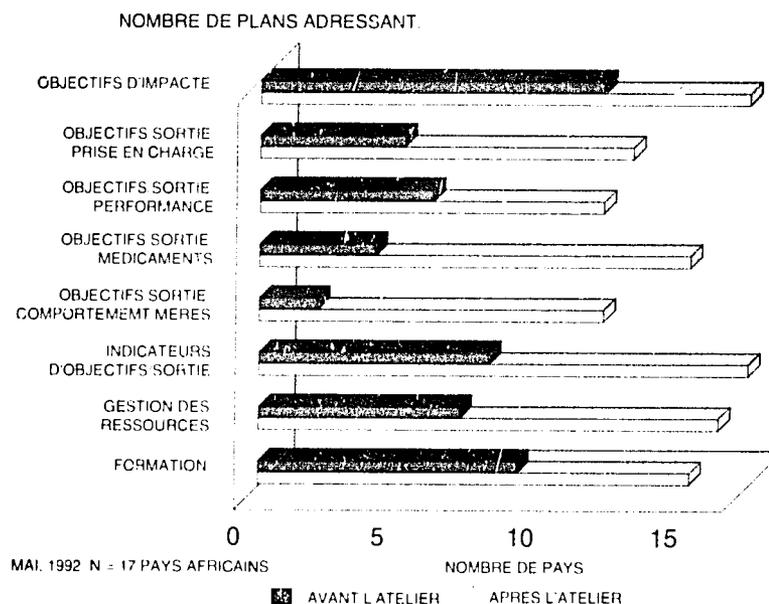
Les plans de programmes forment le lien entre la politique fonctionnelle, d'une part, et l'initiative dans le domaine de la santé publique, d'autre part. Parmi les éléments essentiels d'un plan on peut compter: 1) les objectifs et les indicateurs associés à l'effet escompté des activités du programme; 2) les objectifs et les indicateurs décrivant les résultats intermédiaires des activités du programme, y compris des modifications quantifiées de la prise en charge de la population cible et de la performance des personnes responsables de la prise en charge; 3) un plan de mise en oeuvre des programmes qui indique les activités en précisant qui va les réaliser, quand et comment; 4) un plan de surveillance de la mise en oeuvre des activités des programmes; et 5) un plan d'évaluation des résultats et de l'effet des programmes.

Dans beaucoup de pays d'Afrique, il existe une multitude de documents contradictoires sur la planification des programmes pour la survie de l'enfant. Souvent ce sont les besoins des agences donatrices qui dirigent le procédé de la planification au lieu des besoins des programmes et leurs directeurs. Selon l'agence donatrice les directeurs de programmes ont à remplir différents questionnaires standards. Une fois que les plans sont écrits, il est rare qu'on s'engage dans la voie critique de 'repenser la planification' en réponse aux leçons tirées de la mise en oeuvre et de l'évaluation.

Pendant les évaluations des programmes, les directeurs de programmes CCCD ont souvent mentionné le développement de plans de travail comme exemple du transfert de connaissance et de compétences dans la planification⁶. Les améliorations apportées aux systèmes d'information sanitaire^{10,11} et l'existence d'un important corpus de recherche appliquée¹² ont amené une augmentation de la qualité et de la quantité des données disponibles pour l'élaboration de plans de programmes¹ et, par conséquent, une meilleure prise en considération de l'importance des données pertinentes à la planification¹³. Un procédé de planification systématique de la formation continue des agents de santé basée sur des données pertinentes tirées des études périodiques de révision de la performance des agents de santé a été développé et mis en oeuvre au niveau de l'état et du district au Nigéria¹⁴.

La contribution des efforts récents du projet CCCD à l'amélioration de la planification des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique francophone peut servir à nouveau d'exemple. Un second atelier régional de travail pour les directeurs de programmes de lutte contre le paludisme et les efforts d'assistance technique associés^{7,15} ont augmenté la couverture et la qualité des plans des programmes de la lutte contre le paludisme. (Figure 4).

Figure 4:
Qualité des plans de lutte contre le paludisme
Avant et après l'atelier, Abidjan



Dans l'avenir, les donneurs doivent aider les directeurs de programmes à s'approprier d'avantage le procédé de planification. De grands progrès ont été réalisés vers une planification stratégique dirigée par des directeurs de programmes par l'intermédiaire de la révision de programmes et le procédé de replanification pour les programmes de prévention, TD [Traitement de la Diarrhée], PEV et VIH tels qu'ils ont été définis par l'OMS¹⁰. Cette approche favorise une participation au niveau ministériel à la planification dans un procédé en deux phases; d'abord le personnel d'un pays étudie les données disponibles, identifie les problèmes et définit les priorités, et ce n'est qu'à la suite des réunions subséquentes qui ont lieu entre le personnel et les donneurs éventuels qu'on peut déterminer le niveau de disponibilité des ressources. D'autres efforts seront nécessaires pour développer des stratégies pour renforcer les compétences de planification et pour avancer la replanification dynamique basée sur les données.

Soutien pour la mise en oeuvre des programmes

La mise en oeuvre des programmes demande une action systématique et globale telle qu'elle a été précisée dans la phase de planification. La mise en oeuvre de l'ensemble d'un programme comprend au moins l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels, la formation et la supervision des agents de santé, et l'éducation sanitaire. Le projet CCCD a eu un succès prouvé dans la mise en oeuvre de certaines stratégies dans les pays divers mais aucun pays n'a été assisté dans la mise en oeuvre de toutes les stratégies dans le cadre de la CCCD. Les expériences acquises ont démontré à plusieurs reprises que des programmes globaux sont nécessaires pour atteindre le but de la réduction de la mortalité¹¹.

En plus de la nécessité d'une approche globale, la seconde découverte dans les pays CCCD a été qu'il est important de suivre une séquence logique dans la mise en oeuvre des activités du programme. La Figure 5 représente l'impact d'un programme de deux ans pour la formation d'agents de santé qui enseignait une prise en charge appropriée pour les enfants fébriles de la Côte d'Ivoire mais dont l'effet resta limité parce qu'à la fin de la session de formation en 1991 il a été déterminé que 74% des installations sanitaires n'avaient pas de réserves de médicaments antipaludiques¹². L'enseignement d'une prescription appropriée de médicaments et la prédiction des besoins en médicaments présupposent la disponibilité des médicaments. De même il est trop tôt pour demander une formation sanitaire qui soit basée sur les collectivités dans la plupart des pays CCCD où des évaluations basées sur les établissements ont révélé non seulement que les produits de base essentiels font défaut mais en plus que des occasions sur place permettant aux agents de santé de former un personnel pour la prise en charge des enfants ont été ou manquées à plusieurs reprises ou trop peu utilisées, et cela même après la formation des agents de santé¹³ (Figure 6). Malgré la concentration du projet CCCD sur le renforcement local des capacités, différentes contraintes ont empêché la mise en oeuvre intégrale des interventions existantes dont l'efficacité au niveau du pays entier a déjà été prouvée. Même les besoins minimaux des programmes en produits de base et transports pour assurer le maintien du programme n'ont pas été satisfaits.

Availability of Chloroquine in Public Health Facilities in Côte d'Ivoire at Close of Training, 1991

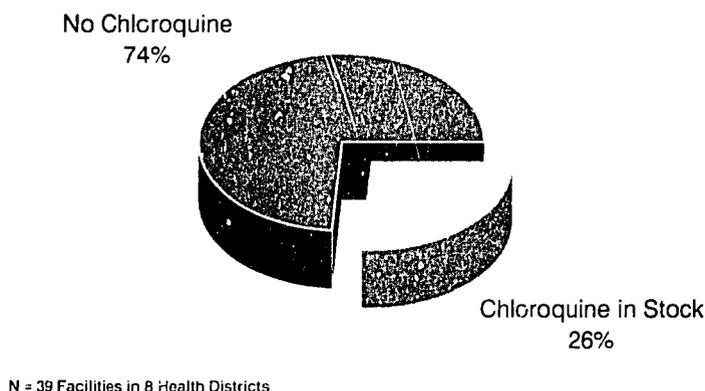
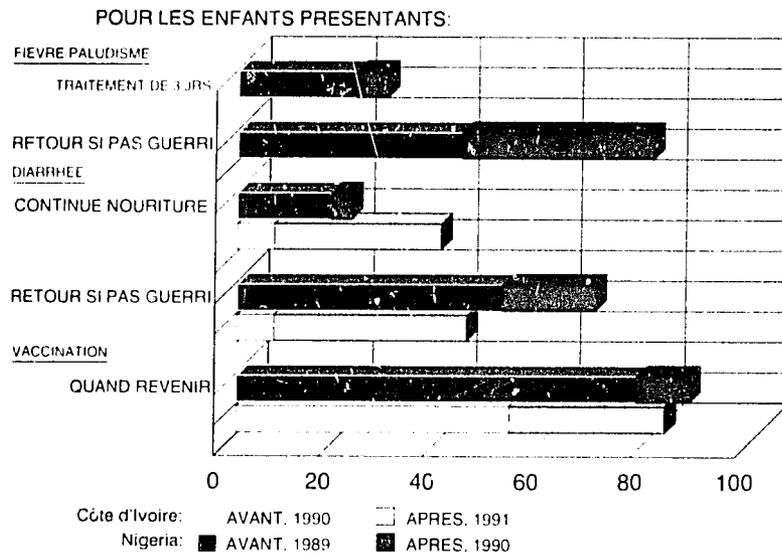


FIGURE 5

Figure 6: EVALUATION DES MESSAGES
AUX MERES AVANT ET APRES LA FORMATION



Les efforts futurs de soutien doivent assurer que les ressources disponibles pour la mise en oeuvre intégrale des programmes de lutte contre les maladies sont distribuées de façon appropriée aux différentes stratégies d'assistance et que ces activités aient lieu dans un ordre temporel et spatial approprié. Les décideurs dans les Ministères de la santé et les communautés donatrices doivent mieux s'informer sur les complexités de la mise en oeuvre des programmes et s'assurer qu'ils reçoivent l'appui approprié. Le développement de compétences de mise en oeuvre de programmes où un directeur de programme et un conseiller résidant à l'étranger travaillent ensemble dans le but d'atteindre des objectifs spécifiques était un élément important dans le développement du projet CCCD et mérite plus de considération⁴.

L'évaluation comme gestion de programmes

Le but de l'évaluation des programmes en matière de santé publique est d'améliorer les programmes de santé et d'orienter l'affectation des ressources du programme par l'intermédiaire de la collecte et de l'utilisation systématique des données^{20,21}. Par conséquent, les directeurs nationaux des programmes doivent être responsables de l'évaluation des programmes²². Les directeurs de programmes ont besoin de données épidémiologiques et de données sur le comportement pour développer et mettre au point des politiques et des plans de programmes, et ils doivent pouvoir obtenir ces données à un coût raisonnable. Les données de routine provenant de systèmes actuels de gestion ou d'information sanitaire, de rapports de surveillance des activités ou de la recherche opérationnelle, tous sont susceptibles de fournir l'information nécessaire à la surveillance des programmes pourvu que la qualité des données soit adéquate. Ensuite, ces données doivent être traduites en un langage d'information approprié au procédé de la prise de décision, puis communiquées avec efficacité, et utilisées dans le but d'améliorer les opérations du programme et de réviser les objectifs et les plans des programmes.

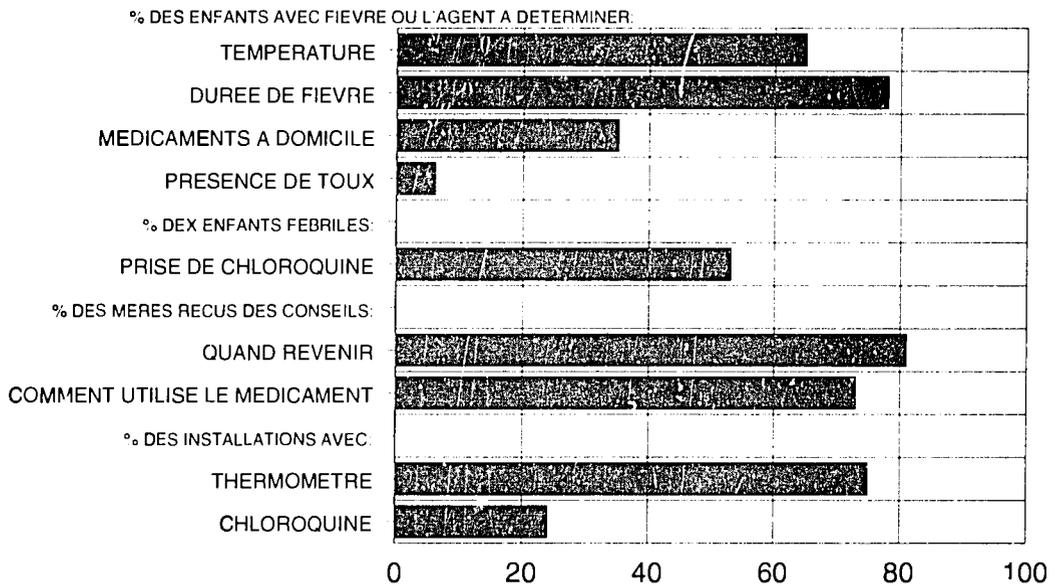
Bien que les projets CCCD au niveau du pays aient été sujets à plusieurs reprises à des évaluations externes^{23,24}, l'importance de l'évaluation comme partie intégrale du répertoire de compétences essentielles n'a été reconnue que relativement récemment. Le projet CCCD a favorisé le développement de méthodes et d'outils utiles dans l'évaluation de programmes^{25,26,27,28} et a exécuté d'impressionnantes évaluations, d'un haut niveau technique, de certaines interventions en collaboration avec les homologues nationaux^{29,30}. Les initiatives qui ont été prises dans le but d'intégrer la capacité à la conception et à la gestion de programmes d'évaluation de la lutte contre le paludisme³¹ doivent être poursuivies.

La méthode de l'évaluation basée sur les établissements (FBA) utilisée dans les pays CCCD est un exemple d'outil d'évaluation utile. Comme on peut le voir dans le Tableau 2, la plupart des pays ont utilisé au moins quelques-unes des composantes de la méthode FBA dans leurs évaluations des besoins de la formation ou de la qualité des services²⁶. Les données de la méthode FBA peuvent fournir une vue instantanée utile des forces et des faiblesses opérationnelles qui sont susceptibles de guider la planification des programmes ou les efforts de replanification et la mise en œuvre de programmes. La figure 7 présente une sélection des résultats d'une étude basée sur la méthode FBA conduite par la Côte d'Ivoire en 1991; depuis lors, le Ministère de la Santé Publique a rectifié le problème du manque de chloroquine dans les établissements de la santé publique. La collecte des données a été assurée par une enquête spéciale et des efforts CCCD sont en cours pour renforcer le système et les rapports de surveillance comme source de données de routine sur la qualité des services³².

TABLE 2

Pays	Année	No de Postes	Evaluation Utilisée				
			Observation	Interview A La Sortie	Interview des Agents	Revue Des Registres	Equipement Inventaire
Malawi	1986	23	X	X	X		X
Burundi	1987	8	X	X	X		X
(Ngozi region)	1987	11	X				X
Nigeria	1988	30	X	X	X	X	X
Togo	1988	25	X	X		X	X
Guinea	1988	11	X	X			X
Swaziland	1989	15	X	X	X		X
C A R	1988	79	X	X	X		X
Nigeria	1989	30	X	X	X		X
Zaire	1989	12	X	X			
Cote d'Ivoire	1990	41	X	X	X		X

FIGURE 7:
PRISE EN CHARGE DES CAS FEBRILE
EN COTE D'IVOIRE 1990



SOURCE: MOHSP, COTE D'IVOIRE
N = 49 ENFANTS AVEC FIEVRE DANS 39 INSTALLATIONS SANITAIRES

Les efforts futurs d'assistance doivent aider les directeurs de programmes à concevoir et à utiliser une approche à l'évaluation qui soit capable d'améliorer les opérations du programme. En plus, les aspects de gestion de l'évaluation doivent être traités (par exemple l'identification, la formation et l'assistance du personnel avec indication des responsabilités d'évaluation)^{21,31}.



Conclusions

L'élaboration de programmes globaux dans le domaine de la santé publique en Afrique exige non seulement une volonté politique et des ressources adéquates, mais aussi des directeurs capables et des systèmes de données fonctionnels. Les produits de la révision des activités et des réalisations du projet CCCD représentent une ressource technique précieuse pour de futurs efforts basés sur la gestion qui vont fortifier les directeurs et renforcer les systèmes de données. L'usage efficace de ces produits peut assurer que les succès du passé, aussi bien que les erreurs du passé, servent de base à une continuation de l'innovation.

Bibliographie

1. Foster SO. Thirteen Lessons Learned [Treize leçons tirées] — 1981-1993. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4006. Atlanta: CDC, 1993.
2. World Health Organization. Alma-Ata 1978: Primary Health Care [Soins de santé primaires]. "Health for All" Series No. 1. Geneva: WHO, 1978.
3. Steketee R, Breman J, Campbell K. The control of malaria in Africa: The ACSI-CCCD projet [La lutte contre le paludisme en Afrique: le projet ACSI-CCCD]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4050. Atlanta: CDC, 1993.
4. Wilson RP, Darret S, Khale K, Barkey N. Ethnographic research for family planning policy development [Recherche ethnographique pour le développement de politiques sur le planning familial]. Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4008. Atlanta: CDC, 1993.
5. Voigt A, Kanne J. Continuing education systems - a guide for policy makers and program managers [Systèmes de formation continue - un guide pour décideurs et directeurs de programmes]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4002. Atlanta: CDC, 1993.
6. Wilson RP, Kimane I, Mokdad A et al. Anthropologic methods for policy and program development: Pediatric acute respiratory infections in Lesotho [Méthodes anthropologiques pour le développement des politiques et des programmes: infections respiratoires aiguës pédiatriques au Lesotho], 1989. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4070. Atlanta: CDC, 1993.
7. Lemine SM, Nguyen-Dinh P, Bryce J. Using epidemiologic and behavioral data to develop national malaria policy [Usage de données épidémiologiques et de données comportementales pour le développement national de politiques de lutte contre le paludisme]. In: Naimoli JF, Nguyen-Dinh P, éditeurs. Controlling Malaria in Francophone Africa: Taking the Initiative [La lutte contre le paludisme en Afrique francophone: prendre l'initiative]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4016. Atlanta: CDC, 1993.
8. Centers for Disease Control and Prevention. International Health Program Office and Malaria Branch, Division of Parasitic Diseases/National Center for Infectious Diseases. A Training manual for policy development and program planning for malaria control [Manuel de formation pour le développement de politiques et de programmes de planification dans la lutte contre le paludisme]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4008. Atlanta: CDC, 1993.
9. Dawkins JKL, Amonoo-Lartson R, Wilson RP. Assigning technical officers to ministries of health: A management study [Affectation d'assistants techniques aux Ministères de la Santé Publique: une étude de gestion]. ACSI-CCCD Arts Catalogue No. 099-4055. Atlanta: CDC, 1993.
10. Bussell K. Hospital-based morbidity and mortality reporting system [Système hospitalier de déclaration de la morbidité et de la mortalité]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4022. Atlanta: CDC, 1993.
11. Bussell K. Health center-based morbidity reporting system [Système de déclaration de la morbidité basé sur les centres sanitaires]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4022. Atlanta: CDC, 1993.

12. Joseph E, Vernon A. Applied research in the Africa Child Survival Initiative: A compendium of USAID-supported research in the ACSI-CCCD projet, 1982-1993 [Recherches appliquées dans l'Action pour la Survie de l'Enfant en Afrique: un recueil d'études appuyées par l'USAID dans le projet ACSI-CCCD, 1982-1993]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4054. Atlanta: CDC, 1993.
13. Joseph E, Vernon A. The role of applied research in public health programs for developing countries: Lessons learned from the ACSI-CCCD projet, 1982-1993 [Le rôle d'études de recherches appliquées sur les programme de santé publique pour les pays en voie de développement: leçons tirées du projet ACSI-CCCD, 1982-1993]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4052. Atlanta: CDC, 1993.
14. Voigt A, Adegoroye A, Kanne J. Continuing education: the rationale for a system approach [Education continue: justification de l'approche par système]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4014. Atlanta: CDC, 1993.
15. Saarlans K, Naimoli JF. A strategic approach to improving malaria control program plans in francophone Africa [Une approche stratégique pour l'amélioration des plans des programmes de la lutte contre le paludisme en Afrique francophone]. In: Naimoli JF, Nguyen-Dinh P, éditeurs. Controlling Malaria in Francophone Africa: Taking the Initiative [La lutte contre le paludisme en Afrique francophone: prendre l'initiative]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4016. Atlanta: CDC, 1993.
16. World Health Organization, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR). Guidelines to conduct a focused programme review (FPRO, Phase I and Phase II) [Directives pour une révision concentrée de programmes (FPRO, Phase I et phase II)]. Genève: OMS, 1993.
17. Bryce J, Cutts F, Naimoli JF et al. What have teachers learnt? [Qu'est-ce que les enseignants ont appris? Lancet 1993; 342:160-1. (Distribué initialement comme produit ACSI-CCCD intitulé "Reconsidération de la formation SSP [Soins de Santé Primaires]").
18. Ministry of Health and Social Protection. Evaluation of the impact of training and the needs for further health worker training (in French) [Evaluation de l'impact de la formation et des besoins additionnels pour la formation d'agents sanitaires (en Français)]. Abidjan: Ministry of Health, 1991.
19. Naimoli JF, Endsley S, Rongou JB et al. Strengthening Patient Education for ORT Services in the Central African Republic [Renforcement de l'éducation TRO pour les malades en République Centrafricaine]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4026. Atlanta: CDC, 1993.
20. Cronbach LS, et al. Toward reform of program evaluation [Vers la réforme de l'évaluation des programmes]. San Francisco: Jossey Bass, 1980.
21. Heymann DL, et al. Evaluation of AIDS programs. In: Lamptey P, Piot P, editors. The handbook for AIDS prevention in Africa [Manuel de prévention du SIDA]. Durham, NC: Family Health International, 1990, pp. 203-10.
22. Bryce J, Rongou JB, Nguyen-Dinh R, et al. Evaluation of national malaria control programs in Africa [Evaluation des programmes nationaux de la lutte contre le paludisme en Afrique]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4032. Atlanta: CDC, 1993.

23. International Journal of Epidemiology, 1991, 20S. (Voir aussi ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4007).
24. Roy J, et al. ACSI-CCCD End-of-project report [Rapport fin de projet ACSI-CCCD]. ACSI-CCCD Product 099-4041. Atlanta: CDC, 1993.
25. Saarlax K, Bryce J, Naimoli JF, et al. Multiple methods for workshop evaluation [Méthodes multiplier pour l'évaluation des ateliers de travail]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4025. Atlanta: CDC, 1993.
26. Bryce J, Voigt A, Adegoroye A, et al. Skills assessment in primary health care training [Evaluation des compétences de formation dans le domaine des soins de santé primaires]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4001. Atlanta: CDC, 1993.
27. Bryce J, Waldman RW, Toole MJ, Voigt A. Assessing the quality of facility-based child survival services [Evaluation de la qualité des services pour la survie de l'enfant basée sur les établissements]. Health Policy and Planning 1992; 7(2):155-63.
28. Vernon A. The CCCD Experience with routine epidemiologic surveillance [L'Expérience CCCD dans le domaine de la surveillance de routine épidémiologique]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4039. Atlanta: CDC, 1993.
29. Foster S, Fitzgibbon B, Murphy K, Gindler J. Expanded program on immunization (EPI) in 13 African countries [Programme élargi de vaccination (PEV) dans 13 pays d'Afrique]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4010. Atlanta: CDC, 1993.
30. Steketee R, Breman J, Campbell K. Mangochi monograph: Malaria management and prevention in pregnancy [Monographie Mangochi: Prise en charge des malades souffrant de paludisme et prévention chez les femmes enceintes]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4048. Atlanta: CDC, 1993.
31. Paluku KM, Nguyen-Dinh P, Benzerroug EH, Bryce J. Developing skills for the evaluation of malaria control programs [Développement des compétences dans l'évaluation des programmes de la lutte contre le paludisme]. In: Naimoli JF, Nguyen-Dinh P, éditeurs. Malaria Initiative Monograph Title [Titre de Monographie de l'Initiative contre le paludisme Monographie Titre]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4016. Atlanta: CDC, 1993.
32. Niangue J, Naimoli JF, LaPointe M. Action-research in health worker supervision in Côte d'Ivoire [Action-recherches dans la supervision des agents sanitaires de la Côte d'Ivoire]. In: Naimoli JF, Nguyen-Dinh P, éditeurs. Controlling Malaria in Francophone Africa: Taking the Initiative [La lutte contre le paludisme en Afrique Francophone: prendre l'initiative]. ACSI-CCCD Catalogue No. 099-4016. Atlanta: CDC, 1993.
33. Improving evaluation in Africa [Amélioration de l'évaluation en Afrique]. Development Journal 1990; 3:24-5.