

PN. ARY-5876
993 49

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

**RAPPORT FINAL DE L'ATELIER
SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET
SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT**

A

BANGUI, 24 - 26 MAI 1994

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

RAPPORT FINAL DE L'ATELIER
SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET
SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT

A

BANGUI, 24 - 26 MAI 1994

TABLE DE MATIERES

DISCOURS/CEREMONIE D'OUVERTURE

- ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE MONSIEUR L'AMBASSADEUR DES ETATS UNIS D'AMERIQUE
- DISCOURS DE SON EXCELLENCE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

EXPOSES

- BUTS ET OBJECTIFS DE L'ATELIER

- * Dr. Justin NDOYO, Directeur de la MEDECINE PREVENTIVE ET DE LUTTE CONTRE LA MALADIE.

- PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

- * Dr. Valentin FIKOUMA, Chef de Service du Programme Elargie de Vaccination.

- EDUCATION POUR LA SANTE ET FORMATION

- * Mme DOUTIZONGA, Chef de la Cellule Education pour la Santé.

- INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE PALUDISME

- * Mr. Pierre KANDA, Chef de Service de Lutte contre les Maladies Endemo-épidémiques,
- * Mr. Joseph SENDAZO, Chef de Section Lutte contre les Maladies Diarrhéiques.
- * Mr. Nestor MADJI, Chef de Section Lutte contre le Paludisme.

- STATISTIQUES SANITAIRES

- * Mr. Aimé-Moïse BOBY, Chef de la Cellule de Statistique et Informatique.

- SANTE REPRODUCTIVE

- * Dr. Eugène KPIZINGUI, Directeur de la Santé Familiale et de la Population.

- MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SIDA

- * Dr. Marcel MASSANGA, Chef de Service National des MST/SIDA

-MARKETTING SOCIAL DES PRESERVATIFS

- * Mme Susan BAUER GAINA, Responsable National de PSI

- PROJET SOINS DE SANTE PRIMAIRES A BERBERATI

- * Dr. Abel NAMSENMO, Médecin Chef de la Région Sanitaire N°2

- RECOUVREMENT DE COUTS

- * Mr. Bernard GUERE, Chargé de Mission au Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- * Dr. Charlotte LEIGHTON, Abt Associates

**- COOPERATION MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION/PARTENAIRES**

- POLITIQUE DE DECENTRALISATION ET SUPERVISION INTEGRE

- * Mr. Alexis SATOULOU, Directeur des Etudes et de la Planification au Ministère de la Santé Publique et de la Population.

- ENQUETE DE DEMOGRAPHIE ET DE SANTE

- * Mr. Robert NDAMOBISSI, Directeur Technique au Bureau Central de Recensement.

ANNEXE :

- Buts et Objectifs du Projet Survie Soutenable de l'Enfant en R.C.A.
- Rapport Général de l'Atelier
- Recommandations
- Motions de Remerciements
- Programme
- Liste de participants

**ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE
MONSIEUR L'AMBASSADEUR DES
ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

ALLOCUTION DE S.E.M. ROBERT E. GRIBBIN,
AMBASSADEUR DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE
A L'OCCASION DE LA CEREMONIE D'OUVERTURE
DE L'ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET USAID
"SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT"

24 MAI 1994

Monsieur le Ministre,
MM les Ambassadeurs,
Mmes et MM les Représentants des Organisations Internationales,
Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux d'être ici ce matin pour prendre part à la cérémonie d'ouverture de cet important atelier sur l'état d'avancement du Projet "Survie Soutenable de l'Enfant".

Il y a près d'un an et demi, trois semaines seulement après mon arrivée en République Centrafricaine pour assumer mes fonctions d'Ambassadeur, le Ministre du Plan et moi avons signé le Memorandum d'Accord qui autorisait l'exécution du présent projet. C'était là l'un de mes premiers actes en tant qu'Ambassadeur, et les succès du projet au cours des dix-huit derniers mois démontrent que celui-ci reste jusqu'ici parmi les plus importants.

Travaillant en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population ainsi qu'avec les autres partenaires internationaux de la RCA, nous avons déjà commencé à voir les résultats positifs. Nous avons fait des percées dans la bataille contre le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les autres graves maladies de l'enfant. Des centres de santé pour le diagnostic, le traitement et les conseils aux malades de MST et du SIDA sont fonctionnels à Bria et à Bambari. Des comités villageois de santé ont été créés

et des soins sont en train d'être portés, au niveau des villages, à des habitants de quinze villages autour de Berbérati. Un réseau efficace de distribution des préservatifs a été créé à Bangui et dans la Région Sanitaire 3, avec la perspective d'atteindre la Région Sanitaire 2 dans un proche avenir. Une enquête démographique de santé est dans sa phase finale de préparation, l'enquête elle-même devant avoir lieu vers la fin de cette année. Et une politique nationale sur le recouvrement de coûts a été élaborée juste le mois dernier et attend l'accord final du gouvernement.

Mesdames, Messieurs,

Le Gouvernement des Etats-Unis s'est toujours engagé à améliorer la santé dans le monde, et en République Centrafricaine en particulier. Bien que le projet actuel n'ait démarré qu'en janvier 1993, l'USAID et ses partenaires du Centre de Prévention et de Lutte contre les Maladies (CDC) à Atlanta ainsi que des nombreuses Organisations Non-Gouvernementales travaillaient déjà dans ce secteur à travers l'ancien Projet de Lutte contre les Maladies Infantiles Transmissibles (CCCD), depuis 1984.

Pour l'avenir, nous entendons continuer à soutenir le développement et l'amélioration du secteur santé en République Centrafricaine pour le reste des trois années et demie de durée du projet actuel. J'espère que le travail que vous ferez dans les prochains jours nous permettra de comprendre ce que nous faisons déjà bien, les domaines qu'il faudra améliorer, et la direction qu'il nous faudra suivre pour pouvoir assurer une meilleure qualité de santé à la population centrafricaine dans les années à venir.

JE VOUS REMERCIE!

DISCOURS DE SON EXCELLENCE
MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

**ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES
DU PROJET " SURVIE DE L'ENFANT"**



**DISCOURS D'OUVERTURE DE SON EXCELLENCE
MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

- **EXCELLENCE MONSIEUR L'AMBASSADEUR DES ETATS-UNIS
D'AMÉRIQUE**
- **MONSIEUR L'ADMINISTRATEUR DU PROJET "SURVIE DE
L'ENFANT"**
- **MONSIEUR LE REPRESENTANT DU CDC D'ATLANTA**
- **MESDAMES, MESSIEURS LES REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS INTERNATIONALES**
- **DISTINGUÉS INVITÉS**
- **MESDAMES, MESSIEURS**
- **CHERS PARTICIPANTS**

**C'EST POUR MOI UN ENCOURAGEMENT ET UN PLAISIR DE
ME RETROUVER PARMIS VOUS À L'OCCASION DE LA TENUE DE
L'ATELIER SUR L'ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITÉS DU
PROJET "SURVIE DE L'ENFANT".**

MAIS AVANT TOUT, JE VOUDRAIS, AU NOM DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, CHEF DE L'ÉTAT, SON EXCELLENCE ANGE FÉLIX PATASSE ET AU NOM DU GOUVERNEMENT, SOUHAITER UNE CHALEUREUSE BIENVENUE ET UN EXCELLENT SÉJOUR EN TERRE CENTRAFRICAINE À MES AMIS QUI ONT EFFECTUÉ LE DÉPLACEMENT DE BANGUI.

NOUS ALLONS TOUS ENSEMBLE DURANT LES TROIS JOURS QUI SUIVRONT, PASSER EN REVUE LES ASPECTS LIÉS À LA SANTÉ DE L'ENFANT CENTRAFRICAIN.

LA SANTÉ, COMME VOUS LE SAVEZ CONSTITUE LE PRINCIPAL TRÉSOR DE L'HOMME. ELLE EST À LA BASE DE TOUT DÉVELOPPEMENT ET SON ALTÉRATION REPRÉSENTE À COUP SÛR UN FREIN À TOUT PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE D'UN PAYS.

LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, AYANT TRÈS VITE COMPRIS CE CONCEPT INCONTOURNABLE A RATIFIÉ EN 1978 LA DÉCLARATION D'ALMA-ATA QUI VISE L'INSTAURATION DE LA SANTÉ POUR TOUS D'ICI L'AN 2000.

C'EST POURQUOI, DEPUIS AOÛT 1989, LE GOUVERNEMENT A ENTREPRIS UN PROCESSUS DE FORMULATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ, CAPABLE DE SOUTENIR LES ACTIONS DE DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ ET DURABLE.

CETTE POLITIQUE DE SANTÉ, BASÉE SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, MET PARTICULIÈREMENT L'ACCENT SUR LE COUPLE MÈRE-ENFANT QUI RESTE LE GROUPE LE PLUS VULNÉRABLE.

EN EFFET, LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EST PRÉOCCUPANTE ET POURRA ÊTRE RÉSUMÉE PAR LES INDICATEURS SUIVANTS:

- UN TAUX INACCEPTABLE DE MORTALITÉ MATERNELLE À 16,7 POUR MILLE
- DES TAUX ÉLEVÉS DE MORTALITÉ INFANTILE ESTIMÉS À 132 POUR MILLE.

LA PRÉCARITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE CETTE TRANCHE DE LA POPULATION EST ESSENTIELLEMENT DUE:

- DU CÔTÉ DE LA MÈRE AUX COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT AUXQUELLES VIENNENT S'AJOUTER LES CAUSES DE MORBIDITÉ GÉNÉRALE.
- DU CÔTÉ ENFANT, AU PALUDISME, AUX MALADIES DIARRHÉIQUES, À LA ROUGEOLE, LA TUBERCULOSE, AUX INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES ETC...

VOUS CONVIENDREZ AVEC MOIS, MONSIEUR L'AMBASSADEUR, REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES QUE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT AINSI RÉSUMÉ A CERTES DES CONSÉQUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION QUI REPRÉSENTE NOTRE PRINCIPAL FACTEUR DE PRODUCTION.

VOUS COMPRENDREZ DONC POURQUOI LE GOUVERNEMENT DU CHANGEMENT ACCORDE T-IL UNE GRANDE IMPORTANCE À LA SANTÉ DE LA POPULATION EN GÉNÉRAL ET CELLE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT EN PARTICULIER.

FACE À CETTE SITUATION, LE GOUVERNEMENT A FORMULÉ DES STRATÉGIES VISANT À AMÉLIORER LE NIVEAU DE SANTÉ DE LA MÈRE ET DE SON ENFANT À TRAVERS UN PROGRAMME PRENANT EN COMPTE TOUTES LES COMPOSANTES INDISPENSABLES AU DÉVELOPPEMENT PHYSICO AFFECTIF ET MOTEUR DE L'ENFANT ET DE SA MÈRE.

LE PROGRAMME AINSI ÉLABORÉ S'INSCRIT DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DU PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 1994-1998.

LES PRINCIPALES ORIENTATIONS SONT LES SUIVANTES:

- 1- INTENSIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES, PARASITAIRES ET CARENTIELLES QUI INFLUENCENT LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE.

- 2- EXTENSION ET AMÉLIORATION DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS GRÂCE À LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES CI-APRÈS:
 - PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
 - LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHÉIQUES
 - LUTTE CONTRE LE PALUDISME
 - LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES.

MONSIEUR L'AMBASSADEUR
MESDAMES, MESSIEURS LES REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS INTERNATIONALES
DISTINGUÉS INVITÉS
MESDAMES, MESSIEURS

JE ME REJOUIS QUE LE GOUVERNEMENT AMÉRICAIN ET TOUS LES AUTRES PARTENAIRES DE LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE AIENT COMPRIS LA NÉCESSITÉ DE RELEVER LE DÉFI ET DONNER AINSI LA CHANCE À L'ENFANT CENTRAFRICAIN DE SURVIVRE ET CE, DANS UN CONTEXTE MONDIAL DE PLUS EN PLUS DIFFICILE.

AUSSI, JE SAISIS L'OPPORTUNITÉ QUI M'EST DONNÉE POUR EXPRIMER MA PROFONDE GRATITUDE À TOUTE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE POUR L'INTÉRÊT QU'ELLE NE CESSE DE TÉMOIGNER À LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE DANS SON COMBAT POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE SA POPULATION.

VOTRE SOUTIEN NOUS A PERMIS D'ACCOMPLIR BEAUCOUP D' ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANT MAIS LE CHEMIN EST ENCORE LONG ET NOUS DEVONS CONTINUER À MOBILISER NOS ÉNERGIES AFIN DE CONSOLIDER LES ACQUIS.

C'EST POURQUOI, L'EXERCICE AUQUEL NOUS SOMMES SOUMIS EST D'IMPORTANCE. IL NOUS OFFRE L'OCCASION D'IDENTIFIER LES CONTRAINTES MAJEURES À NOS ACTIONS ET DE PROPOSER LES MESURES NOVATRICES.

CHERS PARTICIPANTS, JE VOUS EXHORTE DONC À VOUS Y PENCHER SÉRIEUSEMENT ET JE SUIS D'ORÈS ET DÉJÀ PERSUADÉ DE L'HEUREUX ABOUTISSEMENT DE CET ATELIER.

JE DÉCLARE OUVERTS LES TRAVAUX DE L'ATELIER SUR L'ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITÉS DU PROJET "SURVIE DE L'ENFANT" EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE.

JE VOUS REMERCIE DE VOTRE BIEN AIMABLE ATTENTION.

BUTS ET OBJECTIFS
DE L'ATELIER

PROJET SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT

L'ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET

BUTS ET OBJECTIFS

Le protocole autorisant la création du Projet Survie Sustainable de l'Enfant a été signé par l'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique en République Centrafricaine et le Ministre du Plan et de la Coopération Internationale le 5 février 1993. A l'issue de cet accord, le Gouvernement américain s'engage à fournir l'assistance technique et l'assistance financière et matérielle d'un montant global de 10,927,004.00 dollars US afin de soutenir les programmes suivants qui visent à promouvoir les actions en faveur de la Survie de l'Enfant:

- Programme Elargi de Vaccination
- Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
- Lutte contre le Paludisme
- Lutte contre les Infections Respiratoires Aigues
- Santé Reproductive
- Programme SIDA
- Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles

Par ailleurs, des actions complémentaires de soutien seront développées. Il s'agit de:

- Marketing Social des Préservatifs
- Projet de Soins de Santé Primaire
- Financement des Soins de Santé/Recouvrement des Coûts
- Enquête Démographique et de Santé

Le but de cet atelier est de faire le bilan des réalisations et des progrès enregistrés depuis la création du Projet il y a un an et demi. Nous avons invité des représentants du Ministère de la Santé Publique et de la Population, ceux de chaque agence américaine chargée de la réalisation de diverses composantes du Projet et les bailleurs de fonds de coopération. Nos objectifs pendant les deux prochains jours et demi sont les suivants:

- Evaluer les progrès réalisés devant permettre d'atteindre les objectifs du projet dans les six domaines: Survie de l'enfant, SIDA/MST, Marketing Social des Préservatifs (PSI), Projet de Soins de Santé Primaire dans la Région Sanitaire N°2 (AFRICARE), Financement des Soins de Santé/Recouvrement des Coûts (ABT Associates) et Enquête Démographique et de Santé (Bureau Central de Recensement, Ministère du Plan).
- Identifier les problèmes, les contraintes et les obstacles qui empêchent les diverses composantes du projet d'atteindre leurs objectifs.
- Identifier les mécanismes pour améliorer la coordination des multiples interventions et la collaboration entre les différents intervenants.
- Renforcer la coordination entre les différents partenaires afin d'atteindre les objectifs de santé en général fixés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le calendrier de l'atelier a été aménagé de telle manière à permettre aux participants de discuter librement de toutes les questions liées aux activités du projet. Chaque thème sera présenté par le responsable National du Programme et le Conseiller Technique pourra intervenir pour fournir les informations complémentaires.

Votre participation active est vivement souhaitée. Ceci est une occasion pour que nous puissions redynamiser les activités du projet, résoudre les problèmes et identifier les priorités.

Je vous remercie.

**PROGRAMME ELARGI
DE VACCINATION**

LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

PLAN

I PRÉSENTATION DE LA RCA

- GÉOGRAPHIE
- DÉMOGRAPHIE
- LE SYSTÈME DE SANTÉ

II - APERÇU GÉNÉRAL SUR LE PEV EN RCA

III - L'ENQUÊTE DE COUVERTURE VACCINALE 1993

IV - LA REVUE DU PEV 1993

V - EFFETS SECONDAIRES DES VACCINATIONS

VI - STATISTIQUES SUR LES DOSES ADMINISTRÉES EN 1993

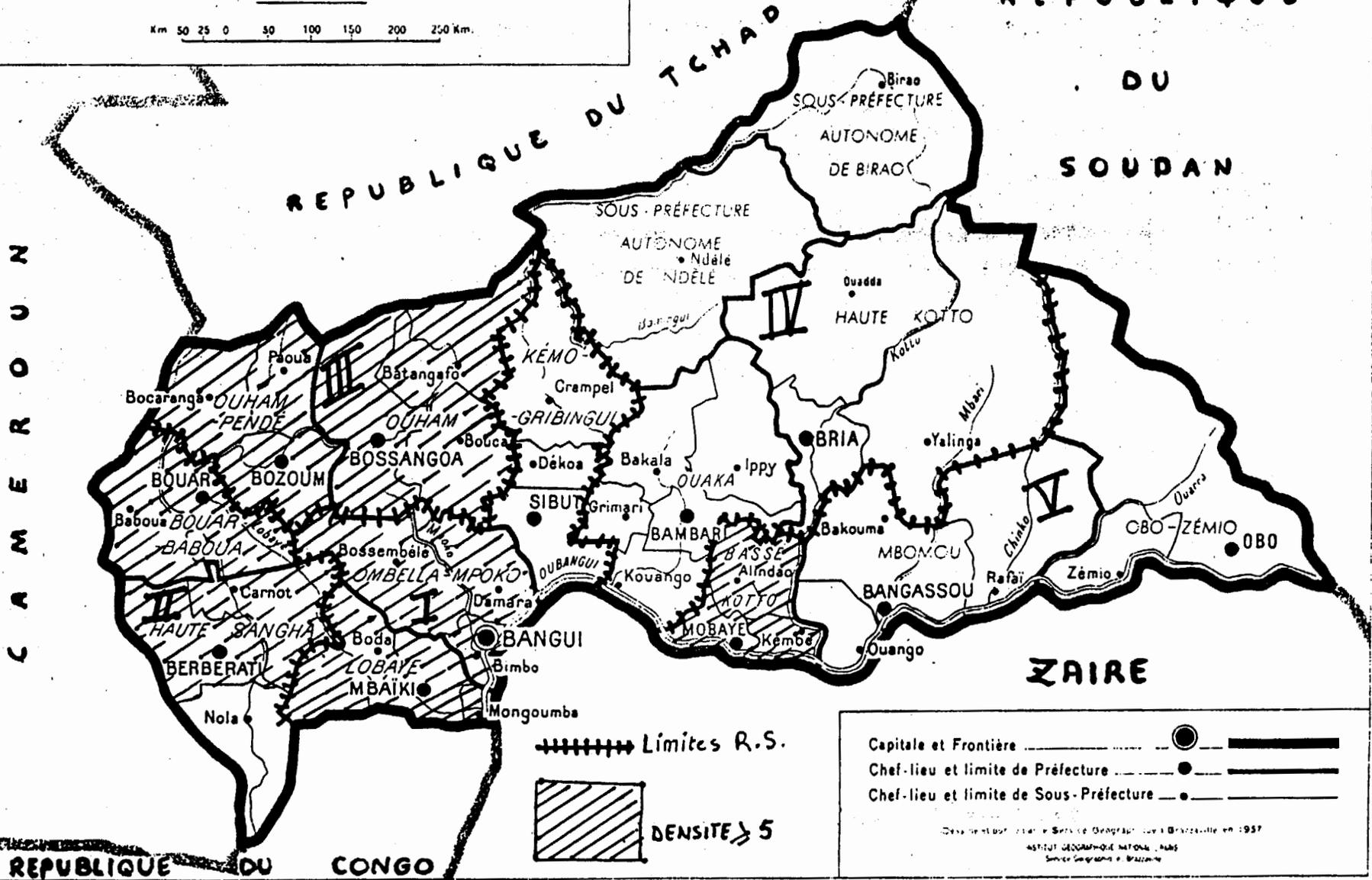
VII - ERADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

VIII - LE PEV ET SES CONTRAINTES EN 1994

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Km 50 25 0 50 100 150 200 250 Km.



-----+----- Limites R.S.

▨ DENSITE > 5

- Capitale et Frontière
- Chef-lieu et limite de Préfecture
- Chef-lieu et limite de Sous-Préfecture

Carte établie par le Service Géographique de Brazzaville en 1957
 INSTITUT GÉOGRAPHIQUE NATIONAL - ALGER
 Service Géographique de Brazzaville

I PRESENTATION DE LA RCA

Géographie :

La République centrafricaine, située au centre du continent africain, couvre une superficie de 623.000 Km². Elle est divisée en 16 préfectures, 64 sous-préfectures et plus de 7.000 villages.

Démographie :

La population totale en 1994 est estimée à 3.026.562 habitants selon la projection du recensement de 1988. La densité moyenne est d'environ 5 habitants au Km². Les structures de la population intéressant le PEV sont :

- enfants de 0 à 11 mois = 3,5%
- enfants de 0 à 4 ans = 17,26%
- femmes en âge de procréer = 22,1%

Système santé

Il est constitué de trois niveaux dont :

- Le niveau central basé à la capitale.
- Le niveau intermédiaire représenté par les 5 régions sanitaires.
- Le niveau périphérique constitué des hôpitaux préfectoraux et les autres formations sanitaires de la préfecture; au total 451 formations sanitaires sont dénombrées, dont 53% pratiquent le PEV.

II Aperçu général sur le PEV en RCA

Entre 1979 et 1985, 27.297 cas de rougeole ont été notifiés par les formations sanitaires du pays. Cela illustre la forte influence négative des maladies infectieuses sur la santé de l'enfant centrafricain. Le Programme Elargi de Vaccination (P.E.V), introduit en RCA en 1979, n'a connu un réel essor qu'à partir de 1988 avec la mise en oeuvre effective du plan d'opération pour le développement accéléré du PEV (PODAPEV).

Ce plan salvateur fut financé essentiellement par le Rotary International (UNICEF), les gouvernements Italien (UNICEF) Américain (CCCD/USAID) et centrafricain, avec l'appui des organismes internationaux (OMS) et de la coopération bi ou multilatérale (FAC...).

Les populations cibles étaient les enfants de 0 à 3 ans et les femmes en âge de procréer. Le calendrier vaccinal de l'enfant était le suivant :

CALENDRIER DE VACCINATION

à l'intention des parents

VACCINATION	AGE
B.C.G. Polio dose 0	A la naissance jusqu'à 3 ans A la naissance jusqu'à 15 jours
DTCoq 1 ^{re} dose Polio 1 ^{re} dose	A partir de 6 semaines jusqu'à 3 ans
DTCoq 2 ^{me} dose Polio 2 ^{me} dose	A partir de 10 semaines jusqu'à 3 ans
DTCoq 3 ^{me} dose Polio 3 ^{me} dose	A partir de 14 semaines jusqu'à 3 ans
Rappel DTCoq Polio	12 mois après la 3 ^{me} dose jusqu'à 3 ans
Rougeole	A partir de 9 mois jusqu'à 3 ans
Fièvre-Jaune	A partir de 12 mois

**Maman! Faites vacciner régulièrement votre enfant
et respectez le rendez-vous de l'Agent de Santé.**

L'objectif principal, basé sur la résolution AFR/RC35/R9, était d'obtenir en fin 1990, 75% des enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés.

Les stratégies développées reposaient sur :

- Les centres fixes, passés de 162 en 1988 à 239 en 1993
- Les stratégies avancées constituées de 121 motos et bicyclettes.

- La mobilisation sociale, comportant les volets médiatiques et populaires.

Des résultats très encourageants furent alors régulièrement obtenus jusqu'en 1991.

Dès lors, il fut décidé de consolider les acquis (maintenir la couverture vaccinale à au moins 75%) tout en diminuant le coût du Programme de manière à pérenniser le système.

Le principe étant :

- D'accroître le nombre des centres fixes et des stratégies avancées.
- Réduire progressivement les équipes mobiles.
- Intégrer le PEV dans le paquet minimal d'activités des structures appliquant le recouvrement des coûts.
- Améliorer l'efficacité de la gestion du PEV et l'observation de la politique vaccinale retenue à l'échelon national.

Ainsi, au courant de l'année 1991, le nombre des équipes mobiles fut ramené de 21 à 12.

Cependant les stratégies avancées furent presque toutes paralysées pour des raisons budgétaires. Celles-ci, ajoutées aux troubles sociaux qu'a connus le pays, n'ont pas permis l'extension des centres fixes comme prévu. C'est dans ce contexte que l'enquête de la couverture vaccinale et la revue du PEV ont été réalisées respectivement en mai et juin 1993.

III' enquête de la couverture vaccinale.

a) Objectifs :

- Evaluer la couverture vaccinale nationale et par région sanitaire.
- Identifier les problèmes liés à l'accessibilité des services de vaccination pour les populations bénéficiaires.
- Déterminer la volonté des populations à participer financièrement aux activités de vaccination.

b) Methodologie :

L'étude a été réalisée par une équipe composée de 3 nationaux, deux consultants extérieurs venus de l'OMS, et de l'UNICEF, et de l'Assistante Technique du SCS/USAID de Bangui.

Les groupes évalués étaient constitués des enfants de 12 à 23 mois et leurs mères ainsi que des femmes ayant accouché pendant les 12 mois précédents l'enquête.

A Bangui et dans chacune des 5 régions sanitaires, il a été procédé à un échantillonnage de 30 grappes de 7 sujets pour chaque population étudiée.

c) Résultats

c-1) Couverture vaccinale.

- Graphique N° 1

La comparaison des résultats nationaux de juin 1993 avec ceux des années antérieures montre que les acquis de 1991 sont perdus et les taux ont regagné jusqu'au niveau de la couverture vaccinale de 1990.

Tableau N° 2

Le tableau comparatif du statut vaccinal des enfants de 12 à 23 mois par région sanitaire et pour chacune des doses d'antigène révèle les points suivants :

- Le taux d'abandon entre Polio I et Polio III est de 34% sur le plan national, dépassant même les taux d'abandon en 1990.

Les régions sanitaires N° III et IV ont les taux d'abandon les plus préoccupants, compatibles avec leurs pourcentages d'acte vaccinal effectué (PAVE).

Graphique N° 6

La couverture vaccinale pour VAT 2 (2ème dose de vaccin antitétanique) reste dans les proportions de 80% ; mais la non transcription des doses antérieures sur les nouveaux carnets a fait perdre 47% de ce taux à la correction.

c-2) Accessibilité

Les RS N° III et IV ont les taux les plus faibles d'accessibilité.

3 raisons essentielles :

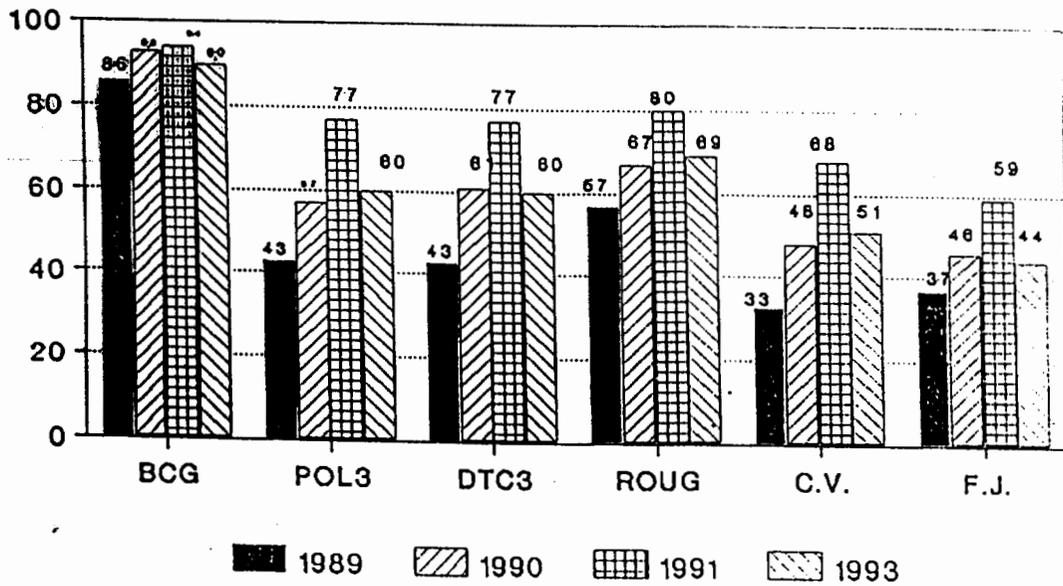
- manque d'information
- manque de motivation
- obstacles variables

c-3) Volonté de participer financièrement

La réponse est affirmative pour 86% des enquêtes.
Le montant moyen = 250 Frcs.

GRAPHIQUE N° 1

Evolution de la Couverture Vaccinale Nationale brute chez les enfants de 12 à 23 mois



RCA Juin 1993

**STATUT VACCINAL DES ENFANTS A 12-23 MOIS
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

	BANGUI		RS I		RS II		RS III		RS IV		RS V		PAYS	
	BC	C	BC	C	BC	C	BC	C	BC	C	BC	C	B	C
BCG	98	98	86	86	85	85	91	91	93	93	93	93	90	90
POLIO O	38	22	36	29	40	36	40	37	44	40	48	40	40	33
POLIO I	96	93	79	73	83	78	84	78	85	80	84	76	85	79
POLIO II	92	88	65	56	74	67	62	53	61	54	78	69	72	63
POLIOIII	86	80	56	48	59	51	50	41	47	40	63	54	60	52
DTC I	96	93	78	73	83	78	84	78	85	80	84	76	85	79
DTC II	92	88	64	56	74	67	62	53	61	54	78	69	72	64
DTC III	86	80	57	47	59	51	50	41	48	40	63	54	60	52
ROUGE.	85	50	69	62	63	57	63	51	63	57	69	58	69	56
F.JAUNE	50	48	45	45	37	37	46	45	36	36	45	45	44	43
C.V	76	43	51	38	47	36	39	26	38	27	56	39	51	35
ECHANT.	211		216		210		210		212		213			

BC = Couverture brute sur carte. C'est-à-dire les données brutes des vaccinations avec les dates indiquées sur les cartes

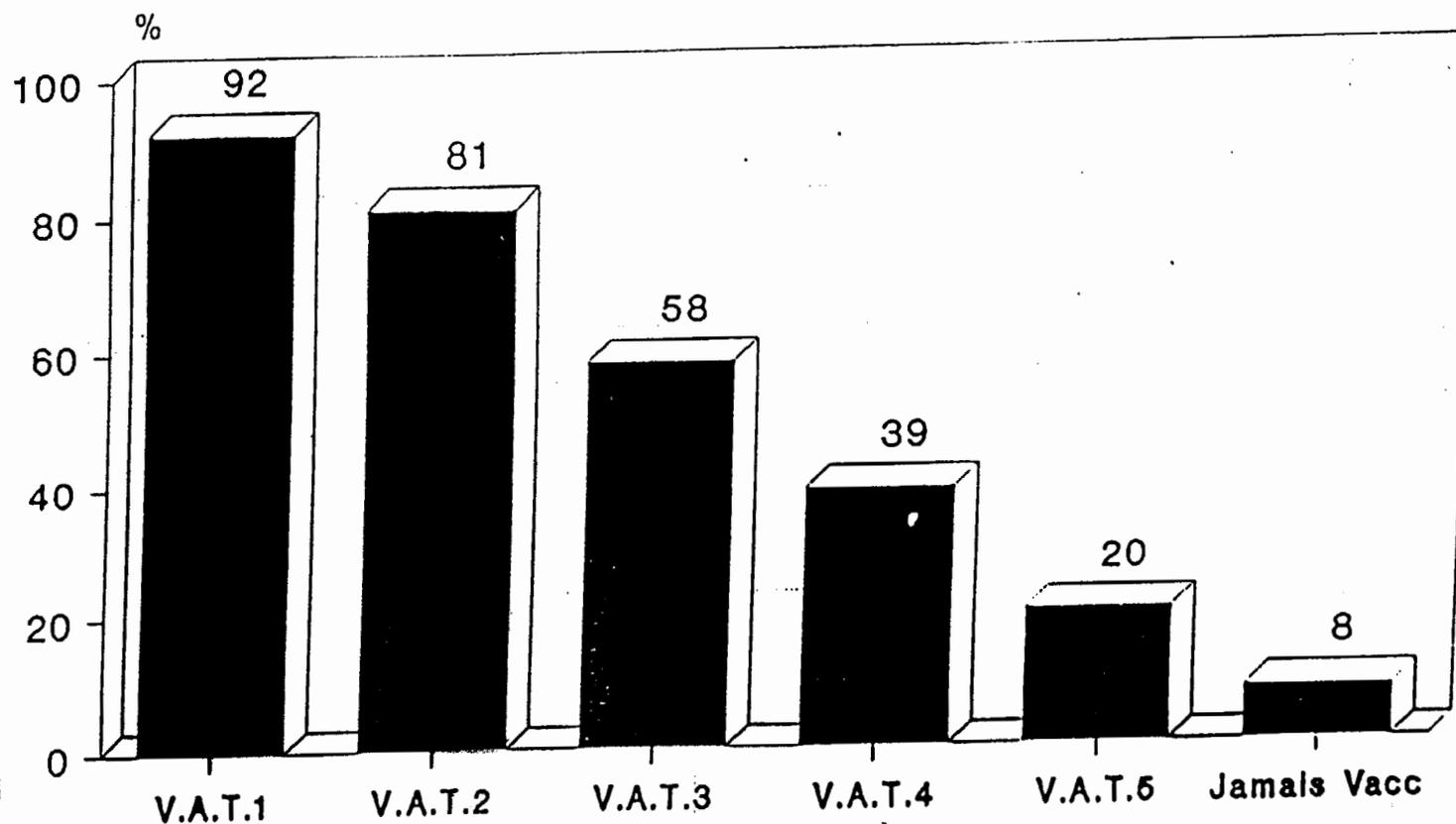
C = Dates valides selon les Cartes (Corrigée)

C.V. = Complètement vaccinés

RCA, Juin 1993

Couverture Vaccinale Nat. Anti-tétanique des mères des enfants de 0 - 11 mois (Carte + Histoire)

GRAPHIQUE N° 6



RCA Juin 1993

IV - LA REVUE DU PEV

Elle a été réalisée au 15 juin au 04 juillet 1993 par une équipe composée de représentants du Ministère de la Santé Publique, et quatre consultants internationaux

IV-1 Objectifs :

1) Evaluer la couverture nationale de vaccination et l'impact sur la morbidité et mortalité dues aux maladies cibles du PEV.

2) Evaluer toutes les composantes du programme national de vaccination.

- Politique, gestion logistique
- Supervision, formation
- Mobilisation sociale
- Financement

3) Identifier les obstacles et contraintes majeurs qui empêchent le fonctionnement effectif du programme.

4) Proposer des recommandations afin de faire face à ces obstacles et contraintes.

IV-2 Méthodologie

Les enquêtes ont procédé à :

- L'interview du personnel par les questionnaires OMS
- L'observation des séances
- La vérification du matériel.
- La visite de trois entités :
 - * Niveau central
 - * Niveau intermédiaire et périphérique
 - * Intervenants extérieurs.

RESULTATS

LES DIFFERENTES RUBRIQUES EVALUEES :

- PLANIFICATION ET GESTION DU
PRGRAMME
 - * ORGANISATION
 - * PROGRAMMATION ET POLITIQUE DE
VACCINATION
 - * BUDGETISATION
 - * MOBLISATION SOCIALE
 - * PERSONNEL

- SYSTEME D'INFORMATION

- VACCINATIONS ET STRATEGIES

- CHAINE DE FROID ET LOGISTIQUE

- MOBILISATION SOCIALE

- SUPERVISION

- FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

IV-3-1 PLANIFICATION, POLITIQUE ET GESTION DU PROGRAMME.

a) Problèmes identifiés

- Contrainte d'ordre organisationnel (3 niveaux du système santé)
- Faible efficience de la décentralisation et de la gestion au niveau régional.
- Manque de stratégie pour renforcer la couverture vaccinale.

b) Recommandations:

- Accélérer la décentralisation de la planification ; de l'élaboration du budget, et de la gestion des ressources du programme au niveau régional, tout en mettant en place des procédures rigoureuses de contrôle.
- Améliorer le système de gestion de stocks de vaccins et d'autres fournitures tels que carburant et pétrole, en passant par l'estimation précise et régulière des besoins dans chaque formation sanitaire
- Définir les aires de couverture pour chaque région les données disponibles (équipement, démographie).
- Ramener la population cible infantile aux enfants de 0 à 11 mois.
- Renforcer la vaccination au quotidien systématique, dans toutes les formations sanitaires urbaines.

IV-3-2 Budget et processus de budgétisation

a) Contraintes identifiées

- Le budget national ne paie pas une rubrique séparé pour le PEV.
- Le budget national et le support financier extérieur restent inférieur aux besoins exprimés dans le plan quinquennal du PEV.
- Les ressources disponibles pour les cinq prochaines années ne sont pas bien définies.

b) Recommandation

- Assurer une meilleure gestion des ressources à tous les niveaux du système.
- Faire connaître à la DMPGE et aux régions, les disponibilités pour la période 1994-1998.
- Assurer au niveau du Ministère de la Santé Publique et de la Population, une meilleure coordination des bailleurs de fond pour garantir le développement du secteur et le financement du plan de travail des cinq années à venir.
- Intégrer le PEV aux activités des SSP conformément au plan quinquennal.
- Mettre en place les mécanismes nécessaires pour la décentralisation de la gestion des finances au niveau régional.

IV-3-3 Le système d'information sanitaire

a) Problèmes identifiés

- Multiplicité de formulaires de rapports et circuit de l'information trop long.
- Manque d'analyse des informations aux différents niveaux du système.
- La surveillance sentinelles n'a pas montré les preuves d'efficacité qu'on attendait.

b) Recommandations

- Rationaliser le système d'information sanitaire en allégeant la récolte des données en fonction du niveau de compétence des agents à la périphérie.
- Former les personnel à tous les niveaux, e gestion et analyse des données.
- Concentrer la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV sur la rougeole, le Tétanos Neol-natal, et la Poliomyélite.
- Elaborer et diffuser largement à tous les agents de santé, des définitions standards des cas.

Elaborer et mettre en place, des procédures d'investigation des cas pour ces trois maladies.

IV-3-4 Vaccinations et stratégies.

a) Problèmes identifiés :

- Méconnaissance des objectifs nationaux dans la plupart des structures périphériques.
- L'existence d'intervalle maximum entre les doses de VAT, crée des confusions au niveau des agents.
- Le vaccin contre la fièvre jaune est administré à 12 mois au lieu de 9 mois.
- Grand nombre d'occasions manquées.
- Abandon presque total des stratégies avancées.
- Faible activité des équipes mobiles.
- Méconnaissance des populations couvertes par chacune des trois stratégies, dans la plupart des régions sanitaires.

b) Recommandations.

* Objectifs nationaux

- Envoyer les objectifs à la périphérie.

* Calendrier Vaccinal

- Population cible infantile est de 0 à 11 mois, administrer une 4^e dose de Polio à 18 semaines et administrer la fièvre jaune à 9 mois.
- Supprimer l'intervalle maximum entre les doses de VAT.

* Techniques vaccinales

- Améliorer les connaissances des agents sanitaires
 - . Vacciner quotidiennement
 - . Administrer plusieurs antigènes en même temps
 - . Vacciner les mamans en même temps que les enfants
 - . Remplir correctement les carnets
 - . Eduquer les mamans lors des séances
 - . Réduire les occasions manquées

* Stratégies vaccinales

- Renforcer les centres fixes (Vaccin, matériel, logistique)
- Remplacer progressivement les équipes mobiles par la stratégie avancée intégrée
- Conserver les E.M dans des zones particulières.

**CALENDRIER DE VACCINATION
DES ENFANTS DE 0 A 11 MOIS
EN CENTRAFRIQUE**

Vaccination	Age
BCG POLIO dose 0	A la naissance jusqu'à 11 mois A la naissance jusqu'à 15 jours
DTCoq 1ère dose POLIO 1ère dose	A partir de 6 semaines
DTCoq 2ème dose POLIO 2ème dose	Au moins 28 jours après 1ère dose (A partir de 10 semaines)
DTCoq 3ème dose POLIO 3ème dose	Au moins 28 jours après 2ème dose (A partir de 14 semaines)
POLIO 4ème dose	Au moins 28 jours après 3ème dose (A partir de 18 semaines)
Rougeole Fièvre-Jaune	A partir de 9 mois

IV-3-7 Formation

a) Problèmes

- Inexistence de plan régional de formation
- Affectation anarchique des agents formés dans le cadre du PEV.
- Les plus grandes lacunes du personnel concernent :
 - collecte et analyse des données
 - importance des occasions manquées et des actions à entreprendre pour les éviter.
 - connaissance de la population cible desservie par stratégie.
 - Gestion des ressources, planification.

b) Recommandation :

- Inventorier les connaissances de base des agents et établir un plan de formation par région.
- Réviser les manuels de formation et les distributions aux régions sanitaires, préfectures et sous-préfectures.
- Rendre prioritaire la formation sur la supervision et la gestion.

IV-3-8 Supervision

a) Problèmes identifiés :

Supervision épisodique, non intégrée.

- Inexistence de liste de contrôle standard dans les régions.
- Pas de retro-information écrite de supervision.
- Manque de supervision du niveau préfectoral, vers les sous centres et postes de santé.

b) Recommandations :

- Renforcer la supervision à tous les niveaux :
 - Identification d'indicateurs nationaux ou régionaux.
 - Formation des agents à la supervision
 - Mise à la disposition des moyens nécessaires pour la réalisation régulière
 - Assurer la retro-information systématique des supervisions effectuées.
 - Instituer un cahier de supervision pour chaque formation sanitaire.

IV-3-9 FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

a) Contraintes relevées

- Inexistence d'un système de financement des activités préventives.
- Aucune politique claire de financement communautaire.

b) Recommandations :

- Développer une politique claire de financement communautaire
- Coordonner les activités des partenaires au développement sanitaire pour la mise en place d'un système amélioré des SSP.
- Former les agents de santé sur les orientations nationales en matière de financement communautaire.

RESUME DU RAPPORT DES EFFETS CONTRAIRES DES VACCINS

CONSULTATION DE L'UNICEF

07 Avril 1994

1. PRATIQUES DE STERILISATION ET DE VACCINATION

OBSERVATIONS:

1.1 Les vaccinateurs ont une connaissance de haut niveau en ce qui concerne les procédures de stérilisation, le contrôle de la chambre froide, les méthodes de vaccination et les contre-indications appropriées à l'immunisation.

1.2 Il y a des difficultés pour obtenir du pétrole et des pièces détachées pour les stérilisateurs et les réfrigérateurs. La fourniture est imprévisible et la livraison est irrégulière.

1.3 Des seringues et des aiguilles utilisées ont été maniées sans forceps, ce qui augmente le risque d'infection des piqûres d'aiguilles

1.4 La manière dont la vaccination est faite par les services curatifs n'est pas du tout conforme aux standards de haut niveau observés par le programme PEV.

RECOMMANDATIONS:

1.1 La décentralisation du planning du programme au niveau régional devrait aider à améliorer la distribution de pétrole et des pièces détachées.

1.2 Les médecins chefs devrait encourager le système d'évacuation d'ordures proposée en creusant des tranchées et en clôturant les endroits. De l'essence doit être disponible pour brûler les ordures médicales d'une manière appropriée. Des aiguilles jetées devrait être mises dans des récipients résistants à la perforation tels que les bouteilles d'eau minérales vides.

1.3 Les méthodes de stérilisation de PEV devrait être incorporer dans les services curatifs.

2. FOURNITURE ET DISTRIBUTION DES VACCINS

RECOMMANDATIONS :

2.1 L'UNICEF devrait établir un mécanisme par lequel des vaccins distribués qui ne répondent pas aux critères de qualité et de sécurité, soient facilement dépistés et retirés.

2.2 La documentation des fabricants des vaccins et les numéros de lots qui sont reçus et distribués devrait être enregistrés dans les registres aux niveaux central, régional et préfectoral.

OBSERVATIONS:

3.1 Des enquêtes sur le terrain indiquent qu'il ya des effets contraires.

3.2 Il n'y a pas de système formel pour le contrôle des effets contraires ou des directives sur comment faut-il s'occuper des cas d'effets contraires quand il se présentent

RECOMMANDATIONS :

3.1 Le contrôle des effets contraires

3.1 L'intégration d'un système simple de contrôle des effets contraires dans le système actuel de surveillance sentinelle des maladies de PEV est fortement recommandée compte tenu du fait qu'il y a une prévalence élevée de VIH et de VHB (virus Hépatite B), l'usage faible de l'équipement de stérilisation des aiguilles utilisées, et le manque de pétrole et des pièces détachées.

3.2 Dans l'avenir, des enquêtes sur la couverture vaccinale devrait inclure des questions sur les effets contraires telles que si l'enfant a eu des abcès ou des BCG lymphadenitis

3.3 Des visites régulières de supervision devrait être établies à nouveau des qu'il y aura des moyens. La liste de vérification de supervision devrait comprendre des questions sur le montant adéquat des aiguilles et des seringues pour le nombre d'enfants vaccinés par jour, l'usage des forceps pour éviter des piqûres d'aiguilles, l'abandon de l'habitude d'utiliser à nouveau des aiguilles déjà utilisées, la maintenance et la clotûre des endroits pour l'évacuation des ordures pour éviter l'accès des jeunes enfants et la liste de n'importe quel enfant ayant été soigné à un centre de santé au cours du mois pour une infection et un abcès à cause de la vaccination

**COUVERTURE VACCINALE PAR DOSES ADMINISTREES
DE VACCINS POUR LES ENFANTS DE 0 A 11 MOIS
ET VAT 2 POUR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER**

ANNÉES:	: B C G		: P O L I O 4		: D T C 3		: ROUGEOLE		: Fi. JAUNE		: V A T 2		: OBSERVATIONS:
	: - 1an	: CV	: -1an	: CV	: -1an	: CV	: 1an	: CV	: 1à	: CV	: doses	: CV	
MAIRES	:	:	:	:	:	:	:	:	: 3ans	:	:	:	
1 9 7 0	: 7284	: 38%	: 4837	: 25,5%	: 4837	: 25,5%	: 6922	: 36,5%	: 7735	: 20,5%	: 8163	: 7%	:
' 1	: 10066	: 45%	: 9394	: 23%	: 9402	: 23,5%	: 14133	: 35%	: 19848	: 24,5%	: 25229	: 10%	:
' 2	: 10139	: 55,5%	: 4055	: 22%	: 4102	: 22,5%	: 4570	: 25%	: 6663	: 18%	: 17371	: 15%	:
' 3	: 11292	: 52,5%	: 6938	: 32%	: 6999	: 32,5%	: 8402	: 39%	: 11832	: 27,5%	: 5630	: 4%	:
' 4	: 5382	: 43,5%	: 2487	: 20%	: 2459	: 20%	: 2911	: 23,5%	: 6988	: 28%	: 14638	: 18,5%	:
' 5	: 6228	: 45,5%	: 2928	: 21,5%	: 2905	: 21%	: 3224	: 24%	: 5743	: 21%	: 21829	: 25%	:
S	: 58391	: 55%	: 30639	: 29%	: 30704	: 29%	: 40162	: 38%	: 58809	: 27,5%	: 24697	: 12,5%	:

ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

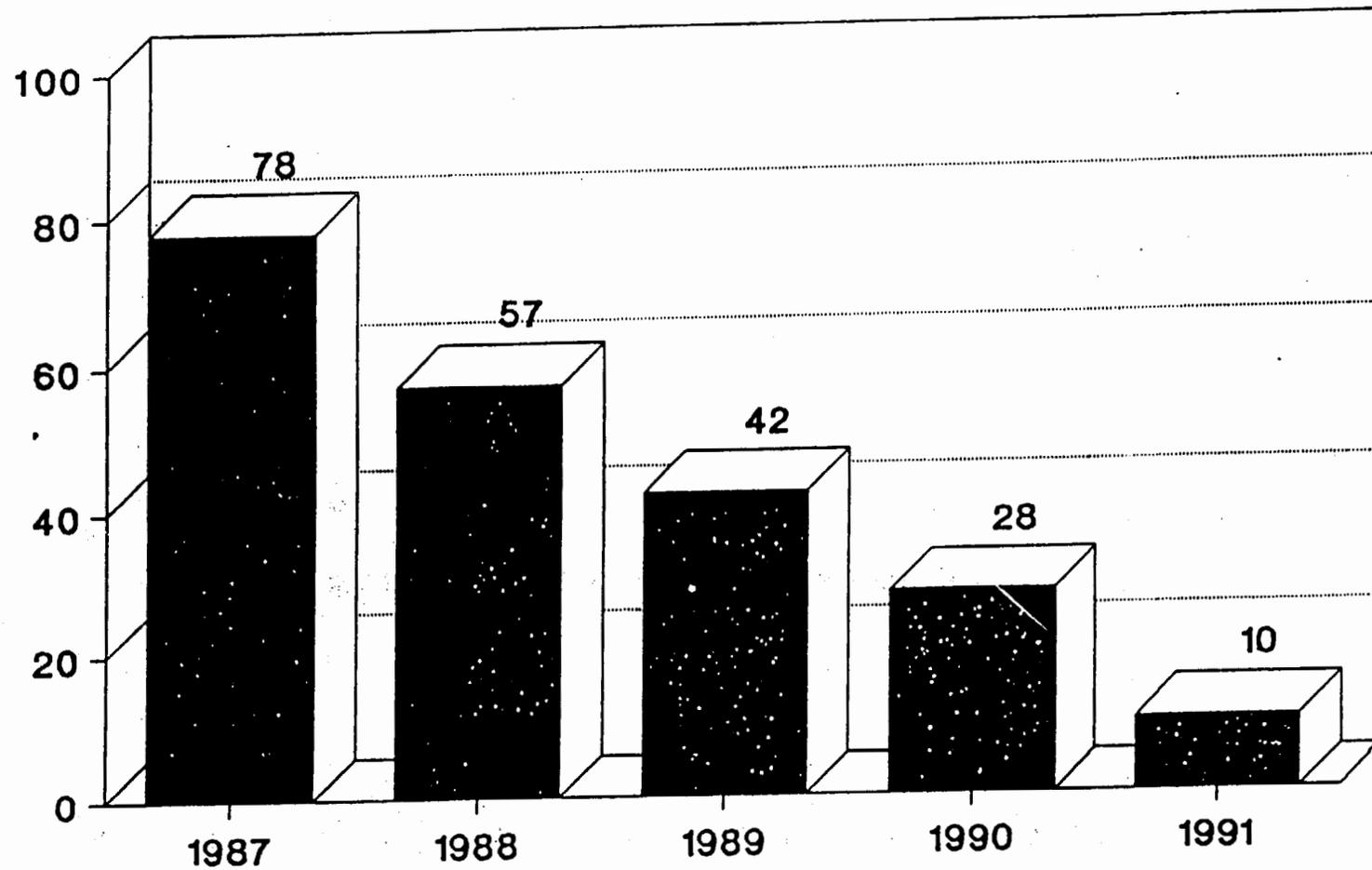
INTRODUCTION

- **RESOLUTION AFR/RC 39/R3**
- **CONSENSUS DE DAKAR**
- **CHUTE DE LA COUVERTURE VACCINALE**

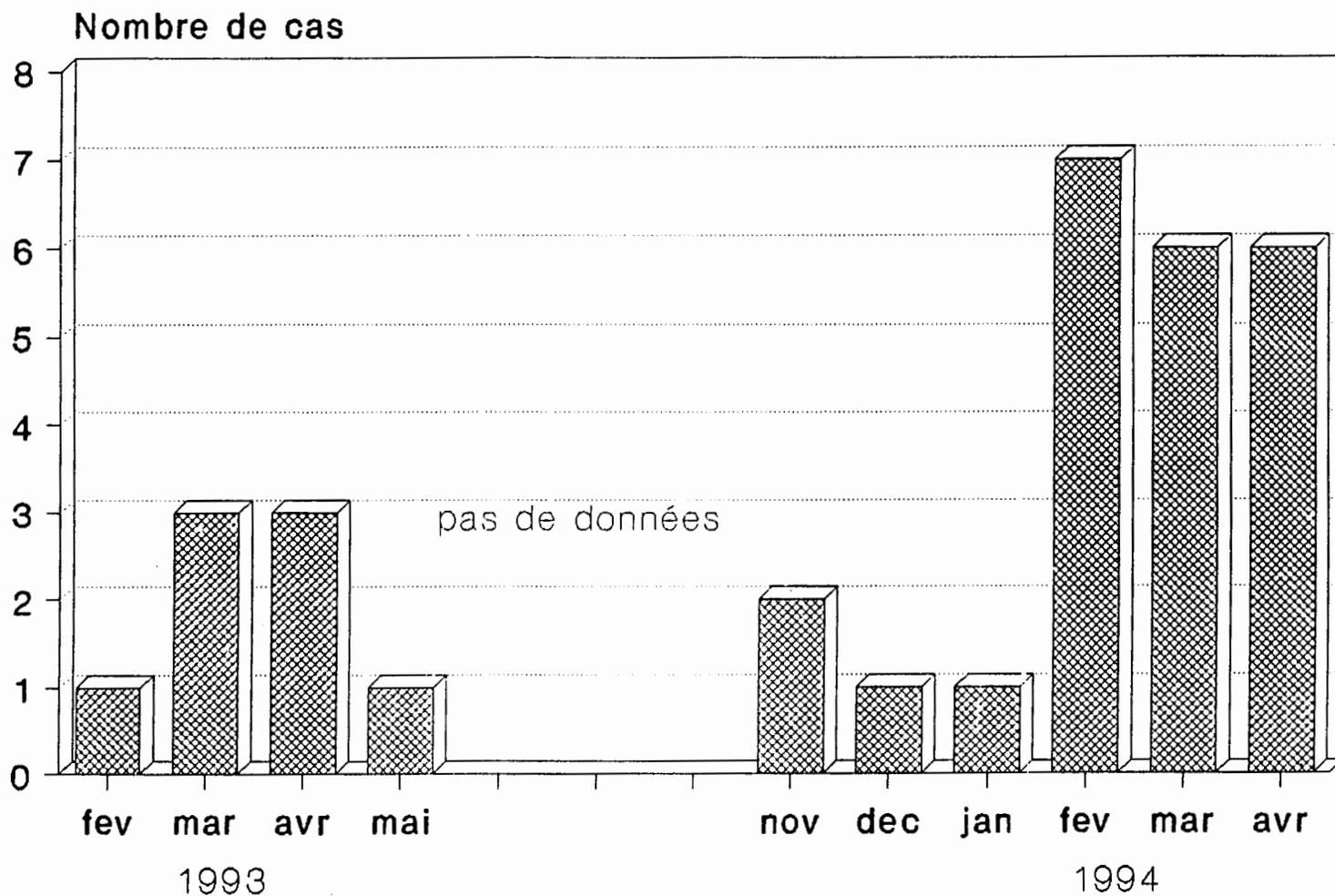
SITUATION ACTUELLE DE LA POLIOMYELITE

- **LES SUCCES DU PODAPEV ONT FORTEMENT DIMINUE L'INCIDENCE DE LA POLIO JUSQU'EN 1991 (GRAPHIQUE)**
- **STADE INTERMEDIAIRE D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE CONFIRMEE EN 1991 - 1992 PAR LA CIRCULATION DU POLIOVIRUS SAUVAGE DE TYPE 3.**
- **CHUTE DE LA COUVERTURE VACCINALE EN 1992 ET 1993.**
- **CIRCULATION DU POLIOVIRUS DE TYPE I A BANGUL**
- **RECRUESCENCE DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA) DUS AU POLIOVIRUS SAUVAGE DE TYPE I (22 CAS EN 4 MOIS A BANGUI).**

REPARTITION DES CAS DE POLIOMYELITE DECLARES EN RCA DE 1987 A 1991 (Tous âges confondus)



Cas de PFA notifiés
Bangui, RCA, 1993-1994
D'après les dates de paralysie



VII-I LE PEV EN 1994 - 1995 ET SES CONTRAINTES

Introduction

Les grandes orientations du PEV en 1994 prennent en compte :

- Les couvertures vaccinales de 1993 (Enquête et doses administrées).
- Les recommandations de la revue du PEV.
- La résolution AFR/RC39/R3 et le consensus de Dakar

VII-2 Objectifs généraux :

- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies cibles du PEV chez les enfants de 0 à 11 mois, et chez les femmes en âge de procréer.
- Augmenter la couverture vaccinales en prélude à l'élimination du Tétanos Néonatal et à l'éradication de la poliomyélite.
- Pérenniser les activités vaccinales afin de préserver le statut vaccinal des enfants.

VII-3 Objectifs spécifiques :

- Augmenter la couverture vaccinale efficace du BCG à 95% d'ici à 1995 pour les enfants de 0 à 11 mois.
- Pour tous les autres antigènes du PEV, augmenter la CV à 85% d'ici 1995.
- Réduire à moins de 10%, le nombre de centre fixes et d'équipe mobile qui connaissent les ruptures de stock de vaccin et d'hydrocarbures.
- Faire observer la politique du PEV dans 100% des unités de vaccination.
- Augmenter à 90% la proportion des mères qui connaissent le calendrier vaccinal du PEV en 1995.
- Faire prendre en charge par les communautés, les frais récurrents du PEV pour 50% des stratégies avancées et des centres fixes où il existe un système de recouvrement des coûts.
- Collecter au moins 95% des rapports de surveillance sentinelle, et des doses administrées à la fin de chaque année.
- Evaluer la couverture vaccinale en fin 1995.

VII-4 Stratégies

- * Application effective de la politique vaccinale
- * Augmentation de l'accessibilité des populations à la vaccination
- * Renforcement de l'efficacité vaccinale.
- * Intégration du PEV dans le paquet minimum d'activités des soins de santé primaires par l'initiative de Bamako.
- * Mobilisation sociale.
- * Surveillance épidémiologique et contrôle des épidémies.
- * Formation
- * Décentralisation du programme
- * Recherche opérationnelle et évaluation du programme.

VIII-5 Principales activités:

- Former et recycler 875 agents de santé.
- Assurer l'administration et la gestion efficaces du programme aux différents niveaux d'intervention.
- Etendre les centres fixes (170) et les stratégies avancées (177).
- Surveillance épidémiologique
- Mobilisation sociale médiatique et communautaire.
- Investiguer et confirmer le diagnostic d'au moins 50% des cas de PFA déclarés.
- Assurer une riposte vaccinale au VPO autour des cas suspects de poliomyélite.

VIII-6 CONTRAINTE

- L'approvisionnement irrégulier et mal coordonné en vaccins, pétrole, gasoil et essence, entraîne une faible efficacité des activités, et des pertes en vaccins.
- Des difficultés de financement au niveau des partenaires, et les troubles sociaux n'ont pas permis d'atteindre les résultats attendus.
- Réduction sans préavis des montants préalablement accordés.
- La signature d'un accord de prêt engageant le gouvernement à être seul responsable de l'entretien et des réparations des véhicules met en péril les équipes mobiles et la stratégie avancée.
- Forte déplétion en personnel de santé dans les régions sanitaires réduisant de ce fait la qualité des activités de vaccination, et à terme, limite l'extension des unités de vaccination (fixes et avancées).
- Cinq préfectures manquent de moyens logistiques pour la supervision des activités du PEV.

VII-7 Conclusion générale

- Les résultats obtenus avec le PODAPEV prouvent que des grands progrès peuvent être accomplis rapidement avec :
 - * La disponibilité des moyens nécessaires
 - * Le calme social
- Quatre missions différentes (enquête de la couverture vaccinale; Revue du PEV, équipe CDC Atlanta sur effets secondaires des vaccinations; équipe OMS pour enquête polio) déclarent de façon concordante que d'une manière générale, les agents de santé maîtrisent les techniques de vaccination, et de stérilisation du matériel. L'instauration des formations ou de recyclage pour les agents, l'apport suffisant et à temps opportun des moyens nécessaires, ainsi que l'efficacité de la gestion décentralisée contribueront certainement à relever la couverture vaccinale avec ce contexte de paix sociale retrouvée.

**EDUCATION POUR LA SANTE
ET FORMATION**

**ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU
PROJET SURVIE DE L'ENFANT**

THEME DE L'EXPOSE : EDUCATION POUR LA SANTE

PRESENTE PAR : RUTH DOUTZONGA CHEF DE LA CELLULE EPS

BUT : L'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à adopter de comportements favorables à la santé.
Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence sur leur état de santé.
L'éducation pour la santé se sert de diverses méthodes pour aider les gens à appréhender la situation dans laquelle ils se trouvent et à choisir les mesures propres à améliorer leur santé.
L'éducation pour la santé ne peut remplir pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes.

QUI DOIT FAIRE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ?

Il est vrai que certains ont reçu une formation spéciale pour travailler dans ce domaine. Ce sont des spécialistes. Mais puisque tous les agents de santé ont pour tâches d'aider les gens à approfondir leurs connaissances et acquérir des compétences pour améliorer leur santé, ils devraient tous, dans leur travail, faire de l'éducation pour la santé.
En menant une action dans ce domaine, les agents de santé donneront encore plus d'efficacité aux prestations assurées.

Etant donné que l'éducation pour la santé utilise diverses méthodes, nous allons partager ensemble quelles sont les méthodes que la DMPM a utilisées pour la réussite de ses objectifs.

FORMATON DES AGENTS DE SANTE

LE PROCESSUS DE FROMATION ADOPTE PAR LA DMPM POURSUIT DIX ETAPES:

- 1ERE ETAPE: IDENTIFICATION DES ELEMENTS A EVALUER**
- 2E ETAPE: ELABORATION DES INSTRUMENTS DE L'ENQUETE**
- 3E ETAPE: CONDUITE DE L'ENQUETE SUR LA PERFORMANCE DES AGENTS DE SANTE PRE-FORMATION**
- 4E ÉTAPE: ANALYSE DES DONNEES ET IDENTIFICATION DES BESOINS EN FORMATION**
- 5E ETAPE: ELABORATION DE GUIDE DE FORMATION**
- 6E ETAPE: FORMATION DES FORMATEURS NIVEAUX CENTRAL ET REGIONAL**
- 7 E ETAPE: FORMATION DES AGENTS DE SANTE**
- 8E ETAPE: RAVITAILLEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES EN MATERIEL ET FOURNITURE DE MEDICAMENTS**
- 9E ETAPE: L'EVALUATION DE PERFORMANCE POST-FORMATION**
- 10E ETAPE: SUPERVISION**

FORMATION BASEE SUR L'EVALUATION DE PERFORMANCE DES AGENTS DE SANTE

INTRODUCTION

Dans son plan d'action 1982-1985, le Gouvernement a retenu comme priorité du département de la Santé Publique, la Protection de la Santé Maternelle et Infantile. A cet effet un accord de projet dénomé PROJET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE fut signé entre le Gouvernement Centrafricain et Américain en Mai 1985.

C'est dans ce cadre que les Programmes Nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD), le paludisme et le Programme Elargi de Vaccination (PEV) furent élaborés et signés par le Ministre de la Santé Publique en 1986.

C'est dans le cadre de l'exécution de ces différents programmes que l'évaluation de performance des agents de santé a son sens.

OBJECTIFS RECHERCHES :

- PLANIFIER LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL SANITAIRE
- EVALUER ULTERIEUREMENT L'IMPACT DE LA FORMATION SUR LA PERFORMANCE DU PERSONNEL
- IDENTIFIER LES DEFAILLANCES DANS LA FOURNITURE DU MATERIEL ESSENTIEL A L'EXECUTION DES DIFFERENTS PROGRAMMES.

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Le processus de formation adopté par la DMPM poursuit dix étapes:

1 - Première étape :

Elaboration et adoption des différents programmes en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD), du programme national de lutte contre le paludisme (PRONAPAL) et du programme élargi de vaccination (PEV).

2 - Deuxième étape :

Elaboration du protocole d'enquête comprenant :

- un questionnaire
- le guide de remplissage
- la méthodologie de l'enquête

3 - Troisième étape :

CONDUITE DE L'ENQUETE

Les méthodes qui ont été utilisées pendant l'évaluation sont :

- 1 - L'observation sur place des pratiques des agents de santé en utilisant un formulaire standard
- 2 - La revue des registres pour s'assurer que les dossiers sont bien remplis.

L'échantillon sur lequel a porté l'évaluation représentait au moins 50 % des formations sanitaires dans chaque région sanitaire. Le choix des formations a été fait au hasard et a été porté sur toutes les catégories.

Les équipes étaient constituées de trois personnes. Les enquêteurs ont été choisis parmi les responsables régionaux et formés.

Le développement du protocole de l'enquête, la formation des enquêteurs et l'analyse des données recueillies relèvent des tâches du niveau central.

La réalisation de l'enquête sur le terrain a été effectuée par les responsables du niveau intermédiaire.

Quatrième étape :

ANALYSE DES DONNEES ET IDENTIFICATION DES BESOINS EN FORMATION

L'évaluation a révélé:

- 1 - L'importance de la formation et la supervision continue du personnel sanitaire sur le terrain
- 2 - Le Manque d'équipements essentiels à l'exécution des différents programmes.

Cinquième étape :

ELABORATION DU GUIDE DE FORMATION

C'est d'abord l'élaboration des guides de formation spécifiques à chaque programme.

Sixième étape :

FORMATION DES FORMATEURS

Elle est consacrée à la formation des formateurs. Deux objectifs sont poursuivis par cette formation:

1 - Recueillir l'avis des responsables régionaux sur les différents guides et les adapter au contexte de terrain certaines directives contenues dans le guide.

2 - Transférer les méthodes d'enseignement aux formateurs. Cette formation est assurée par les responsables du niveau central ayant participé à l'élaboration des guides.

En général sept formateurs choisis parmi les responsables du niveau intermédiaire sont formés. La formation se déroule en deux sessions (2 à 3 régions sanitaires) à la base d'une région sanitaire.

Septième étape :

FORMATION DES AGENTS DE SANTE

C'est la formation des agents de santé. Elle est organisée par les responsables régionaux préalablement formés et supervisés par un ou deux agents du niveau central et à lieu en général à la base des régions sanitaires. Elle se déroule en plusieurs sessions. Dans chaque session il y a entre 35 et 50 participants pour 7 à 9 facilitateurs.

Une évaluation des connaissances est faite au début (prétest) et à la fin (post-test) de la formation.

Les sessions sont aussi évaluées par les participants durant la formation des agents et des retouches sont apportées aux guides à partir des remarques et suggestions des participants.

Nous avons formé au total 1248 agents de santé toute catégorie repartis comme suit

PEV : 323

LMD : 319

Palu 593 dont 13 médecins y compris.

Les participants ont été satisfaits des méthodologies utilisées lors des formations.

Huitième étape :

**RAVITAILLMENT DES FORMATIONS SANITAIRES
EN MATERIEL ET FOURNITURE DE MEDICAMENTS**

C'est l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments en matériels, en commençant par les hôpitaux majeurs. C'est également pendant cette étape que sont faites les supervisions particulièrement l'évaluation des performances des agents après la formation en se servant des outils utilisés pendant l'évaluation pré-formation.

Neuvième étape :

EVALUATION DE PERFOEMANCE POST-FORMATION

Dixième étape :

SUPERVISION

La supervision est l'une des activités très importante pour la réussite et l'application des acquis pendant la formation sur le terrain. Mais force est de constater qu'une formation n'a pas été organisée sur les techniques de la supervision et chacun réalise cette activité à sa manière.

Il est à noter qu'une formation sur les techniques de la supervision s'avère très indispensable à l'intention des agents de santé impliqués dans la supervision.

CONCLUSION

Nous avons adopté un processus de formation qui comporte trois étapes :

- Evaluation de performance du personnel afin d'identifier les points sur lesquels il faudrait mettre l'accent pendant la formation : c'est-à-dire l'évaluation pré-formation

- Elaboration d'un guide de formation en se basant sur les résultats de l'évaluation.

- Planification et réalisation de la formation.

Une évaluation post-formation s'avère nécessaire pour apprécier le degré d'amélioration des prestations et éventuellement planifier un recyclage.

Ce système d'enseignement a permis de faire acquérir aux agents de santé des aptitudes pratiques des prises en charge dans le cadre des différents programmes nationaux.

EDUCATION DES MERES

LE PROCESSUS DE L'EDUCATION DES MERES ADOPTE PAR LA DMPM
POURSUIT DIX ETAPES:

1ERE ETAPE: IDENTIFICATION DES ELEMENTS A EVALUER

2E ETAPE: ELABORATION DES INSTRUMENTS DE L'ENQUETE

3E ETAPE: CONDUITE DE L'ENQUETE 50 FOYERS AU TOURS DES
FORMATIONS SANITAIRE IDENTIFIEES SUR LES
CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
DES MERES DE L'ENFANT MALADE

4E ETAPE: ANALYSER DES DONNEES ET IDENTIFICATION DES
BESOINS D'EDUCATION POUR LES MERES

5E ETAPE: IDENTIFICATION DES CANAUX ET ELABORATION
DU PLAN D'ACTION:

FORMATION SANITAIRE
PENDANT LA PRISE EN CHARGE
LES CAUSERIES

MOBILISATION SOCIALE/POPULAIRE PEV

MOBILISATION MEDIATIQUE

6E ETAPE: ELABORATION DE GUIDE DE FORMATION POUR LES
AGENTS DE SANTE OU LES MOBILISATEURS SOCIAUX

7E ETAPE: FORMATION DES FORMATEURS NIVEAUX CENTRAL
ET REGIONAL

8E ETAPE: FORMATION DES AGENTS DE SANTE OU DES
MOBILISATEURS SOCIAUX

9E ETAPE: EXECUTION DES ACTIVITES

10E ETAPE: SUPERVISION/EVALUATION

ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA POPULATION POUR UN PROGRAMME DE MOBILISATION SOCIALE

INTRODUCTION

La formation des agents de santé ayant été accomplie et l'équipement des formations sanitaires fait, il s'avère indispensable que les utilisateurs de service puissent avoir accès aux différentes prestations dans les formations.

C'est dans ce contexte que des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population furent menées.

OBJECTIFS:

- 1- Visiter 50 foyers autour des formations sanitaires
- 2 - Recueillir l'appréciation des utilisateurs des services
- 3 - Planifier des stratégies éducatives
- 4 - Evaluer ultérieurement l'impact de la stratégie.

METHODOLOGIE :

La méthodologie utilisée est basée sur l'enquête 100 foyers et poursuit le même processus que celui des agents de santé.

- Visite de 50 foyers autour de la formation sanitaire en commençant par le foyer où la porte d'entrée est la plus proche de celle de la formation. Tous les foyers ouverts avec ou sans groupe cible devra être pris en compte.

- Entretien individuel avec la personne qui à la charge de l'enfant en utilisant un questionnaire standard et des fiches de réponses qui servait aussi de fiches de dépouillement.

- Un travail de sensibilisation doit être fait la veille de l'enquête.

L'enquête prend en compte les femmes enceintes et les mères d'enfants ayant présenté une fièvre, une diarrhée dans les quinze derniers jours et la revue des cartes de vaccination des enfants pour ce qui est de l'état vaccinal.

LES RESULTATS :

Présentation de quelques transparents sur le paludisme et LMD.

Les résultats présentent des défaillances qui se situent au niveau des connaissances en ce qui concerne l'agent vecteur du paludisme, la conduite à tenir pour faire baisser la fièvre et les signes qui doivent amener la mère à ramener son enfant au centre de santé.

Certaines pratiques sont à encourager en ce qui concerne par exemple le traitement à domicile de la fièvre. Les mères donnent systématiquement un traitement à base de la chloroquine mais le problème se situe au niveau de la dose et du nombre de jours de traitement.

Ces résultats conduiront la DMPGE à:

- L'élaboration d'un programme de sensibilisation de la population.
- Formation de tous les partenaires impliqués dans la stratégie.
- La mise en oeuvre de la stratégie avec la participation de la population .

La stratégie de sensibilisation dans le domaine du paludisme et de la lutte contre les maladies diarrhéiques est en préparation.

Les mobilisateurs communautaires seront recrutés parmi les jeunes du village à forte densité de population et choisis par les responsables politico-administratives

locales. Ils seront formés au niveau des préfectures .

La promotion des soins à domicile est préconisée dans cette étape de stratégie de sensibilisation sur le paludisme et les maladies diarrhéiques . Pendant cette étape on doit s'assurer que la chloroquine et les sachets de SRO sont accessibles à la majorité de la population

Les agents de santé villageois et ou les mobilisateurs communautaires formés encadreront la population pour les soins à domicile.

La supervision des agents de santé et des mobilisateurs communautaires sera assurée par les responsables régionaux , des agents de santé formés et par le niveau central.

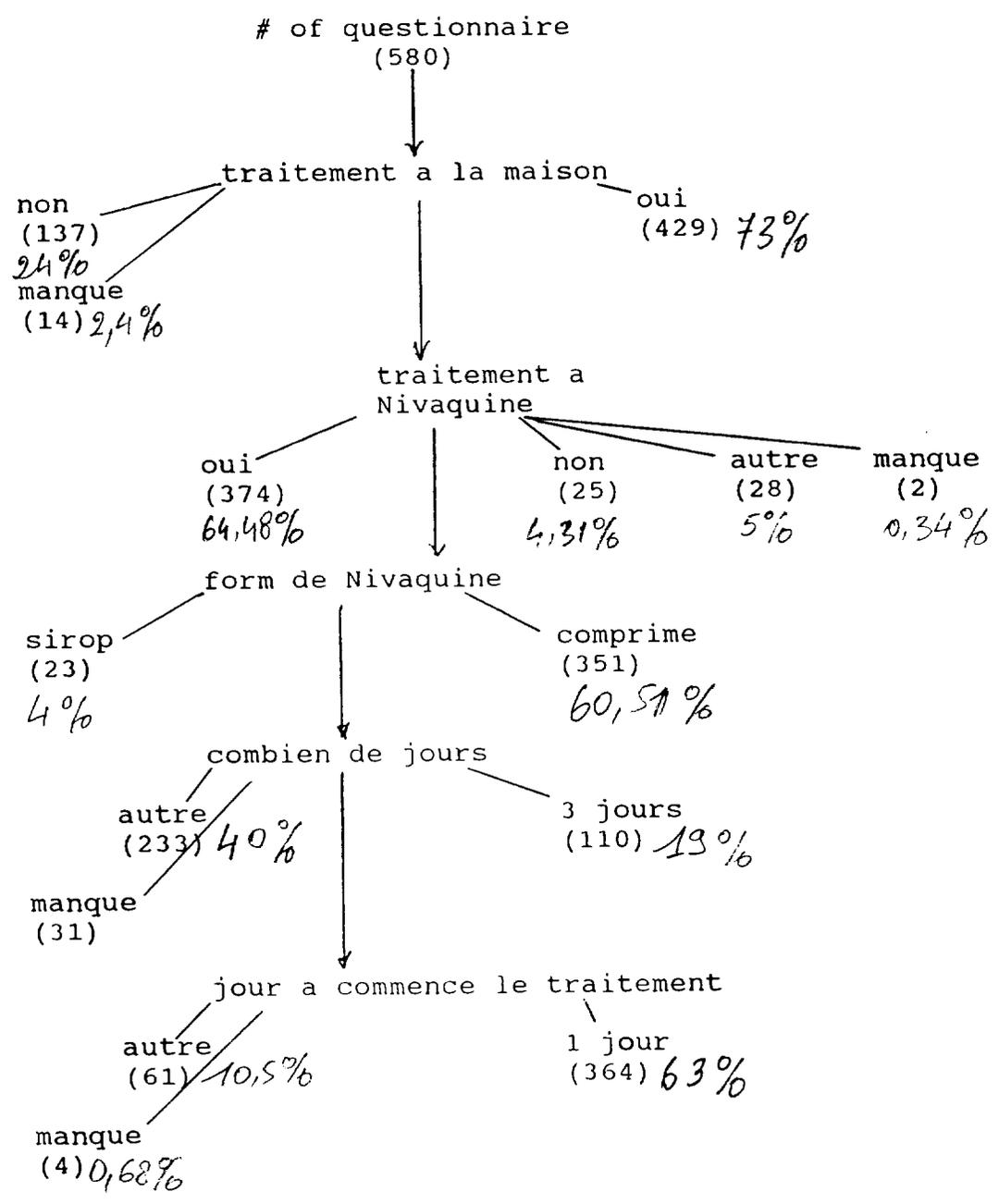
L'évaluation du processus de mise en oeuvre et de l'impact du programme en vue éventuellement d'une réorientation.

Définition : La mobilisation sociale consiste à susciter l'intérêt de la population pour une question donnée en se servant des moyens et méthodes d'information et d'éducation efficaces adaptés au contexte culturel de la communauté afin de faire prendre à celle-ci des actions concrètes et précises en sa faveur.

CONCLUSION :

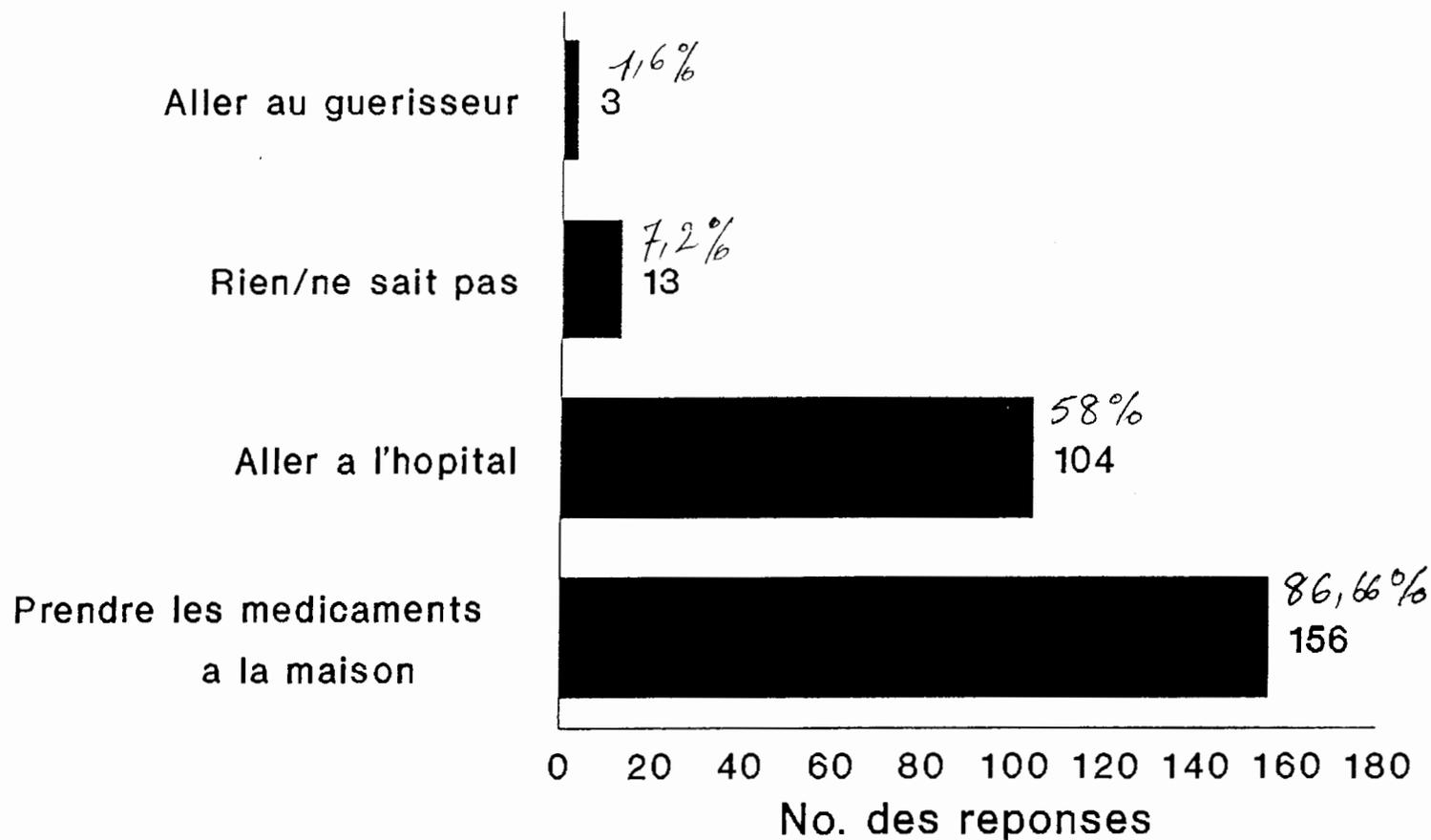
Après la formation des agents de santé dans les différents programmes qui a couvert presque tout le pays, il faut mobiliser la population pour l'amener optimément à l'utilisation des services. C'est pourquoi nous demandons à tous les pays ou organismes soucieux du développement de la santé de l'enfant en RCA et pour la promotion de l'I.E.C à nous aider à mettre en oeuvre les programmes de stratégie de sensibilisation dans le cadre du paludisme et LMD.

Enfants febriles - Soins a domicile



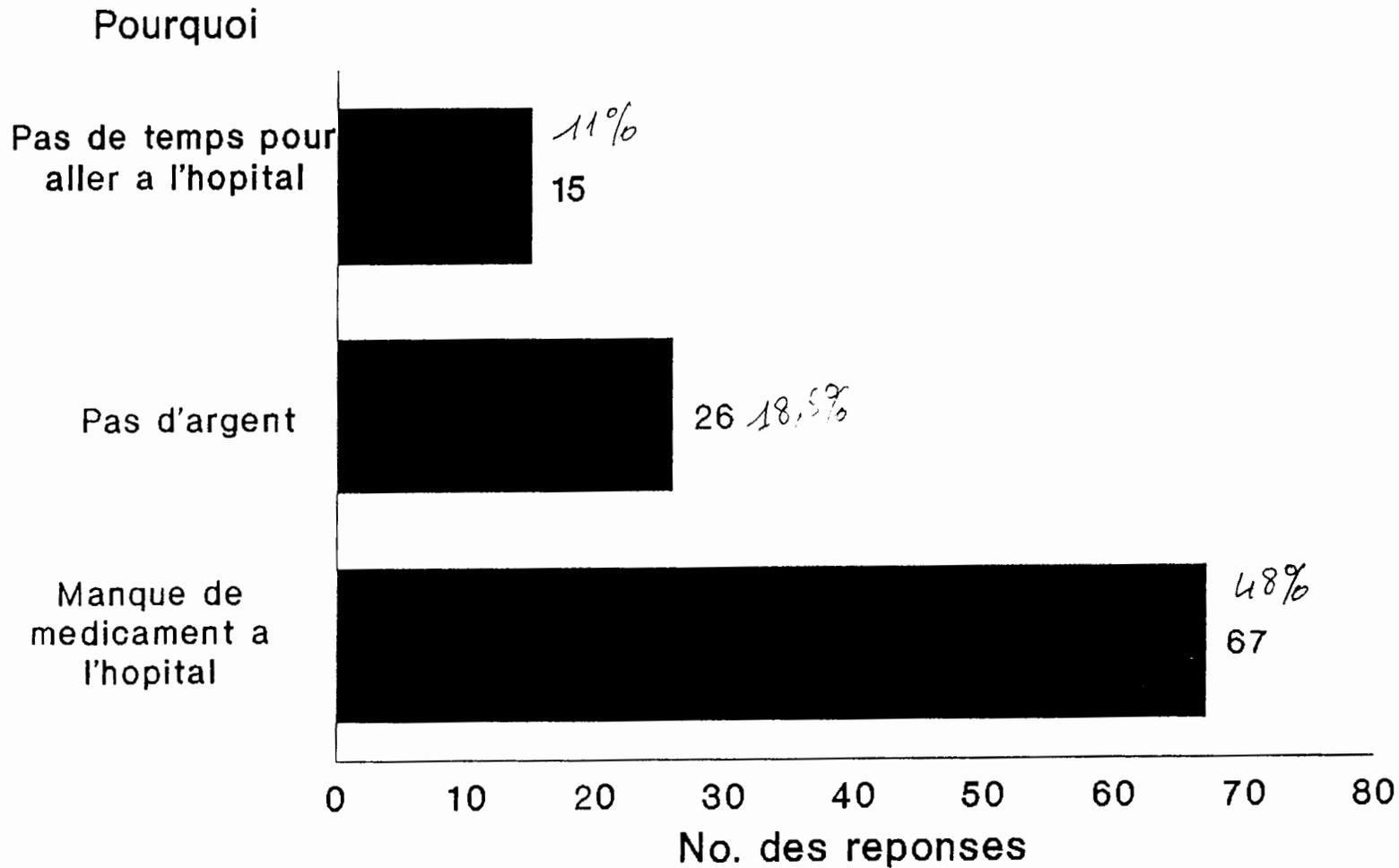
Ce que les femmes enceintes font quand elles ont la fièvre

Pratiques des femmes



RCA 1992

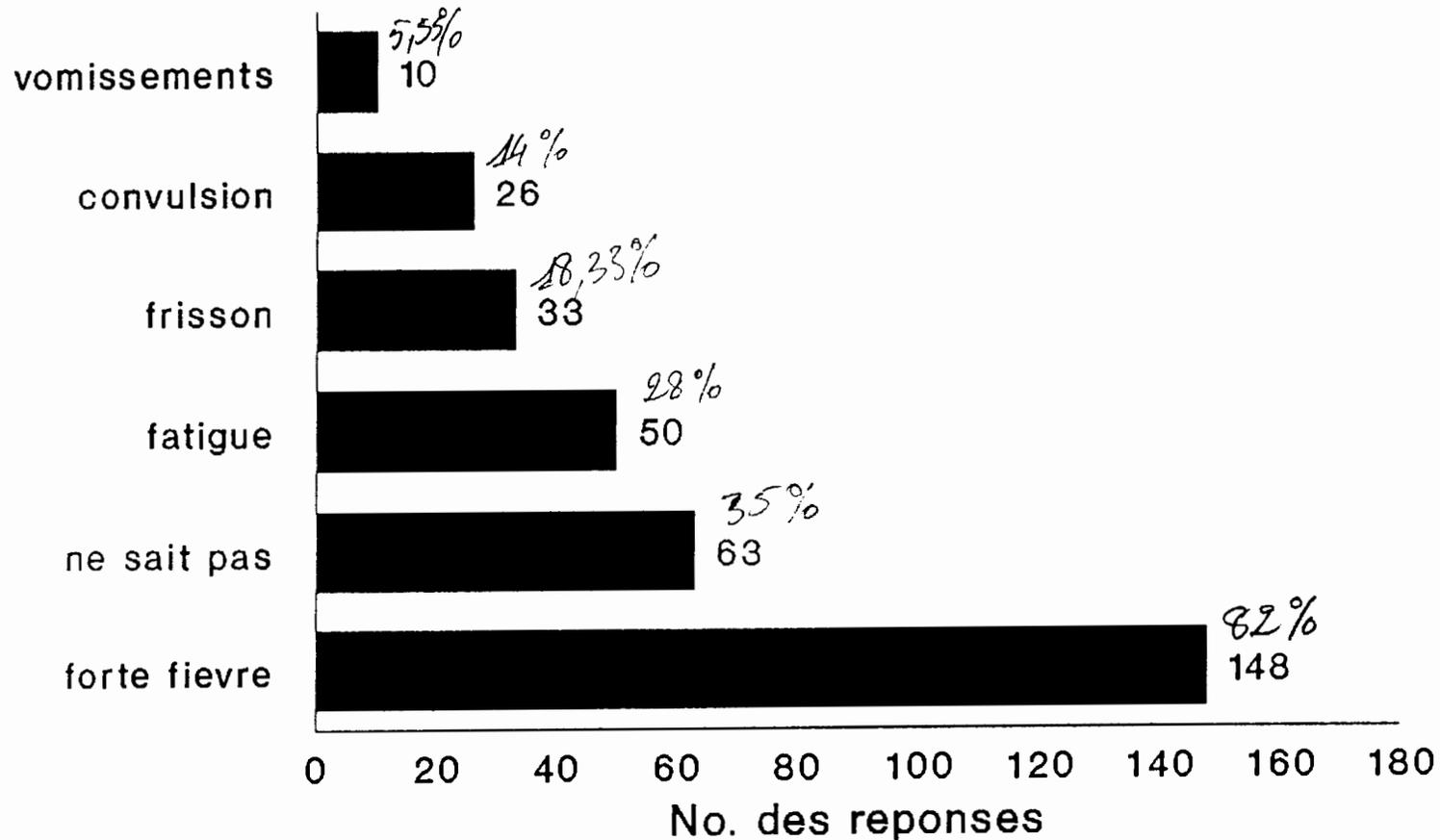
Pourquoi les femmes enceintes ne prennent pas un traitement preventif



RCA 1992

Comment les femmes enceintes savent que le paludisme devient compliqué

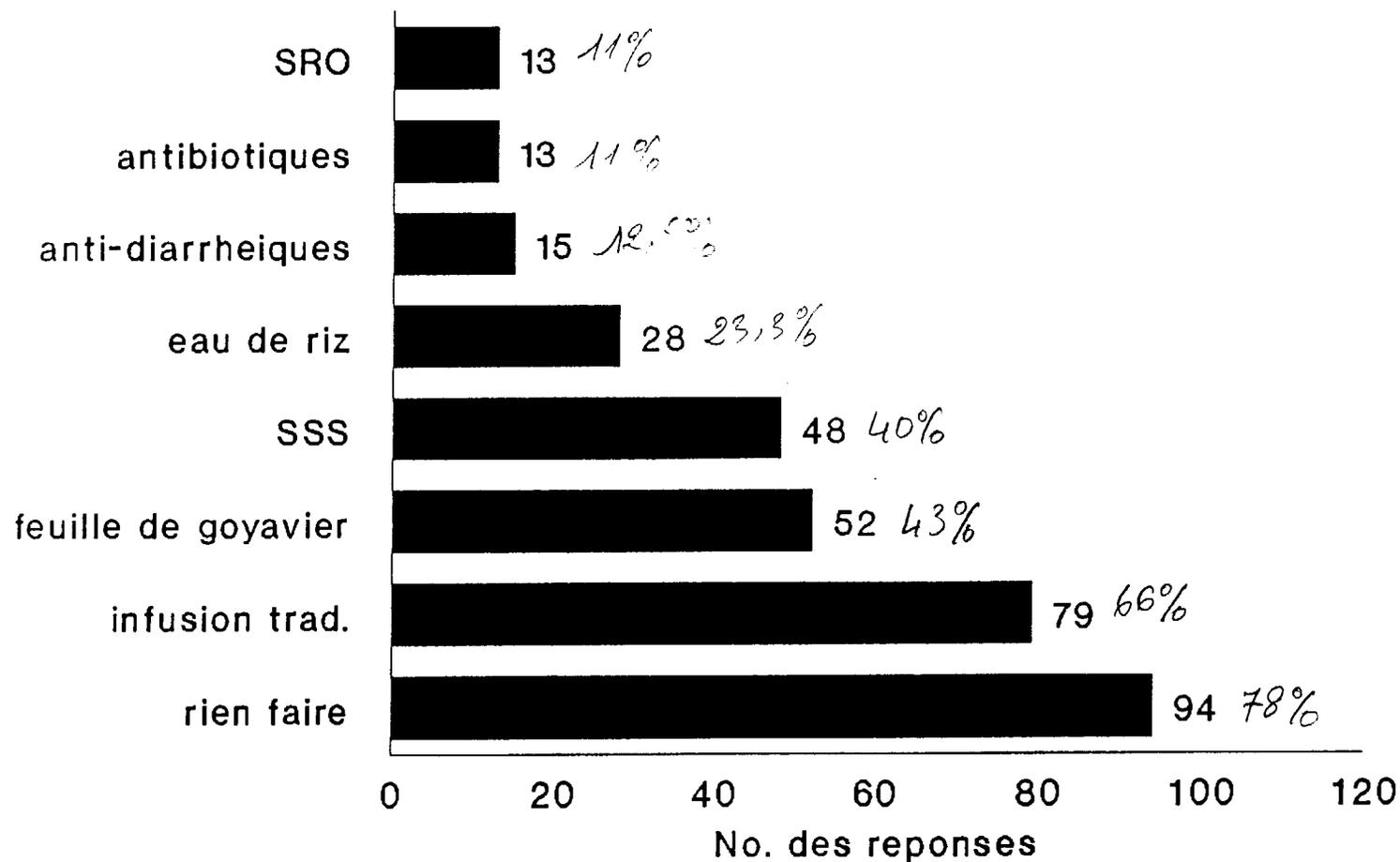
Signes



RCA 1992

Methodes de soigner la diarrhee a la maison identifiees par les repondants

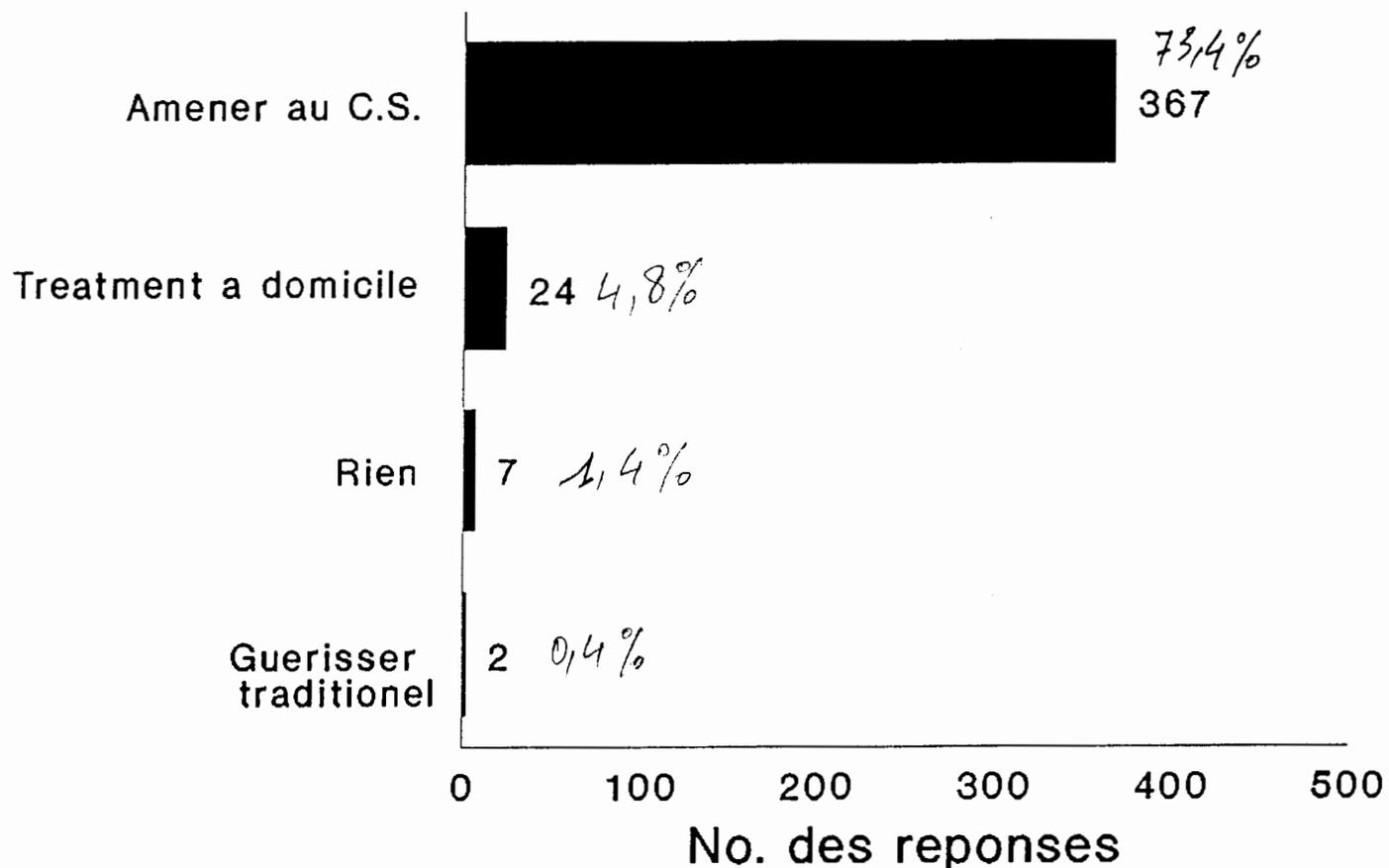
Methode de soins



RCA 1992

Ce qui les meres font quand l'etat de l'enfant avec la diarrhee s'aggrave

Pratiques des meres



PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE

Organisé par l'OMS AFRO et le CDC d'ATLANTA un atelier sur la prise en charge de l'enfant malade du 25 Janvier au 5 Février 1993 à Brazzaville .Cet atelier regroupait six pays.

A l'issue de cette consultation,les experts devraient élaborer de matériel pédagogique contenant des directives pour l'organisation des programmes de formation.

Ces directives doivent refléter la réalité clinique du processus de prise en charge de l'enfant malade et pouvant être adaptés aux besoins et réalités des différents pays.

Au retour de cet atelier,un programme a été élaboré dans lequel ,un consultant a été sollicité en vue de nous aider à mettre sur pieds un guide de formation EPS devant prendre en compte les aspects de la prise en charge de l'enfant malade,mais depuis 1993 jusqu'à ce jour cette main de mandiant que nous avons tendu au CDC ATLANTA demeure toujours tendue.

C'est pour vous dire qu'en ce qui concerne la prise de l'enfant malade rien n'a pratiquement été fait.

Nous insistons sur l'aide de ce consultant car ceci constitue un blocage à nos activités.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

THERAPIE DE REHYDRATATION ORALE/PALUDISME

SITUATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES EN RCA

**SUR UN TAUX DE MORTALITE DE 219 ‰ D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS,
25 % DES CAS SONT IMPUTABLES AUX IRA (ESTIMATION NATIONS UNIES).**

1. OBJECTIF GENERAL

**REDUIRE D'UN TIERS LA MORTALITE INFANTILE DUE AUX IRA CHEZ LES
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ENTRE 1994 ET L'AN 2000.**

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PROGRAMME

**2-1 DEPISTER ET TRAITER 90 % DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
ATTEINTS D'IRA DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PAR UN MEDICAMENT
APPROPRIE.**

**2-2 REDUIRE L'INCIDENCE DES IRA EN AUGMENTANT LA COUVERTURE DE
LA ROUGEOLE, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE DANS LA POPULATION
CIBLE.**

**2-3 INTEGRER LA LUTTE CONTRE LES IRA DANS TOUTES LES FORMATIONS
SANITAIRES.**

**2-4 FORMER AU MOINS UN AGENT PAR FORMATION SANITAIRE EN MATIERE
D'IRA.**

**2-5 REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS HOSPITALISES POUR IRA DE
25%.**

3. OBJECTIFS SPECIFIQUES POUR

L'ANNEE 1994

3-1 EVALUER LES PERFORMANCES DU PERSONNEL DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS D'IRA.

3-2 ANALYSER LES DONNEES DE BASE D'INCIDENCE ET D'HOSPITALISATION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS D'IRA DANS LES HOPITAUX CENTRAUX, LES HOPITAUX REGIONAUX ET LES HOPITAUX PREFECTORAUX.

3-3 INITIER LES PROCESSUS DE FORMATION DU PERSONNEL.

4 STRATEGIE

4-1 FORMATION

4-2 DECENTRALISATION

4-2-1 LE NIVEAU CENTRAL

4-2-2 LE NIVEAU INTERMEDIAIRE

4-2-3 LE NIVEAU PERIPHERIQUE

4-2-4 LE NIVEAU COMMUNAUTAIRE

4-3 LE.C

- EDUCATION POUR LA SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

- LA MOBILISATION POPULAIRE UTULISANT LA COMMUNAUTE

- LA MOBILISATION MEDIATIQUE

4-4 INTEGRATION DES ACTIVITES: LES ACTIVITES D'IRA FONT PARTIE INTEGRANTE DES ACTIVITES DU PRONAPAL ET LMD.

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE, ELLES SERONT INTEGREES DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.

5. CONTRAINTES

- **NOUVEAU PROGRAMME**
- **MANQUE D'INFORMATION SUR LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**
- **SUR LES PRATIQUES DES AGENTS DE SANTE SUR LE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT**
- **SUR LES ANTIBIOTIQUES ET LEUR SENSIBILITE**
- **LES CAP DES MERES**
- **LES MEDICAMENTS APPROPRIES DISPONIBLES**
- **LA POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES IRA**

6. PERSPECTIVES D'AVENIR

- **CENTRE PILOTE D'ETUDE SUR LES IRA (COMPLEXE PEDIATRIQUE)**
- **RECUEIL DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**
- **ENQUETE SUR LA SENSIBILITE DES ANTIBIOTIQUES**
- **TESTER UNE PRISE EN CHARGE**
- **ETABLIR UNE POLITIQUE DE TRAITEMENT**
- **EVALUER LA PERFORMANCE DES AGENTS DE SANTE**
- **ENQUETE SUR LE VOCABULAIRE, ENQUETE CAP**
- **DEVELOPPER LE PROGRAMME DE FORMATION DE PRISE EN CHARGE INTEGREE (PALU, LMD, IRA).**

SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

INTRODUCTION

Dans le contexte de la RCA, le taux de mortalite infantile associe a la diarrhee demeure eleve dans la tranche d'age de 0 a 5 ans et represente la moitie de tous les deces toutes causes reunis d'apres les donnees provenant du systeme d'information sanitaire du pays.

A ce titre, la diarrhee constitue en RCA un probleme de sante publique prioritaire -- non seulement par le nombre de case mais surtout par la gravite chez les enfants de moins de 5 ans.

Le Programme a ete adopte le 7 juin 1986. Il est soutenu par USAID, Unicef et Corps de la Paix.

OBJECTIF Reduire la mortalite liee a la diarrhee chez les enfants de moins de 5 ans.

STRATEGIE

Repose essentiellement sur la formation du personnel et l'implantation des infrastructures adequates pouvant permettre d'assurer une meilleure prise en charge des case de diarrhee.

RESULTATS DES ACTIVITES REALISEES, 1986 - 1993

1. Formation des agents de sante a la technique de RVO.

1989 - Symposium national regroupant 68 medecins.

1990 - Formation de 313 agents de sante toute categorie provenant de 15 formations sanitaires.

Mise en place du materiel TRO.

Un materiel pedagogique intitule guide de formation a la RVO a ete concu a cet effet.

A partir de 1992 il etait prevu dans le plan d'action un recyclage de 30 agents de sante a la technique de RVO, mais cela n'a pas connu sa realisation a cause des mouvements de greve.

2. Logistique.

Creation dans 175 formations sanitaires des unites et coins RVO (dont 17 URVO au niveau des hopitaux regionaux et prefectoriaux).

3. Recherche Operationnelle.

1989 - 1990 Realisation d'une enquete nationale d'evaluation des performances du personnel.

Realisation d'etude sur les solutions a base de cereale.

1993 Realisation d'enquete CAP meres, pre-mobilisation sociale LMD.

En matiere de RVO il faut souligner que certaines conditions doivent etre reunies afin qu'elle soit operationnelle, a savoir:

- personnel forme et disponibles
- existence d'un bon local disponible
- materiel necessaire disponible
- sachets SRO disponibles

CONTRAINTES

En 1991, les activites LMD etaient operationnelles dans 80 formations sanitaires sur les 175 impliquees dans le programme, soit 45%. Ce resultat combien modeste sur le terrain s'est effondie au cours des difficultes qui se resument par:

- Un manque de local pour un coin RVO
- Insuffisance de personnel liee a la fluctuation de personnel forme (DVA, retraite, DCD, affectation).
- Deterioration et pillage du materiel.
- Le mouvement de greve dans le secteur public entrainant un blocage des activites a provoque la demotivation du personnel et la fermeture de la plupart des unites et coins RVO.
- Rupture frequente de sachets de SRO dans les formations sanitaires due a la non livraison des sachets de SRO par les regions sanitaires.
- Manque de supervision.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Le programme en veilleuse merite une relance effective par la redynamisation des structures existantes en portant un accent particulier notamment sur:

- la formation
- le recyclage
- le renforcement en materiel
- la supervision
- IEC
- l'evaluation du programme

Dans cet optique, un mission de supervision est en cour en vue de faire l'etat des lieux. Les resultats de cette supervision permettront d'envisager la formation qui suivra.

Il faut aussi souligner que pour un meilleur devenir le programme entend en collaboration avec les programmes paludisme et infections respiratoires developper un algorithme en vue d'assurer la prise en charge de l'enfant malade.

CONCLUSION

Les activites de lutte contre les maladies diarreiques sont quasi inexistantes dans la plupart de nos formations sanitaires et face a cette situation nous devons tous nous mobiliser afin de relancer le plus rapidement possible les nouvelles bases de lutte. Certes les sachets SRO son disponibles. Il incombe donc a la DMPM de relever le defi en collaboration avec nos partenaires privilegies.

SITUATION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

INTRODUCTION:

Le Programme National de Lutte Centre le Paludisme de la République Centrafricaine a été adopté en 1986 et devrait couvrir la période de 1986-1990.

La Lutte Contre le Paludisme fait partie des trois volets du Projet de Lutte Contre les Maladies Transmissibles financés par l'USAID.

Ce programme a été révisés en Octobre 1991.

BUT: - Réduire la mortalité due au paludisme.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES:

- Prise en charge des cas de paludisme
- Chimio prophylaxie chez les femmes enceintes
- Protection individuelle

LES OBJECTIFS:

I OBJECTIFS D'IMPACT

- OI.1 Réduire de 20% la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 5 ans.
- OI.2 Réduire de 50% le nombre de cas sévères de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
- OI.3 Réduire de 50% le taux d'avortements liés au paludisme chez les femmes enceintes d'ici 5 ans.
- OI.4 Réduire de 50% le pourcentage d'enfants nés avec un faible poids a la naissance du au paludisme d'ici 5 ans.

II OBJECTIFS DE RESULTATS

D'ici 5 ans:

- OR.1 80% des enfants du moins de 5 ans fébriles se présentant dans le Formations Sanitaires sont correctement PEC selon la politique nationale.
- 6/9

- OR.2 20% des enfants de moins de 5 ans fébriles sont PEC a domicile selon la politique nationale.
- OR.3 80% des Agents de Santé formés disent aux mères d'enfants fébriles traités dans la FS de revenir au centre si le fièvre persiste après 48H ou si l'enfant présente des signes d'aggravation (vomissements, convulsions, coma...)
- OR.4 80% des mères d'enfants de moins de 5 ans sensibilisées donnent correctement les 2'emes et 3'emes dose de chloroquine a domicile.
- OR.5 80% de FS couvertes par le Programme disposent du la chloroquine en permanence.
- OR.6 Dans 70% de FS chaque enfant qui doit être traité pour paludisme avec un médicament du première intention réçoit effectivement son traitement.
- OR.7 80% des femmes enceintes fébriles reçoivent un traitement correct selon la politique nationale.
- OR.8 80% des femmes enceintes se présentant aux consultations prénatales sont mises sous chimioprophylaxie selon la politique nationale.
- OR.9 90% des femmes enceintes mises sous chimioprophylaxie prennent effectivement la chloroquine selon la politique nationale.
- OR.10 90% des femmes enceintes se présentant a la consultation prénatale sont sensibilisées sur les effets nocifs du paludisme sur la grossesse.
- OR.11 50% des mères sont sensibilisées sur la paludisme dans la communauté.

ACTIVITES REALISEES

1990 **Enquête performance des Agents de Santé**

1992 **Séminaire de Formation**

- **Formation des Formateurs**
- **Formation des Agents**

Au total 593 Agents des Santé formés dont médecins y compris.

Symposium National

**Participants: tous les Médecins et Pharmaciens exerçant en
République Centrafricaine.**

**Adoption de la Déclaration de Politique Nationale de Lutte Contre le
Paludisme.**

1993 **Enquête CAP Paludisme dans la Communauté.**

CONTRAINTES

- Mouvement de grève du secteur public entraînant un blocage des activités au cours des années 1992 - 1993.
- Gestion de Programme.
- Mauvaise utilisation de chloroquine destinée aux groupes cibles qui malheureusement utiliser pour d'autre groupes.
- Manque de matériel de diagnostic (lames - colorants, microscopes, etc...)
- Manque des médicaments (aspirine, quinimax).
- Rupture fréquente de médicaments.
- Manque de supervision.
- Mauvaise utilisation du personnel formé en matière de paludisme.
- Insuffisance en personnel
- Fluctuation du personnel (affectation, DVA, retraite, DCD).
- Personnel surcharge entraînant l'inefficacité.

RECOMMANDATIONS

En dépit de tout ce qui précède. Il devient nécessaire de:

- **Former le personnel**
- **Approvisionner les Formations Sanitaires en matériel et médicaments.**
- **Assurer des supervisions régulières.**
- **Organiser des recherches opérationnelles.**
- **Assurer une bonne gestion du programme en associant les responsables nationaux.**
- **Assurer le suivi et l'évaluation du programme.**

CONCLUSION

Pendant deux années durant le pays a connu une période de crises Socio-Economique très aiguë entraînant ainsi la démotivation du personnel.

Les médicaments (chloroquine) sont disponibles il incombe désormais à la Direction de la Médecine Préventive et de Lutte Contre la Maladie de redynamiser la lutte par le concours de nos partenaires.

Une supervision régulière du programme tant par le Niveau Central que le Niveau Régional est indispensable et devrait permettre d'aider les Agents de terrain à résoudre certains problèmes.

STATISTIQUES SANITAIRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

C A B I N E T

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE
ET DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

CELLULE DE STATISTIQUE ET
DE L'INFORMATIQUE

**EXPOSÉ SUR LE PLAN DE REDYNAMISATION
DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE
EPIDEMIOLOGIQUE PAR SÎTE SENTINELLE**

*Direction de la Médecine Préventive
et de lutte contre la Maladie*

▶ ◀▶ ◀▶ ◀▶ ◀

Présentateur :

BOBY Aimé - Moïse

Technicien Supérieur de santé Publique
Chargé de la surveillance épidémiologique

Bangui, 24 Mai 1994

I. INTRODUCTION

La nécessité de disposer d'informations sanitaires fiables fournies au moment opportun revêt une importance capitale pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

La poursuite des objectifs assignés à la Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie exige de la part des responsables une meilleure planification et une gestion rationnelle des programmes.

Les statistiques sanitaires se présentent ici comme l'un des outils permettant le suivi et l'évaluation des activités réalisées dans la mise en oeuvre de ces programmes. A cet effet, non seulement qu'elles mettent en exergue les tendances épidémiologiques recueillies dans le pays, elles servent également à mesurer la performance du personnel et d'identifier les problèmes qui entravent la bonne marche des programmes.

C'est dans cette perspective qu'il est créée en 1989 au sein de la Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie une " CELLULE DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE " chargée d'assurer la surveillance épidémiologique des maladies endémo-épidémiques contrôlées par le "Programme de survie de l'Enfant."(SCS).

Cette Cellule est rattachée programmes tels :
 Le Programme de lutte contre les maladies diarrhéïques
 Le programme de lutte contre le Paludisme
 Le Programme Elargi de vaccination
 et bientôt le programme de lutte contre la Tuberculose

Elle travaille en collaboration avec les Organismes Internationaux comme l'USAID, l'UNICEF, l'OMS, FAC etc... ainsi que les Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui disposent et traitent des données statistiques.

La mission et les objectifs qui lui sont dévolus consistent en ces points

:

1 MISSION

- ▶ Assurer la surveillance épidémiologique des principales endémies qui sévissent en RCA

2. OBJECTIFS

2.1 OBJECTIFS GENERAUX

- * Centraliser et faire la synthèse des données statistiques relevant des programmes exécutés par la DMPM
- * Assurer le traitement informatisé des données et produire les résultats d'analyse
- * Former le personnel
- * Superviser les activités statistiques
- * Développer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- * Redynamiser les activités de surveillance épidémiologiques par l'équipement de ces postes sentinelles en personnel formé et en matériels techniques
- * Faire assurer à 100 % la collecte, la saisie et l'analyse des données de surveillance épidémiologique provenant des postes sentinelles.
- * Former au moins 70 agents de santé d'ici fin 1994 qui seront chargés d'assurer la collecte et l'analyse des données statistiques dans les postes sentinelles.
- * Former en informatique au moins 5 agents du Ministère de la Santé Publique et de la POpulation d'ici fin 1994 dont 2 seront impliqués dans les activités de la Cellule de statistique et 3 sur la saisie des données en traitement de texte
- * Développer le Système National d'information sanitaire par le biais des Bulletins Trimestriels d'information sanitaire dénommé "DMPM-ECHO"

* Superviser au moins une fois par semestre 50 % des formations sanitaires réalisant les activités de surveillance sentinelle selon le le SNIS.

Mais avant tout qu'est ce que la surveillance épidémiologique par poste sentinelle ?

C'est un système d'alarme qui permet la collecte et l'analyse des données en provenance des formations sanitaires choisies pour la qualité du personnel, la qualité des données en vue de fournir à temps opportun des information sur un nombre selectifs de maladies.

Elle a pour but essentiel

- d'éviter les retards traditionnels de remplissage et d'acheminement des rapports vers le niveau central
- d'identifier au moment opportun les problèmes inhérents au fonctionnement des programmes précités.

C'est ainsi que :

...

16 Postes ont été retenus dans le pays parmi lesquels
Le Complexe Pédiatrique du CNHUB
4 Hôpitaux Régionaux
11 Hôpitaux Préfectoraux.

De ce qui précède, je trouve utile de projeter ici les données de 1993 qui présentent des résultats catastrophiques dues aux difficultés et contraintes de l'heure. .

**SITUATION DES RAPPORTS DE SURVEILLANCE SENTINELLE
DE 1991 A 1993**

RS	POSTES SENTINELLES	RAPPORTS ATTENDUS PAR MOIS	RAPPORTS RECUS			% DE NOTIF en 1993
			1991	1992	1993	
	BANGUI (CNHU)	12	12			
RS I	Mbaïki	12	10	4		
	Sibut	12	6			
	Kaga Bandoro	12	8			
II	Berbérati	12	11	8		
	Bouar	12	6			
	Nola	12	12	10		
III	Bossangoa	12	12	11		
	Bozoum	12	12	12		
IV	Bambari	12	12	8		
	Bria	12	8	4	1	8,3
	Ndélé	12	12	6	1	8,3
	Birao	12	7	4	2	16,6
V	Bangassou	12	12	8	2	16,6
	Mobaye	12	12	9	5	41,6
	Obo	12	12	2		
T O T A L		204	147	86	11	5,39

**SITUATIONS DES RAPPORTS DU PEV SUR LES DOSES ADMINISTREES
DE VACCINS**

ANNEE 1993

N°	PREFECTURES	RAPPORTS ATTENDUS	RAPPORTS RECUS	% DE NOTIFI CATION	RAPPORTS SAISIS
	BANGUI	12	4	2,7	4
	Ombella Mpoko	36	4	11,11	4
	Lobaye	36	3	8,33	3
	Kémo	36	4	11,11	4
	Nana Gribizi	36	4	11,11	4
	Mambéré Kadéï	36	10	27,7	10
	Nana Mambéré	36	10	27,7	10
	Sangha Mbaéré	36	9	25	9
	Ouham	36	4	11,11	4
	Ouham Péné	36	4	11,11	4
	Ouaka	36	14	38,8	14
	Haute Kotto	36	11	30,5	11
	Bamingui Bangoran	36	7	19,4	7
	Vakaga	36	3	8,33	3
	Mbomou	36	10	27,7	10
	Haut Mbomou	36	9	25	9
	Basse Kotto	36	10	27,7	10
	T O T A L	588	120	20,4 %	120

EXPLOITATION DES DONNEES RECUES

SITUATION GENERALE

Nombre total d'enfants de moins de 5 ans enregistrés pour toutes causes confondues =

2.149 dont :

Hospitalisés = 185
 Taux d'admission = 8,6 %
 Décès = 7
 Taux de léthalité = 3,7 %

MALADIES CONTROLLEES PAR LE SYSTEME DE SURVEILLANCE SENTINELLE

- MALADIES CIBLES DU PEV

MALADIES	TOTAL CAS		HOSP		TAUX ADM (%)		DECES	
	V	NV	V	NV	V	NV	V	NV
Rougeole	1		1		0,5		1	
Coqueluche								
Tétanos								
Total Tétanos								
Tuberculose								
Diphthérie								
Poliomyélite								

PALUDISME

Total de cas de paludisme vus
en consultation = 701 dont

Hospitalisés = 99
Taux admission = 14,1 %
Décès = 0
Taux léthalité = 0 %

MALADIES DIARRHIQUES

Total de cas de diarrhée vus
en consultation = 542 dont

Hospitalisés = 8
Taux admission = 1,4 %
Décès = 0
Taux léthalité = 0 %

DONNEES SUR LA VACCINATION**DOSES D'ANTIGENES ADMINISTRES PAR TYPE DE
VACCINS AUX ENFANTS DE 0 A 3 ANS en RCA**

BCG = 40.003 doses dont < 1 an = 28.741 doses

POLIO = 99.566 doses dont < 1 an = 49.572 doses

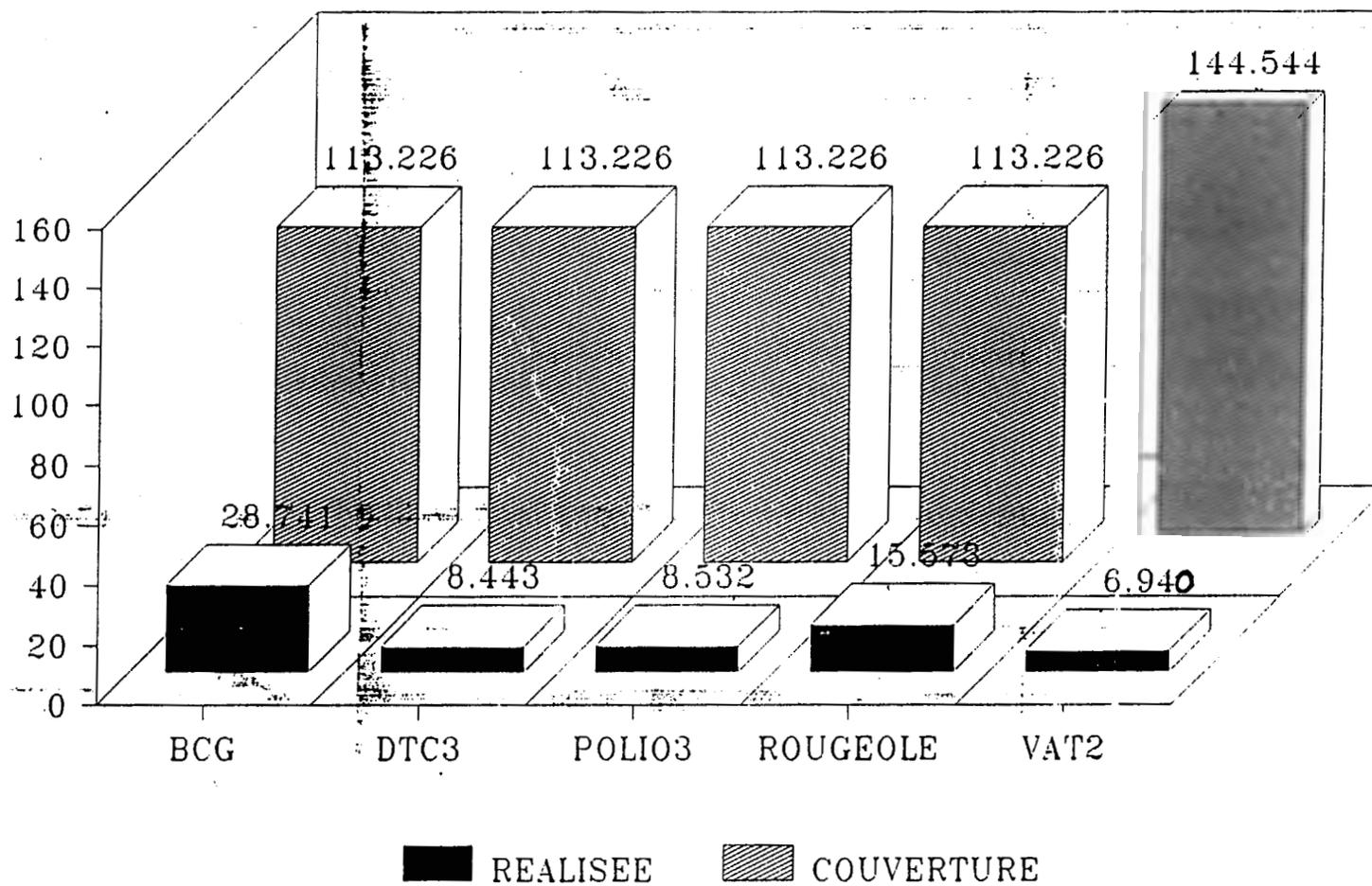
DTC = 102.043 doses dont > 1 an = 47.298 doses

VAR = 47.643 doses dont 9-12 mois = 15.573 doses

FJ = 31.192 doses chez enfants de 1 à 3 ans

VAT = 98.497 doses dont FE = 25.879 doses
FP = 72.618 doses

COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ENFANTS
DE MOINS D'UN AN ET CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES SELON OBJECTIF DE 80%



DIFFICULTES ET CONTRAINTES

- Les retards d'acheminement des rapports vers le niveau central demeure l'un des problèmes cruciaux dont les repercussions ne sont pas moindres sur la production de la rétro information.
- La Cellule ne dispose actuellement que d'un seul micro-ordinateur ne permettant pas de répondre aux multiples sollicitations des services.
- La majorité des agents formés dans le domaine de la surveillance sentinelle n'exercent plus ces fonctions pour des raisons diverses; soit qu'ils sont affectés dans des centres ne pratiquant ces activités, soit qu'ils y demeurent mais déviés des cette responsabilité.
- L'Inexistence de supervision depuis 1990, date de la formation des agents dans ce domaine constitue un blocage dans la bonne marche du programme.
- Le personnel chargé de l'informatisation des données se forme sur le tas.

RECOMMANDATIONS

Au regard de ce qui précède, nous recommandons:

- Que la Cellule de statistique et de l'informatiques soit dotée d'au moins 2 nouveaux ordinateurs de haute capacité afin de renforcer la rentabilité des services.
- Que la formation du personnel dans le domaine de la surveillance épidémiologique par poste sentinelle soit organisée dans un bref delai afin de redynamiser les activités.
- Que des stages en programmation et en analyse informatique soient organisés à l'intention du peronnel de la Cellule de statistique et de l'informatique afin de les rendre aptes à l'exécution des programmes.
- A l'instar de la DMPM, que les responsables régionaux produisent des bulletins d'informations sanitaires sous forme de retroinformation à l'intention des personnels des formations sanitaires periphériques.

SANTE REPRODUCTIVE

ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT
DES ACTIVITES DU PROJET SURVIE DE L'ENFANT
Bangui, le 24 Mai 1994

THEME: Santé Reproductive

Présenté par: Dr Eugène KPIZINGUI
Directeur de la Santé Familiale
et de la Population

SANTE REPRODUCTIVE

Le problème de santé reproductive préoccupe le gouvernement depuis de longues dates. Ces problèmes se résument par une forte morbidité et mortalité maternelle et infantile.

Parmi les actions intentées pour résoudre ce problème on peut citer:

- la mise en place en 1978 d'un projet de Santé Maternelle Infantile;

- la création en 1983 d'une Direction de la Santé Maternelle Infantile et de Planification Familiale au sein du Ministère de la Santé Publique avec les services suivants:

- * Service d'Education Pour la Santé
- * Service de Coordination des activités de SMI et des Maternités
- * Service de Nutrition
- * Service de Recherche , Statistiques et Evaluation
- * Service de Reproduction Humaine et Espacement des Naissances

- Puis récemment la création de la Direction de la Santé Familiale et de la Population.

Toutes ces structures ont pour objet l'amélioration de la santé du couple mère/enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité.

Les objectifs spécifiques, stratégies et actions, ont été décrits dans les documents des projets, programmes et Plan National de Développement Sanitaire de la République Centrafricaine.

Ces différents projets et programmes ont été soutenus par différents partenaires notamment: l'OMS, le PNUD, le FNUAP, l'USAID, le JHPIEGO.

Après cette brève introduction, nous présenterons les objectifs du PNDS en matière de Santé Reproductive, l'état d'avancement des activités, les contraintes, le Plan d'action de 1994, et quelques recommandations.

II - OBJECTIFS ET STRATEGIES DE LA SANTE REPRODUCTIVE

Le Plan National de Développement Sanitaire prévoit pour les années 1994 - 1998 l'objectif suivant:

- Réduire de 25% d'ici 1998, les taux de mortalité maternelle et infantiles. Cette réduction sera atteinte par:

- a) l'intensification de la lutte contre les principales maladies infectieuses, parasitaires et carencielles, qui influencent la mortalité maternelle et infantile;

- b) l'extension de la surveillance pré et post-natale;
- c) l'amélioration de la couverture obstétricale;
- d) l'augmentation de la prévalence contraceptive;
- e) l'extension et l'amélioration de la surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans.

III - ACTIVITES

Les activités de Santé Reproductive comprennent :

- l'Information, l'Education et la Communication en général et en particulier à l'endroit des adolescents
- la consultation prénatale
- l'accouchement
- la consultation post-natale
- les vaccinations des femmes en âge de procréer (VAT)
- les activités de Reproduction Humaine et Espacement des Naissances (lutte contre la stérilité par la prise en charge des Maladies Sexuellement Transmissibles, promotion des méthodes contraceptives);
- prévention du SIDA

Ces activités s'adressent plus particulièrement aux groupes cibles suivants

- * les femmes en âge de procréer
- * les femmes enceintes
- * les enfants de 0 à 5 ans
- * les femmes allaitantes
- * les couples stériles
- * les jeunes en âge scolaire
- * les hommes

Les tableaux en annexe donnent quelques résultats obtenus dans les années 1990-1991:

- taux de couverture prénatale par région sanitaire en 1991
- consultation prénatale (visite de contrôle)
- pourcentage d'accouchements assistés par région sanitaire 1990
- pourcentage d'accouchements assistés par région sanitaire 1991
- taux de couverture vaccinale des femmes enceintes (VAT) 1990
- " " " " 1991
- taux d'inscription en PF (incidence) 1990
- " " " " 1991
- Prévalence contraceptive 1990
- " " " " 1991
- Prévalence contraceptive par méthode 1990
- Couple année de protection par méthode

IV - CONTRAINTES

Les principales contraintes rencontrées ces dernières années sont:

- insuffisance du personnel qualifié
- démotivation du personnel
- insuffisance des infrastructures
- insuffisance des moyens logistiques didactiques
- pénurie des médicaments essentiels et équipement médical
- insuffisance d'IEC

CONCLUSION

Les problèmes de santé reproductive restent préoccupants. Ces problèmes d'après les informations partielles provenant des régions sanitaires, seraient aggravés suite à la longue crise socio-économique qu'a connu le pays.

D'après ces informations, il faut craindre la mise en péril des acquis des programmes précédents.

A cet effet, dans le cadre du redémarrage du programme du secteur santé, la Direction de la Santé Familiale et de la Population souhaite recevoir un soutien particulier pour préserver les acquis, développer et étendre les activités de santé reproductive en périphérie.

Les domaines prioritaires d'intervention sont:

- la formation et le recyclage du personnel en gestion des activités SMI/PF
- la dotation en équipements et médicaments essentiels y compris les produits contraceptifs
- la sensibilisation de la population

ANNEXE

Tableau 1: TAUX DE COUVERTURE PRENATALE PAR REGION
SANITAIRE EN 1991

REGION SANITAIRE	GROSSESSE ATTENDUES	FEMMES INSCRITES	%
RS N°1	29.829	13.720	45.9
RSN°2	29.124	11.730	40.2
RSN°3	29.293	9.422	32.1
RSN°4	23.207	7.582	32.6
RS N°5	20.551	12.100	58.9
TOTAL RS	131.972	54.554	41.3
BANGUI	28.079	15.647	55.7
RCA	160.051	70.201	43.8

Tableau 2: CONSULTATIONS PRENATALES PER REGION
SANITAIRE 1990-1991

R. S.	1990		1991	
	VISITES	MOYENNE VISITE	VISITE C	MOYENNE VISITE
RS N°1	31.658	2,4	24.397	1,78
RS N°2	34.204	2,7	25.492	2,17
RS N°3	30.747	2,7	21.050	2,23
RS N°4	13.565	1,8	13.447	1,77
RS N°5	16.430	1,8	14.594	1,21
Total RS	126.604	2,4	98.980	1,81
Bangui	80.097	3,2	29.413	1,88
Total RCA	206.701	2,6	128.393	1,83

**Tableau 3: POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS
ASSISTES PER REGION SANITAIRE 1990**

REGION SANITAIRE	ACCOUCHEMENTS ESTMES	ACCOUCHEMENTS ASSISTES	%
RS N° 1	29.829	13.720	19,7
RSN° 2	29.124	11.730	23.0
RSN° 3	29.293	9.422	20.1
RSN° 4	23.207	7.582	18.2
RS N° 5	20.551	12.100	25.1
TOTAL RS	131.972	54.554	21.1
BANGUI	28.079	15.647	56.9
RCA	160.051	70.201	27.3

**Tableau 4: POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS
ASSISTES PAR REGION SANITAIRE EN 1991**

REGION SANITAIRE	ACCOUCHEMENTS ESTMES	ACCOUCHEMENTS ASSISTES	%
RS N° 1	28.904	5.418	18,7
RSN° 2	28.047	5.329	19
RSN° 3	28.707	9.897	17
RSN° 4	21.628	4.218	19,5
RS N° 5	19.308	4.270	22.1
TOTAL RS	126.594	24.132	19
BANGUI	27.181	6.912	25.4
RCA	153.775	31.044	20.1

**Tableau 5:TAUX DE COUVERTURE VACCINALE
DE FEMMES ENCEINTES PAR REGION SANITAIRE 1990**

REGION SANITAIRE	GROSSESSES ATTENDUES	FEMMES VACCINEES	%
RS N°1	29.080	12.989	44,6
RSN°2	28.709	12.903	44,9
RSN°3	28.800	11.522	40.0
RSN°4	22.843	7.547	33.0
RS N°5	20.292	8.889	43.9
TOTAL RS	129.725	53.860	41.5
BANGUI	27.032	24.998	92.5
RCA	156.757	78.849	50.3

**Tableau 6:INCIDENCE DE LA CONTRACEPTION
PAR REGION SANITAIRE EN 1990**

REGION SANITAIRE	FEMMES DE 15 A 49 ANS	NOUVELLES INSCRITES	%
RS N°1	131.781	88	0.07
RSN°2	118.117	2.860	2.42
RSN°3	135.709	116	0.09
RSN°4	81.247	233	0.29
RS N°5	85.641	1.305	1.52
TOTAL RS			
BANGUI	114.792	7.251	6.32
RCA	667.287	11.853	1.78

**Tableau 7: INCIDENCE DE LA CONTRACEPTION
PAR REGION SANITAIRE EN 1991**

REGION SANITAIRE	FEMMES DE 15 A 49 ANS	NOUVELLES INSCRITES	%
RS N°1	135.155	75	0.06
RSN°2	119.774	2.128	1.80
RSN°3	137.989	ND	ND
RSN°4	82.534	354	0.43
RS N°5	86.534	778	0.90
TOTAL RS	561.986	3.335	3.19
BANGUI	119.243	3.406	2.90
RCA	681.168	6.741	1

**Tableau 8: PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION
EN 1990**

REGION SANITAIRE	FEMMES DE 15 A 49 ANS	ACCEPTRICES DE PF NOUVELLES+ANCIENNES	%
RS N°1	131.781	345	0,25
RSN°2	118.117	3.896	3,30
RSN°3	135.709	225	0,17
RSN°4	81.247	524	0,64
RS N°5	85.641	3.325	3,88
TOTAL RS	552.492	8.315	8.24
BANGUI	114.472	22.444	19,55
RCA	667.287	30.759	4,61

**Tableau 9: PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION
EN 1991**

REGION SANITAIRE	FEMMES DE 15 A 49 ANS	ACCEPTRICES DE PF NOUVELLES+ANCIENNES	%
RS N°1	135.55	129	00,25
RSN°2	119.774	3.075	2,57
RSN°3	137.989	ND	ND
RSN°4	82.473	990	1,24
RS N°5	86.524	2.799	3,23
TOTAL RS	561.925	6.993	1,24
BANGUI	119.243	9.993	8,28
RCA	681.186	16.867	2,48

**Tableau 10: PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION PAR
METHODES DE PF EN R.C.A 1990**

METHODES	ACCEPTRICES NOUVELLES+ANCIENNES	%
PILULE	14.629	47,7
INJECTABLE	4.941	16,1
D. I. U	147	0,5
SPERMICIDE	342	1,1
CONDOM	9.293	30,2
M. A. O	1.399	4,4
STERILISATION	8	0,003
TOTAL	30.759	100,0

**Tableau 11: COUPLES ANNEES DE PROTECTION (CAP)
PAR METHODE CONTRACEPTIVE EN 1991**

REGION SANITAIRE	FEMMES DE 15 A 49 ANS	ACCEPTRICES DE PF NOUVELLES+ANCIENNES	%
PILULE	17.437	0,0769	1.341
INJECTION	4.493	0,25	1.123
D.I.U	101	0,5	253
SPERMICIDE	1.182	0,2	236
CONDOMS	22.452	0,01	225
TOTAL CAP	45.665	-	3.178

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

ET

LE SIDA

ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

HISTORIQUE

Le premier Programme National : 1978.

OBJECTIFS

- Apprécier l'ampleur du mal vénérien et la circulation des tréponématoses.
- Aider à la formation du personnel local et à la mise en place de structure d'accueil propre à assurer la relève du projet.
- Initier la recherche d'idées originales quant à l'approche diagnostique et thérapeutique.
- Et en tant que programme inter-pays, renforcer la collaboration entre les Etats de la région en favorisant la circulation des informations, en créant des occasions de rencontre et d'échanges d'idées pour une meilleure coordination des programmes de lutte.

Le second programme : en novembre 1991.

I. ORGANISATION DE LA LUTTE DE 1991 EN 1993.

A) CONTEXTE DU PROGRAMME

B) OBJECTIFS DU PROGRAMME

Ce Programme vise les objectifs généraux suivants :

1. Réduire le taux de prévalence des MST en RCA,
2. Réduire la transmission du VIH par voie sexuelle influencée par les MST,
3. Réduire les effets des MST sur la procréation sur toute l'étendue du territoire national,
4. Réduire ou minimiser les complications et séquelles dues aux MST.

C) STRATEGIES MISES EN OEUVRE

1. Décentralisation des activités de lutte
2. Formation
3. Intégration des soins
4. Participation communautaire
5. Information Education Communication
6. Mobilisation
7. La recherche opérationnelle sur :
 - L'étude de la sensibilité des souches aux antimicrobiens,
 - La surveillance de l'incidence des souches de NGPP,
 - Les protocoles alternatifs comportants des schémas standardisés,
 - La performance du personnel,
 - L'efficacité des méthodes mises en oeuvre pour le suivi des patients et le dépistage des sujets contact,
 - Le rapport coût/efficacité des stratégies de mise en oeuvre,
 - L'étude des facteurs de risque MST/SIDA,
 - Les enquêtes sur l'acceptabilité et la faisabilité des activités de counseling.
8. L'implication des partenaires nationaux et internationaux

II. PLAN A MOYEN TERME DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES MST DE DEUXIEME GENERATION

A) PREMIERE STRATEGIE : Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Promouvoir le diagnostic précoce et le traitement des MST.

B) DEUXIEME STRATEGIE :

Prévention de la transmission périnatale du VIH en permettant à la femme entre autre l'accès au diagnostic et au traitement des MST.

C) PRINCIPALES INTERVENTIONS RETENUES POUR LES DEUX ANNEES A VENIR :

1. Missions d'identification des formations sanitaires à renforcer en matière de lutte contre les MST,
2. Faire des hôpitaux régionaux des unités régionales de référence des MST,
3. Décentraliser au maximum la prise en charge des MST,
4. Développer systématiquement le recouvrement d'une partie de coût dans les formations fonctionnelles
5. Développer le counseling dans les unités fonctionnelles,
6. Organiser annuellement un atelier national sur la prise en charge des MST,
7. Développer des activités de recherche,
8. Suivre régulièrement le fonctionnement des unités opérationnelles.

MARKETING SOCIAL

DES

PRESERVATIFS

**PRESENTATION: ATELIER SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DU
PROJET SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT**

**LE PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS DE
PSI EN RCA**

I INTRODUCTION

P.S.I. est une organisation non gouvernementale, à but non-lucratif qui oeuvre en **marketing social** de produits de santé publique. **Le marketing social est un ensemble de techniques qui consiste à vendre un maximum de produit de qualité à des coûts accessibles à toute la population.** PSI a recours aux techniques de marketing commercial et s'appuie généralement sur les ressources du secteur privé local. Les coûts des produits sont faibles grâce aux subventions des bailleurs de fonds.

Le PNLs a donc sollicité PSI en 1991 pour élaborer et gérer un programme de marketing social des préservatifs. P.S.I. a commencé ses activités en Novembre 1991 en commercialisant les préservatifs *PRUDENCE* dès novembre 1991 et les préservatifs de marque *PRUDENCE PLUS* depuis décembre 1992 au prix subventionné de 50 francs cfa le paquet de quatre dans le cadre d'un **projet pilote** en attendant le financement long terme de l'USAID. A partir du 28 Mai 1993, il y a presque un an exactement, le PSI a signé un accord avec l'USAID pour mettre en place, sur une période de quatre ans, un PMSP "**élargi**" ou national qui serait étendu sur tout le territoire centrafricain.

Donc, le PMSP a eu 2 phases:

Phase 1:	Projet Pilote (financement privé):	11/91-6/93
Phase 2:	Projet "Elargi" (financement USAID étalé sur 4 ans):	6/93-présent

II OBJECTIFS

Les objectifs des deux phases ont été essentiellement les mêmes, à l'exception des chiffres de ventes annuels fixés et les régions géographiques à couvrir. Voici les objectifs du projet élargi financé par l'USAID:

OBJECTIFS

A. Général

- Assurer la réduction de la transmission du VIH/SIDA, ainsi que des maladies sexuellement transmissibles (MST) par l'augmentation de la disponibilité et l'utilisation des préservatifs par le grand public et les groupes dits à haut risque.

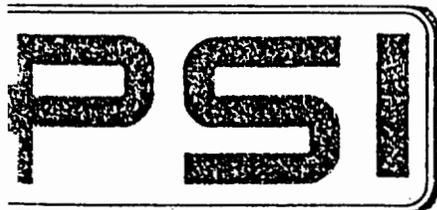
B. Spécifiques

- Commercialiser à l'échelle nationale plus de 3,5 millions de préservatifs de marque PRUDENCE PLUS de 1993 à 1997

- Etendre systématiquement la disponibilité des préservatifs grâce à un réseau fiable et performant de distribution en gros et en détail

- Informer et éduquer les consommateurs et la population général sur l'utilisation correcte des préservatifs grâce à des campagnes de promotion ciblées sur les consommateurs, en particulier ceux qui ont un haut risque d'infection, et les participants au système de distribution

- Promouvoir la pérennisation par le renforcement des institutions, le recouvrement des coûts et l'utilisation des ressources locales, la formation et l'efficacité dans les prestations



PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

B. P. 127 BANGUI

Tél: 61.67.88 - Fax: 61.67.69

NOTE CIRCULAIRE

Population Services International (PSI) a le plaisir de vous informer qu'à compter du 20 août 1993, un nouveau barème de prix sera mis en place et applicable sur les préservatifs PRUDENCE PLUS.

Ce nouveau barème se présente de la manière suivante:

PRIX DE VENTE

CLIENT	QUANTITE MINIMUM	BOITE	CARTOUCHE	CARTON
GROSSISTE	5 CARTONS	25 FCFA	300 FCFA	6.000 F
DETAILLANT	1 CARTON	35 FCFA	400 FCFA	8.000 F
CONSOMMATEUR	1 BOITE DE QUATRE	50 FCFA	600 FCFA	12.000 F

PRESENTATION:

en boîte de 4 préservatifs

en cartouche de 12 boîtes de 4 préservatifs = 48 préservatifs

en carton de 20 cartouches de 48 préservatifs = 960 préservatifs

PRODUIT DISTRIBUE PAR:

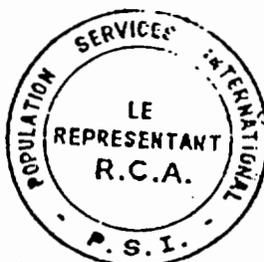
Population Services International (PSI)

Boîte Postale 127

Tél: 61 67 88

Fax: 61 67 69

Siège Social: Immeuble Soca-Constructa, Avenue de France,
Bangui



LA REPRESENTANTE

SUSAN BAUER GAINA



Embassy of the United States of America

L'A.I.D. s'est engagée à fournir des contraceptifs de haute qualité pour usage dans les programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Les spécifications de production des préservatifs utilisées dans les projets financés par l'A.I.D ont largement dépassé les normes mondiales établies par l'Organisation Internationale chargée des Normes. Ces préservatifs sont aussi les mêmes que ceux qui sont vendus en ce moment par le fabricant aux Etats-Unis sous sa licence commerciale privée.

Ces préservatifs sont le produit d'un fabricant américain reconnu comme tel. Ils sont faits de latex naturel et peuvent remplir toutes les conditions du D 1076 de la Société américaine de Tests et Normes des Matières ([ASTM]) et de passer tous les tests qui y sont prescrits. Ces préservatifs ne vont pas produire des substances toxiques ou autrement nuisibles dans les conditions normales d'utilisation et seront strictement conformes aux portions de la loi 21 CFR 1 qui s'appliquent en la matière (Loi fédérale sur les Aliments, les Médicaments et les Cosmétiques, et la Loi sur l'Emballage et l'Etiquetage Francs et les règlements promulgués dans le cadre de ces lois).

Une surveillance mensuelle de la production et un test des échantillons sont effectués à la fin de chaque programme mensuel de production. Un minimum de 10% des lots de préservatifs sont testés comme échantillons chaque mois. On met à l'épreuve les échantillons pour une variété de spécifications, y compris l'intégrité du sceau d'emballage, la fuite d'eau, etc. En plus du test des échantillons, le suivi des opérations pour s'assurer de la qualité de la production dans les locaux du fabricant est fait par un inspecteur de l'A.I.D. tous les deux mois pour assurer le respect des normes établies.

Enfin, avant l'expédition, on procède à une inspection de l'emballage et des marques des cartons pour s'assurer qu'elles sont conformes aux termes du contrat.

L'inspection se fait conformément à la Norme Militaire (MILSTD) 105 qui régit les emballages."

Les informations ci-dessus sont jugées exactes comme preuve de l'engagement de l'A.I.D. à fournir des préservatifs de qualité pour utilisation dans ses programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Aussi, vous pourriez les faire traduire en français pour une meilleure exploitation par les autorités centrafricaines. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter ou à contacter Mme Cheryl A. Williams au (202) 647-6330.

III REALISATIONS (Novembre 1991 au présent)

* Ventes:

- En presque 31 mois, 2.874.584 de préservatifs ont été vendus

* Par an:

Année 1:	660.000
Année 2:	1.350.000
Année 3:	819.464 (7 premiers mois)

* Par phase:	VENTES:	OBJECTIFS:
Projet Pilote:	1.079.304 (19 mois)	500.000 (12 MOIS)
Projet USAID:	1.826.000 (11.75 mois)	650.000 (AN 1)

**POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI)
PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS
PROJET PILOTE**

TOTAL DE VENTES ET PROMOTION: PROJET PILOTE

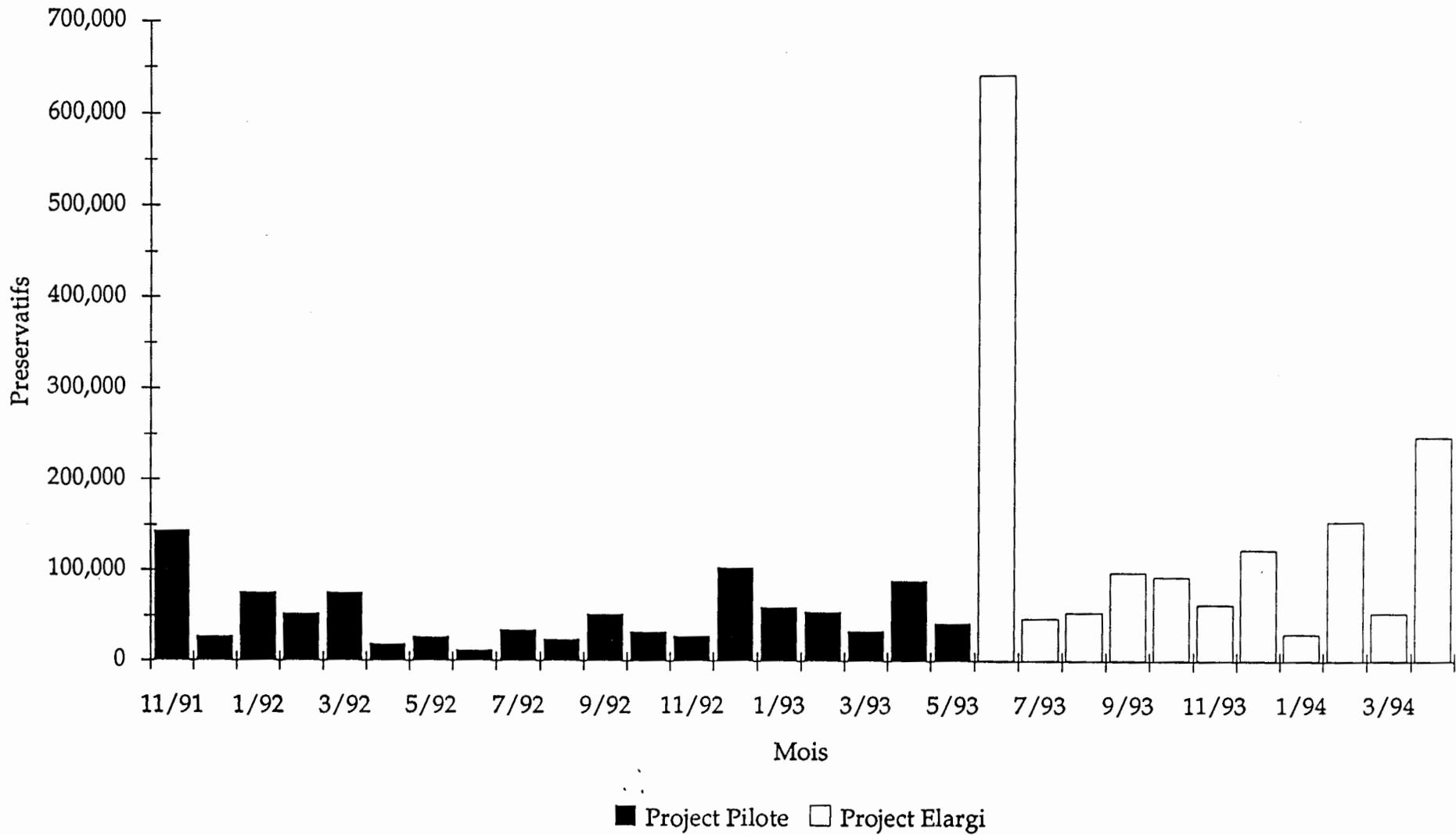
ANNEE	MOIS	VENTES	CUM. TOTAL	PROMO	CUM. TOTAL
1991	NOV	144.000	144.000	20.000	20.000
1991	DEC	28.000	172.000	20.000	40.000
1992	JAN	76.000	249.000	20.000	60.000
1992	FEV	53.104	302.704	20.000	80.000
1992	MARS	76.000	379.504	20.000	100.000
1992	AVRL	20.000	475.504	20.000	120.000
1992	MAI	28.000	504.304	9.000	129.000
1992	JUIN	12.480	516.784	4.800	134.000
1992	JUIL	35.520	552.304	2.880	137.280
1992	AOUT	24.920	577.224	3.840	141.120
1992	SEPT	52.800	630.024	4.880	145.920
1992	OCT	33.600	663.634	960	146.880
1992	NOV	28.800	692.000	0	146.880
1992	DEC	103.680	796.104	11.520	158.400
1993	JAN	60.480	856.584	5.760	164.160
1993	FEV	55.680	912.264	7.680	171.840
1993	MARS	34.560	946.824	7.680	179.520
1993	AVRL	89.280	1.036.104	5.760	185.280
1993	MAI	43.200	1.079.304	960	186.240

**POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI)
PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS
PROJET USAID**

TOTAL DE VENTES ET DE PROMOTION: PROJET "ELARGI" USAID

ANNEE	MOIS	VENTES	CUMUL/AID	CUMUL TOTAL	PROMO	CUMUL TOTAL
1993	JUIN	642.320	642.320	1.721.624	960	187.200
1993	JUIL	48.000	690.320	1.769.624	960	188.160
1993	AOUT	54.720	745.040	1.824.344	6.720	194.880
1993	SEPT	97.920	842.960	1.922.264	1.920	196.800
1993	OCT	93.120	936.080	2.015.384	0	196.800
1993	NOV	63.360	999.440	2.078.744	9.600	206.400
1993	DEC	122.880	1.122.320	2.201.624	1.152	207.552
1994	JAN	30.720	1.153.040	2.332.344	0	207.552
1994	FEB	153.600	1.306.640	2.355.224	5.760	213.312
1994	MARS	53.760	1.360.400	2.408.984	960	214.272
1994	AVRL	246.720	1.607.120	2.655.704	2.880	217.152

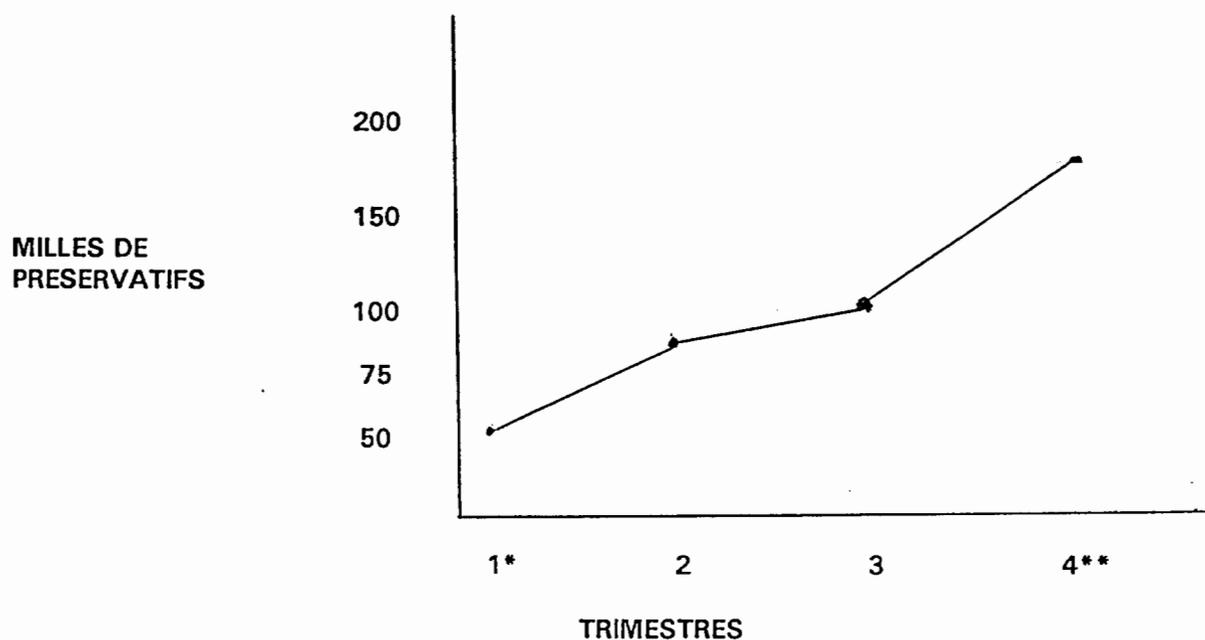
Program de Marketing Social des Preservatifs - Total de Ventes



PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS

CHIFFRES DE VENTES: MOYENNES TRIMESTRIELLES

PROJET "ELARGI" USAID



TRIMESTRE 1: JUIN A AOUT 1993 50.880 UNITES/MOIS EN MOYENNE

TRIMESTRE 2: SEPT A NOV 1993 84.800 UNITES/MOIS EN MOYENNE

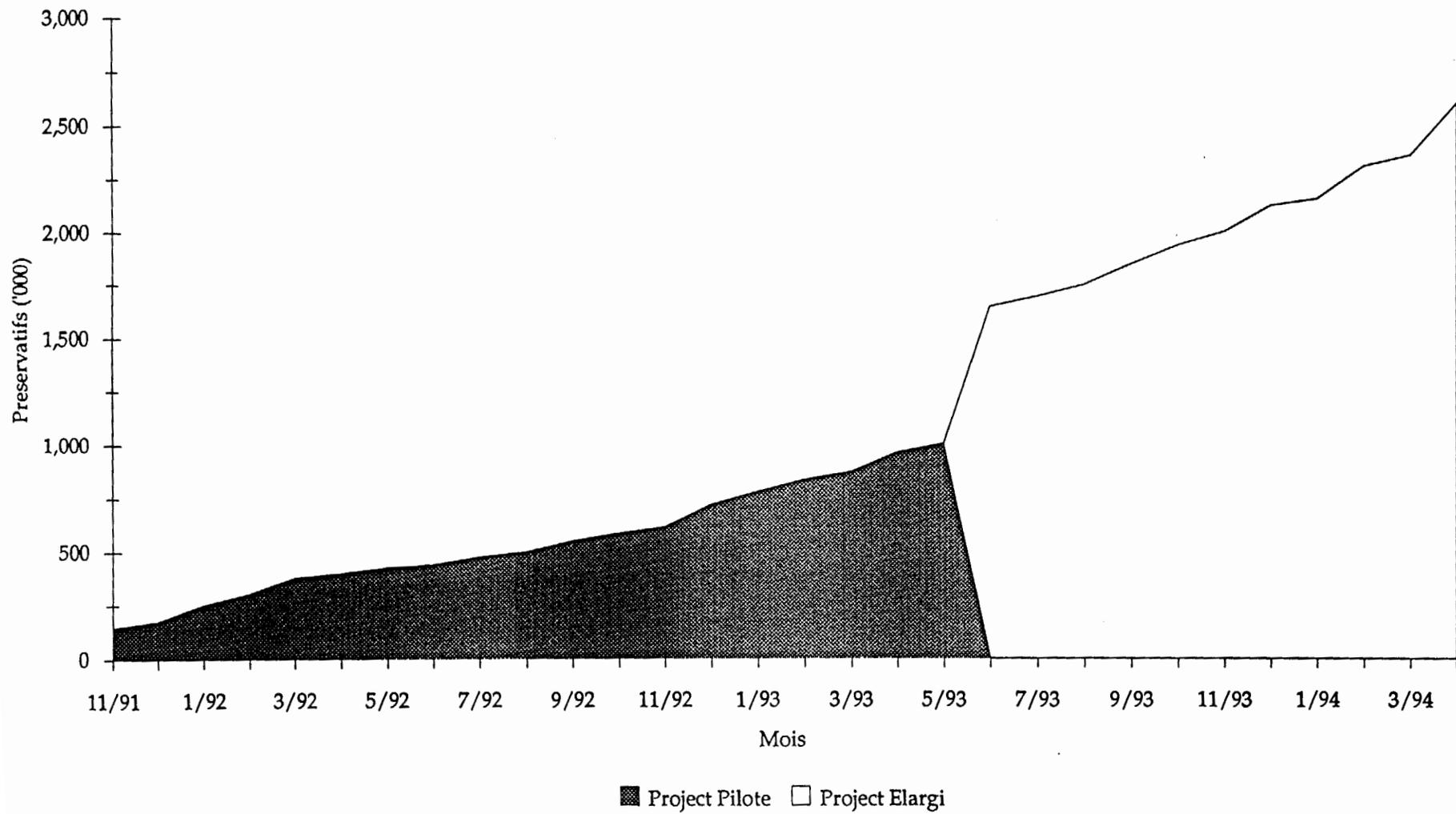
TRIMESTRE 3: DEC 93 A FEV 1994 102.400 UNITES/MOIS EN MOYENNE

TRIMESTRE 4: MARS AU 20 MAI 1994 173.120 UNITES/MOIS EN MOYENNE

• Achat OMS de 592.320 préservatifs non-compris

** Chiffres de vente pour Mai 1994 sont incomplets

Program de Marketing Social des Preservatifs Total de Ventas Cumulative



107

STRATEGIE/Distribution:

1. Bangui:

Commercial:

Grossistes
Destockage
Détailants
Consommateurs

Groupes Cibles:

Jeunesse (Projets GTZ pour jeunesse en milieu extra-scolaire-- ciné-videos;ANJLSC)

Points de vente: 541 à Bangui recensés en 12/93

2. Provinces/Régions Sanitaire:

-Stratégie de Base:

- * Identification des villes par RS
- * Tournées
- * Rencontres avec les autorités sanitaires et administratives
- * Identification d'un grossiste (au moins) par ville
- * Placement de dix cartons et signature d'un contrat.
- * Déstockage
- * Recrutement de détaillants/mise en place des points de vente/orientation vers grossiste pour réapprovisionnement.
- * Animation du réseau/promotion/action consommateurs.
- * Suivi et recouvrement

**POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI)
PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS**

REPARTITION POINTS DE VENTE PAR CATEGORIE/BANGUI

ZONE	GROSSISTE	PHARMACIES	BOUTIQUES	TABLIERS	AUTRES	TOTAL
I	12	05	15	10	21	63
II	01	02	15	12	31	61
III	01	0	04	04	31	40
IV	0	04	21	26	42	93
V	02	03	01	05	13	24
VI	01	03	09	15	33	61
VII	01	02	04	10	13	30
VIII	0	01	10	10	58	79
IXa	03	0	05	03	46	57
IXb	05	03	06	08	11	33
TOTAL	26	23	90	103	299	541

QUARTIERS DE BANGUI PAR ZONE

ZONE I : CENTRE VILLE, LAKOUANGA

ZONE II : CITE CHRISTOPHE, SICA I, SICA II, SICA III, SAIDOU, CASTORS, KM5 (MOSQUEE), YAKITE, CAMEROUNAIS, SENEGALAIS, YAPELE

ZONE III : FATIMA (CADASTRE), NZANGOGNAN, KOLONGO, FATIMA I, FATIMA II, BIMBO

ZONE IV : BAKONGO, LANGBASHI, 92 LOGEMENTS, BEA-REX, PETEVO, LINGUISSA, FATIMA, CATTIN

ZONE V : KASSAI, GBANGOUMA, OUANGO, NGATOUA, NGARAGBA

ZONE VI : BEN-ZVI, GBAKONDJA, GALABABA, NGOUCIMENT

ZONE VII : CITE JEAN XXIII, MANDABA, VOTOGBO, KAIMBA, DEDENGUE I

ZONE VIII : GOBONGO, FOUH, DEVENGUE V, GALABADJA SINISTRE, DAMALA, UCATEX, COMBATTANT, PK 10, PK 12

ZONE IX α : MISKINE, MALIMAKA, YASSARA, NDANGUE, NGBENGUEWE

ZONE IX β : KOUDOUKOU, BAYA DOMBIA, RAMADJI, KM5 (MARCHE), CITE ASECNA, BOEING

**POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI)
PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS**

VILLES A CIBLER POUR LE MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS

REGION SANITAIRE 1

BANGUI+
MBAIKI*
BODA*+
MDOLOMBO
SCAD
SAFA
MBATA
BOUCHIA
BATALIMOM
MOUNGOUNBA
ZIMGA
BOALI
BOSSEMBELE*+
YALOKE*+
DAMARA*
SIBUT*
DEKOA
KAGA-BANDORO*
MRES

REGION SANITAIRE 2

BOUAR*+
BABOUA+
BAORO+
CARNOT*+
BERBERATI*+
GAMBOULA*+
NOLA*
BOMBO+
BESSON+
DEGAULLE+
SALO
OUMGUERI
GUEN
GADJI
BOULA

REGION SANITAIRE 3

BOSSANGOA*+
BOUBOU
BOZOU+
PAOUA+
BOCARANGA
NGAOUNDAYE
BOUCA
BATANGAFO
KABO+

REGION SANITAIRE 4

BAMBARI*+
IPPY+
KOUANGO
GRIMARI*
BRIA*+
OUANGO
NDELE
BIRAO+

REGION SANITAIRE 5

ALINDAO*+
KONGBO
MOBAYE
KEMBE
DIMBI*
BANGASSOU*+
OUANGO
GAMBO
RAFAI
BEMA
ZEMIO
MBOKI

[VILLES AVEC (*) SONT CELLES IDENTIFIEES PAR OMS ET PNLs COMME A
HAUT RISQUE; VILLES AVEC (+) SONT CELLES AVEC UN DEPOT FNEC]

LISTE DEPOTS F.N.E.C

- BAMBARI
- IPPY
- BRIA
- ALINDAO
- BANGASSOU
- BOMBO
- GAMBOULA
- BERBERATI
- CARNOT
- BAORO
- YALOKÉ
- BOSSEMBELE
- BOUAR
- BABOUA
- BESSON
- DEGAULLE
- BOZOUM
- BOSSANGO
- PAOUA
- KABO
- BODA
- BIRAO
- BANGUI ET ENVIRON (4)

LISTES DES MAGASINS DE PILARD

VILLES	NOMBRE DE MAGASINS	GROSSISTE PSI
Carnot	3	1
Nola 1 et 2	2	1
Berbérati	1	1
Bouar	1	1
Salo	1	
Oumguéri	1	
Guen	1	
Gadji	1	
Boula	1	

B. REALISATIONS/DISTRIBUTION

Bangui :

- 541 points de ventes ont été recensés à Bangui en Décembre 1993 reparti de la manière suivante: (voir tableau)

- 26 points de vente au sein des ciné-videos mis en place pour cibler les jeunes par le projet de l'éducation sexuelle en milieu extra-scolaire qui est géré et financé par la GTZ

A l'intérieure du pays :

- Nombre de points de vente exact inconnu, la Région Sanitaire 3 est la seule région jusqu'ici à être couverte systématiquement par une équipe de PSI. Une mission a été faite à la Région Sanitaire 2 pour une prise de contact avec les autorités sanitaires et les grossistes:

POINTES DE VENTES A L'INTERIEURE

TOTAL: 33 GROSSISTES 146 DETAILLANTS

REGION SANITAIRE 3 :

VILLE	NO. GROSSISTES	NO. DETAILLANTS
BOSSANGO	2	42
BOUCA	1	16
BATANGAFO	1	12
KABO	2	10
PAOUA	2	19
BOZOU	2	10
BATANGAFO	1	12
NGAOUNDAYE	1	19
<hr/>		
TOTAL	12	140

REGION SANITAIRE 2:

VILLE	NO. GROSSISTES	NO. DETAILLANTS
BOUAR	2	-
CARNOT	2	-
BERBERATI	2	-
NOLA	1	-
GAMBOULA	1	-
BOMBO	1	-
BESSON	1	-
DEGAULLE	1	-
SALO	-	1
OUMGUERI	-	1
GUEN	-	1
GADJI	-	1
BOULA	-	1
<hr/> TOTAL	11	5

D'AUTRES REGIONS:

REGION SANITAIRE 1 (BANGUI NON-COMPRIS):

VILLE	GROSSISTES	DETAILLANTS
MBAIKI	-	1
BODA	1	-
BOSSEMBELE	1	-
YALOKÉ	1	-
<hr/> TOTAL	3	1

REGION SANITAIRE 4

VILLE	GROSSISTE	DETAILLANTS
BAMBARI	2	-
BRIA	2	-
BIRAO	1	-
<hr/> TOTAL	5	-

REGION SANITAIRE 5

VILLE	GROSSISTE	DETAILLANTS
BANGASSOU	1	-
ALINDAO	1	-
TOTAL	2	-

REALISATIONS

* *Promotion*:

- Plus de 200.000 préservatifs ont été distribués en promotion
- Campagnes de sensibilisation à Bangui sponsorisées par la brasserie SCB en avril et décembre 1992 durant lesquelles les capsules de boissons avaient été échangés contre des préservatifs par les consommateurs et les lots d'articles promotionnelles ont été distribués lors des jeux concours
- Campagne de promotion organisée avec l'association des taximans et chauffeurs de bus en juin 1992 pour les sensibiliser; plus de 400 autocollants ont été placés sur les taxis et bus à Bangui
- Production et commercialisation d'un pagne "*PRUDENCE*" par UCATEX
- Production et distribution d'une grande variété d'articles publicitaires tels que tee-shirts, calendriers, affiches, banderoles, autocollants et prospectus
- Production et diffusion de 8 émissions radio en 1992-93; production de 12 émissions radio en collaboration avec la Radio Rurale dont 3 ont été diffusées en 1993 et 7 en 1994
Les thèmes: 1) Entretien avec un sideen à Bossangoa; 2) Causeries avec Chefs de Village à Bossangoa; 3) Entretien avec un Chef Muselman à Bouca; 4) Causeries avec les deux grossistes de Batangafo; 5) Entretien avec un commerçant à Bouca sur la vente de Prudence; 6) Causerie avec gérant de la FNEC sur les MST et le SIDA en milieu éleveurs.
- Production et diffusion de 9 spots publicitaires à la radio
- Neuf interviews au sujet du marketing social de préservatifs ont été diffusés à la radio
- PSI a sponsorisé un tournoi de "Mini-Football" à l'occasion de la Journée Mondiale du SIDA en Décembre 1993
- PSI a sponsorisé un groupe théâtrale qui a présenté deux pièces sur le thème du SIDA et l'utilisation des préservatifs au CPJ en septembre 1992
- Production et placement des pancartes et peintures murales "*PRUDENCE PLUS*" dans la Région Sanitaire 3

REALISATIONS

* *Information/Education/Communication (IEC)*:

- Participation à des ateliers organisés par le PNLIS ciblant les jeunes leaders, les officiers de l'armée, les filles libres, les autorités sanitaires et les membres de l'Assemblée Nationale à Bangui. Exemples:
 - Conférence sur les MST à Bambari, 2/1993
 - Atelier de Consensus à Bangui, 2/1994
 - Conférence sur les MST à Bérébérati, 5/1994
- Interventions du marketing social de préservatifs à l'intérieur du pays dans les 8 villes cibles en Region San. 3, ciblant les leaders des communautés, les autorités administratives et sanitaires et les éducateurs actifs dans la lutte contre le SIDA
- Animations publiques pour sensibiliser le grand public sur le SIDA, les MST et les préservatifs avec démonstration du port des préservatifs, plus de 8000 personnes touchées
- Interventions du marketing social de préservatifs sur le thème du SIDA pour les employés d'une société privée de la place, UCAR
- Interventions du marketing social de préservatifs dans les lycées en collaboration avec le ANJLSC (lycée de Martyrs, Lycée de Mbaiki)

IV PERSPECTIVES/RESEAU DE DISTRIBUTION

- Renforcement du réseau de Bangui
- L'extension du réseau de distribution à toutes les régions sanitaires du pays
- La recherche d'autres partenaires disposant d'un réseau de distribution fiable tels que la FNEC
- La mise en place d'un réseau de distribution en milieu scolaire
- La mise en place d'un réseau de distribution au sein des camps militaires
- La mise en place d'un réseau de distribution parmi l'association des filles libres

-Perspectives/Année 2 du Projet Elargi (USAID):

- * RS2 et partie de RS1 (Lobaye): Mai à Août 1994
- * RS1 et missions de suivi: Septembre à Novembre 1994
- * RS4 et missions de suivi: Décembre 94 à Février 95
- * RS5 et missions de suivi: Mars à Mai 1995

* **Promotion/Publicité:**

- La planification et l'exécution des campagnes de promotion et de sensibilisation à travers les médias
- La distribution continue d'articles publicitaires
- La sponsorisation des événements spéciaux tels que le Tournoi du Mini-Football

* **IEC:**

- La participation continue à des ateliers, des conférences, et des formations sur le SIDA et les MSTs, organisés par le PNLs et d'autres partenaires
- La tenue des séances de sensibilisation et des animations auprès des groupes cibles, des autorités sanitaires, des éducateurs et d'autres partenaires dans la lutte contre le SIDA à Bangui et à l'intérieur du pays.

V CONTRAINTES

* *Ventes/Distribution:*

- Difficultés pour établir les points de ventes qui ciblent certains groupes à risque tels que les filles libres, les étudiants et les militaires, dûes à un manque d'habilités de gestion de ceux/celles qui acceptent de vendre les préservatifs

- Certaines rumeurs telles que celle qui dit que les préservatifs contiennent le virus du SIDA qui est présent dans le lubrifiant

* *Promotion/Publicité/IEC:*

- Difficultés à mener les campagnes médiatiques compte tenu des tarifs élevés pour la radiodiffusion des spots et reportages et le refus de considérer le Programme de Marketing Social comme un volet du PNLIS qui fonctionne à but non-lucratif

* *Administratives:*

- Protocole d'accord entre PSI et le gouvernement centrafricain n'a pas encore été signé qui complique l'importation du matériel de travail pour le projet (problème de 5% frais de redevance de gestion).

- Retard dans la reception des préservatifs et des emballages qui ont fait que PSI ont eu des ruptures de stock en janvier et mars 1994

VI RECOMMANDATIONS

1) Toutes les autorités sanitaires et partenaires actifs dans la lutte contre le SIDA doivent être informés par le PNLIS que le PMSP est intégré dans le PNLIS et qu'ils sont tenus de soutenir et promouvoir le marketing social de préservatifs

2) Les médias doivent être informés que le PMSP est un volet du PNLIS et que le préservatif *PRUDENCE PLUS* est un produit subventionné par le Ministère de la Santé dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Donc les spots publicitaires pour ce produit et les reportages sur le PMSP doivent être diffusés gratuitement ou à un tarif préférentiel.

3) Les représentants des groupes à risques (étudiants, militaires, filles libres) doivent chercher à collaborer avec le PMSP pour concevoir et mettre en place les points de ventes aux seins de leurs établissements.



L'A.I.D. s'est engagée à fournir des contraceptifs de haute qualité pour usage dans les programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Les spécifications de production des préservatifs utilisées dans les projets financés par l'A.I.D ont largement dépassé les normes mondiales établies par l'Organisation Internationale chargée des Normes. Ces préservatifs sont aussi les mêmes que ceux qui sont vendus en ce moment par le fabricant aux Etats-Unis sous sa licence commerciale privée.

Ces préservatifs sont le produit d'un fabricant américain reconnu comme tel. Ils sont faits de latex naturel et peuvent remplir toutes les conditions du D 1076 de la Société américaine de Tests et Normes des Matières ([ASTM]) et de passer tous les tests qui y sont prescrits. Ces préservatifs ne vont pas produire des substances toxiques ou autrement nuisibles dans les conditions normales d'utilisation et seront strictement conformes aux portions de la loi 21 CFR 1 qui s'appliquent en la matière (Loi fédérale sur les Aliments, les Médicaments et les Cosmétiques, et la Loi sur l'Emballage et l'Etiquetage Francs et les règlements promulgués dans le cadre de ces lois).

Une surveillance mensuelle de la production et un test des échantillons sont effectués à la fin de chaque programme mensuel de production. Un minimum de 10% des lots de préservatifs sont testés comme échantillons chaque mois. On met à l'épreuve les échantillons pour une variété de spécifications, y compris l'intégrité du sceau d'emballage, la fuite d'eau, etc. En plus du test des échantillons, le suivi des opérations pour s'assurer de la qualité de la production dans les locaux du fabricant est fait par un inspecteur de l'A.I.D. tous les deux mois pour assurer le respect des normes établies.

Enfin, avant l'expédition, on procède à une inspection de l'emballage et des marques des cartons pour s'assurer qu'elles sont conformes aux termes du contrat.

L'inspection se fait conformément à la Norme Militaire (MILSTD) 105 qui régit les emballages."

Les informations ci-dessus sont jugées exactes comme preuve de l'engagement de l'A.I.D. à fournir des préservatifs de qualité pour utilisation dans ses programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Aussi, vous pourriez les faire traduire en français pour une meilleure exploitation par les autorités centrafricaines. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter ou à contacter Mme Cheryl A. Williams au (202) 647-6330.



L'A.I.D. s'est engagée à fournir des contraceptifs de haute qualité pour usage dans les programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Les spécifications de production des préservatifs utilisées dans les projets financés par l'A.I.D ont largement dépassé les normes mondiales établies par l'Organisation Internationale chargée des Normes. Ces préservatifs sont aussi les mêmes que ceux qui sont vendus en ce moment par le fabricant aux Etats-Unis sous sa licence commerciale privée.

Ces préservatifs sont le produit d'un fabricant américain reconnu comme tel. Ils sont faits de latex naturel et peuvent remplir toutes les conditions du D 1076 de la Société américaine de Tests et Normes des Matières ([ASTM]) et de passer tous les tests qui y sont prescrits. Ces préservatifs ne vont pas produire des substances toxiques ou autrement nuisibles dans les conditions normales d'utilisation et seront strictement conformes aux portions de la loi 21 CFR 1 qui s'appliquent en la matière (Loi fédérale sur les Aliments, les Médicaments et les Cosmétiques, et la Loi sur l'Emballage et l'Etiquetage Francs et les règlements promulgués dans le cadre de ces lois).

Une surveillance mensuelle de la production et un test des échantillons sont effectués à la fin de chaque programme mensuel de production. Un minimum de 10% des lots de préservatifs sont testés comme échantillons chaque mois. On met à l'épreuve les échantillons pour une variété de spécifications, y compris l'intégrité du sceau d'emballage, la fuite d'eau, etc. En plus du test des échantillons, le suivi des opérations pour s'assurer de la qualité de la production dans les locaux du fabricant est fait par un inspecteur de l'A.I.D. tous les deux mois pour assurer le respect des normes établies.

Enfin, avant l'expédition, on procède à une inspection de l'emballage et des marques des cartons pour s'assurer qu'elles sont conformes aux termes du contrat.

L'inspection se fait conformément à la Norme Militaire (MILSTD) 105 qui régit les emballages."

Les informations ci-dessus sont jugées exactes comme preuve de l'engagement de l'A.I.D. à fournir des préservatifs de qualité pour utilisation dans ses programmes de planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA. Aussi, vous pourriez les faire traduire en français pour une meilleure exploitation par les autorités centrafricaines. Si vous désirez de plus amples informations, n'hésitez pas à me contacter ou à contacter Mme Cheryl A. Williams au (202) 647-6330.

PROJET DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

A

BERBERATI

120

PROGRAMME SURVIE DE L'ENFANT KUA TI SONGO MOLENGE

AFRICARE/BERBERATI

MISE AU POINT -- INTRODUCTION

Termes programme et non projet; nom officiel est en sango

Collaboration sur l'orthographe avec l'Institut des Linguistique Appliquee

Collaboration a tout niveau de niveau national jusqu'au niveau des villages, tel que le travail de Zabo

Publicité don des crayons aux enfants

HISTOIRE • le debut du programme

- Au début, il devait etre mis en place a M'Baiki.
- Pourquoi Berberati ???
 - des ressources etaient la; il n'y avait pas d'utilisation de ces ressources
 - il y avait déjà les programmes, les gens (tels que les Canadiens) a M'Baiki et dans les autres régions; or, a Berberati et dans toute la region, il n'y avait pas d'assistance
 - il y avait des manifestations au niveau de la communauté
 - la revision du programme a eu lieu en juin 1993
- présentation des villages choisis, de la carte de la zone, y compris les axes, les formations sanitaires
- batiment a Berberati que nous sommes en train d'amenager; la collaboration qu'il fallait pour avoir ces bureaux

BUTS DU PROGRAMME

OBJECTIFS DU PROGRAMME • qui ont ete revisés avec les résultats de l'enquete de base

STRATEGIES

INTERVENTIONS

ACCORD le 27 octobre 1993

LANCEMENT le 5 novembre 1993

TOURNEES OFFICIELLES D'OUVERTURE

- visites dans les villages avec les sous-prefet
- causeries dans chaque village pendant lesquelles on a commencé a mieux connaitre les villages ou on allait travailler
- remplissage des fiches qui donnaient les profiles des villages
- mise en place des comités; les elections libres des membres des comités

PREPARATIFS DE L'ENQUETE DE BASE

- recensement des besoins des villages en ce qui concerne l'enquete; d'ou des choix aux villageois des jours, des heures, des attentes des populations
- association avec la radio rurale; troupe des danseurs traditionaux, les Balé Bantu (qui interessaient des vieilles femmes, surtout)

ENQUETE DE BASE

- la population s'est trouvée a la maison
- 30 enqueteurs, 7 superviseurs
- 6 jours de formation pour les superviseurs; 4 jours pour les enqueteurs
- 2 jours d'enquete (Mme Ruth Doutizonga qui a ete consultante)
- la population elle-meme qui a choisi les jours

RESULTATS DE L'ENQUETE
DE BASE

- le feedback qui a ete fait au sein de chaque village

graphiques sur:

- les accouchements
 periode de consultation
 lieu de l'accouchement
- le paludisme: les causes
- la LMD/ttt a domicile
- le recouvrement des couts: la realite de ce qui se passe (ce que les gens paient)

RECOMMANDATIONS A PARTIR
DE L'ENQUETE

- resume de toutes les recommandations qui ont ete faites

LA ZONE DU PROGRAMME

- axe d'environ 50 kilometres avec 15 villages; cette zone limitée permet la surveillance des activités; l'intimité existe (ce qui correspond a la philosophie d'Africare); l'équipe du programme fait les visites dans tous les villages au moins 2 ou 3 fois par mois

LA SUPERVISION
ET LA COMMUNICATION

- entretien de la chaîne de chaleur
- contrairement aux autres programmes, on a eu les visites de la représentante et de la directrice régionale de Washington; ce qui fait que les communautés comprennent qu'elles sont importantes
- boîtes postales des villages, ce qui permettent la correspondance entre le programme et les villages et entre les villages eux-mêmes (exemplaire de correspondance)
- ce système permet un programme qui est vraiment communautaire; les communautés se sentent impliquées dans le programme
- par conséquent, on est sûr de la pérennisation du programme

LA SENSIBILISATION

- ce qui est faite avec les dessins des enfants
- role du volontaire du Corps de la Paix qui a recueilli des informations sur chaque village; les informations plus precises et intimes sur chaque village

LES CONTRAINTES

- la distance entre Berberati et Bangui
-- ce qui permet des initiatives locales
- "mentalité des diamants"
ce qui fait que les gens de s'interessent pas a la prévention; l'argent gagné n'est jamais orienté a la santé
- l'accent est mis sur la medecine curative et non préventive
- l'instabilité du personnel dans la région (administratif et sanitaire)
- la dévaluation, surtout pour les collaborateurs au niveau des villages et le personnel (les fonctionnaires)
- les problemes a l'interieur des villages
- le probleme des langues
- le manque d'électricité et les problemes des appareils
- les saisons (la pluie, la dégradation des routes)

LES ATOUTS

- les concurrences entre les villages (ce qui peut etre contrainte, aussi)
- motivation des populations
- gestion des ressources
- existence des formations sanitaires et des agents de santé
- l'utilisation de Sango (nom du programme, etc.)

- le soutien des autorités (municipales comme celles d'Africare, au niveau central, comme le Ministre de la SP)

LES PERSPECTIVES

- formations des matrones traditionnelles et des agents de santé communautaires a Berberati du 6 au 10 juin
 - sur les themes choisis par les participants eux-memes
 - diarrhée
 - paludisme
 - IRA
 - SMI
 - planification familiale
- une note circulaire pour informer les gens; un questionnaire pour recueillir les informations sur ce que les participants attendaient de la formation
- formations des animateurs/animatrices (du 20 au 25 juin)
 - deux représentants de chaque village qui sont choisis par les villageois eux-memes
- a la fin des formations---
accords (termes de collaboration) entre les agents, les agents et l'Africare, entre les agents et les comité
- les visites de supervision suivront les formations (qq jours apres la formation)
- tournées de sensibilisation/mobilisation des enfants dans chaque village (comment eviter les accidents) en juillet
- programme de mobilisation des enfants
jeux concours
chansons
scenettes/theatre etc.
- supervision
evaluation des performances, recyclage précoce des agents afin d'améliorer les techniques, trouver les solutions aux problemes

EVALATION EN MI-PAROURS

DEUXIEME PHASE DU PROGRAMME

- implication des autres composantes du programme de survie de l'enfant national
- recyclage sur tous les themes
- formation des agents villageois sur la gestion des medicaments essentiels (la ou il y les pharmacies villageoises)

PERSPECTIVES

- PREMIERE PHASE

FORMATIONS DES AGENTS DE SANTE

FORMATIONS DES ANIMATEURS/ANIMATRICES

TOURNEES DE SENSIBILISATION DES ENFANTS

SUPERVISION ET EVALUATION DES ACTIVITES

- EVALUATION A MI-PAROURS

- DEUXIEME PHASE

IMPLICATIONS DES AUTRES COMPOSANTES DU
PROGRAMME SURVIE DE L'ENFANT

*maboko oko a lingbi ti
nguru kota keke pepe*

RECOUVREMENT DES COUTS

**RECOMMANDATIONS DE GROUPE DE TRAVAIL DU MSPP
PORTANTS SUR UN PROGRAMME NATIONAL
DE RECOUVREMENT DE COUT DANS LES SERVICES DE SANTE
DANS LA RCA**

GUERE BERNARD

CHARGE DE MISSION

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ET DE LA POPULATION

STRATEGIES

1. **ACCORD POLITIQUE**
2. **CADRE JURIDIQUE**
3. **CENTRALE D'ACHAT**
4. **SENSIBILISATION DE LA POLITIQUE ET DU PERSONNEL DE SANTE**
5. **A) MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME DE RECOUVREMENT DES COUTS D'ABORD DANS TOUTES LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE BANGUI**
B) DANS LES FORMATIONS SANITAIRES QUI ONT DEJA TENTE L'EXPERIENCE DU RECOUVREMENT DES COUTS
6. **HARMONISATION PROGRESSIVE ET COMPLETE DU SYTEME D'ANS TOUTES LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES**
7. **DEVELOPPER LES MODULES DE FORMATION ET OUTILS DE GESTION POUR LA FORMATION DU:**
PERSONNEL DE SANTE
COMITTE DE GESTION
8. **DEVELOPPER DES INDICATEURS POUR LE SUIVI ET EVALUATION**

UTILISATION DES RECETTES DES PAIEMENTS

- **LE REAPPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS CONSTITUE LA PRIORITE NUMERO 1**

- **RECETTES RESTANTES pour les améliorations de la qualité en ordre de priorité :**
 - 1) **fournitures et équipement médicaux essentiels,**
 - 2) **incitations à la performance du personnel,**
 - 3) **autres améliorations associées plus étroitement avec la qualité telle que perçue par le patient (par exemple, transport pour les équipes de vaccination mobiles, entretien des locaux, personnel devant suivre de brefs stages de formation.)**

STRUCTURE DE PAIEMENTS PROPOSEE

MEDICAMENTS

- **Les patients payent le coût intégral de tous les médicaments des soins hospitaliers et des consultations externes à tous les niveaux du système de santé.**
- **Chaque médicament est vendu au même prix dans toutes les formations sanitaires du MSPP.**

CONSULTATIONS EXTERNES

- **Les patients payent des honoraires de consultation suivant le niveau de soins.**
- **En cas de petite chirurgie en consultations externes, les patients payent pour la chirurgie en plus que des honoraires de consultation.**

SERVICES HOSPITALIERS

- **Les patients payent un forfait quotidien suivant le type de chambre.**
- **Les patients payent également un montant séparé complémentaire pour les accouchements.**

OBJECTIFS POUR LE RECOUVREMENT DES COUTS

- **Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels au nom générique et la qualité des services**

- **Partager les dépenses de fonctionnement annuelles**
 - * **L'Etat prend à sa charge les salaires et une partie des dépenses de fonctionnement.**
 - * **Les paiements couvrent les médicaments, d'autres dépenses de fonctionnement et d'autres améliorations de la qualité.**

**RECOMMANDATIONS DE GROUPE DE TRAVAIL DU MSPP
PORTANTS SUR UN PROGRAMME NATIONAL
DE RECOUVREMENT DE COUT DANS LES SERVICES DE SANTE
DANS LA RCA**

**COMPTE RENDU DES EVENEMENTS PRINCIPAUX ET DES RESULTATS DE LA RECHERCHE
RELATIFS AU REFORME DE FINANCEMENT DU SECTEUR SANITAIRE DANS LA REPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE**

**DR. CHARLOTTE LEIGHTON
ECONOMISTE SUPERIEUR DE SANTE
PROJET HFS D'ASSISTANCE TECHNIQUE A LA R.C.A.**

**POUR PRESENTATION A L'ATELIER SUR LA SURVIE DE L'ENFANT ORGANISE PAR LE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION ET L'USAID**

**24 - 26 MAI 1994
BANGUI, R.C.A.**

**CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS PRINCIPAUX DE REFORME DE FINANCEMENT
DU SECTEUR SANTITAIRE, R.C.A.**

ANNE E	EVENEMENTS
1974	Introduction et abandon du système de carte de santé
1986	Etude de faisibilité sur le recouvrement des coûts pour les services de CCCD
1987	Etude préliminaire sur la volonté de payer
1988	Plans pour l'atelier sur la politique de recouvrement des coûts.
1989	Adoption d'une loi établissant la principe de payer les frais de prestations de services de santé et l'autonomie partielle de financement pour les formations de santé gouvernementaux.
1989	Atelier interministériel sur la politique de recouvrement des coûts.
1990	Demande pour un conseiller technique à long terme.
1991	Decret publiée pour autoriser les frais de prestations de services de santé aux formations gouvernementaux. Création de la Cellule d'economie en santé (CES)
1991 -92	Conseiller Technique à long terme pour travailler avec la CES
1993	Draft des arrêtés finales pour les frais hospitaliers et de consultations externes et de médicaments dans d'autres formations sanitaires.
1994	Atelier interministériel en vue d'aboutir aux décisions finales de réalisation sur le système nationale de recouvrement des coûts.

RESULTATS

Evaluations et revues du secteur de santé et de l'expérience locale de recouvrement des coûts (5)

Analyses de la volonté et la capacité de payer (2)

Estimations des coûts pour les consultations externes, l'amélioration de qualité, les soins hospitaliers (2)

Ateliers sur la politique de recouvrement de coûts (2)

ATELIER SUR LA REALISATION DE POLITIQUES EN 1994

OBJECTIFS

- * Décisions finales de politique sur la structure de frais et de prix
- * Draft du plan de réalisation progressif

QUESTIONS SPECIALES DE LA STRUCTURE DES PAIEMENTS ET DE PRIX

- * Vaccinations et services préventifs
- * Lutte contre les MST et autres services prioritaires
- * Autre structure de frais hospitaliers
- * Exonérations et subventions

CRITERES DE CONCEPTION DU PROGRAMME DE RECOUVREMENT DES COUTS

De l'atelier du MS de 1989 :

- **Equité pour les différents niveaux de revenus et les différentes régions du pays**
- **Accès aux soins (géographique et opérationnel)**
- **Ressources suffisantes pour améliorer la qualité**
- **Faisabilité administrative**
- **Efficacité**

Récemment, le MS a également souligné le besoin d'un équilibre entre

- **la capacité et la volonté de payer au sein de la population, et**
- **les coûts liés à la prestation des services de santé.**

RESULTATS DE RECHERCHES UTILISES

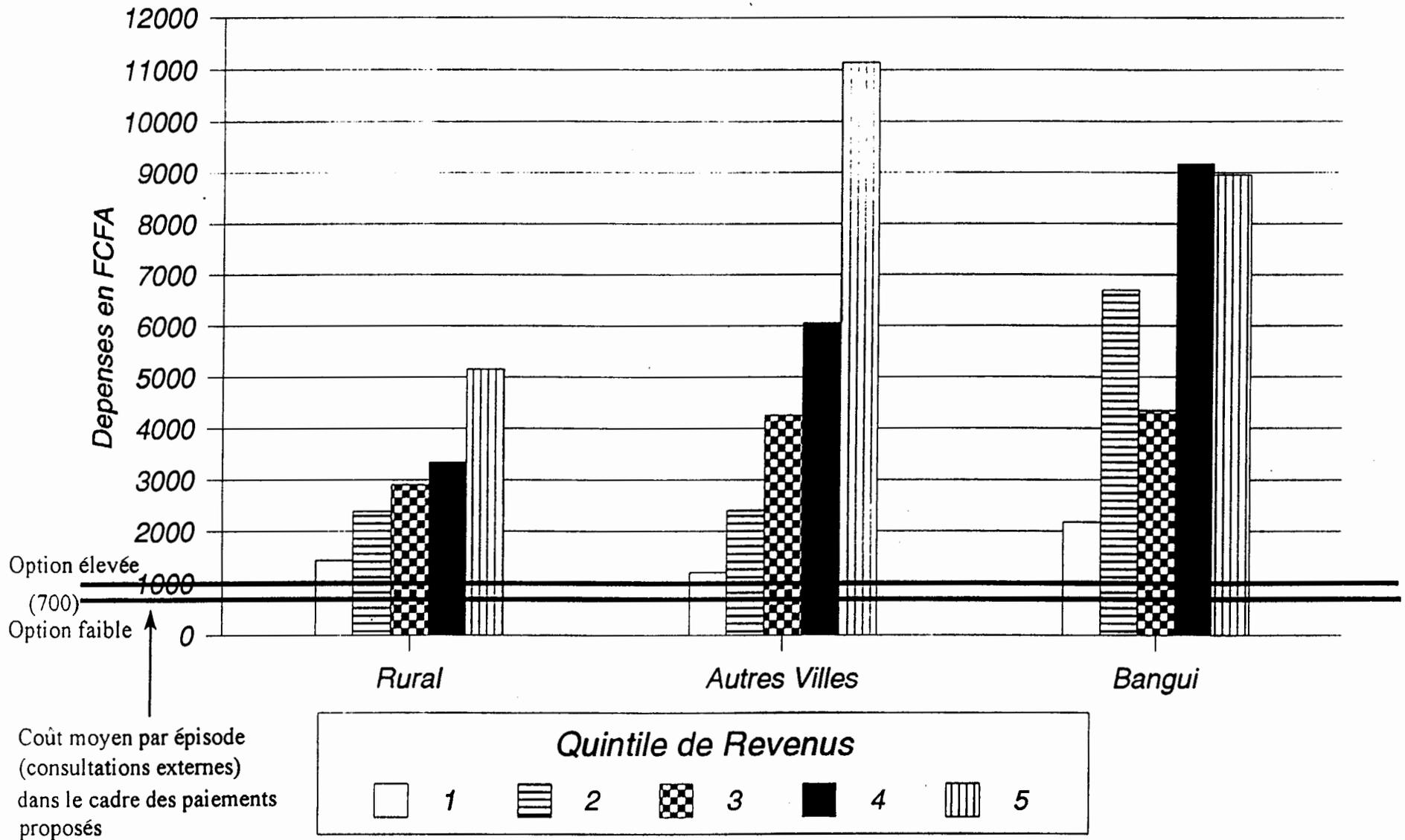
- * Enquête des ménages sur la volonté et la capacité de payer
- * Etude sur les frais hospitaliers
- * Coûts de l'amélioration de la qualité des consultations externes
- * Revues de l'expérience de recouvrement des coûts

IMPACT SUR LES MENAGES

- Les deux options de paiement (paiements élevés et paiements faibles) sont financièrement abordables pour la plupart de la population, surtout les ménages à revenu intermédiaire et supérieur.
- Même les ménages à plus faible revenu peuvent se permettre plusieurs visites en consultations externes, des médicaments, un accouchement et le coût des vaccins pour vacciner entièrement l'enfant pendant une année donnée.
 - * Les paiements pour les services et les médicaments en consultations externes sont plus faibles que les dépenses actuelles.
 - * Le coût total d'un séjour hospitalier typique dans le cadre de l'option paiements faibles est inférieur à celui du système actuel, surtout pour la chirurgie et la médecine générale.
- PROBLEME POSSIBLE pour les ménages à plus faible revenu avec un grand nombre de besoins médicaux pendant une année
 - * EXEMPLE : une famille de 7 membres avec un revenu annuel de 210 000 CFA ou moins connaissant une hospitalisation en plus des consultations externes, d'un accouchement et des vaccinations.
- Mais l'impact financier qu'auraient sur les ménages à plus faible revenu des maladies demandant des consultations externes et des hospitalisations serait bien plus prononcé dans le cadre du système actuel qu'aux termes de la proposition.

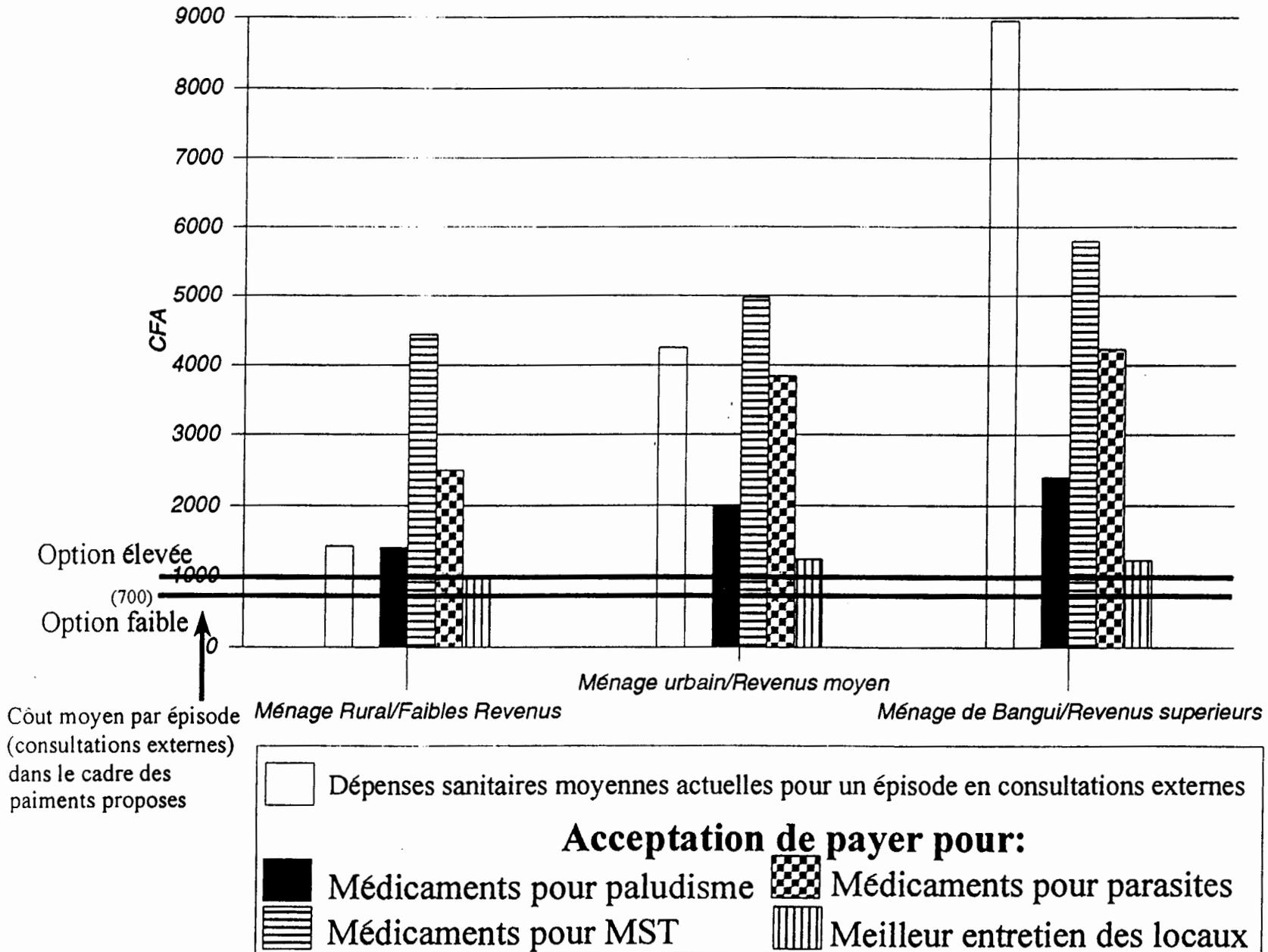
Figure 4

Dépenses moyennes d'un ménage pour un épisode de maladie (consultations externes) par revenu, quintile et résidence en République Centrafricaine

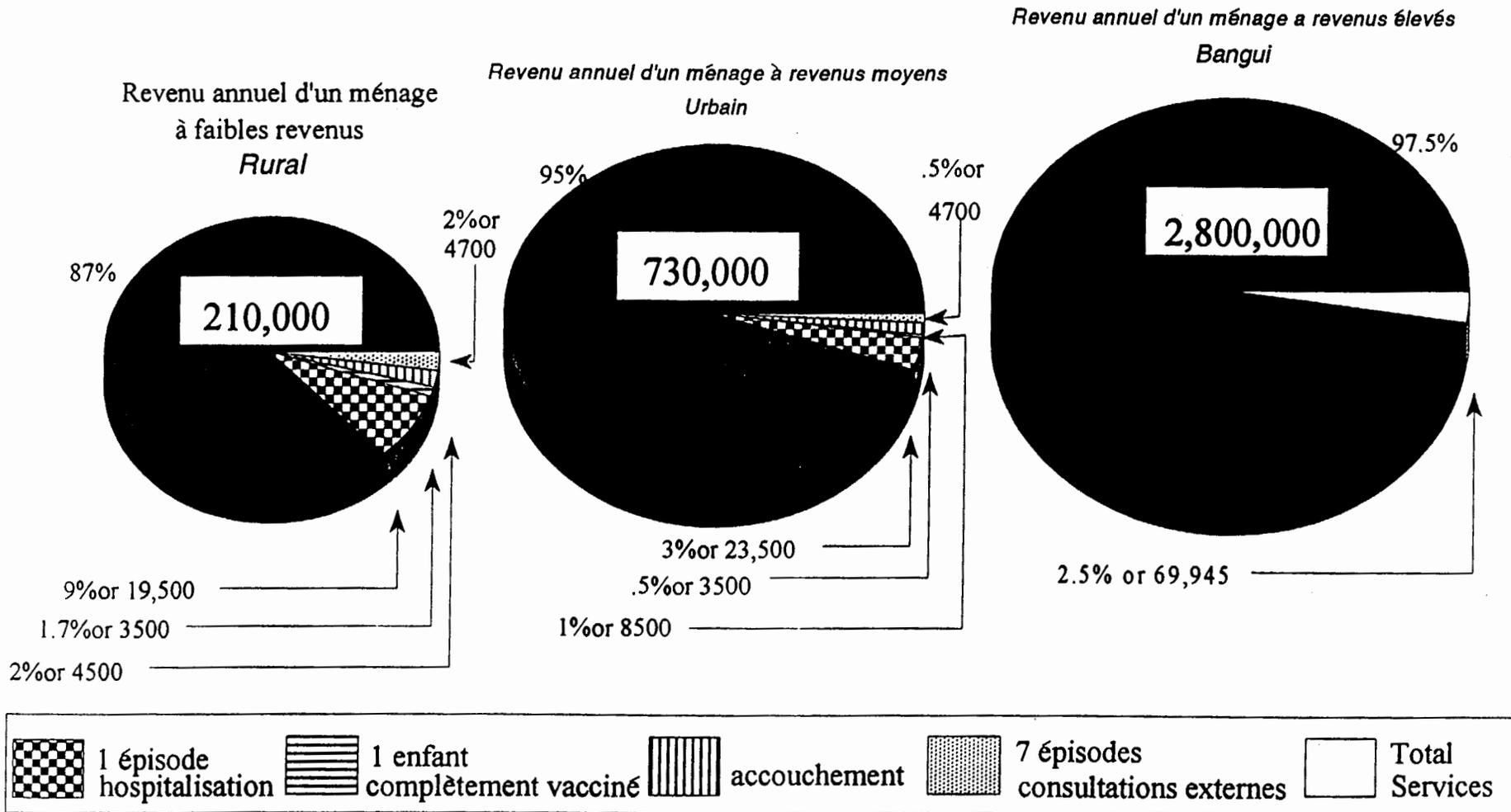


Dépenses actuelles et acceptation de payer des ménages pour les consultations externes les médicaments et les améliorations de qualité en RCA

Figure 5



Impact des paiements proposés sur une famille de 7 membres Option faibles paiements



IMPACT SUR LES RECETTES
ET LES AMELIORATIONS DE LA QUALITE

- Les deux options, paiements faibles et paiements élevés, rapporteraient des recettes suffisantes pour
 - * couvrir tous les coûts des médicaments, et
 - * laisser un solde pour améliorer la prestation de services et fournir des primes à la performance du personnel.

- L'option paiements faibles rapporterait plus de recettes que le système actuel de frais hospitaliers et plus que l'affectation budgétaire du MS pour les dépenses de fonctionnement hors salaires.
 - * EXEMPLE : Après le réapprovisionnement en médicaments, les recettes dans le cadre des paiements proposés dépasseraient l'affectation du MS de 1990 de 210 millions de CFA au CNHUB pour toutes les dépenses de fonctionnement hors salaires.

- PROBLEME POSSIBLE : les postes de santé desservant de petites bases de population.
 - * L'option paiements faibles risque de ne pas apporter suffisamment de fonds pour procéder aux améliorations nécessaires et pour apporter des incitations au personnel.

**EVALUATION GENERALE DE L'IMPACT
DE LA STRUCTURE DE PAIEMENTS PROPOSEE**

CAPACITE DE PAYER DE LA POPULATION	OPTION PAIEMENTS FAIBLES			OPTIONS PAIEMENTS ELEVES		
	Services hospitaliers	Consultat. externes	Total hospital . + externe	Services hospitaliers	Consultat. externes	Total hospital. + externe
Revenu le plus faible	oui	oui	?	?	oui	?
Revenu faible	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Revenu intermédiaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Revenu le plus levé	oui	oui	oui	oui	oui	oui
RECETTES SUFFISANTES POUR AMELIORER	Hôpitaux	Centres de santé	Postes de santé	Hôpitaux	Centres de santé	Postes de santé
Médicaments	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Administration pharmacie	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Anesthésiques fourn. lab. médicales	oui	oui	? (petits postes)	oui	oui	oui
Incentives performance personnel	oui	oui	? (petits postes)	oui	oui	oui
Entretien, services, transport, autres	oui	oui	? (petits postes)	oui	oui	oui

POLITIQUE DE DECENTRALISATION

ET

DE SUPERVISION INTEGREE

DECENTRALISATION ET SUPERVISION INTEGREE DES ACTIVITES

On m'a demandé de parler de "Décentralisation et Supervision Intégrée des Activités" mais comme des termes de référence n'ont pas été clairement définies pour permettre d'avoir une idée de l'objectif pour suivi à travers l'exposé, j'espère que ce que je dirai répondra aux attentes des uns et des autres.

Le sujet qui est traité à savoir "Décentralisation et Supervision Intégrée des Activités" sera traité en deux parties:

D'abord la décentralisation, le concept et sa mise en oeuvre dans le domaine de la santé.

Ensuite le suivi-évaluation à travers la supervision intégrée des activités.

I LA DECENTRALISATION

Le mot semble être à la mode dans le pays, car sur le plan de la politique globale, on parle de décentralisation - régionalisation dans des domaines tels l'Education, le Développement rural il y a des tentatives de décentralisation mais la question fondamentale c'est celle de savoir ce qu'il faut entendre par décentralisation.

Généralement on oppose décentralisation à centralisation cela par référence à un processus de prise de décision qui part toujours du centre vers les organes périphériques. Ce processus qui existe dans de nombreuses sociétés pendant longtemps trouve ses fondements dans le fait qu'en matière de planification on est tenu de gérer des ressources limitées face à des besoins multiples. Et dans la mesure où si l'on laisse le choix à chacun de définir ses besoins on ne pourra atteindre les objectifs qu'on s'est fixés, on décide alors à partir du centre des besoins qu'on doit chercher à satisfaire au niveau de la périphérie et on décide également des stratégies à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs.

Si pendant longtemps ce système a pu fonctionner avec quelques succès il faut l'avouer c'est tout simplement dû au fait qu'au lendemain des indépendances les pays africains n'étaient pas encore confrontés à une complexité de problème comme nos jours. L'administration post-coloniale disposait encore de quelques moyens hérités de la colonisation qui permettait de transmettre assez rapidement une décision du centre vers la périphérie. Mais l'aspect le plus important à signaler c'est qu'il y avait encore un poids important de la médecine traditionnelle et comme les formations sanitaires n'étaient pas très répandues, on ne faisait recours aux services de santé que pour les cas où le guérisseur traditionnel ne pouvait plus.

C'est petit à petit avec la vulgarisation des services de santé à travers les équipes mobiles que le recours à la médecine moderne va devenir plus intensif mais encore que là avec le manque de cadres formés pouvant couvrir tout le pays, la responsabilisation sera toujours un problème.

De nos jours la situation est complexe et compliquée. Les problèmes d'une région sanitaire ne peuvent pas être les mêmes que ceux d'une autre région. Et vouloir résoudre ces problèmes par une décision émanant du centre qui sera repercutée à la périphérie possède le grand risque de ne pas correspondre aux buts recherchés d'où la nécessité de la décentralisation.

Ainsi donc, la décentralisation peut-être définie comme le transfert des compétences en matière de définition et d'exécution des politiques du centre vers les organes périphériques. Elle répond à une logique d'efficacité-coût car il s'agit de rapprocher d'avantage les centres de décision des personnes concernées.

Le problème c'est qu'il s'agit de quelles décisions, ou en d'autres termes qu'elles sont les limites de la décentralisation.

La décentralisation vise un objectif d'efficacité, il ne s'agit pas de s'arroger des pouvoirs dont on ne disposait pas pour raffermir son autorité. Il s'agit de mettre de la souplesse dans le processus de décision et ceci amène à poser la question suivante comment peut-on apprécier la véracité ou l'opérationnalité de la décentralisation.

Ceci amène à traiter de la question du suivi-évaluation de la décentralisation qui pourrait ce faire selon la méthode proposée ici qui est celle de la supervision intégrée que personnellement j'approuve. Pour ceux qui ont eu connaissance du programme de redémarrage de la santé qui est une composante du P.N.D.S. L'une des innovations essentielles est l'évolution de la gestion traditionnellement verticale des programmes vers une gestion horizontale ce qui signifie que le responsable d'une région est responsable de tous les programmes dans sa région. Il rend compte de l'état de santé de la population dans sa région à travers un certain nombre d'indicateurs qui exploite au niveau central permettra de réorienter les programmes. Il ne s'agira donc pas pour chaque responsable de programme de descendre demander des comptes spécifiques et c'est pour ce fait qu'un certain nombre d'outils de suivi notamment en matière statistiques sont entrain d'être mis en place. On estime avec un peu plus de sérieux dans le travail que les objectifs seront atteints.

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE

ET

DE SANTE

MINISTERE DES FINANCES, DU PLAN
ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

Secrétariat d'Etat aux Finances,
au Plan et à la Coopération
Internationale

DIVISION DES STATISTIQUES
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

CELLULE DES STATISTIQUES
DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

RAPPORT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX

Par :

Robert NDAMOBISSI

Directeur Technique
de l'Enquête Démographique et de Santé

Bangui, 16 Mai 1994

INTRODUCTION

Ce rapport est une note d'information, après plus de 6 mois d'activité, à l'intention des différents partenaires financiers, intervenant dans le cadre de l'EDS envue de porter à leur connaissance les activités déjà réalisées, le planning des travaux futurs et les problèmes rencontrés.

Les points qui seront présentés sont :

1. Rappel du cadre institutionnel
2. Travaux réalisés
3. Travaux futurs
4. Problèmes à résoudre
5. Conclusion

I. CADRE INSTITUTIONNEL

1.1. Base légale et organe d'exécution

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) a été instituée par Arrêté N.343 /MFPCI/CAB/SE/DPCI/CO/DSEE du 12 Novembre 1993, du Ministre des Finances, du Plan et de la Coopération Internationale. Ce texte officiel a fixé les conditions d'organisation et a désigné les responsables de l'enquête.

L'EDS en centrafricaine fait partie de la troisième phase du programme mondial des enquêtes DHS réalisée dans plusieurs pays par MACRO INTERNATIONAL suivant un accord avec l'AID.

Le Bureau Central du Recensement (de la Division des Statistiques et des études Economiques), situé dans l'immeuble des 92 logements, est l'organe national chargé de l'organisation et de l'exécution de ladite enquête.

La direction de l'enquête comprend :

- un Directeur National = Chargé de Mission de la Statistique
- un Directeur Technique = Directeur Technique du Bureau Central du Recensement

Le personnel travaillant à plein temps sur l'enquête est constitué de :

- 1 démographe fonctionnaire qui est le Directeur Technique,
- 1 démographes temporaires, cadres de conception, sortis nouvellement de formation,
- 2 statisticiens fonctionnaires, agents d'exécution,
- 1 gestionnaire,
- 2 secrétaires

1.2 Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de l'EDS-RCA sont les suivants :

- déterminer le niveau, les tendances de la fécondité et de la mortalité infantile;
- évaluer le statut nutritionnel de l'enfant centrafricain de moins de 3 ans et de certains facteurs liés à la malnutrition.
- estimer les divers indicateurs de santé de la mère et de l'enfant : état vaccinal, la prévalence de la diarrhée et l'utilisation des traitements, la prévalence des infections respiratoires aiguës chez les moins de 3 ans.
- déterminer la connaissance, les attitudes et les pratiques sexuelles liées au SIDA/MST et à leur prévalence, chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans.

mesurer le taux d'utilisation des services et sources d'information pour la population.

L'enquête porte sur un échantillon de 6.000 femmes âgées de 15-49 ans et 2.000 hommes de 15-59 ans. Elle couvre l'ensemble du pays et les résultats seront analysés par région sanitaire - urbain/rural (5 régions plus Bangui).

1.3. Sources de financement

L'EDS-RCA bénéficie de 3 sources de financement plus l'apport du gouvernement:

1- L'USAID qui contribue pour plus de 500.000 \$ dont 184.000 \$ pour les dépenses locales et 377.000 \$ pour la prise en charge de l'assistance technique de MACRO;

2- Le FNUAP qui contribue pour environ 265.000 \$ essentiellement pour la prise en charge du personnel local de terrain, l'achat de 2 véhicules, la réparation des véhicules et l'achat d'autres matériels. En tout le FNUAP a mis à la disposition du projet 6 véhicules de terrain et une voiture de liaison.

3- L'UNICEF a notifié une contribution de 50.000 \$ pour la prise en charge de deux démographes jusqu'en janvier 1995, l'achat du carburant pour les travaux de terrain et la liaison au bureau. La prise en charge de 5 consultants nationaux n'a cependant pas pu être honorée par l'UNICEF.

4- Le gouvernement contribue à l'EDS à travers la prise en charge des fonctionnaires, d'une secrétaire supplémentaire, des frais d'électricité, de téléphone et d'eau sans oublier un local assez spacieux et un véhicule de liaison du Directeur National.

Par ailleurs, une requête pour le financement de l'analyse approfondie a été adressée à l'OMS par le Ministre de la Santé. Une réponse officielle n'a pas encore été donnée à cette demande.

Le Ministre de la Santé, dans une lettre adressée au Ministre du Plan en date du Novembre 1993, avait défini les modalités de gestion des fonds alloués pour l'opération.

Aussi, un contrat a été signé entre MACRO et la Division des Statistiques pour la gestion des fonds prévus pour les dépenses locales du budget USAID. Un compte a été ouvert à la Banque BIAO à cet effet.

II. TRAVAUX REALISES

2.1. Activités prévues

D'après le contrat signé avec MACRO, les tâches suivantes doivent être effectuées durant toutes les phases de réalisation de l'EDS à savoir :

1. la conception et le choix d'un échantillon représentatif, y compris l'établissement de cartes plus le dénombrement des ménages pour chaque segment (Aire de Dénombrement) dudit échantillon;
2. le pré-test du questionnaire qui devra être approuvé par la DSEE et MACRO;
3. le recrutement du personnel technique;
4. la formation de tout le personnel de terrain;
5. la réalisation de l'enquête sur le terrain;
6. la publication d'un rapport préliminaire des données de l'enquête;
7. le traitement et la tabulation de façon précise de toutes les données de l'enquête;

8. la publication d'un rapport final de l'enquête en français;
9. la publication d'un rapport résumé des résultats de l'enquête en français;
10. la réalisation des analyses ultérieures des données, s'il y a lieu;
11. la diffusion des résultats par le biais d'un séminaire de dissémination ou d'autres moyens appropriés;

En somme, les activités concernent :

- 1- la conception du questionnaire;
- 2- le sondage et la cartographie sur le terrain;
- 3- le pré-test;
- 4- l'enquête sur le terrain;
- 5- le traitement informatique;
- 6- l'analyse des données;
- 7- la publication des rapports;
- 8- le séminaire de dissémination.

Il convient de signaler qu'en plus des activités de DHS standard, le gouvernement a demandé la réalisation du dénombrement exhaustif de l'ensemble des individus des ménages dans les grappes tirées pour permettre d'estimer l'effectif de la population du pays réparti par préfecture, 6 ans après le recensement de 1988. Cette opération est financée par le FNUAP dans le cadre de l'EDS et bénéficiera de l'assistance technique des experts du FNUAP.

2.2. Activités réalisées

Les travaux préparatoires de l'Enquête Démographique et de Santé ont démarré en Juillet 1993. Toutefois, le contrat signé avec MACRO fixe officiellement le début du projet en Mars 1994 pour une durée de 24 mois.

Ainsi, jusqu'au 15 Mai 1994, les travaux réalisés sont les suivants:

- 1- La mise au point du plan de sondage en Juillet 1993;
- 2- La conception des questionnaires dont 4 quatre types (ménage, femmes, hommes et disponibilité des services) en concertation avec les différents services techniques du Ministère de la Santé (SMI/PF, DMPGE, PNLS), du représentant du CDC et de l'UNICEF en Janvier 1994. A titre d'exemple, le questionnaire-femme comporte plus de 660 variables réparties sur 12 modules soit en tout 44 pages;
- 3- La traduction des questionnaires en sango de Février à Avril 1994;
- 4- La cartographie sur le terrain avec 72 pour cent des grappes tirées (soit 66 sur les 231) ont été déjà travaillées à partir du 13 Février 1994. Cette opération mobilise 5 équipes de cartographes et 1 équipe de supervision soit en tout 6 véhicules tout terrain.
- 5- Le tirage au BCR de 40 pour cent des ménages échantillon sur les 72 pour cent des grappes déjà travaillées;
- 6- La rédaction des manuels de formation.
- 7- Le pré-test des questionnaires (formation pendant 3 semaines des enquêtrices plus le terrain pendant 1 semaine) du 16 Avril au 14 Mai 1994. Ce pré-test a couvert un échantillon de 250 femmes et 100 hommes dans deux zones voisines de Bangui (urbain et rural). Cela a mobilisé 14 enquêteurs/enquêtrices qui sont tous des sages femmes et infirmiers diplômés d'Etat en chômage. Madame Karene HAWKINS, Dr MASSANGA et Regie HAWKINS avaient participé à la formation des enquêtrices respectivement sur les volets causes de décès des enfants et MST/SIDA.
- 8- La mise au point et le test du programme informatique de saisie avec la saisie des questionnaires du pré-test;

Il convient de noter que la centrafricaine est le premier pays au monde avec la Colombie à avoir déjà testé sur le terrain et mis au point le programme de saisie du questionnaire adopté de la phase III des enquêtes DHS. La dernière version du questionnaire a été finalisée par le comité scientifique mondial en Décembre 1993

dans sa version anglaise que le country Monitor a tout fait pour traduire en français pour la RCA alors que les autres pays ayant démarré ont préféré utiliser le questionnaire ancien de la phase II.

Le questionnaire centrafricain a également la particularité d'être suffisamment complet voire complexe pour avoir tenu compte des besoins du pays.

2.3. Missions d'assistance technique effectuées

Le Bureau Central du Recensement a déjà bénéficié de plusieurs missions d'assistance technique aussi bien de MACRO que du FNUAP à savoir :

1- Mission effectuée par Mr Ayad MOHAMED de MACRO pendant 10 jours pour la mise au point du budget global de l'enquête en Mai 1993;

2- Mission de Mme Tanh LE de MACRO effectuée en Juillet 1993 pendant 10 jours pour la mise au point du plan de sondage;

3- Mission de Mr MAYOUYA André du FNUAP-CST/Dakar pendant 3 semaines effectuée en Juillet 1993 parallèlement à celle de MACRO pour la définition de la contribution du FNUAP;

4- Mission du country Monitor Gora MBOUP en Janvier 1994 pendant 3 semaines pour l'élaboration des questionnaires et la formation des cartographes;

5- Mission d'évaluation des travaux cartographiques pendant 7 jours en Avril 1994 effectuée par Mme Tanh LE de MACRO;

6- Mission effectuée par le Contry Monitor Gora MBOUP pendant 1 mois en Avril-Mai 1994 pour la formation des enquêtrices et la réalisation du pré-test;

7- Mission de 15 jours effectuée par l'informaticien de MACRO Marc SOULIE en Mai 1994 pour la mise au point du programme informatique et la saisie des questionnaires du pré-test.

III. TRAVAUX FUTURS

La suite des travaux de l'EDS devra se dérouler selon le calendrier ci-après:

- Finalisation des questionnaires : 16 Mai au 15 Juillet 1994;
- Cartographie sur le terrain, mise en forme des cartes et sélection des ménages-échantillon jusqu'au 15 Juillet 1994;
- Approbation des questionnaires par MACRO et la Statistique du 16 au 30 Juillet 1994;
- Impression et tirage des questionnaires du 1er au 30 Août 1994;
- Formation des enquêtrices/contrôleurs et Chefs d'équipe du 15 Août au 15 Septembre 1994;
- **L'enquête principale sur le terrain du 20 Septembre 1994 au 20 Janvier 1995**
- La saisie et correction des erreurs de Septembre 1994 à Mai 1995;
- La préparation du rapport préliminaire à partir de Mai 1995;
- Tabulation, analyse et préparation du rapport final en Juin-Août 1995;
- Premier draft du rapport en Août-Octobre 1995;
- Publication du rapport final de Novembre 1995 à Janvier 1996;
- Séminaire national de dissémination en Mars 1996.

Ce calendrier étalé s'explique par le fait que les questionnaires sont assez complexes, que la sélection des ménages échantillon est une procédure délicate à ne pas fausser, que la traduction des questionnaires doit être examinée attentivement afin d'aller sur le terrain avec des documents bien faits pour obtenir des résultats cohérents.

S'agissant du dénombrement exhaustif pour l'estimation de l'effectif de la population du pays, la collecte sur le terrain aura lieu après l'EDS, de Février à Avril 1995. Toutefois, le questionnaire est déjà élaboré puis tiré en 65.000 exemplaires à l'imprimerie de même que les manuels de formation sont déjà édités.

IV. DIFFICULTES ET SOLUTIONS POSSIBLES

Comme dans toutes oeuvres humaines, l'EDS a connu quelques difficultés concernant principalement les ressources humaines et la logistique.

4.1. Problème de personnel

Les travaux du pré-test ont mis en relief l'insuffisance en cadre qualifié dont souffre le BCR pour faire face à la lourdeur des questionnaires, à la formation des enquêteurs, à la supervision des équipes sur le terrain pour corriger les erreurs. Le peu de cadre a dû se multiplier pour atteindre les objectifs au risque de craquer.

a) Equipe de conception

Au BCR, un seul cadre (une démographe sans expérience) doit étudier, maîtriser le contenu des 12 sections du questionnaire-femme de 44 pages, des 6 sections du questionnaire-homme de 22 pages, plus le questionnaire-ménage et la disponibilité des services, ensuite examiner la traduction en sango avant de les soumettre à l'approbation du Directeur Technique qui doit suivre la même démarche. Il s'en suit que certaines erreurs peuvent échapper à l'individu.

Au Cameroun, ce travail a été effectué par 4 démographes plus le Directeur Technique et au Sénégal par plus de 6 démographes assez expérimentés.

Certaines erreurs de traduction ou de correspondance entre les 2 questionnaires français-sango constatées lors du pré-test s'expliquent par la carence en personnel.

Le désengagement de l'UNICEF pour la prise en charge de 5 consultants nationaux afin de renforcer l'équipe de conception pendant une période de 5 mois initialement prévu dans le budget de l'EDS constitue un handicap.

Pour faire face à ce problème d'insuffisance en cadre de conception, une requête avait été adressée au FNUAP par le Directeur National en vue de recruter 1 démographe et 1 statisticien tous deux qualifiés actuellement en chômage pendant une période de 20 mois par le biais d'une révision budgétaire qui reste dans la masse déjà allouée par le FNUAP. Aucune réponse officielle n'a pas encore été donnée. Toutefois, le FNUAP souhaiterait qu'une décision collégiale soit prise lors d'une réunion regroupant tous les bailleurs de l'EDS.

b) Equipe de supervision de l'enquête sur le terrain

Les travaux du pré-test sur le terrain ont révélé que le questionnaire est assez lourd ce qui a amené les enquêtrices à commettre beaucoup d'erreurs durant les premiers jours de l'enquête. De même, la complexité du questionnaire rend fastidieux la vérification sur le terrain par les contrôleurs, des questionnaires déjà remplis.

A cet effet, il faudra renforcer l'équipe de supervision pour atteindre 5 superviseurs, tous des cadres qualifiés maîtrisant bien les questionnaires afin de s'occuper chacun d'une équipe durant toute la période de l'enquête sur le terrain. Le superviseur devra vérifier systématiquement tous les questionnaires remplis durant les trois premiers jours afin de rectifier les erreurs spécifiques à chaque enquêtrice. Avant que l'équipe quitte la grappe pour aller dans une autre, tous les questionnaires doivent être vérifiés par le superviseur afin de renvoyer sur le terrain auprès des ménages les questionnaires comportant des erreurs pour obtenir à la fin des renseignements complets et fiables.

Si l'on veut obtenir des données de bonne qualité, il faut assurer une supervision efficace des travaux sur le terrain.

Le budget initial de l'enquête avait prévu que 3 superviseurs pour couvrir 5 équipes sur la base des expériences de DHS II. Or, il se trouve que le questionnaire du DHS III (particulièrement pour la RCA) est assez lourd avec plus de 660 variables et qu'il est difficile pour un cadre de vérifier tous les questionnaires de plusieurs équipes à la fois dans une journée.

En plus des 3 superviseurs déjà prévus sur la contribution du FNUAP, il serait souhaitable que le FNUAP accepte de prendre en charge 2 superviseurs et 2 chauffeurs supplémentaires pour atteindre le nombre de 5 superviseurs et 10 chauffeurs nécessaires.

En résumé, le problème de personnel pourrait être résolu à travers une légère révision budgétaire à l'intérieur de la masse monétaire allouée sur la contribution du FNUAP si un accord était obtenu dans ce sens.

4.2. Problème de logistique

Il s'agit du problème de véhicules et de carburant qui constitue un handicap au bon déroulement des travaux.

a) Problèmes de véhicule

Les travaux de cartographie sur le terrain ont connu un léger retard à cause des multiples pannes de véhicules qui sont assez amortis. En effet, sur les 6 véhicules mobilisés, 4 sont issus du recensement de 1988 où ils ont été utilisés intensivement de 1987 à 1991. Parqués ensuite pendant 3 ans sans utilisation, ils ont sensiblement perdu leur efficacité.

A plusieurs reprises, des véhicules ont été tractés vers Bangui pour être réparés démobilisant ainsi les équipes. La cartographie a dû être prolongée d'un mois à cause de fréquentes pannes de véhicules exacerbées par le mauvais état des routes.

La grande préoccupation est celle de l'enquête principale qui nécessitera la mobilisation de 10 véhicules pendant une période de 4 mois de Septembre 1994 à Janvier 1995. Pour l'instant seulement 6 véhicules sont disponibles.

Le Bureau Central du Recensement compte sur le concours des différents partenaires de développement en l'occurrence le PNUD, le FNUAP, l'USAID, l'UNICEF, et l'OMS pour obtenir les 4 véhicules manquants à partir de mi-septembre 1994. Une des possibilités serait de mobiliser les véhicules affectés à d'autres projets financés par les organismes précités.

b) Problèmes de carburant

Les travaux de terrain ont souffert de la procédure assez complexe pour la mise livraison de carburant au BCR à tel point que certaines équipes ayant terminé les travaux dans une zone ont dû passer des semaines à Bangui avant de rejoindre leur nouvelle zone. Il en est de même des missions de dépannage pourtant urgentes ou de supervision qui ont dû être reportées à plusieurs reprises pour attente de carburant. Non seulement, il y a retard dans l'exécution des activités mais de l'autre côté cela empêche le Directeur Technique de se consacrer aux tâches purement techniques en allant discuter pour le déblocage du carburant. Le country monitor de MACRO a à plusieurs reprises déploré ce fait durant sa dernière mission à Bangui.

Pour la suite des travaux, il serait souhaitable d'éviter cette expérience peu rassurante pour une enquête où le temps est très très précieux. Dans la mesure où les contributions sont déjà approuvées, disponibles et communiquées officiellement au gouvernement avec les détails sur les lignes, rien ne devrait plus empêcher la réalisation des dépenses.

Le BCR recommande à ce que le carburant nécessaire estimé par MACRO pour la réalisation des travaux soit mis à sa disposition avant le démarrage de chaque phase d'activité pour éviter le retard dans le calendrier comme ce fût le cas pour la phase de cartographie.

V. CONCLUSION

L'Enquête Démographique et de Santé est une opération très importante pour l'évaluation et la mise en place des programmes de santé et de population en République Centrafricaine qu'il convient de tout mettre en oeuvre pour garantir sa réussite.

Hormis ces quelques difficultés signalées, l'enquête se déroule bien de l'avis des experts de MACRO qui ont déjà effectué plusieurs missions auprès du BCR à Bangui. Les résultats de cartographie ont été jugés très satisfaisants par Mme Tanh LE contrairement à certains pays (selon elle) où il a fallu reprendre les travaux dans 1/3 de grappes après vérification. De même les résultats du Pré-test ont été concluants car les erreurs constatées sur le questionnaire n'atteignent pas les 5 % ce qui témoigne de la bonne préparation des questionnaires. D'ailleurs, la mise au point rapide du programme de saisie qui fût testé, témoigne de la cohérence du questionnaire.

Nous demeurons confiants pour la suite des travaux. Toutefois, le BCR devra tirer les leçons du pré-test qui a mis en relief la complexité du questionnaire-femme, la lourdeur des tâches, les erreurs fréquentes des enquêteurs pour prendre des dispositions qui s'imposent concernant la finalisation des questionnaires, la formation des enquêteurs et surtout la supervision des travaux sur le terrain qui devra être permanente et intensifiée.

Nous tenons à remercier les partenaires de l'EDS en l'occurrence, l'USAID, le FNUAP et l'UNICEF pour l'appui qu'ils déploient sans cesse pour le bon déroulement des travaux face d'une part aux règlements et principes de gestion en vigueur dans chaque agence et d'autre part, les exigences de calendrier de l'enquête. Que Monsieur LAMORA, Monsieur FOKOM et Madame de VITA trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude pour leur disponibilité constante à trouver des solutions aux problèmes de l'enquête.

Pour terminer, il convient de souligner que l'EDS est un outil important très utile pour des actions de développement. Elle permet d'évaluer la situation réelle sur le plan sanitaire du pays pour permettre d'envisager des actions conséquentes. Elle devrait être à chaque fois réalisée au début et à la fin d'un programme en matière de santé ou de population. Le cas de la RCA est très intéressant en ce sens que l'EDS est réalisé au début du PNDS en 1994 ce qui donnera des indications sur la situation au départ; mais il serait souhaitable de réaliser une deuxième EDS à la fin du PNDS pour évaluer les résultats du programme soit en fin de l'année 1998 ou début 1999.

Avec les résultats de l'EDS, plusieurs bailleurs peuvent financer des actions en faveur de la santé et de la population sur la base des propositions fondées. A titre d'exemple, les résultats de l'EDS de 1987 du Sénégal ont permis de mettre en place un vaste programme en matière de santé et de population pour plus de 20 millions de dollars financé par l'USAID concernant la PF, la santé des mères et des enfants, les MST/SIDA, la recherche opérationnelle, deux enquêtes DHS, etc...

Il serait souhaitable d'organiser un séminaire-atelier à Bangui en 1996 sur l'utilisation des résultats de l'EDS après la dissémination des données pour permettre aux cadres nationaux de faire des propositions concrètes d'actions à mener à la lumière des expériences d'autres pays qui sont à leur troisième phase de réalisation de DHS.

Nous espérons que les travaux de l'EDS vont terminer dans de bonnes conditions.

ANNEXE

PROJET SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Le but global du Projet Survie Soutenable de l'Enfant est de "réduire les cas de mortalité infantile et de SIDA dans toutes les cinq régions sanitaires, tout en augmentant l'accès à des services sanitaires de qualité." Les objectifs mesurables de chaque intervention - Survie de l'Enfant, SIDA/MST, Recouvrement des Coûts, Marketing Social des condoms, Projet Communautaire d'Africare et Enquête Démographique de la Santé sont:

I. Survie de l'Enfant - CDC:

A. Programme Elargi de Vaccination

- Réduire la morbidité due à la rougeole de 50%
- Réduire l'invalidité causée par la polio de 50% (éradication de la polio en l'an 2000)
- Réduire la mortalité due au tétanos néo-natal de 50%
- Accroître la couverture de vaccination BCG à 95% chez les enfants de moins d'un an
- Accroître la couverture de vaccination contre la rougeole à 90% chez les enfants de moins d'un an
- Accroître la DPT3 et OPV4 à 95% chez les enfants de moins d'un an
- Accroître la couverture de TT2 à 80% chez les femmes en âge de procréer

B. Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

- Réduire la mortalité due à la diarrhée de 30% chez les enfants de moins de 5 ans
- Fournir une prise en charge efficace, y compris l'éducation des malades, à 90% des cas de diarrhée traités dans les formations sanitaires
- Fournir une prise en charge efficace à domicile à 50% des cas de diarrhée

C. Lutte contre le Paludisme

- Réduire la mortalité des malades hospitalisés, de 25% chez les enfants de moins de 5 ans
- Fournir une prise en charge efficace, y compris l'éducation des malades, dans 95% des cas de fièvre traités dans les formations sanitaires
- Parvenir à un traitement rapide et approprié, à domicile, avec les médicaments appropriés, dans 60% des cas de fièvre
- Promouvoir des mesures appropriées dans 50% des villages pour réduire la transmission du paludisme

D. Lutte contre les Infections Respiratoires Aigues

- Réduire la mortalité due aux IRA de 25% chez les enfants de moins de 5 ans
- Fournir le traitement approprié de 50% des infections respiratoires aigues traitées dans les formations sanitaires

E. Santé Reproductive

- Accroître, de 48% à 60%, le pourcentage des femmes bénéficiant de services pré-natals
- Accroître de 10% la proportion des femmes qui utilisent une méthode moderne d'espacement des naissances

II. Lutte contre le VIH/SIDA et MST - CDC

- Créer des services autonomes de lutte contre les MST dans 30 formations sanitaires publiques
- Réduire à la fois l'incidence du VIH/SIDA et l'incidence et la prévalence des MST de 30% grâce au contrôle, à la surveillance et à l'évaluation de l'impact de la gestion améliorée des ressources
- Accroître de 100% l'utilisation des préservatifs chez les groupes à haut risque
- Réduire de 40% le délai que mettent les malades à rechercher un traitement contre les MST
- Accroître la connaissance de groupes à haut risque donnés et des communautés sur les maladies et leur transmission et prévention
- Accroître la capacité de 200 agents de santé à diagnostiquer, à traiter et à prévenir la transmission des MST
- Evaluer des interventions telles que l'extension des soins de santé primaires aux personnes à haut risque fournies par des infirmiers en visite; test rapide des cas de syphilis chez les malades MST et ceux venant pour les consultations prénatales dans les zones qui manquent de services de laboratoire; et commercialisation sociale des traitements MST dans les villes de diamant et d'or très fréquentées et reculées.

III. Commercialisation des Préservatifs - PSI

- Commercialiser à l'échelle nationale plus de 3,5 millions de préservatifs de la marque Prudence, de 1993 à 1997
- Etendre systématiquement la disponibilité des préservatifs grâce à un réseau fiable et performant de distribution en gros et en détail
- Informer les consommateurs et la population en général sur l'utilisation correcte des préservatifs grâce à des campagnes de promotion ciblées sur les consommateurs, en particulier ceux qui ont un haut risque d'infection, et les participants au système de distribution
- Promouvoir la pérennisation par le renforcement des institutions, le recouvrement des coûts et l'utilisation des ressources locales, la formation et l'efficacité dans les prestations.

IV. Projet Communautaire de Soins de Santé Primaire de Berbérati -Africare

- En plus des objectifs mesurables dans le domaine de la vaccination, de thérapie de sel de réhydratation orale (SRO) pour le traitement des maladies diarrhéiques, du paludisme, des IRA, de la santé reproductive, du planning familial, de la prévention du VIH et du traitement/prévention des MST, Africare envisage d'installer des pharmacies villageoises durables et bien fonctionnelle dans la zone cible de la Région Sanitaire II.
- Développer la capacité interne de la base régionale à améliorer les systèmes de prestation de services de soins de santé et étendre la promotion des pharmacies villageoises et les systèmes de recouvrement de coûts dans la région.

V. Financement des Soins de Santé et Recouvrement des Coûts -Abt Associates

- Instauration d'un système national de recouvrement des coûts qui assure un financement adéquat à partir de sources centrafricaines pour améliorer la qualité des services de soins de santé dans les formations sanitaires publiques
- Avant 1997, l'instauration d'un système total d'autofinancement pour l'achat, l'approvisionnement et la distribution des médicaments génériques essentiels et des fournitures médicaux pour les soins des malades externes et internes, y compris les médicaments pour les services prioritaires de survie de l'enfant et autres services prioritaires tels que le traitement des MST, les vaccins, les contraceptifs, pour toutes les formations sanitaires publiques.

VI. Enquête Démographique de la Santé - Macro International

- Entreprendre à l'échelle nationale une enquête démographique de la santé qui portera sur: le planning familial, le VIH/MST, la mortalité infantile et maternelle, l'utilisation des préservatifs, et la circoncision des femmes
- Les résultats de cette enquête serviront à établir et à réviser la politique publique sur les objectifs et les activités des programmes de survie de l'enfant, du planning familial/santé reproductive, et les interventions MST/VIH/SIDA.

En outre, l'ensemble du projet SCS (toutes les composantes) est en train d'aider le Ministère de la Santé Publique et de la Population (et le Bureau Central de Recensement pour l'EDS) à réaliser leurs objectifs par l'amélioration de la capacité de gestion et de planification, grâce à une assistance technique et financière dans les interventions suivantes:

- a. **Formation à Court Terme:** Gestion des programmes de santé publique, utilisation des données pour la politique et la prise de décision en matière de santé publique, IEC et formation dans le pays pour avoir de meilleurs services d'éducation des malades, prise en charge intégrée des enfants malades, services améliorés de MST, financement et gestion des soins de santé
- b. **Systèmes d'Informations Sanitaires:** Renforcement du Système de Surveillance des Postes Sentinelles, réalisation d'une enquête démographique sur la santé à l'échelle nationale
- c. **Gestion des Programmes:** Renforcement des systèmes logistiques, appui à l'élaboration de plans d'exécution, suivi du progrès des projets, gestion et administration des finances et des ressources, promotion d'un système intégré de supervision
- d. **Recherche Opérationnelle:** Assistance technique dans la réalisation des enquêtes et études pour la collecte des données qui seront utilisées pour améliorer la qualité des prestations de services de soins de santé. Exemples: enquêtes KAP, évaluations des prestations des agents de santé, enquêtes sur les couvertures vaccinales, études sur le vocabulaire IRA, prise en charge intégrée de l'enfant malade, prévention des MST et du SIDA, et recouvrement des coûts
- e. **Discussion et Formulation de Politique Publique:** Assistance technique dans l'utilisation des données disponibles (Enquête Démographique de la Santé, Système National d'Informations Sanitaires, Surveillance Sentinelle) pour aider le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans la formulation de la discussion et l'élaboration d'une politique nationale sur les interventions visées
- f. **Recouvrement des Coûts et Financement de la Santé:** Développement d'une base de données, évaluation des interventions actuelles de recouvrement des coûts, promotion d'une politique nationale, élaboration d'un plan national d'exécution, plan de mobilisation sociale, formation en gestion financière, recherches sur le suivi de l'impact du recouvrement des coûts sur la disponibilité des médicaments, la qualité des soins, les questions d'accès et d'équité. Elaboration d'un plan pour l'évaluation du recouvrement des coûts
- g. **Décentralisation:** Assistance technique pour renforcer les bureaux régionaux dans la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation des interventions de projets comme appui à la politique de décentralisation du Ministère.
- h. **Secteur Privé:** L'activité de commercialisation sociale des préservatifs de PSI est conçue pour renforcer les circuits de distribution et de commercialisation par le secteur privé, qui pourraient être étendus aux autres activités de survie de l'enfant telles que les moustiquaires imprégnées pour réduire la transmission du paludisme, et les sachets de réhydratation orale pour promouvoir le traitement rapide, à domicile, de la diarrhée.
- i. **Evaluation:** Evaluation générale du programme SCS en plus du suivi en cours des volets individuels du projet.

RAPPORT GENERAL

Du 24 au 26 Mai 1994 s'est tenu dans la salle de conférence de l'Hôtel Sofitel un atelier sur l'état d'avancement des activités du Projet Survie Soutenable de l'Enfant.

Cet atelier avait regroupé des cadres du Ministère de la Santé Publique et de la Population, les Conseillers dudit département en matière de survie de l'enfant et des consultants venus des Etats-Unis d'Amérique.

La cérémonie d'ouverture était présidée par son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population en présence de son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats Unis d'Amérique en Centrafrique, le Représentant de l'USAID de Washington et le Coordonnateur National du Projet Survie Soutenable de l'Enfant.

Deux allocutions ont été prononcées à cette occasion par Monsieur l'Ambassadeur des USA en RCA et Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

- Son Excellence l'Ambassadeur des Etats-Unis en République Centrafricaine dans son intervention a témoigné sa réelle satisfaction de constater les succès de ses premiers actes en République Centrafricaine. Il a par la suite fait remarquer l'engagement du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à aider la RCA à améliorer la santé de sa population.
- Le Chef du département de la Santé Publique et de la Population avait quant à lui souligné que la santé est un facteur de développement et que son altération représente un frein au processus de relance socio-économique d'un pays. Il a par la suite rappelé les différentes composantes du Projet Survie de l'Enfant. En souhaitant bon séjour aux consultants venus des Etats Unis d'Amérique et en exhortant les participants au sérieux, il a ouvert les travaux de l'atelier.

Six (6) thèmes ont fait l'objet de présentations lors de la première journée à savoir :

- le but et les objectifs de l'atelier,
- le programme élargie de vaccination,
- l'éducation pour la santé et la formation,
- les infections respiratoires aiguës, la thérapie de réhydratation orale et le paludisme,
- les statistiques sanitaires,
- les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA.

Il ressort : des débats sur ces thèmes

- la nécessité de mener des actions urgentes afin de réduire le taux de morbi-mortalité materno-infantile.
- la nécessité de redynamisation du PEV avec la mise en oeuvre des stratégies proposées pour l'éradication de la polio.

- la nécessité de formation des agents de santé en mobilisation sociale et à la prise en charge de l'enfant malade.
- la nécessité de la mise en place d'un système adéquat d'information sanitaire.
- la nécessité d'extension des services de prise en charge des MST/SIDA à toute l'étendue du territoire national.

Les travaux de la 2ème journée ont porté sur 5 thèmes :

- la santé reproductive
- le marketing social des préservatifs
- le programme communautaire survie de l'enfant "kua ti songo molenge dans la Sous-Préfecture de Berbérati.
- le recouvrement de coûts et
- la coordination des activités des partenaires sur le terrain.

Au cours des débats les participants ont noté :

- la faible couverture sanitaire du pays en trainant un fort taux de morbi-mortalité le plus marqué pour le couple mère-enfant.
- un manque de coordination des activités des partenaires sur le terrain et
- les difficultés de collecte des informations sanitaires
- le modèle de partenariat des informations sanitaires et l'organe d'exécution appliqué par AFRICARE dans la Sous Préfecture de Berberati a beaucoup retenu l'attention des participants.

Durant la dernière journée, les participants ont été entretenus de thèmes:

- l'enquête démographique de santé.
- la décentralisation et supervision intégrée.

Dans les discussions qui ont suivi, l'accent a été mis sur l'importance des indicateurs de santé dans la prise de décision par les responsables sanitaires à tous les niveaux. La décentralisation qui est un phénomène réel et d'actualité au Ministère de la Santé Publique et de la Population a été stimulée afin que les pouvoirs et les ressources soient effectivement transférés aux différents niveaux prévus par le PNDS pour les rendre opérationnels et améliorer l'efficacité des activités sur le terrain.

Une discussion générale sur le recouvrement de coûts a été organisée en fin de séance après quoi les participants ont adopté les différents textes de l'atelier.

RECOMMANDATIONS

Nous, Participants à l'atelier sur l'état d'avancement des activités du
Projet "SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT", organisé par le Gouvernement
Centrafricain et l'USAID, à Bangui du 24 au 26 Mai 1994 ;

Considérant :

- l'insuffisance de financement des différents programmes impliqués dans la survie soutenable de l'enfant.
- le manque de coordination dans les interventions des partenaires du gouvernement.
- les difficultés rencontrées dans la planification, la gestion et le suivi de programmes.
- la faible performance du système de surveillance épidémiologique.
- l'absolue nécessité de renforcer l'IEC pour une meilleure participation de la population à l'amélioration de la santé familiale.
- l'impact négatif des MST et du SIDA sur la santé du couple mère- enfant.
- l'impératif d'assurer la pérennité des programmes prioritaires de santé.

recommandent :

- 1) Que soient mobilisées en urgence, les ressources financières, matérielles, et techniques nécessaires à la relance des activités prioritaires de santé, en vue d'atteindre les objectifs retenus pour la survie soutenable de l'enfant dans le PNDS.
- 2) Que la décentralisation soit effective par la mise à la disposition des niveaux régional et périphérique, des moyens financiers, logistiques et matérielles, pour permettre aux responsables d'assurer pleinement leurs rôles.
- 3) Que la cellule de statistique et d'informatique soit renforcée en personnel qualifié, et en matériel informatique pour améliorer la surveillance épidémiologique du pays.
- 4) Qu'une assistance technique temporaire soit assurée au service IEC pour l'élaboration du programme de prise en charge intégrée de l'enfant malade.

- 5) Que les partenaires du Gouvernement, intervenant sur le terrain dans le cadre de la santé se conforment au PNDS, et travaillent en étroite collaboration avec le niveau régional.
- 6) Que les activités de lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles, soient poursuivies, et renforcées sur toute l'étendue du territoire national.
- 7) Que le service national de lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles soit appuyé d'avantage dans son rôle de coordination à l'échelon national.

Fait à Bangui, le 26 Mai 1994

LES PARTICIPANTS.-

**MOTION DE REMERCIEMENTS AU CHEF
DE L'ETAT ET AU GOUVERNEMENT**

Nous, Participants à l'Atelier organisé du 24 au 26/05/1994 dans la salle de conférence de l'Hôtel SOFITEL à Bangui sur l'état d'avancement du Projet SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT, adressons nos vifs et sincères remerciements à son Excellence Ange Félix PATASSE, Président de la République, Chef de l'Etat et au Gouvernement pour l'attention toute particulière qu'ils accordent au secteur de la Santé.

Fait à Bangui, le 26 Mai 1994

LES PARTICIPANTS.-

MOTION DE REMERCIEMENT
AUX BAILLEURS

Nous, participants à l'atelier organisé à Bangui du 24 au 26 mai 1994 sur l'état d'avancement du Projet "SURVIE SOUTENABLE DE L'ENFANT, adressons nos vifs et sincères remerciements à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) qui, dans son souci constant de soutenir le développement socio-économique de la République Centrafricaine, a fourni l'appui technique et financière nécessaire à l'organisation de cette rencontre qui a permis de faire le bilan des activités déjà menées et d'identifier les actions de redynamisation à entreprendre en vue de la promotion effective de la santé du couple mère-enfant fondement du développement de la Centrafrique de demain.

Fait à Bangui, le 26 Mai 1994

LES SEMINARISTES.-

**PROGRAMME DE L'ATELIER SUR L'ETAT
D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DU PROJET
"SURVIE DE L'ENFANT"**



BANGUI, 24 -26 MAI 1994

Salle de Conférence de l'Hôtel SOFITEL

MARDI 24 MAI 1994

Thèmes: **Survie de l'enfant
MST/SIDA**

- 8H: - Arrivée des invités et des participants
- 8H - 30: - Cérémonie d'ouverture
- Allocution de Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats Unis d'Amérique.
 - Discours de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population.
- 9H: - Suspension des travaux
- 9H15-9H30: - Mise en place du bureau de l'Atelier.
- 9H30-9H45: - But et objectifs de l'Atelier:
 Dr. Justin NDOYO, Directeur de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie
- 9H45-11H: - Programme Elargi de Vaccination
 Dr. Valentin FIKOUMA, Chef de Service du Programme Elargi de Vaccination
- 11H-11H45: - Education pour la Santé et Formation
 Mme DOUTIZONGA, Chef de la Cellule Education pour la Santé

- 11H45-12H30:- Infections Respiratoires Aigues
Thérapie de Réhydratation Orale Paludisme
Mr. Pierre KANDA, Chef de Service de lutte contre les maladies endémo-épidémiques
- Mr. Joseph SENDAZO, Chef de Section Lutte contre les Maladies Diarrhéiques**
- Mr. Nestor MADJI, Chef de Section Lutte contre le Paludisme.**
- 12H30-14H: - Déjeuner
- 14H-14H30: - Statistiques Sanitaires
Mr. Aimé-Moïse BOBY, Chef de la Cellule de Statistiques et Informatique
- 14H30-15H30:- Santé Reproductive
Dr. Eugène KPIZINGUI, Directeur de la Santé Familiale et de la Population
- 15H30-17H30:- Maladies Sexuellement transmissibles et SIDA
Dr. Marcel MASSANGA, Chef de Service des MST/SIDA

MERCREDI 25 MAI 1994

**Thèmes: Marketing Social des préservatifs
Recouvrement des Coûts de Santé**

- 8H-10 H: - Marketing Social des Préservatifs
Mme Suzane GAINA, Représentante Nationale de PSI
- 10H-10H15: - Pause café
- 10H15-12H15:- Projet de Soins de Santé Primaires à Berberati
Dr. Abel NAMSENMO, Médecin Chef de la Région Sanitaire N°2
- 12H15-14H30:- Déjeuner
- 14H30-15H30:- Recouvrements de coûts
Mr. Bernard GUERE, Chargé de Mission au Ministère de la Santé Publique et de la Population

15H30-16H30:- Politique de décentralisation et de supervision intégrée
**Mr. A SATOULOU, Directeur des Etudes et de la
Planification au Ministère de la Santé Publique et de la
Population**

JEUDI 26 MAI 1994

**Thème: Coopération Ministère de la Santé Publique et de la
Population/Partenaires**

8H-9H: - Enquête de Démographie et de Santé
**Mr. R. NDAMOBISSI, Directeur Technique au Bureau
Central de Recensement**

9H-9H30: - Modalités de Coordination
**Dr. David DOFARA, Directeur Général de la Santé
Publique et de la Population**

9H30-10H: - Exposé sur le système de Recouvrements de Coûts de Santé en RCA
Mr. Bernard GUERE

12H : - Cérémonie de clôture

- Allocution de Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats Unis d'Amérique
- Discours de clôture de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

LISTE DES PARTICIPANTS

Mr. Robert E. GRIBBIN III, Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique

**Mr. André-Christian ZANE-FE-TOUAM BONA, Ministre de la Santé Publique
et de la Population**

I. MSPP

**Mr. GUERE Bernard/Chargé de Mission/MSPP
Dr. DOFARA David/Directeur Général/MSPP
Mr. SATOULOU MAYELO Alexis/DEPS/MSPP**

**Dr. NDOYO Justin/Directeur de la DMPM
Dr. FIKOUMA Valentin/Chef de Section PEV/DMPM
Dr. MASSANGA Marcel/Chef Section MST/SIDA
Mr. BOBY Aimé-Moïse/Chef Cellule Stat.
Mr. MADJI Nestor/Chef de Section Palu/DMPM
Mme. FIO-NGAINDIRO Leonie /Chef de Section TDCI/DMPM
Mme. DOUTIZONGA Ruth/Chef de Cellule EPS/DMPM
Mr. SENDAZO Joseph/Chef de Section LMD/DMPM**

**Dr. KPIZINGUI Eugène/Directeur SFP
Mme. OUAIMON M./Chef SRHEN
Mme. FEIGANAZONI Rosalie/Chef SMI**

**Dr. MAMADOU YAYA Fleurie/Chef R.S. 1
Dr. NAMSENMO Abel/Chef R.S. 2
Dr. GOANA Valentin/Chef R.S. 3
Dr. YAZIPO Dieudonné/Chef R.S. 4
Dr. LAMA Marcel/Chef R.S. 5**

Prof. SIOPATHIS Max/D FACSS

II/ USAID :

**HELLYER Bob/Représentant USAID/WASHINGTON
BERMAN John/PSI.WASHINGTON
BONER ANDREW/PSI.WASHINGTON
DERRIENNIC Yann/Conseiller Tech. CES
HOEMEKE Laura/AFRICARE/WASHINGTON
WEAKLAND Leo/CDC.ATLANTA
GITTELMAN David/CDC.ATLANTA
LEIGHTON Charlotte/Economiste ABT Associates**

LAMORA Christopher/Représentant USAID
HAWKINS Reginald/Conseiller Tech. MST.SIDA
MAKENDEBOU Philippe/Chargé de Programme/USAID
HAWKINS REED Karen/Conseillère Tech. SCS/DMPM
BAUER GAINA Susan/Représentante PSI

MELVIN Carla/Conseillère Tech. AFRICARE. Berberati
WALDON Cassandra/Représentante AFRICARE
SABODOSA Kathryn/Directrice Associée/Corps de la Paix
MADOUZOOM Cécile/Assistante Administrative.Finance/SCS
BELLEKA Mahdea/Assistante Administrative.Traduction/SCS

III/ AUTRES ORGANISMES:

Dr. NAMKONA Philemon/Conseiller MPM/OMS
Dr. BARRIERE Luc Constantin/Chargé Programme Santé/UNICEF
Mr. KEREUM Max/Assistant Programme Santé/UNICEF