

PROJET USAID No 660-0086
SANRU-86
Soins de Santé Primaires
en Milieu Rural

RAPPORT D'ACTIVITES
Janvier-juin 1982



- MLIBA-NSONA
Directeur du Projet
- ELIUDILA MALONGA
Conseiller Médical du DSE/GZ
- ERSTLIN BAER
Project Manager

TABLES DES MATIERES

<u>I.</u>	<u>INTRODUCTION</u>	<u>PAGE</u>
	A. Information historique	1
	B. Organisation administrative	2
	C. Activités du projet	2 - 3
<u>II.</u>	<u>SELECTION DES HOPITAUX DU PROJET</u>	
	A. Première phase	9 - 10
	B. Deuxième phase	10 - 13
<u>III.</u>	<u>PLANIFICATION DES ZONES DE SANTE RURALES</u>	
	A. Situation	13
	B. Plan D'Action Sanitaire 1982-1986	14
	C. Séminaire des inspecteurs médicaux - Kisantu	16
	D. Contact avec les hôpitaux de la 1ère phase	16 - 17
	E. Documents de planification de la Z.S.R.	17
	F. Séminaire des directeurs de la phase I du projet à Nganda	18
	G. Officialisation de la Z.S.R.	18
	H. Infrastructure proposée pour la 1ère phase	19
<u>IV.</u>	<u>ELEMENT DE FORMATION</u>	
	A. Stratégie de la formation	21
	B. Activités de la formation	21 - 24
	C. Activités futures	26
	D. Evaluation de la formation	26
<u>V.</u>	<u>SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES</u>	
	A. Rendements anticipés	28
	B. Activités proposées pour la première phase	28
	C. Praticabilité des objectifs du projet	28 - 34
<u>VI.</u>	<u>COLLABORATION AVEC LES INSTITUTIONS SANITAIRES</u>	
	A. Les programmes verticaux contre les horizontaux	33 - 34
	B. Le Comité Consultatif	34
	C. Sortes de collaboration	34 - 43

VII.	<u>SUPPORT MATERIEL</u>	<u>PAGE</u>
	A. Matériel demandé	44
	B. Matériel sur commande	44 - 47
VIII.	<u>BUDGET</u>	
	A. Contributions proposées	48
	B. Contribution de l'E.C.Z.	48
	C. Contribution du Corps de la laix	48
	D. Contribution de l'USAID	48 - 49
	E. Contribution du GZ.	49 - 50
IX.	<u>DIFFICULTES DU PROJET</u>	
	A. Vue générale	52
	B. Financement	52 - 53
	C. Commande des denrées	53
	D. Relations avec le GZ/D.S.L.	53 - 54
	E. Privilèges de la formation à long-terme	54 - 55
X.	<u>CONCLUSIONS</u>	55 - 56
XI.	<u>APPENDIX</u>	57 - 75

TABLES

- Table 1 Les activités du projet entre août et décembre 1981
- Table 2 Les activités du projet entre janvier et juin 1982
- Table 3 Les actions prises en conformité avec le plan de l'implémentation
- Table 4 Les hôpitaux de la première phase de SANMU-86
- Table 5 L'intérêt de participation dans la phase II par les hôpitaux
- Table 6 L'infrastructure proposée et recommandée pour la première phase
- Table 7 Les activités de formation, phase I, Janvier-juin 1982
- Table 8 Les activités de formation nationale/internationale janvier-juin 1982
- Table 9 Les activités de formation proposées sur la 1ère phase
- Table 10 Les activités sur la santé primaire - première phase
- Table 11 Les agences internationales en contact avec SANMU
- Table 12 Les agences nationales en contact avec SANMU
- Table 13 Les agences représentées dans le Comité Consultatif
- Table 14 Sortes de collaboration avec les agences de santé
- Table 15 Aide matérielle recommandée
- Table 16 Médicaments de base pour un poste de santé
- Table 17 Approbation des fonds de l'USAID pour l'année fiscale 1981
- Table 18 Rapport financier entre janvier et juin 1982
- Table 19 Budget proposé entre juillet et décembre 1982.

APPENDICES

- Appendix 1 Sommaire de l'exécution du projet
- Appendix 2 Document de planification pour la zone de santé rurale
- Appendix 3 Objectifs de formation pour SANRU-86
- Appendix 4 Equipement médical de base

IMAGES

- Image 1 Organigramme de SANRU-86
- Image 2 Eléments d'une zone de santé rurale
- Image 3 Stratégie de la formation par les "Trois Liens"

I. INTRODUCTION

A. Information historique

Le Projet de Santé Primaire Rurale était officiellement signé le 13 août 1981 comme un accord bilatéral entre les gouvernements des Etats-Unis et du Zaïre sous le numéro 660-0085 du projet de l'USAID. Au Zaïre, ce projet est connu sous le nom de SANRU-86 (c.à.d. Santé Rurale 86) ou encore sous celui de "Projet de Soins de Santé Primaires en Milieu Rural".

Le but de ce projet est d'établir un système de support d'auto-maintenance des communautés en matière de soins de santé primaires qui puisse apporter efficacement la prévention et le traitement de six maladies publiques les plus prévalentes dans cinquante milieux ruraux du Zaïre. La stratégie de ce projet est d'identifier et d'aider les cinquante hôpitaux ruraux d'établir dans leurs environnements (allant jusqu'à 100 kilomètres de rayon) un système décentralisé de centres et postes de santé chacun servant les besoins de sa propre communauté avec un soin tant curatif, préventif que promotionnel.

note Le Projet SANRU-86 est en train de jouer un rôle important d'être en contact avec le Département de la Santé "Plan d'Action Sanitaire 82-86" pour créer 140 zones de santé au cours de cinq prochaines années. Au sein même du Département de la Santé c'est le chef de la cinquième direction de soins de santé primaires nouvellement créée qui va coordonner les efforts de différentes agences gouvernementales et internationales qui prennent part dans les activités de soins de santé primaires. 1

Le projet est administré par l'E.C.Z. (Eglise du Christ au Zaïre) qui unit les communautés protestantes au Zaïre. Le Directeur du Projet, Citoyen Nlaba-Nsona, est aussi le Chef du Bureau Médical de l'E.C.Z.

Le présent rapport s'occupe premièrement des activités de janvier à juin 1982 et représente le premier rapport semestriel de SANRU-86. Un sommaire de l'exécution du projet est annexé comme appendix 1. *pp*

B. Organisation administrative

L'octroie de cinq cents mille zaïres (500.000,00) comme premier événement des fonds de mise en application pour 1982 a donné l'élan pour établir les bureaux du projet au sein du bâtiment de l'E.C.Z. L'ancien Bureau Médical qui renfermait 5 bureaux était agrandi en une série de 7 bureaux desquels 5 sont utilisés premièrement par le staff du Projet SANRU. L'espace des bureaux, les fournitures de base, sont approvisionnés comme contribution de l'E.C.Z. au Projet. Presque tous les approvisionnements du projet et quelques équipages ont été achetés avec les fonds de mise en application. Les équipages supplémentaires tels que les machines à écrire, les machines duplicateurs et de photocopie sont à présent importés des Etats-Unis.

Le staff du présent projet a été complété avec l'emploi (au sein de l'équipe) d'un administrateur-assistant et d'un secrétaire. L'organigramme du projet est mis comme Image 1.

En bref, le projet est géré par les représentants de trois organisations : USAID, E.C.Z. et GZ/DSE avec Citoyen Mloba-Nsona désigné comme Directeur du Projet. Chaque représentant est responsable pour le maintien du cours de l'information avec son agence respective, autant que la planification et la mise en application des activités du projet.

C. Activités du Projet

Les activités du projet de Santé Primaires Rurale, SANRU-86, ¹² ont commencé vers la fin de l'année 1981 avec la présence des fonds qui ont permis d'employer le gérant du projet et de commander les commodités du projet. La Table 1 présente la liste des activités principales qui ont eu lieu entre août et décembre 1981. Avec l'arrivée du gérant du projet et l'octroie des fonds de mise en application vers la fin de janvier 1982 les opérations de différents postes ont accéléré. Un sommaire des activités du projet de janvier - juin 1982 est abrégé sur la Table 2. p 6

La Table 3 montre les activités qui ont été proposées sous mandat du projet et la date prévue pour leur application. Pour les activités qui ont échoué entre août 1981 et juillet 1982, il est indiqué si l'action a été prise. L'état des autres activités sur l'horaire pour la période entre juillet 1982 et janvier 1983 est aussi indiqué.

Image 1

Organigramme de SANRU-86.

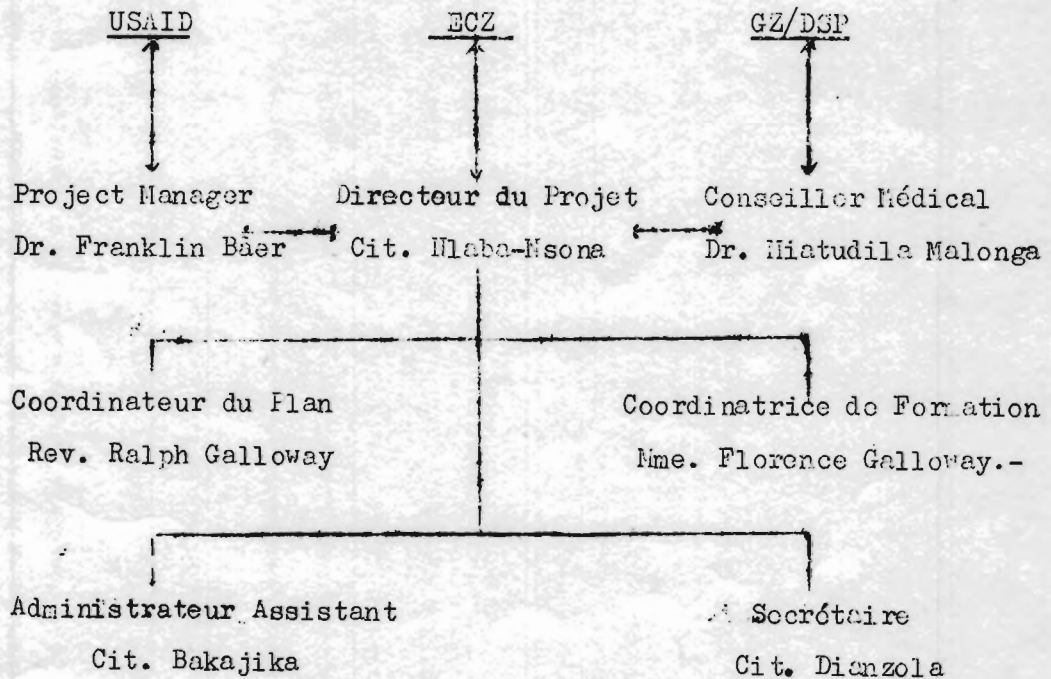


TABLE 1Activités du Projet SANRU-86Août - décembre 1981

- 1) Obligation de \$ 900.000,00 comme fonds pour 1981
- 2) Préparation de bonst de commandes des articles pour les véhicules, équipement médical et médicaments.
- 3) Sélection et engagement du contracteur des services personnels, Dr. Franklin Baer, comme le gérant du projet.
- 4) Désignation de Dr. Miatudila Malonga par le Département de la Santé du Zaïre comme représentant du gouvernement et conseiller médical au projet.
- 5) Informer les hôpitaux à travers le Zaïre au sujet du projet et inviter leurs lettres d'intérêt à participer (dans le projet).
- 6) Préparation d'un plan de contrat par Dr. Franklin Baer pendant 30 jours en novembre 1981.
- 7) Visites de contact par Dr. Miatudila aux hôpitaux prospectifs du projet dans le Bas-Zaïre.

TABLE 2Sommaire des activités du projetJanvier - juin 1982

<u>Date</u>	<u>Activité</u>
Janvier	<ul style="list-style-type: none"> - le compte de mise en application établi - l'engagement du secrétaire du projet - l'arrivée de l'administrateur du projet.
Février	<ul style="list-style-type: none"> - contacts commencés avec les agences gouvernementales de santé - les fonds de mise en application de 500.000,00 Z reçus - les bureaux établis au sein de l'E.C.Z. - visites de contact à Nyankunde, Oicha, Blukwa par Dr. Baer.
Mars	<ul style="list-style-type: none"> - visites de contact à Limpese et Sona-Bata par Dr. Baer - séminaire des agents de PV à Kisantu pour les médecins inspecteurs - visite par Wallace de JHPIEGO - visite par Holfeld et Foster de l'AVS - visite de contact à Karawa, IHE-Loko, Businga, Gbadolite, Tandala, par Dr. Miatudila et Dr. Baer. - entretien avec Warner Lambert pour produire les médicaments du projet - visite par Gary Nelson, Député Directeur AFR/CA - établissement du Comité de Sélection de JHPIEGO pour le Zaïre - sélection finale des hôpitaux de la première phase.
Avril	<ul style="list-style-type: none"> - engagement de l'administrateur assistant - commission pour les études avancées en santé publique à l'UNIKIN établie - visite par Karambizi et Harres de FPIA - visite par Betsey Stevens.

- Mai
- première réunion du Comité Consultatif, réunion avec
 - CENACOF pour planifier le séminaire de Nganda
 - première phase du séminaire par les directeurs des hôpitaux du projet à Nganda
 - arrivée de motocyclettes Yamaha 125
 - soumission de la proposition PRICOR
 - soumission de la demande du matériel d'hôpital auprès d'AVS
 - demande de la 2ème émission des fonds d'application du projet.
- Juin
- visite par Hafner de la part de WASH
 - visite de contact à Kimpese, Nsona-Impangu par Dr. Baer et Hafner
 - visite par Vansintejan de ACHE/INTRAH
 - débat avec Citoyenne Matondo de Nsona-Impangu au sujet de l'instruction sur TBA
 - visite de contact à Minkonzi par Mme Galloway et Vansintejan
 - visite de contact à Kangu/Mayombe par Mme Galloway et Vansintejan
 - réunion avec les représentants des agences de santé intéressées dans l'éducation sur TBA
 - visite par Dr. Deming et Dr. Minkowski de l'INTRAH
 - visite de contact par Meses Galloway, Vansintejan, Deming et Minkowski à Karawa sur la ré-éducation à propos de TBA
 - faire le plan pour l'éducation des instructeurs de TBA à Karawa pour novembre 1982
 - impression de cinq différentes affiches sur le contrôle familial
 - arrivée de premiers articles de contraception.

TABLE 3
Plan d'engagement

<u>Action</u>	<u>Action échue</u>	<u>Action complétée</u>
1. Approbation de PP	août 1981	août 1981
2. Proag signée	août 1981	août 1981
3. Approbation du contracteur des services personnels et dérogations des marchandises	août 1981	décembre 1981
4. Arrivée du consultant du contrat technique au Zaïre (contrat signé)	septembre 1981	janvier 1982
5. Préparation de PIO/Cs pour l'année fiscale 81, commande des véhicules motocyclettes, bicyclettes et première tranche sur d'autres marchandises.	septembre 1981	novembre 1981
6. Etablissement d'un compte courant local.	octobre 1981	janvier 1982
7. Demande de fonds d'avance pour les activités locales.	octobre 1981	janvier 1982
8. Formation du Comité Consultatif	novembre 1981	mars 1982
9. Premiers séminaires locaux/recyclage tenue dans les hôpitaux participants.	décembre 1981	mai 1982
10. Début de travail du premier consultant à courte durée/ le système d'information médicale.	janvier 1982	Pas encore terminé
11. Identification des hôpitaux pouvant participer dans la deuxième phase.	janvier 1982	Prévue pour août 1982
12. A. Obligation de Proag annuelle pour l'année fiscale 82. B. Préparation de PIO/Cs pour les articles financés pour l'année fiscale 1982.	janvier 1982	Prévue pour août 1982
13. Identification et débuts des procédures pour les participants du premier groupe à long-terme (en dehors du pays).	janvier 1982	Pas encore terminé
14. Identification des participants à courte durée.	février 1982	Pas encore terminé
15. Etablir un plan d'identification des cours de recyclage à l'intérieur du pays.	février 1982	juillet 1982

16. Première réunion bi-annuelle du Comité Consultatif du projet.	mars 1982	mai 1982
17. Rapport bi-annuel	mars 1982	août 1982
18. Les experts à courte durée arrivent en mission de travail.	mai/juin 82	Pas encore eu lieu
19. Analyse du système de collection des statistiques	juillet 1982	Pas encore eu lieu Prévu pour nov. 82
20. Premier groupe de participants pour l'éducation à long-terme	août 1982	septembre 1983
21. Première évaluation	septembre 82	septembre 1982
22. Deuxième réunion bi-annuelle	septembre 82	novembre 1982
23. Second rapport bi-annuel	septembre 82	janvier 1982
24. Première conférence annuelle de santé	novembre 82	février 1983
25. Amendement de l'obligation de Proag pour l'année fiscale 83	janvier 1983	janvier 1983
26. Commande des articles pour l'année fiscale 83.	janvier 1983	janvier 1983

II. SELECTION DES HOPITAUX DU PROJET

A. Première phase

La stratégie du projet envisage une aide aux 50 hôpitaux pour une période de six ans (1981-1986). Cette aide est divisée en trois phases, chacune contenant 15-20 hôpitaux. Le critère de sélection pour la première phase est conditionné de sorte que ces hôpitaux démontrent :

- le goût de repandre le travail de santé public mêlé à leur volonté de stimuler leurs personnels à parvenir aux besoins des milieux ruraux non-servis;
- l'habilité de s'orienter dans leurs programmes préparés pour l'année 1981 aussi vite que possible;
- l'infrastructure de base et une certaine expérience en matière de la santé publique; et
- la capacité d'éduquer leurs propres employés, le staff, des systèmes de leurs milieux, aussi bien que les représentants des hôpitaux qui vont pouvoir participer dans les phases II et III du projet.

La Table 3 présente la liste des hôpitaux qui étaient initialement proposés à prendre part dans les activités de la première phase aussi bien que la liste révisée de 16 hôpitaux qui étaient enfin acceptés d'entamer la création de 15 premières zones de santé rurale. Les raisons pour avoir délaissé ou fait délai pour le travail dans 4 hôpitaux parmi ceux qui figuraient sur la liste originale sont comme suite :

NSELO : Le médecin établi à Nselo avait quitté, le laissant fonctionner comme un centre de santé au lieu d'un hôpital. En outre il faudra mentionner que, même si on envoie un docteur à Nselo, la Zone de Nselo doit appartenir à la Zone de Santé de Lisantu plutôt d'être considérée comme une zone rurale de santé indépendante.

LUIZA : L'infrastructure de cet hôpital ne montre à présent aucune possibilité de supporter une zone de santé rurale. L'assistance en est recommandée pour la phase II ou III.

BLUKWA : Ce centre de santé est dirigé par une infirmière missionnaire. Il ne peut pas être considéré comme un hôpital de référence sur quoi baser un programme de santé rurale. Dans un délai court, Blukwa peut recevoir une certaine assistance du projet par le canal de Nyankunde avec qui il est en bonne relations. Du reste, il est espéré que Djugu, un hôpital catholique situé tout près de Blukwa pourrait servir comme hôpital de référence.

Kamina : Le travail de santé publique dans la région de Kamina se compose de centres et postes de santé énormément éparpillés sous le contrôle de la Communauté Méthodiste mais sans aucun hôpital de référence. Etant donné que ceci ne suit pas le modèle de zone de santé rurale formulé selon le plan du Département de la Santé Publique, il a été décidé de faire décaler des activités de Kamina jusqu'au moment de la deuxième phase et essayer de combiner les efforts de l'hôpital d'Etat à Kamina avec ceux des Méthodistes.

Les cinq hôpitaux qui ont participé dans la première phase sont ceux de l'E.C.Z. qui avaient d'abord hésité de participer dans les activités de la phase I. Les visites de contact et débats avec les représentants de ces hôpitaux ont prouvé cependant qu'ils se sont conformés aux critères de sélection de la phase I. Tous les cinq hôpitaux ont beaucoup d'expertises pour développer les programmes de soins de santé primaires et doivent développer les modèles de santé publique pour leurs différentes zones. La sélection de ces hôpitaux renforce aussi la distribution du projet car ces hôpitaux sont situés dans cinq différentes régions politiques.

B. Deuxième phase (phase II)

SANRU continue à recevoir les lettres de participation de la part des hôpitaux qui veulent entrer dans la phase II et III du projet. Aussitôt que la lettre est reçue, un dossier est tenu sur l'hôpital intéressé et les efforts commencent de les aider à organiser la procédure de zone de santé rurale (Z.S.R.) comme décrit sous la

TABLE 4

Hôpitaux de RéférencePhase I S.NRU - 86Hôpitaux proposés pour
la Phase I

Kinkonzi
 Nsona-ripangu
 Sona-Bata
 Kasangulu
 Vanga
 Tandala
 Karawa
 Nyankunde
 Wembo-Nyama
 Oicha
 Kalonda

Nselo
 Luiza
 Blukwa
 Kamina

Hôpitaux sélectionnés
pour la phase I

Kinkonzi
 Nsona-ripangu
 Sona-Bata
 Kasangulu
 Vanga
 Tandala
 Karawa
 Nyankunde
 Wembo-Nyama
 Oicha
 Kalonda

I.N.E.-Loko
 Kajiji
 IICK-Tshikaji
 IIE-Kimpese
 Bibanga

même Z.S.R.

TABLE 5

Méthode d'identification participative
au SANRU-86 Phase II ou III.-

<u>Région</u>	<u>Zone Politique</u>	<u>Hôpital de Référence</u>	
Shaba	Kapanga	Kapanga	ECZ
Shaba	Kamina	Kamina	GOZ
Shaba	Sandoa	Sandoa	GOZ
Shaba	Kongolo	Kongolo	GOZ
Shaba	Kaniama	Kaniama	GOZ
Haut-Zaïre	Buta	Buta	GOZ
Haut-Zaïre	Djugu	Drodro	CATH
Haut-Zaïre	Wamba	Nebobongo	ECZ
Haut-Zaïre	Djugu	Rethy	ECZ
Haut-Zaïre	Isangi	Yalusa	ECZ
Kasai-Oriental	Kabinda	Kabinda	ECZ
Kasai-Oriental	Kole	Kole	GOZ
Kasai-Oriental	Sentery	Lubao	GOZ
Kasai-Oriental	Lubefu	Tshurbe	GOZ
Kasai-Occidental	Mweka	Bulape	ECZ/GOZ
Kasai-Occidental	Lui za	Lui za	GOZ
Equateur	Businga	Businga	GOZ
Equateur	Bosobolo	Bosobolo	GOZ
Equateur	Djolu	Yoseki	ECZ
Equateur	Boende	Wema	ECZ
Bandundu	Kasongo-Lunda	Kasongo-Lunda	GOZ
Bandundu	Gungu	Mukedi	ECZ
Bandundu	Kutu	Bosobe	ECZ
Bandundu	Bagata	Kikongo	ECZ
Bandundu	Mushie	Bolobo	ECZ
Bas-Zaïre	Luozi	Kibunzi	ECZ
Bas-Zaïre	Lukula	Lukula	GOZ
Kivu	Walungu	Kaziba	ECZ
Kivu	Rutshuru	Rwanguba	ECZ
Kivu	Lubero	Musienene	CATH
Kivu	Masisi	Kirotschi	GOZ/CENUBAC
Kivu	Fizi	Nundu	ECZ
Kivu	Lubero	Katwa	ECZ
Kivu	Rutshuru	Rutshuru	GOZ
Kivu	Uvira	Uvira	GOZ

rubrique III (dans ce papier). En réponse à ces hôpitaux il leur est demandé d'organiser d'abord leurs zones de santé rurales avant d'être officiellement admis dans le projet SANRU. Cette procédure nous aide à choisir tels hôpitaux qui méritent d'être aidés. Si un hôpital semble mériter l'aide de SANRU, une visite de contact est organisée avant de faire une sélection officielle. La Table 5 donne la liste des hôpitaux qui sont à présent considérés pour la phase II. En particulier, la priorité va être accordée aux régions qui sont jusqu'à présent sous-représentées dans le programme, telle que Shaba, Kivu et Haut-Zaïre et aux hôpitaux de l'Etat (Gouvernement du Zaïre) qui sont à présent représentés par un seul hôpital dans le programme. La sélection finale pour la phase II est prévue vers la fin de l'année en cours, 1982.

III. LA PLANIFICATION DES ZONES DE SANTE RURALES

A. Situation :

Dans n'importe quelle zone administrative du Zaïre il ya d'emblée trois ou quatre différents services médicaux qui fonctionnent indépendamment l'un de l'autre. Les zones typiques comprennent les missions catholiques, kimbanguistes et protestantes, les services gouvernementaux d'Etat et les agences privées telles que les plantations. Cette situation devient très compliquée de telle sorte que chaque service se donne au-delà de ses limites jusqu'à se chevaucher dans d'autres services.

L'organisation de zone de santé rurale espère terminer la duplication des services en sélectionnant un hôpital de la place comme un hôpital de référence et quartier général pour la zone de santé rurale (Z.S.R.). Le chef médical de la Z.S.R. pourrait être responsable pour projeter et superviser tous les travaux médicaux dans sa Z.S.R. quelque soit son agent payeur.

Alors que les hôpitaux de la phase I étaient choisis à cause de leur expérience antérieure d'organiser les programmes de soins

de santé primaires, seulement deux ou trois parmi les 16 ont activement organisé une zone de santé rurale (Z.S.R.) et aucun d'eux n'est encore reconnu officiellement par le Département de la Santé Publique.

Projeter le développement de zones de santé rurales officiellement reconnues est un fait très important au succès du projet SANRU-86; donc assez du temps a été confié à la promotion de la notion de Z.S.R. et à assister les hôpitaux de la phase I de planifier leurs propres Z.S.R.

B. "Plan d'Action Sanitaire 1982 - 1986"

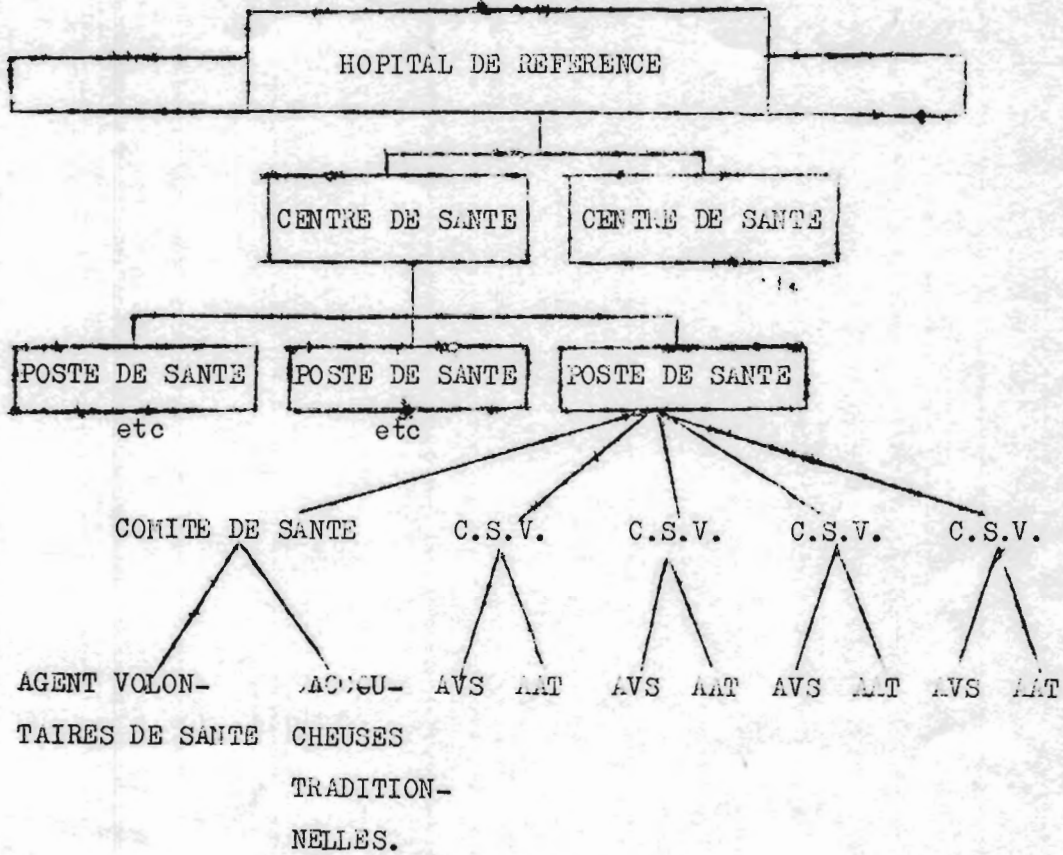
Comme première étape pour avancer la cause des zones de santé rurales, SANRU a activement supporté les principes généraux du Plan d'Action Sanitaire formulés par le Gouvernement du Zaïre/Département de la Santé Publique pour les années 1982 - 1986, qui étaient publiés en janvier 1982. L'appendix de ce document est particulièrement utile pour définir les éléments d'une zone de santé rurale et d'un support du personnel et du matériel pour établir les zones avec succès. L'image 2 montre la chronologie des relations d'une zone de santé au grand complet.

Le plan projette 250 zones de santé (Z.S.) qui vont couvrir toute l'étendue du Zaïre dont 140 vont être créées dans les cinq prochaines années. Le projet SANRU est une partie de cette tentative qui a assisté 50 zones de santé rurales qui vont servir d'exemples pour l'avenir de Z.S.R.

SANRU a promu l'acceptation du Plan d'Action Sanitaire en le multipliant en plusieurs centaines de copies en petit format pour une large distribution. Le support de ce document par SANRU lui a acquis une reconnaissance comme un programme du gouvernement plutôt qu'un simple projet de l'E.C.Z.

IMAGE 2

Eléments d'une Zone de Santé Rurale



C. Séminaire pour les inspecteurs médicaux à Kisantu

Comme deuxième étape dans la promotion du concept de la Z.S.R., Dr. Baer a participé à un séminaire de trois jours sur les "Soins de Santé Primaires", séminaire qui a réuni tous les inspecteurs médicaux régionaux et sous-régionaux et qui était organisé par P.E.V. (Programme Elargi de Vaccination) à Kisantu en mars 1982. A ce séminaire le plan de Z.S.R. était présenté, discuté et était officiellement accepté comme un plan gouvernemental. Au cours du même séminaire, Dr. Baer a présenté une vue générale du Projet SANNU et a demandé l'assistance des inspecteurs médicaux à promouvoir le concept de la Z.S.R. par l'organisation des réunions avec les directeurs des hôpitaux de leurs régions respectives afin de mettre en ligne toutes les frontières géographiques de la Z.S.R., d'officialiser la création des Z.S.R. et d'approuver les plans d'actions de chaque zone. Par le canal de ce contact de Kisantu, toutes les autorités médicales ont pris connaissance du programme de SANNU et du concept de la Z.S.R.

D. Contact avec les hôpitaux de la phase I

La troisième étape prise était de contacter les hôpitaux qui étaient déjà officiellement approuvés par le Département de la Santé Publique (D.S.P.) d'être inclus dans les activités de la phase I. Les copies documentaires du projet étaient distribuées et discutées au cours des visites de contact à ces hôpitaux ou les visites des représentants de ces hôpitaux à Kinshasa. Quatre points importants qui font l'objet de la formation d'une ZSR étaient soulignés de la manière suivante au cours de ces visites :

- 1) L'hôpital de référence doit accepter de superviser les travaux de tous les services médicaux dans sa Z.S.R. et non seulement supporter ceux de ses services ou missions respectifs.
- 2) La Z.S.R. doit être géographiquement définie dans une dimension contrôlable même si cela devait exclure d'autres dispensaires qui jadis étaient sous le contrôle d'un hôpital de référence. L'exclusion de tels dispensaires de la Z.S.R. ne veut pas dire qu'une relation pour un travail non-officiel entre hôpital de référence et ces centres ne doit plus continuer.

tâches de
ZSR

- 3) Le poste de santé est l'unité de base de la Z.S.R. et de stratégie du projet SANRU, c.à.d., presque toute l'aide matérielle doit aller à ce niveau plutôt qu'à un hôpital de référence.
- 4) Les services de soins de santé primaires doivent inclure les activités vivantes du village telles que les comités de santé, les travailleurs sanitaires du village (T.S.V.) ou les aides accoucheuses traditionnelles (A.A.T.). L'intention et le choix du modèle du village est à la portée des planificateurs locaux de la Z.S.R.

C'était une surprise plaisante de trouver que ces quatre principes étaient bien acceptés par pratiquement tous les hôpitaux. La grande difficulté prononcée était de savoir comment procéder avec l'actuelle organisation de la Z.S.R.

E. Documents de planification de la Z.S.R.

La quatrième étape abordée était donc de préparer un document de planification capable d'aider les directeurs du projet de Z.S.R. dans leurs activités. Ce document était adapté à celui de l'O.H.S. "Répartir les Ressources" que P.E.V. utilise pendant ses instructions. Le document final que SANRU a développé est présenté dans l'appendix 2 et consiste de deux étapes comme suite :

- 1) Utilisant la carte des zones données par l'Institut Géographique du Zaïre (I.G.Z.) et les données démographiques, les planificateurs de la Z.S.R. étaient obligés de tracer tous les services existant dans chaque milieu, de convoquer une réunion des représentants de ces services et de discuter les frontières pour la Z.S.R. et la stratégie du rendement de services.
- 2) Profitant d'un questionnaire inventaire composé par SANRU, les planificateurs de la Z.S.R. ont enfin complété un inventaire du personnel, du matériel et des activités de soins de santé primaires (S.S.P) figurant dans chaque Z.S.R. Cette information était non seulement essentielle pour la planification de ce projet mais aussi une source valable des données de base sur lesquelles on peut évaluer les activités de ce programme.

F. Séminaire des directeurs de la phase I du projet à Uganda

Lorsque les documents de planification étaient terminés, une cinquième étape dans le développement d'une zone de santé rurale était abordée en organisant un séminaire d'une semaine pour les directeurs des hôpitaux de la phase I du projet. La séance était tenue au Centre des Conférences de Nganda à Linshasa du 24 au 29 mai 1982. Tous les 16 hôpitaux de la phase I y avaient envoyé leurs représentants.

En plus des présentations et discussions formelles, les directeurs du projet étaient tenus à décrire sur papiers les objectifs généraux de leurs zones de santé rurales pour les cinq années prochaines et les objectifs spécifiques de leurs programmes au cours de l'an 1982. Ceci étant terminé, ils sont allés discuter les détails du projet avec leurs staffs chez eux à la maison et chercher l'obtention d'une reconnaissance officielle de leurs zones de santé rurales.

G. Officialisation de la Z.S.R.

Obtenir une reconnaissance officielle de la Z.S.R. par le Département de la Santé Publique (D.S.P.) est la prochaine étape qui doit prendre place. Dr. Mitudila est en contact continu avec le D.S.P. à ce sujet. L'approche préférée est que le directeur du projet de chaque Z.S.R. envoient une lettre au D.S.P. par le canal d'un inspecteur médical régional et sous-régional selon laquelle il suggère l'établissement d'une Z.S.R. avec les frontières spécifiques et fonctions en relation avec les recommandations du plan d'action sanitaire. Le D.S.P. est tenu à accepter une telle demande en approuvant une reconnaissance officielle de la Z.S.R.

Le développement de la Z.S.R. par les étapes ci-haut précitées peut prendre plusieurs mois, mais compléter cette procédure peut augmenter la chance d'établir la Z.S.R. avec succès, car ça donne à la zone la force d'une reconnaissance officielle du gouvernement et exige une collaboration initiale entre les différents organes dans chaque Z.S.R. Cette procédure peut aussi servir de mécanisme de contrôle pour compter les hôpitaux qui veulent recevoir une aide matérielle mais qui ne veulent pas organiser une Z.S.R.

H. Infrastructure proposée et recommandée pour la Phase I

Les objectifs fondés par le projet pour établir une infrastructure autour des hôpitaux existant sont comme suite :

Population bénéficiaire du projet	4.000.000
Village intégrés dans la Z.S.R.	5.000
Pro-pharmacies	1.000
L'équipe médicale mobile	50
Postes de santé	250
Hôpitaux de référence	50

Le plan de documentation recommandé de chaque hôpital dans la phase I était de donner un inventaire complet des éléments disponibles du travail de santé avec un supplément pour les cinq années prochaines. La Table 6 montre combien d'éléments existent pour chaque Z.S.R., même s'ils sont déjà entièrement intégrés dans la Z.S.R. et qu'elles sont les additions estimables pour 82-86 et spécifiquement pour 1982.

Le fait très important reconnu par cette exercice est que le nombre des dispensaires prévus d'être transformés en postes de santé ou en centres de santé (343) est plus que le nombre anticipé.

TABLE 6

L'infrastructure proposée des Z.S.R.Phase I SANRU - 86(Objectifs collectifs des hôpitaux de la phase I)

Elément du système	nombre actuel en place	nombre déjà in- tegré dans la Z.S.R.	nombre proposé en 82-86	nombre proposé 1982	nombre réalisé juin 82
Hôpitaux	17	5	11(50)*	11	11
Centres de santé	34	6	29(250)	12	0
Postes de santé	177	80	284	137	0
Pro-pharmacies	25	23	330(1000)	127	31
Villages	3079	207	2553(5000)	531	31

Habitants : + 2.000.000 (4.000.000)

* Les nombres en parenthèses représentent les objectifs définitifs du projet SANRU.

IV. ELEMENT DE FORMATION

A. Stratégie de la formation

Les objectifs de l'éducation établis par ce projet sont fondés de telle manière qu'entre 1982 - 1986 les catégories et les nombres suivants des employés sanitaires seront éduqués dans les activités administratives et avancées de soins de santé primaires sur toute l'étendue de la zone de santé rurale :

- les comités de santé des villages	3.000
- les agents volontaires de santé des villages	1.500
- les accoucheuses traditionnelles	400
- les infirmières de santé publique	150
- les éducateurs sanitaires	15
- les planificateurs sanitaires	15
- les médecins recyclés	50

Un programme divisé en trois rangées comprenant l'hôpital de référence, le poste de santé et les travailleurs sanitaires des villages est envisagé. L'effet multiple assure que chacun de ces niveaux à son tour va éduquer les autres travailleurs à un niveau aussi élevé comme il est indiqué dans l'image 3.

B. Activités de formation

Aussi longtemps que les hôpitaux de la phase I étaient choisis à cause de leur possibilité d'éduquer le personnel, les activités de formation ont commencé en 1982 à tous les niveaux. La Table 7 montre les séances d'éducation qui ont eu lieu dans les hôpitaux de référence entre janvier et juin 1982. 85 infirmiers(ères) de niveau A3, 7 auxiliaires de niveau A4, 159 agents volontaires de santé et 58 accoucheuses traditionnelles ont pris part dans ces activités.

SANRU fait de son mieux pour améliorer ces programmes de formation locale en créant les opportunités pour éduquer le personnel administratif de la Z.S.R. aux niveaux national et international. Au niveau national le séminaire des directeurs du projet a pris toute une semaine et un séminaire de 5 semaines d'un niveau avancé a été

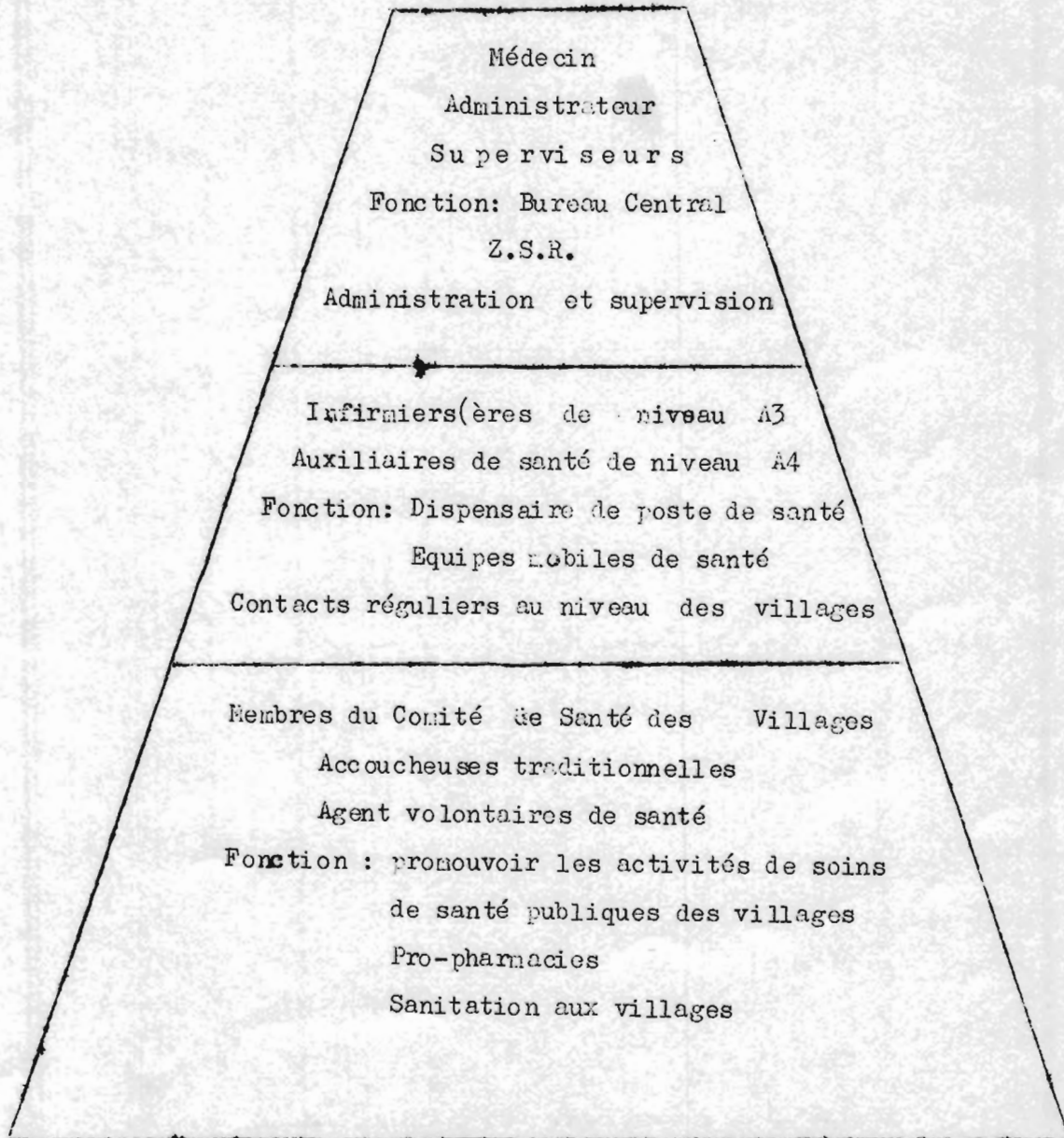
IMAGE 3La stratégie de l'éducation en trois échelonsSANRU - 86

TABLE 7
Les activités de formation
Les hôpitaux de la phase I
Janvier - juin 1982

Date	Hôpital de Référence	Sorte d'éducation	Durée de l'éducation	Nombre des participants
Avril	Kalonda	Education continue de niveau A3	1 semaine	12
		Education continue de niveau A4	8 mois	3
Avril	Karawa	Education continue de niveau A3	4 jours	25
		Education des AT	4 jours par mois pour 6 mois	24
Fév-Mai	IME-Loké	Education des AVS	3 séances de 2 semaines chacune	15
Avril	Tandala	Education de AVS	2 semaines	45
Fév-Mai	Kimpese	Educ. continue de niveau A3	2 jours par semaine pour 3 mois.	40
Juin	Nyankunde	Education de AVS	1 semaine	48
Janvier	Vanga	Educ. continue de niveau A3	4 semaines	8
Février	Kajiği	Educ. des AVS	4 semaines	5
Mai	Nsona-Mpangu	Educ. des A4		4
		Educ. des AVS	3 mois	34
		Educ. des AT		31
Avril	Wembo-Nyama	Educ. des AT	2 mois	3
En progrès	Bibanga	Educ. des AVS	3 mois	12

organisé à l'UNIKIN pour former les médecins, les administrateurs^t et les superviseurs. Au niveau international, l'éducation a été supportée par la JHPIEGO (The Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics) et PAID (Pan-African Institute for Development). Le sommaire des personnes qui étaient formées entre janvier et juin 1982 est présenté sur la Table 8.

Alors que les occasions d'envoyer les gens étudier à l'étranger vont toujours continuer avec les projets payés, la règle de SANRU est de donner priorité à l'éducation nationale. Le meilleur exemple pour ceci est le programme de formation SANRU/UNIKIN qui a commencé entre le 5 juillet et terminé le 6 août 1982. Le programme de cinq cours a été suivi pour atteindre les objectifs d'éducation de SANRU (Voir appendix 3). Ces cinq cours sont les suivants : la Planification en Santé Publique, la Gestion en Santé Publique, l'Epidémiologie, les Biostatistiques et la Communication en Santé Publique. Cette dernière leçon comprend un élément spécial, celui de former les formateurs et superviseurs. Ces cours sont organisés et enseignés par un personnel zaïrois et un petit nombre des consultants expatriés. Cette activité va reprendre l'année prochaine dans le cadre de l'éducation pour la phase II.

TABLE 8

Les activités de formation nationale et internationaleSANRU - 86Janvier-juin 1982

Date	Noms	Hôpital de Référence	Sorte d'éducation	Organisme/ Lieu.
Jan. 82	Cit. MABIALA MBONDO	Sona-Bata	soins pour l'appareil de laproscopie	JHPIEGO/ONPFP Tunisie
22/03 au 10/04	Dr. LISANGOLA Dr. ITOFELE Dr. ZANDU ATA	Wembo-Nyama Bosobolo	Education sur l'endoscopie	JHPIEGO/ONPFP Tunisie
5/04 au 01/07	Cit. MADINGA GNIKIL I. Cit. ISAMABULU TSHIAMI	Vanga Vanga	Education des enseignants, Modules II, III, IV.	VANGA/SANRU Institut Pan-Africain de Développement
19-23/4	Cit. NSIALA N. Cit. MUSITI H.	Sona-Bata Vanga	Anesthesie: cours de procédures de stérilisation.	JHPIEGO/ONPFP Tunisie
24-29/05	Dr. KONDE M. Dr. Minuku K. Dr. Imanzu H. Dr. Nlendu M. Dr. Tswakata M. Dr. Makwanga N. Dr. Hirschler Dr. Miller J. Dr. Duale S. Dr. Francis S. Dr. Kazadi M. Dr. Lisangola Dr. Bill Mix Cit. Thegbo M. Cit. Pakisa K. Elle Delessert	Kinkonzi Sona-Bata Kasangulu (Sona-Bata) Sona-Npangu Kimpese Vanga Kalonda Tshikaji Karawa Tandala Bibanga Wembo-Nyama IME-Loko Oicha Kajiji Nyankundo	Séminaires des directeurs du	SANRU/KINSHASA (Nganda)
3-21/05	Cit. Syaipuna K.	Katwa	Soins pour appareil de laproscopie	JHPIEGO/ONPFP

C. Les activités futures

Après la séance de l'UNIKII, les activités d'éducation seront accélérées au niveaux régionaux au fur et à mesure que chacun de 15 hôpitaux de référence commence à élargir son programme de formation. Cette formation sera financée en partie avec les fonds de mise en oeuvre de SANRU; ceci représente une grande partie du budget proposé pour le reste de l'année 1982. Le degré de succès de ces activités de formation dépend sur le nombre des recommandations accomplies parmi les suivantes :

- la présence des fonds de mise en oeuvre
- l'arrivée de PIO/C matériels didactiques
- l'éducation des enseignants pour des raisons de logistiques
- la compétence de l'équipe d'éducateurs
- le développement du programme
- l'installation des maisons et nourriture des élèves.

Le staff central de SANRU aidera à fournir matériel et argent et même le personnel tel que les consultants où c'est nécessaire pour faciliter les activités d'éducation dans ce projet.

D. Evaluation de la formation

Pour évaluer si les objectifs d'éducation de SANRU sont atteints, chaque zone de santé rurale était demandée de donner le nombre des travailleurs sanitaires engagés dans leurs zones, leur courant status de l'éducation en rapport avec la santé publique, les objectifs d'éducation estimée pour les années 1982-1986 et les objectifs spécifiques pour l'année 1982. Cette information est abrégée dans la Table 9. Le résultat montre un effort ambitieux mais toujours en ligne qui souvent surpasse les objectifs prévus dans l'accord du don du projet. Même si les Z.S.R. de la phase I ne réalisent que la moitié de leurs objectifs d'éducation, il sera toujours possible que SANRU pourrait atteindre ses objectifs de formation au courant de sa vie.

TABLE 9

Les activités proposées pour la formationPhase I de SINKU-86(Objectifs collectifs des hôpitaux de la phase I)

Catégories des travailleurs sanitaires	Nombre de ceux qui travaillent à présent	Nombre en recyclage avant 82	Nombre prévu par la formation entre 82 - 86	Nombre prévu par la formation en 82	Nombre éduqué en 82
Agent volontaires de santé du village	172	38	2626(1500)	446	159
Accoucheuses traditionnelles	51	31	450(400)	112	34
Comité de santé du village	418	350	1730(3000)	325	33
Auxiliaires A4	237	46	479	123	7
Infirmiers(ères) A3	225	103	510(750)	124	45
Infirmiers(ères) A2	22	10	69	24	5
Infirmiers(ères) A1	6	0	27	12	0
Superviseurs A1-A3	22	7	24	20	0
Administrateurs	6	3	15(30)	10	0
Médecins	25	10	33(50)	16	2

V. SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

A. Les rendements anticipés

Le projet a anticipé que l'application des services de soins de santé primaires dans 50 zones de santé rurales résultera en des rendements suivants :

- sources d'eau protégées	1.500
- puits d'eau reconstruits	500
- latrines construites	25.000
- programmes de vaccination	1.000
- cliniques de la planification familiale	250
- accesseurs de la planification familiale	150.000
- laproscopes installées	20
- système d'information	1

B. Activités proposées pour la phase I

Le questionnaire du projet pour les hôpitaux de la phase I a analysé le présent et le futur niveau des activités des soins de santé primaires pour les 15 Z.S.R. Les données mathématiques sont présentées dans la Table 10. Pour chaque activité le courant niveau du rendement est présenté pour l'année 1981 suivi des augmentations proposées pour cinq ans, 82-86, et précisément pour 1982.

Tout comme dans les analyses antérieures des activités proposées de la phase I, il est encourageant de voir que des telles activités sont ambitieuses et pourraient probablement réaliser 50% de tous les objectifs du projet.

C. Praticabilité des objectifs du projet

Sources d'eau :

La protection des sources d'eau sera basée premièrement sur l'aménagement des sources d'eau. L'aménagement des sources d'eau dépendra de la façon dont on peut former les techniciens à chaque hôpital de référence; tels techniciens seront probablement des infirmiers ou des superviseurs. SINRU travaille en collaboration avec l'organe de Corps de la Paix qui a beaucoup d'expérience sur l'amé-

TABLE 10
activités de Soins de Santé Primaires
Phase I S.N.R.U.-86
Objectifs collectifs des hôpitaux de la phase I

Activité	! Présente! (1981)	! Proposée! (82-86)	! Proposée! (1982)	! Réalisée! (1982)
Programmes de vaccination	! 601 !	! 2491 !	! 475 !	! 43 !
Nombre vacciné contre la rougeole	! 6700 !	! 269000 !	! 129000 !	! 3000 !
Programmes de naissances désirables	! 118 !	! 356 !	! 166 !	! 32 !
Nombre des accenteurs	! 7750 !	! 43000 !	! 10700 !	! 1570 !
Cliniques de soins pré-nataux	! 172 !	! 539 !	! 181 !	! 28 !
Nombre visité	! 49031 !	! 175000 !	! 56500 !	! 752 !
Cliniques pré-scolaires	! 611 !	! 762 !	! 260 !	! 28 !
Nombre visité	! 108000 !	! 683700 !	! 127600 !	! 9900 !
Aménagement des sources d'eau	! 119 !	! 1000 !	! 243 !	! - !
Fuits d'eau	! - !	! 553 !	! 16 !	! - !
Latrines	! 10700 !	! 75000 !	! 11000 !	! - !
Villages (90% assainis)	! 154 !	! 1340 !	! 196 !	! 15 !

nagement des sources d'eau dans beaucoup de pays et avec l'organisme WASH afin de développer les programmes appropriés et matériels didactiques. Un programme du stade d'eau est proposé au mois d'octobre à Bukavu pour éduquer les volontaires de Corps de la Paix et autres personnes parlant anglais sur les techniques de l'aménagement des sources d'eau. Ce programme peut aussi développer un manuel d'instruction pour ce sujet. SANRU utilisera les personnes qui vont participer dans ce programme pour répandre cette technologie dans d'autres régions et précisément dans tous les hôpitaux de référence.

Puits :

La construction de 500 puits d'eau est un objectif un peu douteux. Craig Hafner, un consultant de WASH, nous a recommandé de nous concentrer sur l'aménagement des sources d'eau et des attrapes d'eau sur les toits plutôt de nous borner sur la construction des puits d'eau. Il nous a encore suggéré que les puits d'eau doivent être creusés à la main qu'à la machine étant donné que les puits d'eau doivent être creusés à la main qu'à la machine étant donné que les machines de construction de puits d'eau coûtent souvent cher. Il préfère utiliser les seaux et autres systèmes de poulie au lieu des pompes à mains qui demandent un entretien régulier. Shaba est une région du Zaïre où la reconstruction de centaines des puits d'eau qui étaient créés avec les Fonds du Bien-être Indigène (FBI) semble très nécessaire.

Latrines :

La construction des latrines est prévue comme un programme sanitaire du village qui doit être dirigé par les comités sanitaires et les guérisseurs villageois. La participation de SANRU sera minime, car le but de construire 25.000 latrines peut être atteint seulement avec la collaboration des villages qui seront regroupés dans chaque zone de santé rurale.

Immunisations :

Les programmes et activités de vaccination peuvent être achevés étant donné la collaboration et le support de ces activités dans la Z.S.R. de la part de P.E.V.

Naissances désirables :

Il est prévu que chacun de 250 postes ruraux de santé soit capable de renfermer les cliniques des soins des mères et des enfants (PMI) et celles de la planification familiale (CMMD), mais le but de satisfaire 150.000 accepteurs du planning familial semble douteux. Les Z.S.R. de la phase ont proposé 43.000 accepteurs de naissances désirables au cours de cinq prochaines années et si pris en réalité, représente 28% du but de 150.000 accepteurs. Alors il est difficile de raisonner que les 25 Z.S.R. de phase II et III peuvent atteindre 100.000 accepteurs, car ces hôpitaux entrent dans le programme de SANRU sans le bénéfice des programmes déjà abordés sur le planning familial. Ils nécessiteront quelques années pour atteindre le même nombre d'accepteurs déjà rapporté par les hôpitaux de la phase I.

Laproscope :

L'installation de 20 laproscopes est en accord avec la présence des médecins des hôpitaux de référence qui ont participé aux séances de formation de la JHPIEGO. Plusieurs hôpitaux de la phase I ont proposé d'installer leur laproscopes en août 1982. L'avenir de cet objectif sera déterminé selon les résultats des envois à l'étranger des médecins pour la JHPIEGO et des autres universités. A présent le choix des candidats par le comité de sélection à Kinshasa donne priorité aux médecins des centres urbains plutôt des hôpitaux ruraux.

Système d'information :

La création d'un système d'information sera basée sur la nécessité d'échanger les informations entre les zones rurales de santé et les bureaux d'administration de Santé Publique à Kinshasa. La coulée des informations statistiques à Kinshasa demande l'établissement d'un système uniforme qui puisse rapporter toutes les activités de soins de santé primaires. Nombreuses activités qui ont eu lieu il y a quelques mois, telles sont les suivantes, ont fallu un tel système :

- la distribution du "Plan d'Action Sanitaire" a établi un vocabulaire commun pour les activités de soins de santé primaires (S.S.P.).

- la complétion d'un questionnaire de ce projet a donné à SANRU une information de base sur les courantes activités de soins de santé primaires (S.S.P.).
- le séminaire tenu à Nganda a inclu une séance sur les systèmes d'information au cours de laquelle les formes médicales à présent en vigueur à chaque hôpital étaient échangées. Ceci a permis à beaucoup de gens d'apprécier la diversité qui existe dans les techniques de collection d'informations et d'apprendre les nouvelles méthodes de la part des autres hôpitaux.
- les contacts avec les agences collaboratrices de santé les ont amenés de penser à modifier leurs présentes formes. Par exemple, on propose certaines modifications de la carte graphique "Bon Chemin de la Santé" imprimée par Kangu-Layombe au profit d'une carte acceptable à un grand nombre d'hôpitaux.

La prochaine étape sera l'établissement d'un système de collection d'informations à partir de différentes formes utilisées à présent et les nombreuses agences sanitaires du Département de la Santé Publique (D.S.P.).

VI. COLLABORATION AVEC LES AUTRES AGENCES SANITAIRES

A. Les programmes verticaux contre les horizontaux

La plupart des agences et organisations sanitaires étaient établies comme les programmes verticaux. Ce qui veut dire qu'ils se sont spécialisés dans les activités de traitement et prévention d'une maladie ou d'un groupe des maladies semblables. Les exemples de cette stratégie sont l'ancien programme de P.E.V. qui consistait d'une équipe mobile de vaccination contre la variole, le programme de BNT (Bureau National de Tuberculose) qui s'occupait des diagnostics et traitements de la tuberculose et le programme de CNND (Centre National des Naissances Désirables) qui s'est spécialisé dans les activités de planification familiale. L'avantage de tels programmes était qu'ils favorisaient l'analyse en profondeur des problèmes et stratégies autour d'une maladie particulière et jouaient un rôle primordial dans l'établissement des standards nationaux et les soins de leurs activités. Ils sont ainsi les mécanismes efficaces pour organiser l'administration des soins sanitaires au niveau national ou régional. Le désavantage des programmes verticaux est qu'ils coûtent extrêmement chers comme une technique de livraison des services au niveau local. Chaque agence est obligée d'établir son propre système de communication, une ligne logistique de ravitaillement et la supervision des activités sur le terrain. Avec un pays aussi vaste comme le Zaïre où l'infrastructure est relativement pauvre, les programmes verticaux n'ont pas été économiques pour apporter leurs services à la campagne.

L'emphasis actuelle sur "la santé pour tous" et sur les soins de santé primaires a besoin des programmes horizontaux qui se sont spécialisés à préparer les systèmes de rendement des services appropriés au niveau local. Les programmes verticaux de ce faire ont un mandat croissant d'intégrer leurs activités dans la structure horizontale. Le but du projet tel que SINKU est donc d'assister une zone de santé rurale à créer et établir un système de rendement capable de relier ses propres activités avec les agences verticales de la place afin d'assurer un ravitaillement et une supervision continuel.

Les activités de SANRU dès son commencement ont invoqué l'établissement des relations de service avec beaucoup d'agences nationales et internationales et de projets qui ont pris un intérêt croissant dans les soins de santé primaires. Les Tables 11 et 12 sont respectivement celles qui représentent les agences nationales et internationales avec lesquelles SANRU a fait contact. Ci-dessous sont les descriptions brèves des relations de services qui ont été établies.

B. Comité Consultatif

Le projet veut qu'il y ait une organisation du comité consultatif pour appuyer le règlement, les problèmes techniques et légaux tout autant coordonner la collaboration entre les nombreuses agences sanitaires qui participent dans le programme. Ce comité était formé de manière que chaque agence choisie (Voir Table 13) nomme un représentant. La première réunion biannuelle de ce comité était tenue le 25 mai 1982 pendant laquelle les objectifs du projet et les activités prévues pour 1982 étaient débattus. La principale recommandation du comité consultatif était qu'en plus des réunions officielles biannuelles du comité consultatif il doit y avoir de nombreux contacts non officiels entre les agences sanitaires pour éviter la duplication des efforts là où deux ou trois agences travaillent dans une même région géographique. La prochaine réunion du comité consultatif est prévue pour novembre 1982 et inclura un représentant de la 5ème Direction du Département de la Santé Publique et du Commissariat Général du Plan.

C. Sortes de collaboration

Les sortes des relations actuelles du travail établies avec ces nombreuses agences partent d'un échange d'informations provisoire jusqu'à la coordination profonde des activités et la répartition des ressources. La Table 14 présente un essai de catégoriser ces relations dans trois niveaux.

Alors qu'il est impropre de détailler les relations du travail avec chaque agence comme une partie de ce rapport, les brèves remar-

TABLE 11

Les organismes internationaux

ACNH	:	Collège américain des infirmières sages-femmes
AHEA	:	Association Américaine de la Gestion Familiale
AHHA	:	Association Américaine de Santé Publique
CCCD	:	Combattre les maladies communicables d'enfance
CDD	:	Centre de Contrôle des maladies
CEDERIM	:	Centre de Développement Rural Intégré de Iwaka
CEPPA	:	Centre des Activités de Population
CEMUBAC	:	Centre Scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles pour les activités de coopération
CIDA	:	Agence Canadienne pour le Développement International
C.M.C.	:	Commission Médicale Chrétienne
CRS	:	Services de Relief Catholiques
FAO	:	Organisation d'Aliment et d'Agriculture (branche de l'ONU)
FOMETRO	:	Fonds Médical Tropical
FONAMES	:	Fonds National Médico-Sanitaires
FPIA	:	Assistance Internationale de Planning Familial
HANS SIDEL	:	Fondation Hans Sidel
IDA	:	Association Internationale Pharmaceutique
ICED	:	Conseil International pour le Développement de l'Education, con. USA
IDRC	:	Centre International de Développement et de Recherche, Ottawa
IMRF	:	Programme de Recherche sur la Fertilité Internationale
INADES	:	Institut National d'Etudes du Développement Social
INCS	:	Service de Communication sur la Nutrition Internationale, Newton/Ma.
INTRAH	:	Programme pour l'Education Internationale en Santé
IPAVS	:	Projet International/Association pour la stérilisation volontaire
IPPF	:	Fédération Internationale de Parentage Planifié
IRS	:	Institut de Recherche Scientifique
JHPIEGO	:	Programme de l'Education Internationale en Gynécologie et Obstétrique à l'Université Johns Hopkins
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OXFAM	:	Soulagement de Famines à Oxford

- PAID : Institut Pan-Africain pour le Développement
Les Fonds Pathfinder
- POPINFORM : Programme d'Information sur la Population
Université Johns Hopkins
- PRICOR : Recherche sur les opérations de soins de santé primaires
- SIDA : Agence Suédoise pour le Développement International
- TALC : Aides d'Enseignement à Moins Cher
- UNESCO : Organisation Educationelle, Scientifique et Culturelle des
Nations Unies
- UNFPA : Fonds des Nations Unies pour les activités de population
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- VHAI : Association volontaires d'Inde de santé
Voisins du Monde
- VITA : Volontaires pour l'Assistance Technique
- WASH : Eau et Sanitation pour Projet de Santé/Westinghouse

TABLE 12

Organisations nationales de santé et
Programmes associés avec SANRU- 86

AZAP	:	Agence Zaïre Presse
BNT	:	Bureau National de la Tuberculose
BOHC	:	Bureau des Oeuvres Médicales Catholiques
BOMK	:	Bureau des Oeuvres Médicales Kimbanguistes
SADIF	:	Centre d'Action Diaconale et Familiale
CENACOF	:	Centre National pour la Coordination de Formation au Développement
CEPAR	:	Centre Protestant d'Approvisionnement Médical
CEPAS	:	Centre d'Etudes de Promotion et d'Action Sociale
CEPLANUT	:	Centre National de Planification de Nutrition Humaine
5ème DIRECTION	:	Soins de Santé Primaires
CNND	:	Comité National des Naissances Désirables
DCMP	:	Dépôt Central Médico-Pharmaceutique
GTC	:	Groupe Technique Central
GTER	:	Groupe Technique d'Encadrement Régional
IGZ	:	Institut Géographique du Zaïre
IZAM	:	Institut Zaïrois de Management
KANGU/MAYOLBE	:	Bureau d'Etudes et de Recherche pour la promotion de la Santé
PATI	:	Bureau National de la Tuberculose Intégré aux Soins de Santé de base
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
SICA	:	Service d'Imagés Catholiques Africaines
6ème DIRECTION	:	Direction de l'Enseignement Médical
UNIKIN	:	Université de Kinshasa
ZPRA	:	Agence Protestante de Secours au Zaïre

TABLE 13AGENCES REPRESENTÉES DANS LE COMITÉ CONSULTATIF

PEV	FOMETRO
CMND	UNICEF
CEPLANUT	BOMK
CEPAS	BOMC
OXFAM	ECZ
CORPS DE LA PAIX	GTC
O.M.S	USAID
5ème DIRECTION DU BSP	DEPARTEMENT DU PLAN/GOU- VERNEMENT DU ZAIRE

HOPITAUX SÉLECTIONNÉS DE LA PHASE I

VANCA

KAJIJI

NYANKUNDE

KARAWA

SONA-BATA

TABLE 14

SORTES DE COLLABORATION AVEC LES AGENCES SANITAIRES

<u>Relation</u>	<u>Agence</u>
1. Echange occasionnelle d'information, matériel et équipement de ressources	IPPF, UNFPA, IMA DES, UNESCO, IFRF, FOMILES, TALC, APHA, IDA, VITA, FAO, SIDA, CIDA, PHEA, CMC, FOPINFORM, ICED, IDRC, INCS, Fondation de Rockefeller, Les Voisins du Monde, IGZ, SICA.
2. Echange régulière d'informations, coordination des activités, assistance d'un consultant et support matériel donné.	WASH, FPIA, JHPIEGO, CEFMA, INTIAH, PRICOR, CENACOF, CERNI, C.DIF, DORP, IZAM, AZAP, BONK, BOMC, CDC, UNICEF, Hans SIDEL, OHS, OXFAM, ACNA, AVS.
3. Coordination profonde des activités parmi les activités intégrées pour aider à créer une Z.S.R.	CNND, CEPLANUT, PEV, BNT, ZIRA, UNIKIN, CCCD, 5ème DIRECTION, 6ème DIRECTION.

ques suivantes sont faites comme un guide pour mieux comprendre les détails qui sont survenus pendant les six derniers mois sur ce qui concerne les agences principales :

JHPIEGO : Il était décidé que l'éducation à l'intérieur du pays, donnée par JHPIEGO en titre de services de planning familial n'était pas appropriée pendant la période au cours de laquelle les Z.S.R. viennent à peine d'être formées; elle pouvait au contraire être utilisée comme une partie de recyclage plus tard.

L'éducation des médecins et infirmiers (ères) à Tunis et à Baltimore continue comme auparavant avec le comité local de sélection qui choisit les candidats qui pourraient assurer la liaison au projet de Z.S.R. ou à un autre projet approprié.

Un médecin instruit par JHPIEGO, Dr. Mlandu, est tenu à prendre la responsabilité d'installer les laproscopes en rapport avec son instruction auprès de la JHPIEGO.

IPAVS : Une proposition a été soumise à l'AVS en vue d'obtenir l'équipement des salles d'opération qui puisse accroître les services des hôpitaux du projet. Les hôpitaux participants pourraient offrir les procédures de vasectomie et de ligotage.

CEFPA : Un cours qui poursuit la formation des femmes en management sera organisé au début de 1983. SANRU aurait à envoyer approximativement 20 infirmières sages-femmes venant des hôpitaux participants des phases I et II pour être formé dans le management.

FPIA : Deux projets de FPIA à Nyankunde et à Vanga sont transférés à SANRU. Les deux autres projets de FPIA (02 et 05) sont combinés et se poursuivent séparément de SANRU mais collaborent ensemble.

- ACNM : Après la visite de la consultante Gilbert Vansintejan en juin, on avait proposé pour qu'elle retourne encore en novembre 1982 pour diriger les cours des formateurs des accoucheuses traditionnelles à Karawa. Les formateurs des autres hôpitaux de la phase I pourraient encore y participer.
- INTRAH : Les activités de consultation par les Docteurs Deming et Minkowski en juin/juillet ont permis de suggérer que INTRAH pourrait envoyer un consultant de courte ou de longue durée pour organiser un centre régional d'éducation dans un des hôpitaux du projet.
- PROCOR : SANRU avait soumis à PROCOR en faveur des hôpitaux de la phase I une proposition préliminaire suggérant de trouver les fonds pour près de dix projets de recherches opérationnelles en soins de santé primaires.
- WASH : Après la visite de consultation par Graig Hafner, SANRU a demandé que WASH envoie un consultant pour tenir une session sur la formation des formateurs qui peuvent aider à l'UNIKIM en juillet. Jocelyn Carlson, consultant de la part de WASH, est venu pour ce travail.
- PAID : SANRU a financé les frais de transport pour deux infirmières de Vanga pour participer dans le programme de formation des formateurs.
- OXFAM : OXFAM diminue son assistance auprès des hôpitaux de la phase I afin d'éviter la duplication des efforts. Les responsables de l'OXFAM conjugueront leurs efforts pour supporter les programmes autres que ceux de SANRU.
- FOMETRO : Plusieurs hôpitaux où travaillent les médecins de FOMETRO sont prévus pour la phase II. Dans ce cas FOMETRO se concentrera dans le soutien de ces hôpitaux tandis que SANRU les aidera uniquement à organiser les Z.S.R.

- HANS SIDEL : Ce groupe a un mandat de développer les soins de santé dans le nord de l'Equateur. Ce n'est pas encore clair s'il va aborder l'organisation de Z.S.R. ou pas. Cependant SANRU a l'intention de collaborer avec les membres de ce groupe pour atteindre ce but.
- UNICEF : L'aide venant de l'UNICEF est prévue pour quelques Z.S.R. de la phase I en forme de biens matériels. SANRU a résolu de compléter tout ce qui manque dans ces biens matériels afin de soutenir l'effort de l'UNICEF et guidera cet effort dans l'administration de la Z.S.R.
- CCCD : Comme les Z.S.R. sont établies par SANRU, l'assistance va venir de la part de CCCD pour intégrer leurs trois activités dans la Z.S.R.
- CEMUBAC : Leurs efforts dans la recherche et l'intervention pour traiter le problème de la goitre dans l'Equateur seront intégrés dans les programmes de trois hôpitaux de la phase I de cette région.
- PEV : Les activités de vaccination et celles d'établir la chaîne froide par une collaboration avec PLV vont main dans la main avec le développement des Z.S.R.
- CNND : SANRU a acheté les contraceptifs pour les dépôt d'avant garde de chaque hôpital du projet et reliera chaque hôpital avec le CNND pour rapporter ses activités et son approvisionnement. SANRU vient de produire cinq affiches de planification familiale qui doivent être distribuées dans le cadre des activités de CNND.
- CEPLANUT : SANRU utilisera les ordinateurs de CEPLANUT pour analyser ses données d'enquête. Comme le projet de Nutrition de Bandundu vient d'être lancé, SANRU intégrera les activités de CEPLANUT dans la Z.S.R.

- PATI/BNT : SANRU va approvisionner les hôpitaux du projet avec les tuberculostatiques tandis que PATI va fournir l'approvisionnement du laboratoire et le matériel didactique.
- ZPRA : SANRU continuera à utiliser leurs services de stockage des médicaments et d'équipement pour la ville de Kinshasa.
- CENACOF : SANRU avait collaboré avec CENACOF dans l'organisation du séminaire de Nganda. Une collaboration future dans la même ligne est souhaitable.
- UNIKIN : La collaboration avec l'UNIKIN dans l'établissement de leur centre d'éducation a été excellente. SANRU va utiliser leur centre pour les instructions d'avenir et propose aide l'UNIKIN dans son attempt d'établir un programme des études avancées en Santé Publique.
- 5ème DIRECTION: SANRU espère que la 5ème Direction va guider dans la coordination des efforts des agences de santé au sein de soins de santé primaires et va l'assister dans n'importe quelle manière convenable.
- 6ème DIRECTION: SANRU va chercher l'avis de la 6ème Direction concernant ses programmes de l'éducation des infirmiers(ères) qu'elle va bientôt offrir.

VII. SUPPORT MATERIEL

A. Matériel demandé

Le support matériel des hôpitaux de la phase I pendant les six derniers mois était négligeable. Ceci était premièrement dû au fait que PIO/C sorties en novembre 1981 sont en train d'être traitées. Pourtant, à cause de l'appui que SANRU a placé sur l'organisation de Z.S.R. et l'éducation du personnel, le support matériel n'a pas été nécessaire comme de ce jour. Cependant, le temps s'approche vite; quand les hôpitaux de la phase I seront prêts pour ce support, la crédibilité du programme va diminuer si SANRU ne peut pas offrir de biens matériels.

Le questionnaire de ce projet veut que chaque Z.S.R. fasse un inventaire de son équipement en rapport avec le travail de santé publique et ensuite qu'elle projette ses besoins pour les cinq prochaines années. Les résultats de cette étude sont présentés dans la Table 15. Il devient vite clair que l'assistance anticipée est en excès de celle prévue par le projet, particulièrement en ce qui concerne les moyens de transport. Ceci s'ajoute encore à notre intention d'ouvrir beaucoup de postes de santé que prévue originalement comme nous l'avions discuté ci-haut. Les alternatives pour l'action dans ce cas restent les mêmes que celles discutées auparavant.

SANRU aura des difficultés pour satisfaire toutes les demandes des hôpitaux de 1982 aussi longtemps que les PIO/Cs originales étaient courées en moitié à cause de limitations des fonds. Il est essentiel pour SANRU d'aller en avant avec le deuxième courant de PIO/Cs pour les fonds de 1982 - 1983, et d'établir un mécanisme pouvant assurer un équilibre entre les commandes et les réceptions des biens.

B. Matériel sur commande

Une liste standard de l'équipement médical pour chaque poste sanitaire a été établie et est penchée dans l'Appendix 4. La liste de 25 médicaments de base pour chaque poste sanitaire a été tracée de même manière avec les quantités estimées nécessaires pour une

année. Cette liste apparaît dans la Table 15. Chaque hôpital va choisir 20 médicaments à partir de cette liste pour établir une liste standard des médicaments adaptés à sa Z.S.R. particulière.

Nous avons eu quelques difficultés pour obtenir certains médicaments tels que TCE, décaris et lipiodol qui ne sont pas disponibles aux Etats-Unis. SANRU va demander les dérogations pour acheter ces médicaments quelque part. Les entretiens avec Warner Lambert ont proposé l'obtention d'une dérogation de produire et d'acheter certains de ces médicaments de base à Kinshasa. La réponse à ce sujet était décevante en ceci que Warner Lambert ne peut produire que trois sortes de médicaments tels que aspirine, chloroquine et chloramphenicol. Un accord verbal était fait pour tenir compte de cet ordre limité.

La première commande des Pick-Up Chevy V-8, moteur diesel, va bientôt arriver. Ces Pick-Up seront mises en rodage par les hôpitaux de la phase I et évaluées pour déterminer si la deuxième commande doit être basée sur le même modèle ou sur les Jeep C-J-8 de fabrication américaine.

Les motocyclettes Yamaha 175 sont arrivées très tôt. Les mêmes motocyclettes seront aussi commandées pour la deuxième fois mais cette fois avec une liste détaillée de pièces de réchange qui sont préparées par un expert local.

Les vélos ont été commandés mais ne sont pas encore arrivés. Prochainement les vélos seront commandés en grand nombre que prévu.

Les commandes pour les matériels didactiques étaient faites auprès des Voisins du Monde et TALC. Elles seront complétées par les livres commandés afin d'établir une bibliothèque de référence à Kinshasa et une petite bibliothèque de ressource à chaque hôpital du projet.

TABLE 15

Assistance matérielle commandéePhase I S.M.W.-86(Demandes collectives des hôpitaux de la Phase I)

Articles	Nombre dis- nible à pré- sent	Nombre pro- posé 82-86	Nombre pro- posé 1982	Nombre réa- lisé 1982
Pick-Up	19	39 (50)	18	1
Motocyclettes	14	83 (100)	34	6
Vélos	92	834 (500)	321	8
Refrigérateur	23	123	55	0
Thermos	60	455	157	5
Microscopes	137	345	148	4
Stériliseurs	41	370	200	0
Balances adulte	123	429	170	7
Balances enfants	140	516	231	5
Boîtes d'images	99	453	271	2
Machines duplicateurs	5	25	14	0
Machines à écrire	14	79	40	0
Calculatrices de table	3	43	19	0
Calculatrices portables	5	187	96	0
Classeurs à farde	15	49	27	0
Projecteurs de films	3	23	11	0
Projecteurs diapositives	5	44	24	0
Enregistreurs-Cassettes	2	65	46	0

TABLE 16

Médicaments de base pour un poste de santé

1. 1. Acide acetylsalicylique 500 mg/tab
2. Chloroquine 100 mg/tab
3. Chloroquine 300 mg/amp, 5 ml/amp
4. Pyrimethamine 25 mg/tab
5. Sulfamethoxy-pyridazine 500 mg/tab
6. Chloramphenicol 250 mg/cap
7. OMS-orale solution rehydrée (paquet)
8. Piperazine en poudre 50 kg/cont
9. Tétrachloroéthylène en liquide 200 l/drum
10. Decaris 40 mg/tab
11. Tétracycline pour les yeux 5 g/tube
12. Ergonovine 0,2 mg/amp
13. Belladone 15 mg/tab
14. Prométhazine 25 mg/tab
15. Xylocaïne 1% acide chloridrique/solution injectable
16. Procaine peni G 4M IU/vial
17. Ampicilline 250 mg/cap
18. Souffre en poudre 5 kg/paquet
19. Chlorure d'ammoniaque en poudre 10 kg/paquet
20. Phénobarbital 100 mg/tab
21. Métronidazole 250 mg/tab
22. Quinine 300 mg/amp, 5 ml/amp
23. Lipiodol injectable 10 ml/amp
24. Niridazole 500 mg/tab
25. Diéthyl-carbamazine 50 mg/tab
26. Acide de foie 5 mg/tab
27. Aporicidine (savlon) 10 oz/tab
28. Sulfate de fer 150 mg/tab.

VIII. BUDGETA. Contributions proposées

Sur le plan financier le projet reçoit une contribution de la part de 4 agences principales ci-dessous :

<u>Agence</u>	<u>Montant (en dollars)</u>
USAID	4.864.000,00
Corps de la Paix	550.000,00
Gouvernement du Zaïre	2.524.000,00
E.C.Z.	2.795.000,00

B. Contribution de l'E.C.Z.

La contribution de l'E.C.Z. est représentée directement en quelque sorte par les provisions de l'espace des bureaux centraux et les utilités en faveur de SANRU et indirectement en quelque sorte par la manière dont les hôpitaux de l'E.C.Z. qui participent dans le projet payent les salaires à leurs personnels. L'E.C.Z. n'a pas encore établi un compte de la monnaie courante ni un système de record pour contrôler ces contributions. SANRU pourrait un jour calculer pour chaque hôpital du projet les nombres et les types des personnels inclus dans le programme afin d'estimer à combien ces contributions sont réparties.

C. Contribution de la part du Corps de la Paix

De la même manière, la contribution du Corps de la Paix vient sous forme d'assistance logistique et des volontaires qui travaillent dans les hôpitaux du projet SANRU. Ces volontaires du Corps de la Paix ne sont pas en effet attachés directement au projet SANRU, mais au contraire, ils sont une liaison entre SANRU/Minshasa et les hôpitaux locaux où ils détiennent leurs emplois comme décrit par le Corps de la Paix. SANRU a demandé au Corps de la Paix de contrôler le nombre des volontaires associés à SANRU et d'évaluer leur contribution dans le projet selon le budget établi.

D. Contribution de la part de l'USAID

Les fonds de l'USAID, en dollars américains sont utilisés pour les dépenses en-dehors du Zaïre notamment pour l'assistance techni-

que, les achats des médicaments, des véhicules, des équipements médicaux et des instruments audio-visuels. Neuf cent mille dollars (\$ 900.000,00) étaient appropriés pour l'année fiscale 1981 et étaient utilisés comme indiqué dans la Table 17. Les fonds de l'USAID pour 1982 sont tenus à venir à cause de l'amandement de Brocke. De toute façon, ils seront utilisés de la même manière pour commander le second convoi des matériels.

TABLE 17
Répartition des fonds de l'USAID pour l'année 1981

<u>Catégorie</u>	<u>Montant en dollars (E-U)</u>
Assistance technique	95.000,00
Véhicules	465.000,00
Bicyclettes	30.000,00
Motocyclettes	30.000,00
Médicaments	110.000,00
Équipement médical	110.000,00
Fournitures des maisons	20.000,00
Livres/Matériels didactiques	9.000,00
Fournitures des bureaux	25.000,00
Total :	<u><u>900.000,00</u></u>

E. Contribution de la part du Gouvernement du Zaïre

Les contributions du Gouvernement du Zaïre sont en quelques sortes des fonds de mise en oeuvre et des salaires du personnel travaillant dans les hôpitaux du projet qui appartiennent au Gouvernement du Zaïre. Un compte bancaire a été établi à la Citibank. Deux signatures, celle de Dr. Franklin Baer et celle de l'une des personnes ci-après, sont exigées pour retirer les fonds de mise en oeuvre: Citoyen Nlaba-Nsona, Citoyen Mavinga (Trésorier de l'ECZ), Dr. Miatudila Malonga. L'actuelle répartition de ces fonds est faite par Rév. Ralph Galloway en sa qualité de Coordinateur du Plan du projet.

La contribution du Gouvernement du Zaïre en monnaie courante est estimée à deux million cinq cent mille zaïres (2.500.000,00 Z)

pour l'année 1982. La première tranche de cinq cent mille zaïres (500.000,00 Z) reçue jusqu'à présent a été dépensée entre janvier et juin 1982, comme l'est indiqué dans la Table 18. La Table 19 présente le budget proposé pour les six mois en cours à partir du mois de juillet 1982 jusqu'au mois de décembre 1982, compte tenu de la différence de deux millions de zaïres (2.000.000,00 Z) qui sont espérés pour le reste de l'année en cours, 1982.

TABLE 18
Rapport Financier - SANRU-86
Janvier-juin 1982

<u>Personnel</u>	<u>Montant en zaïres</u>
Salaires, rappels, soins médicaux, éducation	35.955,86
<u>Bureau</u>	
Equipement	79.462,06
Approvisionnement, communication	33.790,30
<u>Transport</u>	
Local - essence, taxis	7.180,00
Visites de contact	43.754,50
<u>Activités de formation</u>	
Comité consultatif	201,00
Séminaire de Nganda	67.548,50
UNIKIN (préparations de juillet)	94.565,41
<u>Avances</u>	
Personnel, emprunts aux autres projets	41.500,00
<u>Hôpitaux du projet</u>	
Formation locale	<u>38.252,00</u>
Total de dépenses au 30/06/82	442.210,03
Facture reçu non payée	<u>95.414,30</u>
	537.624,33

TABLE 19
BUDGET PROPOSE SANRU - 86
Juillet-décembre 1982

<u>Personnel :</u>	
Salaires, primes, soins médicaux, formation	50,000
<u>Bureau :</u>	
Equipement	60.000
Communications, approvisionnement	50.000
Système d'information	150.000
<u>Transport :</u>	
Locale - taxis, essence	15.000
Visites de contact	100.000
<u>Activités de formation (Kinshasa)</u>	
UNIKIN	300.000
<u>Hôpitaux du projet</u>	
Formation locale	600.000
Produits	300.000
Equipement	150.000
Construction	75.000
Transport local	150.000
	<u>2.000.000</u>
	=====

IX. LES DIFFICULTES DU PROJET

A. Vue Générale :

Le Cabinet du Directeur de SARRU est en général très content pour les activités de ces six mois écoulés et pour le fait que SARRU n'a pas eu beaucoup de difficultés dans ses activités. Ceci semble en général attribué à la flexibilité du plan du projet qui a donné au Directeur, Manager et au Conseiller Médical du Gouvernement du Zaïre le pouvoir de prendre des décisions en faveur de leurs agences respectives. Les difficultés qui ont été rencontrées et leurs possibles solutions sont mentionnées dans les lignes qui suivent.

B. Financement :

Le délai dans l'appropriation des fonds pour SARRU pour l'année fiscale 1982 à cause de l'amendement de Brooke a retardé les activités du projet pour 6 mois. Les PIO/Cs qui pouvaient entrer en action en janvier 1982 sont prévus pour septembre 1982 en attendant la décharge des fonds au mois d'août. On avait besoin de ces denrées pour compléter les activités demandées par les hôpitaux de la phase I en 1982 et par les hôpitaux de la phase II en 1983. Etant donné le cour normal de PIO/Cs entre les mois de septembre et décembre, il est vrai que la distribution des matériels sera retardée jusqu'en mi-1982 plutôt qu'au début de 1982.

Les indications montrent que les fonds pour l'année 1982 seront appropriés au mois d'août par un montant colossal qui puisse permettre l'application des activités du projet pour la grande partie de 1983. Il est recommandé que pour les projets futurs de l'USAID, les fonds soient assignés pour une période d'au-moins 18 mois d'avance. Ceci donnerait assez de temps pour établir les listes de dépenses et d'épargnes pour les projets qui demandent assez de fonds en vue d'une bonne course de ces projets pendant les périodes où il n'y a aucun sous.

L'allocation des fonds de mise en oeuvre était aussi un problème. Tandis que la première tranche de ces fonds était bien procédée, la seconde tranche qui était autorisée de sortir en mi-juin

n'est pas encore sortie à ce début du mois d'août. En attendant, les dépenses considérables pour les activités de l'éducation à l'UNIKIN nous ont forcées d'emprunter les fonds des autres projets de l'USAID. Deux étapes sont nécessaires pour éviter la répétition de ce problème. D'abord, il faudrait donner assez du temps au Département du Plan pour procéder les allocations de nouveaux fonds avant qu'une crise arrive. Ensuite, il faudrait arranger les contacts avec les représentants du Département du Plan pour expliquer le but de SANRU tout en espérant qu'une bonne compréhension du but du projet faciliterait le transfert des fonds. La représentation du plan dans le Comité Consultatif était demandée mais personne n'a jamais été nommée. Ceci va prendre part avant la réunion prochaine du Comité Consultatif.

C. Commande des denrées :

Le système actuel de commander les denrées par le canal de SER COM à Washington D.C. était difficile. Toutefois que c'est possible, les commandes seront faites directement aux compagnies responsables quand il est justifiable que les articles sont disponibles ou quand de telles compagnies peuvent nous offrir un bon prix. La lourde tâche de la quête des PIO/Cs a succombé sur le bureau de l'USAID/PIO, plutôt que sur le cabinet du Directeur de SANRU. S'il y a d'autres moyens par lesquels SANRU peut aider à préparer et suivre les PIO/Cs, ils doivent être présentés au cabinet du Directeur du projet.

Le projet a connu un retard de six mois parce que l'amandement de Brooke nous interdit de donner 9 mois de dispositions à SER COM avant de commander le matériel. L'action prioritaire sera donnée à couper ce délai et relancer le projet en insistent de commander l'équipement médical et les médicaments en direct à partir des fournisseurs qui ont reçu d'abord les ordres de PIO/Cs.

D. Rélations avec le Gouvernement du Zaïre/D.S.P.

SANRU a eu des critiques de la part des officiers qui sentent que ce projet n'est pas réellement un projet du gouvernement mais plutôt un projet de l'Eglise. Ils ressentent le fait que toutes les

zones de santé rurales de la phase I ont comme hôpital de référence une institution de l'E.C.Z. Comme déjà mentionné, la sélection des hôpitaux de la phase II va donner la priorité aux hôpitaux du gouvernement zaïrois qui peuvent satisfaire notre critère de sélection. C'est en grande partie la responsabilité du Dr. Miatadila de sélectionner et de proposer les hôpitaux du gouvernement zaïrois pour la phase II.

E. Privilèges de l'éducation à long-terme

C'était l'intention de ce projet de former 50 candidats en santé publique au niveau de graduat dans les écoles en-dehors du Zaïre telles que les écoles de santé publique à Cotonou et à Tulane. D'après les encouragements faits par l'USAID de former les candidats au niveau national, SANRU a exploré l'éducation à l'UNIKIN dans le Département de la Santé Publique. Cette institution qui offre à présent une spécialisation de trois ans en santé publique, voudrais commencer une éducation au niveau de diplôme ou de maîtrise en santé publique. Pour prouver la praticabilité d'un tel effort, SANRU a décidé de maintenir son programme de l'éducation de médecins et superviseurs pour cinq semaines à l'UNIKIN. Alors qu'une évaluation séparée de ce programme de l'éducation sera formulée, les points suivants sont déjà évidents :

- l'intention de commencer les études au niveau du graduat a l'appui du Recteur de l'Université, Dr. Hein et du Doyen de la Faculté de Médecine, Dr. Kaba.
- le staff de l'UNIKIN était responsable pour l'organisation complète de 5 cours qui font le programme actuel de l'éducation en santé publique et a montré que l'UNIKIN est capable d'entamer les programmes de haute dimension.
- Dr. Kashala, le Chef du Département, a prouvé être un administrateur étonnant, capable de réaliser l'impossible quand il a du temps. Il va faire une bonne ressource de coordonner le développement d'un programme avec diplôme en santé publique et éventuellement la faculté de la Santé Publique.

- l'UNIKIN a l'intention d'accorder au D.S.P. les facilités pour le logement et l'espace provisoire des salles de classe et des bureaux pour l'extension du programme.
- le besoin ressenti de la part des participants dans le programme à l'UNIKIN pour continuer leur éducation à l'intérieur du pays est grand et les participants expriment l'avantage qu'il y a dans l'éducation à l'intérieur du pays où ils voient une bonne allocation des moyens limités.

SANRU sent que l'UNIKIN doit être encouragée de procéder avec un programme modéré pour répondre les cinq leçons de recyclage en cours au niveau d'un diplôme ou d'une maîtrise d'un an selon ses possibilités et que l'idée d'établir la faculté de la santé publique à l'UNIKIN doit être mise en considération. SANRU a demandé à l'UNIKIN de lui présenter le programme des études proposées avec diplôme et d'indiquer combien de cours doivent être enseignés dans l'entièreté par le personnel local. L'UNIKIN doit aussi présenter une estimation de frais de tuition, d'aliments et de logements sur le Campus de l'Université.

En recevant ces articles, SANRU décidera si un tel programme d'études est acceptable ou pas pour une éducation à long-terme que demande le projet et si les frais estimés peuvent être comparés avec ceux des autres établissements où SANRU doit envoyer les candidats.

X. CONCLUSIONS :

En revisant les activités de SANRU pour les six mois écoulés, c'est avec une grande satisfaction que ce rapport a documenté l'établissement des offices centraux, la sélection des hôpitaux de la phase I, le progrès significatif dans le développement officiel des zones de santé rurales, une étroite collaboration avec les autres agences de soins de santé primaires et le début avec succès des activités d'éducation au niveau national et régional. Ces activités ont été le résultat d'une grande planification qui pourtant a besoin d'une utilisation modeste des ressources.

A cause de leur participation dans ces activités les hôpitaux de la phase I se sont montrés prêts à établir leurs zones de santé rurales et le premier convoi de postes de santé. La force accentuée de SANRU pour les six mois prochains doit être celle de trouver le matériel et les ressources financières pour les hôpitaux de la phase I afin de leur permettre de tracer les plans de leurs projets. Etant donné les fonds continuels et l'arrivée promptueuse des médicaments, de l'équipement médical, et des matériels didactiques, il est raisonnable de prévoir que les six mois prochains auront beaucoup de succès comme documentés dans ce rapport.

S A N R U - 86
SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN MILIEU RURAL
PROJET USAID N° 66C-0086

A. Exécutant du projet : Bureau Médical de l'Eglise du Christ au Zaïre
Avenue de la Justice
B.P. 3555
KINSHASA/GOUMBE.-

B. Equipe administrative :

- Citoyen NLABA-NSONA - Directeur
- Dr. MILTUDILA MALONGA - Représentant du Gouvernement zaïrois
- Dr. FRANKLIN C. BAER - Project Manager
- Rév. RALPH GALLOWAY - Planning Coordinateur
- M^{me}. FLORENCE GALLOWAY - Training Coordinatrice
- Cit. BAKAJITA MALASA - Administrateur Assistant
- Cit. DIANZOLA LUFWAKASI - Secrétaire.

C. But du Projet : Conformément au Plan d'Action Sanitaire 1982 - 1986 du Département de la Santé Publique, le Projet SANRU-86 assistera à l'établissement de 50 zones de santé rurales au Zaïre. Chaque ZSR aura l'appui de la communauté, sera auto-suffisant et se composera d'un système décentralisé des éléments suivants :

- Hôpital de Référence
- Centres de Santé
- Postes de Santé
- Comités de Santé de Village
- Agents volontaires de santé de Village.

D. Extrants du Projet :

1. - Etablissement d'un système de statistique et de diffusion d'information.
2. - 250 postes de santé et centres de santé avec :
 - Equipement de base
 - Stock initial de 15 médicaments de base
 - Petit moyen de déplacement
 - Formation du personnel.
3. - Formation du personnel de santé publique au niveau de :
 - Village, 1.500 agents de santé
400 sage-femmes traditionnelles
 - Poste de santé 750 infirmiers/ères
 - Centre de santé 50 superviseurs
 - Hôpital 30 planificateurs
50 médecins.
4. - Promouvoir les activités des Soins de Santé Primaires au niveau du village:
 - 3.000 Comité de Santé
 - 2.000 Aménagement des sources d'eau
 - 1.000 Programmes de vaccination
 - 1.000 Agents de santé avec boîtes de secours
 - 25.000 Latrines construites
 - 150.000 Accepteurs de Planning Familial.

INVENTAIRE PERSONNEL/FORMATIONS
DE LA ZONE DE SANTE RURALE.

Hôpital de Référence :
 Zone Administrative de :
 Sous-Région de : Région de :
 Médecin-Chef de la Z.S.R. référence :
 Médecin-Directeur de l'Hôpital:
 Manager du Programme S.S.P.:
 Superviseurs de S.S.P./Z.S.R.:
 Formateurs de S.S.P./Z.S.R.:

Population Desservie :

Prière de citer le nombre de chaque catégorie	Effectif 1981	Recyclé Avant 82	Proposé 82-86	Proposé 1982	Réalisé 1982
AGENT DE SANTE DU VILLAGE					
SAGE FEMME TRADITIONNELLE					
COMITE DU VILLAGE					
AUXILIAIRE A4					
INFIRMIER(E) A3					
INFIRMIER(E) A2					
INFIRMIER(E) A1					
SUPERVISEUR A1 - A3					
ADMINISTRATEUR					
MEDECIN					

VILLAGE DANS LA ZSR					
BOITES DE SECOURS (au village)					
POSTE DE SANTE (CEBEC, Disp.)					
CENTRE DE SANTE (Maternité/Disp.)					
HOPITAUX					

Prière de citer un chiffre pour chaque catégorie		Effectif 1981	Proposé 82-86	Proposé 1982	Réalisé 1982
PEV	Nombre de Sièges				
	Vac. Anti-Rougeoleux				
	Vac. Anti-Polio				
	Di Te Coq				
	B.C.G.				
	Vac. Anti-tétanique				
CND	Nombre de Cliniques				
	Nombre d'Accepteurs				
	Consultation d'Infertilité				
	Pilule				
	D.I.U.				
	Iujectable				
	Condom				
	Spermicide				
	Ligature/Vasectomie				
	Méthodes Naturelles				
CFN	Nombre de Sièges				
	Nombre Consulté				
CPS	Nombre de Sièges				
	Nombre Consulté				
CTB	Nombre de Sièges				
	Nombre en Traitement				
ASN	Sources Aménagées				
	Puits Construits				
	Villages Assainis à 90%				
	Nombre de Latrines				

OBJECTIFS DE FORMATION

No	SUJET					VERBE	OBJET
	MDI	DRP	ADI	SUP	FOR		
1	2	2	2	2	3	Exposer	<p>Le concept des Soins de Santé Primaires (S.S.P.)</p> <p>les éléments de justification des S.S.P.</p> <p>les objectifs et les composantes des S.S.P.</p> <p>les techniques de diagnostic en Médecine Communautaire</p> <p>les principaux problèmes de Santé Communautaire</p> <p>par ordre de priorité les problèmes de Santé Communautaire</p> <p>les principales contraintes en Santé Communautaire</p> <p>plusieurs stratégies en vue d'atteindre les objectifs de S.S.P.</p> <p>plusieurs activités pour chaque stratégie de S.S.P.</p> <p>les stratégies de S.S.P. par ordre de rentabilité</p> <p>un enchaînement chronologique rationnelle des activités de S.S.P.</p> <p>plusieurs bons indicateurs des programmes de S.S.P.</p> <p>les conditions qui garantissent un recueil convenable des données de S.S.P.</p> <p>les techniques d'analyse des données de S.S.P.</p> <p>plusieurs techniques d'investigation/d'enquête épidémiologique</p> <p>les techniques de supervision de l'exécution de programmes de S.S.P.</p> <p>pour chaque cause d'exécution incorrecte de travail la (les) solution(s) appropriée(s) pour plusieurs activités de S.S.P. une analyse qualitative et quantitative des tâches</p> <p>une description qualitative et quantitative des postes pour plusieurs structures de S.S.P.</p> <p>les techniques de motivation du personnel</p> <p>plusieurs techniques d'évaluation du personnel</p> <p>les circonstances où l'inexécution du travail est due à l'incompétence du personnel</p> <p>plusieurs techniques de mesure des connaissances et des attitudes du personnel</p> <p>des modules de formation du personnel du S.S.P. basés sur les tâches à accomplir dans le programme</p>
2	2	2	2	2	3	Exposer	
3	2	2	2	2	3	Décrire	
4	1	2	3	2	3	Exposer	
5	1	2	2	2	3	Citer	
6	2	2	3	1	1	Classer	
7	2	2	2	1	1	Citer	
8	2	2	3	1	1	Décrire	
9	1	2	3	2	1	Enumérer	
10	1	2	3	1	1	Classer	
11	1	2	3	1	1	Etablir	
12	2	2	3	2	1	Définir	
13	1	2	3	2	1	Définir	
14	1	2	3	3	1	Exposer	
15	1	1	3	3	1	Exposer	
16	2	2	2	3	1	Exposer	
17	2	2	2	3	1	Définir	
18	1	1	2	2	3	Développer	
19	2	2	2	1	1	Développer	
20	2	2	3	3	1	Exposer	
21	2	2	3	3	1	Exposer	
22	1	2	3	3	1	Reconnaître	
23	1	1	3	3	1	Exposer	
24	1	1	2	2	3	Développer	

No	SUJET					VERBE	OBJET
	IDI	DRP	ADM	SUP	FOR		
25	1	2	3	2	1	Estimer	les besoins en matériel d'un projet de S.S.P. dans le temps et l'espace les sources d'approvisionnement en matériel les techniques d'utilisation rationnelle du matériel les coûts d'un projet de S.S.P. dans le temps et l'espace les sources de financement des projets de S.S.P. les techniques d'utilisations rationnelles du budget de S.S.P. les obstacles à la communication efficiente et les moyens de les contourner un projet de S.S.P. pour une zone déterminée.
26	2	3	3	1	1	Citer	
27	1	1	2	3	3	Exposer	
28	2	2	3	1	1	Estimer	
29	2	3	3	1	1	Citer	
30	2	2	3	2	1	Exposer	
31	1	1	2	2	3	Citer	
32	2	3	2	1	1	Rédiger	

IDI = Spécialiste Inspecteur
 DRP = Directeur du Projet
 ADM = Administrateur
 SUP = Superviseur
 FOR = Formateur

 1 = Grandes lignes
 2 = Détails moyens
 3 = Beaucoup de détails.-

APPENDIX 4

EQUIPEMENT MEDICAL DE BASE

SPHYGMOMANOMETER, ANEROID, MM, BANDAGE CUFF
SPHYGMOMANOMETER, MERCURIAL, DEER, TYPE H/CUFF
STETHOSCOPE, DUEL HEAT, LITMAN MODEL, BLUE
MICROSCOPE, INCLINED, MONOCULAR, H/NATURALS
ILLUMINATION, LIX EYEPiece, PLUS THREE OBJECTIVES
10X, 40X AND 100X
SYRINGE, INTERCHANGEABLE, GLASS, 2 ML., LUER, MET TIP, 12S
SYRINGE, INTERCHANGEABLE, GLASS, 5 ML., LUER, METAL TIP, 12S
SYRINGE, INTERCHANGEABLE, LUER, 10 ML., LUER, METAL TIP, 12S
SYRINGE, TUBERCULIN, GRADUATED, GLASS, LUER, 1 CC, NEEDLE LOCK
HANDLE, SCALPEL, N°4
DILATOR, UTERINE, HAND
SPECULA, VAGINAL, GRAVES, SMALL
SPECULA, VAGINAL, GRAVES, MEDIUM
SPECULA, VAGINAL, GRAVES, LARGE
SCISSORS, IRIS, S/B, CURVED, 4 1/2 INCH KNAPP
SCISSORS, IRIS, S/M, STRAIGHT, 4 1/2 INCH, KNAPP
SCISSORS, OPERATING, S/B, CURVED, 5 INCH
SCISSORS, OPERATING, S/B, STRAIGHT, 5 INCH
SCISSORS, CURVED, 7 INCH, METZENDORF
SCISSORS, STRAIGHT, 7 INCH, METZENDORF
SCISSORS, BANDAGE, LISTER, 5 1/2 INCH
SCISSORS, THUMB TISSUE, 1 x 2 x, 5 1/2 INCH
FORCEPS, SEPARATED, THUMB, DRESSING, 5 INCH
FORCEPS, UTILITY
FORCEPS, TISSUE, ALLIS, 4 x 5, 1, INCH
FORCEPS, STRAIGHT, KOCHER, 5 1/2 INCH
FORCEPS, CURVED, CRILE, 1, 1/2 INCH
HOLDER, NEEDLE, HEBSTER, SMOOTH JAWS, 5 INCH
DIVIETER, COLLYER, 39-0 CM
TAP MEASURE, PIER GLASS, IN PLASTIC CASE,
GRADUATED IN INCHES AND CM., 5 FT, 150 CM
HANDLE, SCALPEL, NO.5
SCALE, INFANT, WEIGHING, TOTAL CAPACITY, 25 KILOGRAMS, SUB-DIVIDED
IN 100 GRM DIVISIONS IN ONE REVOLUTION, COMPLETE WITH WATER PROOF
PANTS, ZINC PLATED HOOK, AND CARRYING CASE
CENTRIFUGE, HAND OPERATED

BASIN, EMBESIS, STAINLESS STEEL, 10 GAL.
BASIN, UTILITY, 7 QUART
TRAY, INSTRUMENT, 8 x 5 x 3 INCHES, COVER
JAR, DRESSING, W/LTD, 2 1/4 QUART
BOWL, SPONGE, STAINLESS STEEL, 1 QUART
BRUSH, HAND, NYLON
PAN WITH COVER, 12 1/8 x 7 5/8 x 2 1/8 INCHES
TUMBLER, STAINLESS STEEL, 7 OZ
PAIL, STAINLESS STEEL, 7 QUART
COVER, PAIL, STAINLESS STEEL
STETHOSCOPE, DELEE-HILLIS STETHOSCOPE FOR METAL HEARTBEAT
PIPETTES, HEMOGLOBIN, SAULT,
CATHETER, FEMALE, RUDNER, MEDIUM
CATHETER, FEMALE, RUDNER, LARGE
LEAP, ALCOOL, METAL, 2 OZ.
WICK FOR ALCOHOL BURNER 12s
TUBE, CENTRIFUGE, GLASS, UNYGRADUATED, 12s
TUBE, CENTRIFUGE, GRADUATED, POLY-METHYLENE
SLIDES, MICROSCOPE, SLIDES, GLASS, 3" x 1", 72s
STERILIZER, PRESSURE COOKER TYPE, W/PRESSURE GAUGE, 25 QUART,
STERO - CLAVE MODEL OR EQUAL
FORCEPS, COVER GLASS, 4 1/2 INCH, SERRATED HANDLE WITH GUIDE, STRAIGHT
BLADE POINT
PIPETTES, MEASURING, GLASS, ROHR TYPE, GRADUATED UP TO 10 ML, 18 TO
A CASE
TEST TUBE BRUSH, NYLON, 9" x 3/4", 12s
TEST TUBE SUPPORT, WOOD FOR 12 TEST TUBES, HOLES 7/8 INCH DIA, 1 SHAFT
TEST TUBE HOLDER, SPRING BRASS, NICKLE PLATED, 5" LONG FINGER GRIP, 12s
BURNER, COLEMAN MODEL, FUEL, HIGH GRADE, 2-BURNER
COVER GLASS, MICROSCOPE, KIMBLE, 10 OZ PER PACKAGE
NEEDLE, SURGEON'S 1/2 CIRCLE, TAPER POINT SIZE 3, ANCHOR OR EQUAL
NEEDLE, SURGEON'S * CIRCLE, CUT POINT, SIZE 3, ANCHOR OR EQUAL
SUTURE CATGUT, W/DERMAL NEEDLE, DAVID-CECH OR EQUAL
SUTURE, NYLON, W/NEEDLE, DAVID CECH OR EQUAL
GLOVES, SURGEONS SIZE 7 1/2 DISPOSABLE, 432s, PERRY PRODUCT OR EQUAL
RUBBER SHEETING, 25 YDS. x 36" (IL-F PRODUCT OR EQUAL)
THREAD, DACRON, WHITE, BRAIDED, NO 1, 100 YDS