

RESUME D'EVALUATION DU PROJET.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES.

1. Le projet des soins de santé primaires en milieu rural devra augmenter le nombre de Zones de santé de 50 à 100, et les centres de santé de 250 à 650. Le projet devra être prolongé sur 4 à 5 ans, avec de nouveaux fonds débutant l'année 86.
2. Les objectifs du projet devront être révisés suivant les recommandations de la Direction du projet tenant compte des exceptions consignées dans le rapport.
3. Des instructeurs en provenance des Zones de santé rurale devront être envoyés au sein, des institutions appropriées dans les pays francophones pour subir une formation poussée en soins de santé primaires.
4. Le projet devra insister sur la formation régionale des centres de formateurs pour superviseurs, infirmiers et Agents de santé communautaire.
5. Des voyages d'étude dans d'autres pays africains devront être organisés pour le staff de SANRU, Etat zairois ainsi que pour les chefs médicaux des Zones en vue d'observer des approches d'auto-financement, naissance désirable et de formation. Ces staffs devront également effectuer des visites entre les Zones de Santé rurales au Zaïre.
6. SANRU devra diversifier les Ecoles américaines de Santé Publique choisies en vue des études de maîtrise (MPH) pour les Médecins et Administrateurs.
7. La conférence annuelle de santé devra continuer sans faille et devra constituer une priorité budgétaire de l'USAID. D'autres Agences devront partager les coûts si nécessaire. Des conférences régionales devront être également prises en considération.
8. La stratégie d'évaluation adoptée par SANRU devra se concentrer sur quelques indicateurs indirects de services de santé améliorés tels que: Accessibilité, Couverture et Participation des villages dans les programmes de santé; le système d'information sanitaire devra être réduit à quelques items-clés.
9. Le Staff de SANRU devra être étendu en vue de maintenir la qualité de performance et d'entreprendre de nouvelles activités recommandées. Un superviseur zairois du système d'information sanitaire est particulièrement recommandé.
10. SANRU devra offrir de l'aide aux Zones de santé rurales dans l'amélioration des systèmes régionaux d'approvisionnement.
11. L'USAID/ZAIRE devra engager un préposé aux achats au lieu des techniciens afin d'effectuer les achats des articles du projet.
12. Les produits pharmaceutiques achetés avec les fonds de l'USAID devront se limiter à des produits efficaces de base par catégorie (ex. un anti-biotique, un antimalarien).
13. L'assistance technique dans la gestion financière devra être procurée aux centres de santé.
14. SANRU devra fournir plus d'expertise technique aux zones de santé rurales dans le domaine de la construction des latrines, améliorées et de la protection des sources d'eau potable. *technique de* ^{pour améliorer}
15. L'USAID devra entreprendre des discussions avec l'Etat zairois en vue de trouver des issues concernant le statut légal des Zones de santé.
16. L'assistance devra être fournie à la 5e Direction du Département de la Santé publique en matière de coordination des soins de santé primaires au Zaïre.

PROJET DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN MILIEU RURAL.
EVALUATION MI-TRIMESTRE.

CONTENU

Résumé d'évaluation du projet - Partie I	1
- Partie II	5
Rapport détaillé d'évaluation	
I. Introduction	11
II. Les INPUTS de SANRU	12
III. Les OUTPUTS émanant des INPUTS/SANRU	17
IV. Degré d'avancement vers les objectifs du Projet	27
V. But	31
Documents révisés	33
Interviews à Kinshasa	35
Interviews et visites dans 9 Zones de Santé rurale	36
Drodro	37
Kasangulu	40
Kaziba	42
Kirotshe	45
Nyankunde	47
Oicha	51
Rutshuru	54
Rwanguba	57
Uvira	60
Résumé exécutif d'évaluation pour le Bureau africain	63

13. RESUME.

L'Etat zaïrois, dans la conception des soins de santé, prévoit la division de la nation en zones de santé bien définies, avec une couverture sanitaire de toute la population par des centres de santé et des hôpitaux de référence. Le plan quinquennal en application prévoit 146 zones de santé opérationnelles d'ici l'an 1986.

Le projet SANRU de l'USAID est bien conçu et s'accorde avec le plan du Conseil exécutif. Il est conçu en tant que projet stratégique qui fournit l'assistance technique à 50 zones de santé au lieu des services directs à la population. Les fournisseurs de services se comptent parmi les institutions religieuses et étatiques désireuses de prendre la responsabilité des superficies géographiques entières et qui ont opté pour l'approche des Soins de santé primaires.

Le projet est organisé en tant que don à l'Etat zaïrois dans le cadre des accords de coopération confiant la supervision du projet à l'ECZ. Le bureau du projet utilise une ~~équipe~~ ^{équipe} de 5 membres. Le bureau officiel correspondant est le bureau des Soins de santé primaires (5e Direction) du Département de la Santé Publique. Ce nouveau bureau ~~emploie un personnel~~ ^{est} composé de 4 membres.

SANRU et l'Etat zaïrois coopèrent très bien avec une variété d'organisations volontaires privées et des Agences donatrices dans le but de promouvoir les Soins de santé primaires au Zaïre. Ils s'efforcent à superviser des ressources de telle sorte à minimiser le double emploi et pour que les Zones de santé rurales reçoivent de l'Assistance dont elles ont besoin.

Le projet prévoit la conversion de 250 dispensaires curatifs en Zones de santé (ZSR^o) et la dispensation des services préventifs en plus des soins curatifs améliorés. Les Comités de développement de village et des centres de santé serviront comme les ressources de soutien en vue de transformer le système sanitaire au moins en système auto-financé partiellement. Les services, préventif et curatif, seront assurés par les infirmiers ou par les agents de santé communautaire. L'assainissement et l'éducation sanitaire constituent le travail d'animateurs du village.

SANRU supporte toutes les activités par des conseils techniques, fournitures, séminaires avec matériels didactiques, la construction de sources d'eau et salles de classe, ainsi que le transport (véhicule et carburant). Le quartier général prend la responsabilité directe de la formation de Directeurs médicaux de zones et celle des superviseurs de Zone. Chaque année, une conférence nationale de santé discute les concepts du projet, progrès réalisés les issues et problèmes. Cette rencontre est hautement efficace dans la recherche du support de projet.

SANRU assiste les Zones de santé rurales dans la supervision des centres de santé, la formation d'infirmiers et d'agents de santé communautaire, la logistique comprenant les produits pharmaceutiques et transport, la collecte d'information sanitaire et analyse, la supervision d'agents de santé communautaire ainsi que dans les comités de développement du village.

Le projet SANRU réalise d'excellents progrès en aidant des groupes à établir 50 zones de santé rurales et 250 centres de santé qui insistent sur les services préventifs aussi bien que curatifs. Alors qu'il y avait un peu de retard dans le démarrage de l'Administration du projet et des délais très longs dans la fourniture de matériels, les objectifs du projet s'accomplissent de façon prévue. 36 zones de santé sont déjà établies et 55 dispensaires ont été convertis en centres de santé. Des centaines d'agents de santé communautaire et de comités de développement ont été formés et placés en opération. Le projet devra ainsi atteindre la majorité de ses objectifs vers la fin de l'assistance USAID en 1986.

La difficulté de clarifier les limites des Zones de santé rurales ainsi que de leurs responsabilités a handicapé le progrès de certaines parties du pays. En général cependant, SANRU a servi comme stimulus et catalyseur pour l'Etat, les Agences privées, bilatérales, ou multilatérales afin de travailler vers un but commun de santé pour tous au Zaïre usant des stratégies des soins de santé primaires.

14. METHODOLOGIE D'EVALUATION.

L'équipe d'évaluation organisée par le Département de la Santé publique et l'AID/ZAIRE était composée de :

Dr. Kalambay Kolula - Médecin de Santé publique; 5e Direction de la SP/Etat zaïrois; Chef d'équipe d'évaluation.

Dr. Judith Brown - Anthropologue médical, Kinshasa.

Cit. Utshudi Lumbu - Pharmacien; Chargé du projet SANRU, USAID/Kinshasa.

Dr. Shepperd - Médecin de Santé publique; Responsable sanitaire régional de l'AID, RDSO, Abidjan, C.I.

L'équipe était assistée de 4 personnes :

DR. Franklin Baer - Administrateur du projet: SANRU, ECZ.

Cit. Nlaba Nsona - Assistant médical; Directeur du bureau médical ECZ; Directeur du projet SANRU.

DR. Miatudila Malonga - Médecin de santé publique; représentant de l'Etat zaïrois dans le projet SANRU; Administrateur du Comité National des Naissances Désirables

MR. Richard Thornton - Agent sanitaire, USAID/ZAIRE.

L'équipe d'évaluation a revu le scope de travail préparé par USAID/ZAIRE et a utilisé les méthodes suivantes pour évaluer SANRU. Tous les quatre évaluateurs sont passés par les étapes ci-après :

1. Revision des documents comprenant le document du projet, rapports internes, un rapport d'Inspecteur général de l'AID. Voir liste des documents en annexe.
2. Interviews à Kinshasa du personnel de bureau SANRU, USAID, ECZ, OXFAM, WMS, ETAT et PE. Liste en annexe.
3. Visites de site sur terrain de 9 zones de santé rurales dans le Kivu, Haut-Zaire et Bas-Zaire. Interviews des inspecteurs régionaux de santé, de Chefs médicaux de zones, d'agents des hôpitaux de référence, de volontaires du Corps de la Paix, infirmiers et agents de santé communautaire. Des maternités, centres de santé et postes de santé ont été explorés comprenant plusieurs autres établissements non encore intégrés dans les activités des zones de santé rurales. Des réunions ont été tenues avec trois comités de développement et de nombreux sites de source d'eau ont été visités. Quelques latrines ont été inspectées. Les rapports sur chaque Zone de santé rurale sont en annexe.
4. L'analyse de matériel de formation, des formulaires de collecte de données, des notes cliniques ainsi que des rapports statistiques.
5. Comme le rapport d'activité SANRU d'avril 1984 (Document 14) contenait plusieurs observations de valeur ainsi que des recommandations, les évaluateurs ont tenté ^{en consultation} avec ~~consistance~~ d'exprimer leur approbation ou désapprobation et de formuler leur propre évaluation, ~~et~~ conclusions et recommandations.
6. Finalement, l'équipe d'évaluation s'est penchée sur la discussion de leur trouvaille, ensuite elle s'est mise d'accord sur les conclusions et recommandations, puis finalisa le rapport.

15. FACTEURS EXTERNES.

L'apparition de SANRU sur scène du développement des Soins de santé primaires au Zaïre était tombée à point. L'événement le plus favorisant était l'adoption par l'Etat du plan sanitaire 1982-1986 qui prévoit l'établissement des Zones de santé rurales en donnant la priorité au services préventifs sur les curatifs, avec exigence des paiements de la part des utilisateurs au lieu des soins gratuits, et en acceptant le rôle d'agents paramédicaux de santé communautaire. Le projet était favorisé par le retour à temps des boursiers USAID formés en maîtrise de Santé Publique et destinés à occuper des positions vitales au Dpt. de la Santé Publique et qui serviraient de consultant dans les efforts de SANRU en matière de formation.

La stabilité ^{politico} du Zaïre continue, malgré la ^{pa} préoccupante situation économique qui a contribué ~~aux arguments~~ en faveur du financement ~~les utilisateurs de service de santé~~. Le pays a été harcelé par de sérieuses sécheresse, famine ou calamités naturelles. L'ECZ a été ferme dans l'appui du projet tant au niveau des ses sièges que sur le terrain.

En Janvier 1982, le Zaïre a manqué à plusieurs de ses paiements vis à vis des institutions américaines et était placé sous l'amendement Brooke jusqu'à Septembre 1982. Cela a provoqué un retard de 9 mois à la mise en exécution du projet.

L'Etat zaïrois a récemment souffert des réductions budgétaires. Malgré la promesse ~~précise~~ d'assister financièrement 25 Zones de santé rurales, le Dpt. de la SP a envoyé des fonds seulement à deux zones. Cependant, ceci n'a eu que d'impact négatif mineur sur le projet SANRU, puisque ce projet a été conçu de façon à utiliser très peu d'input financier de la part de l'Etat zaïrois. Les zones de santé continuent à fonctionner comme prévu et ne dépendent pas lourdement des subsides de l'Etat zaïrois. Certains salaires, médicaments et opérations journalières sont couverts par les frais versés par les utilisateurs. La formation, l'assistance technique et quelques articles de base sont fournis par SANRU (et quelques fois par des organismes internationaux de santé). En fin de compte, beaucoup de zone dépendent d'Eglises partenaires de quelque part ailleurs.

16. INPUTS. Exception faite des retards dus à l'amendement Brooke, les contributions de l'USAID, de l'ECZ et de l'Etat zaïrois ont été d'une souplesse raisonnable. Alors que les livraisons des matériels ont retardé certaines opérations sur terrain, les inputs de formation sont provenus de diverses sources avec des résultats mélangés. La formation des médecins et infirmiers superviseurs a été bien accomplie. La formation long terme, à l'étranger des médecins et administrateurs a connu des retards. Certaines améliorations en technologie de formation sont requises en vue de renforcer le recyclage des infirmiers ~~de première ligne~~, agents de santé communautaire et des comités de développement.

Des ajustements sont nécessaires dans la sélection pharmaceutique en vue d'aiguiller les ressources de l'AID sur les produits les les plus efficaces à être utilisés au niveau le plus élevé de service.

17. OUTPUTS.

Le rapport d'activités du projet de mois d'Avril 1984 ^{donne} ~~exhibé~~ les niveaux ^{différents} ~~ou dessous d'att~~ ^{atteints} ~~chaque~~ ^{ou} ~~output~~ :

<u>Objectifs du projet</u>	<u>Prévision</u>	<u>Output 82-83</u>	<u>% d'objectif projet</u>
<u>Formation</u>			
Agent de santé comm.	1500	528	35 %
Accoucheuses tradit.	400	127	32 %
Comités de developp.	3000	802	27 %
Infirmiers	750	428	57 %
Superviseurs	50	19	38 %
Directeur méd./Administ.	50	33	66 %
Maîtrise en Santé publ.	30	4	13 %

Infrastructure

Zones de santé rurale	50	36	72 %
Centres de santé	250	85	34 %
Latrines	25000	52000	200 %
Sources d'eau aménagées	1500	325	22 %
Puits	500	5	1 %
Programmes de vaccinat.	1000	381	38 %
Propharmacies	1000	155	16 %
Acceptantes de naissances désirables	150000	15200	10 %
Laparoscope/Minilap	20	11	55 %
Salles de classe	12	3	25 %
Système d'information sanitaire	-	-	-

L'équipe d'évaluation a conclu que le projet atteindra la plupart de ses objectifs comme prévu.

Quelques chiffres d'output nécessitent des modifications dues au ~~doute~~ ^{fait} que les buts ⁱⁿ étaient ^{pas} réalistes (naissances désirables) ou que l'approche ^{était} ~~était~~ ^{était} viable (puits). Des modifications recommandées par la gestion du projet consignées dans le rapport d'Avril 1984 (Document 14) sont dans l'ensemble acceptées par l'équipe d'évaluation, exception faite de programmes de naissances désirables et de vaccination (voir p. 27 et 28). Des outputs supplémentaires ne sont pas nécessaires pour atteindre le but du projet.

18. OBJET. Le cadre logique du projet stipule que le but du projet est d'établir un système des soins de santé primaires soutenu par la communauté et capable de dispenser le traitement préventif et curatif contre les 10 problèmes prévalents dans les 50 zones au Zaïre.

La finalité du projet prévoit un système capable de dispenser la prévention de base et le ~~traitement~~ ^{de traitement} des maladies locales, ~~et qui fonctionne~~ ^{ce système devrait} sur une base d'auto-financement.

Trois activités majeures sont identifiées :

Premièrement, aider les hôpitaux à développer des zones de santé rurales qui se concentrent sur la prévention et le traitement;

Deuxièmement, aider ces zones à convertir les dispensaires existants dans leur ressort en Centres de santé orientés vers la prévention.

Troisièmement, développer la participation des communautés dans le soutien de ces Centres de santé de sorte que ceux-ci relèvent d'auto-financement au moins en termes de produits pharmaceutiques.

En ce qui concerne les deux premières activités, le projet est clairement placé sur la voie vers la mise en exécution pleine de promesse. Peu d'attention cependant est faite sur le développement des comités visés pour soutenir le travail au village et au niveau des centres de santé. L'assomption originale que les médecins et infirmiers pouvaient organiser et former les comités ne semble pas tenir debout et nécessite d'être repensée.

En outre, les procédures d'auto-financement nécessitent l'encouragement et des études. La plupart d'utilisateurs de centres de santé paie les frais de consultation et quelque chose pour les produits. Dans certains centres, les frais de soins couvrent à peine le coût des produits. Ailleurs, il semble que les frais de soins payent les produits pharmaceutiques, salaires et certains coûts de la supervision centrale. Le projet a besoin de se concentrer sur ces questions et d'assister les zones de santé dans ces procédures de gestion financière. Une étude de financement est en cours dans quelques zones de S.F. étude effectuée par l'entremise de projet AID (PRICOR). Les résultats devront être utilisés à beaucoup de Zones de santé rurales.

19. BUT. Le but final du projet est d'améliorer le niveau de santé de la population rurale et augmentant la proportion des zairois ruraux qui ont accès aux services de santé de base.

Le projet contribue à ce but par l'organisation réussie des ZSR et par la conversion des dispensaires en centres de santé. Le système de rapport est conçu pour mesurer l'accès aux services de santé ainsi que leur utilisation. Aucune étude d'impact sanitaire n'a été entreprise, mais l'équipe d'évaluation recommande des études locales sur des impacts spécifiques.

20. BENEFICIAIRES.

Le projet organisera les systèmes de zones de santé rurales pour une population de 1,25 million éparpillée à travers le pays (250 centres de santé x 5000 habitants chacun). Les bénéficiaires principaux seront des femmes et enfants qui constituent l'objectif des services préventifs et curatifs. Des communautés entières bénéficieront d'activités du projet telles que protection des sources d'eau potable, assainissement de village et traitement de déchets humains, hygiène et éducation nutritionnelle ainsi que le développement économique en général. La promotion d'auto-financement aidera à assurer la continuation du système sanitaire du village après que l'assistance du projet ait pris fin. Les bénéficiaires indirects sont les agents zairois de santé communautaire qui ont été formés pour gérer et évaluer les soins de santé primaires. Les organisations pour lesquelles ils travaillent sont aussi des bénéficiaires, comprenant l'Etat zairois, l'ECZ et autres.

21. EFFETS NON PLANIFIES.

Il y a eu trois effets majeurs positifs non planifiés considérés comme résultats du projet SANRU. (1) La stimulation du Dpt. de la S.P. a créé la 5^e Direction (SSP) comme étant le point focal du développement de Soins de santé primaires. Cette Direction a été renforcée par les médecins de la S.P. récemment de retour au terme de leur formation aux USA. (2) Les 50 ZSR de SANRU comprenaient plusieurs hôpitaux catholiques. Le bureau national médical catholique a maintenant enchainé avec la formation et développement des ZSR au niveau de 28 hôpitaux supplémentaires. (3) La révision des politiques de développement sanitaire des donateurs tels que l'organisme de coopération allemande. Cet organisme a déplacé le centre de ses activités au Zaïre quittant les soins médicaux hospitaliers pour aller vers les soins de santé du village.

Un effet négatif non planifié a été l'exclusion de l'importante Eglise Kimbanguiste à la qualification pour gérer une zone de santé rurale. Malgré leurs multiples activités en soins de santé primaires, les Kimbanguistes ne possèdent pas d'hôpitaux de référence dans leur secteur de Kamba, ainsi, par définition, ils ne peuvent pas gérer une Zone de santé rurale.

22. LEÇONS TIREES.

- 1) Envoyer des dirigeants locaux en formation aussi tôt que l'on tombe d'accord sur le P/D en utilisant les fonds AMDP ou ceux du vieux projet.
- 2) Une conférence annuelle nationale de santé donne l'occasion à un dialogue sur la poli sanitaire nationale. Les agents de santé communautaire en provenance du terrain ainsi que des planificateurs jouent des rôles majeurs dans la présentation et discussion des issues impliquées. Ainsi, les politiques adoptées nationalement, plans, priorités et définitions prennent naissance. En plus, des donateurs ont l'occasion d'entrer en contact avec des sous-projets, à financer ou à étudier.
- 3) Sanru est un projet stratégique, c.à.d il développe les capacités sanitaires (telles que planification, formation et infrastructure) plutôt que dispenser des services sur le terrain. Parce que SANRU n'a pas concentré ses ressources sur le micro, des centaines de zairois sont maintenant préparés à travailler avec d'autres (60000 à 200.000 habitants) et dans la gestion nationale. SANRU a donné une grande opportunité au renforcement de dialogue sur la politique existante et de construction des institutions.

23. COMMENTAIRES SPECIAUX.

- 1) Nous anticipons que beaucoup de nos recommandations ne seront pas entièrement actées avant la fin du projet en 1985.
- 2) Le personnel central de SANRU est régulièrement consulté par tous les organismes officiels ou privés engagés dans les soins de santé primaires au Zaïre.
- 3) Le plan sanitaire de l'Etat zaïrois prévoit l'établissement de 250 zones de santé d'ici l'an 1990. Le rôle de l'Etat zaïrois dans les soins de santé primaires est d'orienter la politique sanitaire, déterminer les priorités, standardiser les stratégies, échanger des informations, évaluer et coordonner toutes les activités des soins de santé primaires.
- 4) SANRU a présenté un cadre critique d'organisation à l'intention des stagiaires venant de l'étranger.

L'exécution de ces activités sont assurées par de différents organismes tant nationaux qu'internationaux.

La 5e Direction du Dpt. de la S.P. est supposé jouer le rôle de coordination, mais malheureusement cette nouvelle direction n'est pas encore complètement fonctionnelle. SANRU est entrain de la seconder de diverses manières, telles que l'implantation des activités des soins de santé primaires, la formation, le système d'information et l'évaluation.

- 5) Il n'y a pas de substitut semblable en ce qui concerne le rôle joué par SANRU dans le développement de la formation jusqu'à ce que les institutions locales se consolident et que l'Ecole de santé publique devienne une réalité.
- 6) D'autres projets USAID/ZAIRE (Ecole de S.P., nutrition, naissances désirables et maladies infantiles) sont grandement assistés par le rôle stratégique de SANRU. Leur succès dépend beaucoup de la continuation des activités des ZSR et de celles des centres de santé. Beaucoup de leurs plans peuvent être mis en exécution seulement lorsqu'un véhicule comme SANRU peut distribuer leurs technologies dans le milieu rural.

Par conséquent, l'Equipe d'évaluation recommande sans réserve que le projet soit prolongé de 4 à 5 ans afin de couvrir un total de 100 zones de santé rurales.

Deux aspects de ce projet doivent être soulignés:

- ... le développement d'infrastructure en terme de fournitures pharmaceutiques et médicales
- ... la formation des formateurs pour infirmiers et agents de santé communautaire au niveau de village.

RAPPORT DETAILLE D'EVALUATION

I. INTRODUCTION.

Le projet SANRU est issu du concept de développement des Soins de santé primaires prônés au Zaïre-Kinsantu tôt vers 1926. La zone administrative organisa un système de Centres de santé ruraux en liaison avec un hôpital de référence. Le modèle était suivi après par plusieurs hôpitaux membres de l'Eglise du Christ au Zaïre. En 1980, de nombreux hôpitaux contactèrent l'USAID pour assistance, mais à cause du grand nombre de demandes, la mission préféra l'approche de groupe. Le document du projet de 1981 a prévu l'assistance de l'USAID dans la formation de 50 Zones de santé rurales et dans la conversion de 250 dispensaires curatifs en centres de santé disposant des services préventifs en supplément aux soins curatifs améliorés. Les comités de développement de village et les centres de santé avaient à servir de source d'appui en vue de transformer le système sanitaire en système auto-financé sur le plan produits pharmaceutiques. Les services curatifs et préventifs devaient être assurés par des infirmiers ou par des agents de santé communautaire. L'assainissement et l'éducation sanitaire étaient réservés aux animateurs du village.

A ce jour, 96 hôpitaux (Protestant/ECZ, Catholiques et publics) ont contacté SANRU pour assistance dans le développement de leurs Zones de santé rurales. 15 Zones ont été sélectionnées pour Phase I du projet, 22 pour phase II, et 14 pour phase III (tout récemment débuté) ^{au}

SANRU assiste les Zones de santé rurales en gestion des centres de santé, formation d'infirmiers et d'agents de santé communautaire, logistiques comprenant le support pharmaceutique et transport, collecte d'information sanitaire et analyse ainsi qu'en supervision des agents de santé communautaire et communautés de développement.

SANRU supporte toutes les activités par des conseils techniques, fournitures, séminaires avec matériels didactiques, construction des sources d'eau et salles de classe ainsi que par le transport (véhicules et carburant). Le quartier général prend la responsabilité directe de la formation des Directeurs médicaux de zones et celle des superviseurs de zone. Chaque année une conférence nationale de santé discute les concepts du projet, progrès réalisés, issues et problèmes. Cette rencontre est hautement efficace dans la promotion du concept des Soins de santé primaires et dans la recherche du support du projet. ^{de la}

Le projet SANRU est bien conçu et est en accord avec le plan des Soins de santé primaire de 5 ans adopté par l'Etat zaïrois prévoyant 146 zones de santé vers 1986. Le projet est également bien conçu en tant que projet qui offre l'assistance technique plutôt que des services.

Finances

Il y a deux sources des finances pour le projet SANRU :

- A. USAID en forme de don de \$ 4.864.000. Ces fonds couvrent les catégories principales de dépenses ci-après :
 - Achat des véhicules, motos, vélos, médicaments et équipement médical.
 - Formation à l'étranger du personnel sanitaire
 - Paiements des services techniques.

B. L'Etat zairois offre 3 sortes de support financier :

- Les fonds de contre-partie qui, au début du projet étaient estimés à un total de Z.2324.000. A ce jour, l'Etat zairois a contribué ~~la somme~~ ^{pour} de Z.10.000.000. Ces chiffres semblent excéder de loin la contribution de l'Etat zairois, mais les facteurs de l'inflation devront être pris en considération dans la révision des comptes.
- L'Etat zairois paie les salaires du personnel sanitaire dans les hôpitaux et dispensaires publics. ~~L'Etat zairois~~ paie également les salaires des médecins zairois et de quelques infirmiers oeuvrant au sein des institutions conventionnées. *financièrement*
- L'Etat zairois compte assister ^{imprévisibles} quelques 25 zones de santé rurales déjà sur pied ~~avec des fonds~~. Le Département de la Santé publique a souffert des réductions budgétaires qui n'ont permis que l'assistance à 2 zones de santé rurales jusqu'à ce jour.

Des facteurs ~~invisibles~~ tels que l'inflation et les réductions budgétaires rendent les contributions de l'Etat zairois incertaines, mais ceci ne semble pas avoir eu un impact négatif sur les outputs du projet ainsi que sur son progrès. Les systèmes d'auto-financement ont été acceptés par la plupart de zones de santé rurales, et quelques unes des zones reçoivent de l'assistance des organismes religieux à l'étranger ou des agences internationales sanitaires.

II. INPUTS DE SANRU

A. Organisation.

Le projet est organisé en don à l'Etat zairois dans le cadre d'un accord de coopération confiant à l'ECZ la gestion du projet. L'organe officiel de management de ce projet est la 5e Direction du Département de la Santé publique. Ce bureau récent compte un personnel de 4 membres.

L'agent USAID chargé de ce projet, Cit. Utshudi, est un zairois ayant 5 ans d'expérience dans les projets AID.

Le Directeur du projet pour le compte de l'ECZ est un infirmier-administrateur, Cit. Nlaba, qui a travaillé pendant 15 ans au sein de l'ECZ.

Un contractant des services du personnel USAID, Dr. Franklin Baer, est l'Administrateur du projet et ainsi remplit les fonctions de responsable exécutif. Il possède un doctorat en Santé publique avec une expérience professionnelle de 7 ans au Zaïre.

Le Staff de l'ECZ comprend aussi une Directrice chargée de la formation et des naissances désirables (Ms. Florence Galloway) et un contrôleur (Rev. Ralph Galloway), un assistant administratif et enfin un secrétaire. Les Galloway sont supportés comme missionnaires par leur Eglise américaine.

SANRU et son correspondant officiel des soins de santé primaires (5e Direction) coopèrent avec d'autres donateurs afin de promouvoir les soins de santé primaires au Zaïre. Ils s'arrangent pour gérer des ressources de telle sorte qu'il y ait peu de duplication et que les zones de santé reçoivent l'assistance dont elles ont besoin. Un organisme très actif de l'Etat zaïrois est sans doute le P.E.V (programme élargi de vaccination) qui fournit la formation et du matériel aux zones qui s'intéressent à l'immunisation, contrôle de malaria et de maladies diarrhéiques. L'UNICEF fournit de grandes quantités de matériels - véhicules, réfrigérateurs et produits pharmaceutiques, au moment où l'OMS supporte la formation et la planification. L'OXFAM offre l'assistance technique et de l'équipement dans quatre régions. Les volontaires du Corps de la Paix américain oeuvrent dans les ZSR où ils assurent la promotion de l'éducation sanitaire, forment, recyclent les agents de santé communautaire et donnent un ^{de} main dans les projet de l'eau.

Le budget du projet est géré comme suit : les fonds américains sont tenus par les Agents USAID. Les fonds de contrepartie du Zaïre sont conjointement gérés par l'Etat zaïrois, l'ECZ et l'USAID. Les fonds du Corps de la Paix le sont par son propre bureau. L'Etat zaïrois ne reçoit pas de fonds directs pour le projet, mais signe l'autorisation pour les fonds américains et de contrepartie.

B. Formation.

1. Introduction: Les inputs de formation SANRU sont probablement ceux ayant l'impact le plus avancé en termes de personnes et organisations affectées. Le programme de formation exige beaucoup de responsabilité pour atteindre les buts et objectifs du projet. Alors que le budget pour la formation est modeste, le temps et effort consentis aux séminaires, ateliers, conférences, cours, enseignement, équipement et matériels didactiques représentent probablement le montant le plus important des activités SANRU.

2. Au début du projet, les ZSR exécutaient des programmes de formation pour infirmiers et A3 en vue d'équiper en personnel les hôpitaux existants, les dispensaires orientés vers ~~le centre~~ ^{le centre} ainsi que les maternités. Une zone (Nyankunde) avait déjà commencé à former les agents de santé communautaire bien avant que l'assistance ne devienne disponible. Très peu de zones n'avaient la capacité de recyclage. Au niveau exécutif, aucun recyclage n'a été institutionnalisé pour les médecins, infirmiers ou administrateurs de programmes de santé publique et cela bien que les administrateurs étaient formés à l'Institut Supérieur de Techniques médicales (ISTM). Des cours périodiques sur des sujets de Santé publique ont été dispensés par divers donateurs tels que UNICEF, OMS et Coopération belge.

3. La stratégie du projet SANRU est de supporter la formation des zones de santé rurale centres de santé et au niveau des villages. Les catégories de personnes à former sont les suivantes :

- Zone de santé rurale
 - Chef médical de zone (Médecin)
 - Administrateur (Médecin ou Infirmier gradué A1)
 - Superviseur (souvent infirmier A2)
- Centre de santé
 - Infirmier (A2 ou A3)
 - Aide-infirmier ou en assainissement
 - Comité de développement (représentants des villages environnants)
- Village
 - Agent de santé communautaire
 - Animateur
 - Accoucheuse traditionnelle
 - Comité de développement (résidents locaux)

Les stratégies de formation du projet sont nombreux. Au niveau exécutif, le chef médical de zone suit un programme de 1-5 semaines en thèmes de Santé publique comprenant la planification, contrôle des maladies, développement communautaire et la méthodologie d'enseignement. Des travaux d'^{ateliers} sont prévus pour les sujets techniques. Le ~~chef médical de zone~~ ^{le chef de zone} (NCZ) ou son assistant sont éligibles pour la formation aux USA dans le domaine de santé publique avec accent sur les cours de management.

Pour les superviseurs, la stratégie de formation est d'envoyer une équipe d'instructeurs dans chaque région en vue de former des groupes de 10 à 15 personnes. Des infirmiers seniors, médecins ou dentistes en provenance des zones de santé rurales constituent les groupes visés. Les superviseurs de Kivu, Bas-Zaïre et Bandundu ont été ~~formés~~ ^{formés} jusqu'ici.

La stratégie pour les infirmiers A3 existants est de les recycler dans leur rôle des soins de santé primaires. Leur formation est développée par le ~~chef médical~~ ^{le chef de zone} de zone et le corps enseignant de nursing existant au sein de la zone de santé. Le curriculum de l'école de nursing à l'intention de nouveaux infirmiers A2 et A3 a été révisé par le Département de la Santé publique en 1982 dans le but d'inclure un contenu significatif de soins de santé primaire. Le rôle de SANRU est d'assister les deux programmes de formation avec du matériel et de la technologie.

L'approche de formation des formateurs a été adoptée afin de relever le niveau des accoucheuses traditionnelles.

4. Ressources disponibles. SANRU fait usage de nombreuses ressources pour la formation

a) La Directrice de SANRU chargée de formation répond au nom de GALLOWAY, enseignante infirmière-accoucheuse, ayant une longue expérience en Afrique. Elle supervise des équipes de consultants locaux dans le domaine de maternité, management, nutrition, nursing en santé publique etc... SANRU verse des montants importants pour le matériel didactique, équipements, et conseil technique. Il y a eu des problèmes pour trouver du matériel didactique en Français. Ms. Galloway reçoit (mais n'a pas encore évalué) les programmes de formation développés par les Zones de santé rurales. Dr. Baer sert également de conseiller en formation et d'enseignant.

b) Le programme élargi de vaccination (PEV) est renforcé par le projet USAID "Lutte contre les maladies contagieuses infantiles (CCCD)". Le projet offre un personnel significatif de formation en divers sujets de Santé publique.

c) Plusieurs projets USAID sont utilisés et comprennent INTRAH, Johns HOPKINS International Program (JHPIEGO), Eau et Assainissement pour la santé (WASH), PRICOR, CEDPA e FPIA.

d) Une variété de PVO non religieux sont disponibles comprenant OXFAM, Organisation pour la réhabilitation à travers la formation (ORT) et Recherche médicale américaine ainsi que la Fondation pour l'enseignement (AMREF).

e) Certains Organismes des NATIONS UNIES tels que OMS et UNICEF offrent de modestes contributions pour la formation, habituellement en forme de fraternité. OMS rassemble les participants de SANRU en une sorte de projet régional AID/OMS pour les pays de l'Ouest et les ~~pays~~ ^{de l'Afrique Centrale} centrafricains dénommés "Renforcement des systèmes de santé (SHDS)

f) Les institutions d'enseignement de l'Etat zaïrois utilisées dans la formation SANRU comprennent la Faculté de médecine de l'Université de Kinshasa (UNIKIN), l'Institut Supérieur de Techniques Médicales (ISTM) et le centre d'études pour la promotion d'action sociale (CEPAS).

C. Commodités (Fourniture) :

La provision de commodités essentielles aux zones de santé rurales constitue l'article budgétaire le plus gros dans le projet des soins de santé primaires. Certaines commodités sont obtenues localement au moyen de fonds de contrepartie, comprenant du ciment et les tuyaux en plastic pour aménager les sources d'eau. La plupart de commodités sont importées et payées en dollars US. Par exemple, des médicaments et équipements aident dans la conversion de 250 dispensaires de traitement en centres de santé. Des matériels didactiques, manuels sanitaires et équipement de bureau établissent et supportent la formation d'agents de santé communautaire. Des motos et véhicules assurent la supervision des Zones de santé rurales (L'équipe d'évaluation fait remarquer que les casques étaient inclus dans la commande de motos, mais les collaborateurs ont refusé ces mesures de prévention sanitaire. Les deux devront être fournis en même temps.)

Une variété de problèmes a été rencontrée dans l'importation de commodités :

1. Il y a eu un retard de 12-24 mois dans l'obtention de quelques commodités essentielles. Ceci a pu retarder la conversion de dispensaires de ZSR phase I. Au Kivu, quelques ZSR de Phase I et II se sont plaint particulièrement contre des retards prolongés dans la réception des microscopes, balances et médicaments importés des U.S.A.

2. Une des raisons de retard réside dans le système de livraison USAID/ZAIRE. Les Agents de l'USAID/Z non expérimentés dans les procédures d'achat, devaient écrire, re-écrire, passer des commandes et effectuer des livraisons eux-mêmes.

3. Des substitutions de produits ont eu lieu. Un système simplifié de traitement standard par les simples infirmiers et agents de santé communautaire ne peut pas tolérer des substitutions. Par exemple, un produit contenant du tylenol a été envoyé par le fournisseur d'aspirine spécifié dans le PIO/C. Le projet ainsi que USAID n'ont pas été consultés à propos de cette substitution et la situation a été découverte seulement après la réception du colis dans les magasins de Kinshasa. ^{connue}

Recommandations:

a) USAID/Z a besoin d'un agent qualifié en opérations Achats afin de placer des commandes directement auprès des fournisseurs ou par l'intermédiaire d'une agence transitaire

b) SANRU devra utiliser les fonds de contrepartie pour permettre aux ZSR d'acheter des médicaments localement auprès des fournisseurs courants. SANRU peut continuer à acheter des équipements médicaux des USA auprès des fournisseurs courants et/ou agents privés.

c) Les produits pharmaceutiques fournis par SANRU devront assurer un traitement efficace et simple ou une prophylaxie pour des maladies courantes. Un seul choix de traitement devra être disponible pour le personnel de santé le moins formé, par exemple un anti-malaria et un antibiotique.

d) Les bonnes relations de travail qu'a développé SANRU avec des organismes internationaux de santé, tels que U.ICEF et OXFAM, devront faciliter la spécialisation dans les procédures de commande. Chaque organisme donateur devra préciser les articles qu'il peut fournir le plus rapidement et facilement possible. L'assistance de SANRU devra viser les articles obtenables par les processus de commande AID avec de moindres contraintes.

e) Les commandes futures de véhicules du projet devront spécifier les ceintures de sécurité.

III. OUTPUTS DUS AUX INPUTS DE SANRU

Après les visites sur terrain, l'équipe d'évaluation ^{reconnait} ~~est~~ ^{unanime} ~~dans la reconnaissance~~ des résultats positifs de la formation d'agents de santé communautaire à tous les niveaux, de la création et organisation des ZSR, de la conversion des dispensaires curatifs en centres de santé et de l'établissement d'un système d'information sanitaire. Le projet est sur la bonne voie et fait de grands progrès ~~vers~~ ^{pour atteindre} les objectifs.

A. Formation

1. Programmes de formation en cours au Zaïre.

1.1. Formation de ^{Prédic. chefs} ~~chefs médicaux~~ de zones (CMZ) et administrateurs.

Deux sortes de formation ont été offertes. Des cours ont été donnés en 1982 et 1983 à l'UMIKIN pour les zones de Phase I et II. Ces CMZ ont suivi des cours de 5 semaines qui leur ont servi à comprendre les stratégies des soins de santé primaires ainsi que le fonctionnement des services, la méthodologie de la planification, les programmes de formation, l'épidémiologie et les biostatistiques ainsi que l'organisation communautaire. Ces cours ont été appréciés par les participants et ont abouti en évolution plus rapides des ZSR vers des organisations à orientation préventive accusant des niveaux considérablement enrichis de compétence gestionnelle en matière de santé.

En plus, des séminaires sur la planification d'une durée de 7 jours ont été organisés à l'intention des CMZ à l'issue de la conférence nationale annuelle de santé. Les CMZ interviewés ont déclaré qu'ils étaient édifiés en termes de (1) meilleure compréhension des soins de santé primaires (2) de compétence à planifier les opérations de leur zone, formation, logistique etc... et (3) d'identification de sources d'information et d'une variété d'autres ressources de valeur. Comme d'habitude, l'opportunité de partager l'expérience et de comparer les notes a été éducative pour les CMZ en provenance de Zone Phase I et II ainsi qu'à d'autres participants.

Les techniques sanitaires et l'enseignement continu de médecine tropicale ne sont pas offertes par SANRU. Il y a besoin continu de techniques de pointe chez les médecins et infirmiers de toutes les régions. Une attention particulière doit être faite sur les diverses maladies tropicales à haute prévalence dans les ZSR. Par exemple, les diverses modalités thérapeutiques de malaria indiquent un manque d'information courante au niveau de zone de santé. Les cours d'orientation sur la santé reproductive dispensés par JHPIEGO est typique des cours dont on a besoin (Le commentaire sur le contenu de l'enseignement médical continu par les cours dispensés aux CMZ de Phase I et II n'est pas possible par manque de documentation).

Les CMZ et autres ont suivi des cours de 3 semaines dispensés par le PEV. Ces cours comprenaient le management, les soins de santé primaires et vaccination, l'épidémiologie, la thérapeutique de malaria et maladies diarrhéiques. Ces cours ont été considérés très efficaces et très utiles. Des modules pour ces cours étaient préparés en coopération avec le Centre Américain pour Contrôle des Maladies dans le cadre du projet CCCD.

1.2. Formation des superviseurs

S.N.R.U. a organisé un excellent système de formation pour les superviseurs de zones de santé. Les participants sont des infirmiers A1 et A2, quelques médecins et dentistes. Une équipe de consultants-instructeurs comprend : un formateur en administration expérimenté dans l'OMS, un infirmier sénior diplômé d'Ecole de Santé Publique de Tulane et un statisticien de l'UNICEF. Les objectifs du cours sont clairs et pertinents. Le contenu du cours est adapté aux exigences du Zaïre, couvre des problèmes que les superviseurs peuvent rencontrer dans l'exercice de leurs fonctions au sein des systèmes des soins de santé primaires et applique les principes modernes de management. Les méthodes d'enseignement, étude des cas, solution des problèmes, exercices pratiques, jeu de rôle et travaux sur terrain représentent la technologie de pointe dans l'enseignement, apprentissage et évaluation d'étudiant et performance d'enseignant. Le corps professoral interviewé a été grandement satisfait avec l'attention et l'application des étudiants ainsi que leur rendement. Les étudiants, de même, ont exprimé une énorme satisfaction avec tous les aspects du cours et ont jugé que les sujets étaient d'application immédiate dans leurs responsabilités au sein des systèmes de soins de santé primaires. Les matériels didactiques et références ont été de haute qualité.

Ce programme de formation était de loin en qualité technique et contenu supérieur à d'autres programmes examinés par l'équipe d'évaluation. A cause du niveau élevé de ce cours S.N.R.U. propose de faire plus grand usage de formateurs-consultants semblables au Zaïre (plutôt que continuer l'usage extensif de groupes AID de formation) ainsi arriver à institutionnaliser cette compétence. L'équipe d'évaluation de met d'accord avec cette approche.

1.3. Formation des infirmiers

Les infirmiers représentent les fournisseurs de soins de santé préventifs et curatifs de ligne de front dans toutes les zones. Dans certaines zones, ils sont assistés par des agents de santé communautaire et animateurs, mais ils ne le sont pas dans beaucoup d'autres. Leur rôle est ressenti comme étant le plus critique aux soins de santé primaires. C'est autour de la formation des infirmiers face à leurs nouveaux rôles que gravitent beaucoup de succès au niveau des stratégies des soins de santé primaires qu'utilise l'Etat zaïrois (et S.N.R.U.).

La formation de base des infirmiers est disponible dans la plupart de Zones de Santé au niveau d'Ecole d'enseignement médical. En 1982, le Département de santé publique a révisé le curriculum dans le sens d'ajouter plus de matières de Santé publique. La table ci-dessous révèle que le nombre d'heures consacrées aux sujets de Santé publique a presque doublé pour les infirmiers A3. Le curriculum de nursing A2 a même subi de plus grandes augmentations en matières de Santé publique. Le cours de santé communautaire comprend les sujets suivants : épidémiologie, zoonoses, insectes et vecteurs, diagnostic communautaire, naissances désirables, infections parasitaires et gestion.

Santé publique dans le curriculum d'Ecole d'enseignement médical.
(Les chiffres représentent le nombre d'heures requises)

Infirmiers auxiliaires A3

	Avant 1982			Après 1982		
	Année: 1	2	3	1	2	3
Santé commun.	60	-	-	60	120	100
Nutrition	45	-	-	15	60	60
Education sanit.	-	60	-	-	30	30
Assainissement	-	30	-	-	-	-
TP dans la commun.	100	100	100	100	100	100
Santé maternelle et infantile	-	-	-	30	60	60
Sous totaux	205	190	100	205	370	370
Totaux		495			945	

Les enseignements se font par cours en classe et par stage pratique. Le contenu de l'enseignement et méthodes pour les sujets des soins de santé primaires ne sont pas développés comme les vieux sujets tels que Anatomie, médecine, chirurgie, pédiatrie et pratique de nursing. Les CMZ et SANRU se sont mis d'accord que les cours de nutrition sont tristement inadéquats et pauvrement enseignés.

Le programme est surchargé de branches. Il y a trop peu ou pas du tout de temps d'assimilation après les 30 - 40 heures de classe. Cette organisation de cours ne reflète pas le meilleur de la méthodologie d'enseignement. Les écoles médicales ont besoin énorme de l'aide afin d'enseigner ces branches étendues de Santé publique.

Le recyclage (éducation permanente) est actuellement possible aux infirmiers A2 et A3 en poste aux centres de santé. La plupart de ZSR organisent à l'intention des infirmiers plusieurs sessions de recyclage afin de couvrir le large spectre sur lequel ils sont appelés d'insister. Les sessions en plusieurs endroits durent 1 à 2 semaines. Les sujets souvent comprennent l'eau, les maladies transmissibles par eau, organisation des ZSR, hygiène, santé scolaire et pré-scolaire, nutrition, parasites, éducation sanitaire, pharmacie, naissances désirables, anémie, stérilisation et antiseptie, causes de diarrhée gynécologie, malaria, tuberculose, réhydratation orale, éducation en assainissement, *hygiène*, *poserie*, vaccination, formation d'agents de santé communautaire et comité de développement, pratique sur terrain.

SANRU a réalisé un excellent travail en fournissant des matériels didactiques comprenant des livres de 200 pages sur la santé et de divers autres sujets. D'autres dons se distinguent en qualité et en adaptabilité. Néanmoins, ces cours sont trop volumineux pour permettre aux infirmiers d'assimiler les matières et ces matières ne sont pas utilisées aux avantages les meilleurs. L'évaluateur a jugé qu'un cours de 2 semaines avec ce contenu est au delà de la capacité d'un bon étudiant. Cela est fautif sur le point de vue éducationnel et fautif en termes d'accomplissement des objectifs du projet.

SANRU devra chercher les moyens d'assister les ZSR à développer une formation et un recyclage plus appropriés des infirmiers en soins de santé primaires. Certains instructeurs pourront être envoyés dans les Centres d'enseignement supérieur scientifique des infirmiers (CESSI) à Yaoundé et à Dakar qui offre une formation et recyclage facultaire en nursing dans les Soins de santé primaires. Ces centres offrent aussi la consultation à d'autres institutions. La formation des infirmiers du niveau supérieur est disponible en Français à l'école de nursing de Montréal.

Les infirmiers du niveau A2 et A3 sont considérés être capables de former les aides, agents de santé communautaire et animateurs, mais ils n'ont pas appris comment mener cette formation. Il n'y a pas de formation relative pour les programmes de formateur au Zaïre. Une possibilité devrait être d'envoyer des instructeurs au centre de formation régionale à Lomé (organisée par OMS et l'Université de Boston). Ce cours de formation des formateurs est d'une durée de 2 à 3 mois. Les formateurs apprentis rentrent de Lomé avec l'intention d'établir des cours locaux en formation des formateurs. Le Zaïre aura probablement besoin de plusieurs centres de formation pour formateurs, qui utiliseraient les bâtiments et corps enseignant existants et fourniraient d'expérience sur terrain aux environs des centres de santé et villages.

Recommandations

- a) SANRU devra assister les instructeurs de nursing en provenance des ZSR afin d'acquérir une formation appropriée en Soins de santé primaires dans de diverses institutions de pays francophones.
- b) SANRU devra aider à développer des centres régionaux de formation de formateurs pour les superviseurs, infirmiers, et agents de santé communautaire.

1.4. Formation des accoucheuses traditionnelles (A.T.)

Le programme de formation pour les A.T. est bien développé et utilise la stratégie de "Formation des formateurs" dont référence ci-dessus. Ce programme a été développé par la Directrice de formation de SANRU, l'Institut américain d'infirmières accoucheuses et par les accoucheuses zaïroises. Le cours utilise des matières claires, concises avec des manuels bien testés et possède un guide pour formateur. La formation des A.T. a lieu dans les villages.

La stratégie utilisée pour cette catégorie d'agents de santé a besoin de s'étendre à d'autres catégories. Malheureusement, l'effort de recycler des A.T. est contraint par les CMZ qui ne croient pas être capable de superviser les A.T. Six zones seulement forment et utilisent les Accoucheuses traditionnelles (A.T.).

1.5. Formation d'Agents de santé communautaire (ASC et Animateurs.)

Ces catégories d'agents de santé sont utilisées dans beaucoup mais pas toutes les zones. Les 2 catégories doivent concentrer leurs efforts sur les soins préventifs, assainissement, protection de sources d'eau, organisation prénatale et cliniques pré-scolaires.

Dans certaines zones, les ASC possèdent un petit stock de médicaments courants pour la prophylaxie de malaria et traitement de maladies courantes. Dans une zone, un ASC bien formé détient les mêmes produits qu'un infirmier A3 d'autres zones. Tous doivent travailler en collaboration avec les comités de développement.

La formation des Animateurs et des ASC diffèrent même plus que leurs tâches. SANRU a aidé des zones avec des matériels didactiques, mais n'a pas été impliqué dans les programmes de formation et ne révise ni ne commente d'une façon routinière les rapports fournis par leurs quartiers généraux.

Le Staff de SANRU reconnaît que la formation des ASC et des animateurs manque de qualité et de consistance qu'on retrouve dans les cours des A.T. Il était déçu lorsqu'une constatation par INTRAH se concentra plus sur les naissances désirables que sur des problèmes de formation des ASC.

En 1983, une étude a été menée sur les programmes de 5 ZSR par le Dr. Stanley Yoder. L'étude se demanda si les médecins et infirmiers sont préparés à enseigner les ASC, l'éducation sanitaire, l'assainissement, l'organisation communautaire, la protection de l'environnement et de source d'eau ou encore comment s'organiser pour arriver à une auto-suffisance financière. Comme suite à ce rapport et révisions internes, SANRU est entrain de considérer sérieusement un programme pour la formation des formateurs des ASC.

Alors que l'expérimentation et les approches individuelles des soins au niveau du village sont appropriées au stade initial du projet, il y a trop d'excellents matériels et trop de conseils techniques disponibles pour permettre à chaque zone de conduire sa propre expérimentation.

Recommandation :

SANRU doit travailler sur comment rendre plus efficace le programme de formation des ASC. L'utilisation de l'approche de formation des formateurs est de nouveau recommandée.

1.6. Formation des Comités de développement

La terminologie de SANRU, agréée lors de la conférence nationale de santé en 1983, reconnaît deux types de comités :

- comité de développement de village
- comité de santé avec les membres provenant de plusieurs villages couverts par un même centre de santé.

Au début du projet, les comités de village et centres de santé étaient formés dans plusieurs zones de santé. Cette organisation a connu des succès, mais apparemment dépendaient d'un investissement considérable effectué par des gens énergiques et peut-être charismatiques. Malheureusement, aucun mécanisme efficace n'a été développé pour former les membres des comités. Une zone élaborera une ligne de conduite pour la structure et fonction de comité, mais n'organisa pas une méthode de routine par laquelle on peut les former et les maintenir. SANRU n'a pas fourni de l'assistance aux zones concernant les sujets de formation et développement des comités.

Encore des matériels et l'assistance technique sont disponibles. Par exemple, la formation des comités de développement est une partie du programme de formation des formateurs offert au centre de formation régionale de Lomé. En plus, SANRU et le Département de Santé publique pourraient explorer les ressources du Département du développement rural en vue d'épauler les activités de développement.

Recommandation

SANRU a besoin d'obtenir la consultation sur la formation des comités de développement.

2. Formation en dehors du Zaïre

La formation à l'étranger de 30 médecins et administrateurs zaïrois a été mandatée par le télégramme d'approbation PID de 1981. Trois médecins et infirmiers-instructeurs nursing ont été envoyés pour la formation aux USA à Tulane SOPH. Ces agents du Master en Santé publique ont joué un rôle extraordinaire et de valeur dans le SANRU. Deux sont en fonction à la nouvelle 5e Direction du Dpt de la SP et un autre régulier consultant-formateur de SANRU. Avec l'appui de SANRU, quatre médecins actuellement en formation aux USA, au moment où 5 autres sont en degré final cet automne 1984. Il y a besoin jusqu'à 300 agents de santé du niveau de master en Santé publique pour pouvoir servir comme gestionnaires des zones de santé rurales et dans les agences de santé officielles du Zaïre chargés de mise en exécution et contrôle du système des soins primaires. La petite contribution de SANRU dans le cadre de fraternité sera recatégoriquement sur le plan national. *bourses*

Il est très peu probable que l'Ecole de santé publique de l'UNIKIN sera capable d'accepter des étudiants avant Octobre 1986, ainsi SANRU devra envoyer les étudiants aussi nombreux que possible. Les fonds récurrents qui n'ont pas été engagés peuvent envoyer des étudiants à l'UNIKIN si celle-ci ouvre son école avant la fin de ce projet SANRU le 30 Septembre 1986. *Cette fin du projet*

Le personnel de SANRU, des zones rurales et celui de l'Etat ont vu très peu de développement des soins de santé primaires dans d'autres parties d'Afrique, ou dans d'autres continents. Ces agents de santé devront bénéficier de voyages d'étude dans des pays relatifs. Le personnel de SANRU pourra profiter de la visite des quartiers généraux du projet "Renforcement des systèmes de santé" à Abidjan et son centre régional de formation. Ceux qui travaillent dans le planning familial profiteront des programmes ruraux que latine, Thaïlande, Indonésie et dans d'autres pays du monde où il y a eu des succès à accepter le planning familial. D'autres agents de santé devront visiter des pays réussis tels que ceux du Sénégal, Haute Volta et Niger. *Formation en Amérique*

Recommandations :

a) SANRU devra continuer à envoyer des médecins, infirmiers et administrateurs pour la formation en maîtrise de santé publique avec accent sur la planification sanitaire et management. Un travail minutieux de recrutement est réqui. Plus de médecins, administrateurs et infirmiers devront être envoyés. *Sanitaire et Adm.*

b) La sélection d'une variété d'écoles de Santé publique et programmes d'Administration sanitaire est conseillée. Voici ci-après une gamme de choix :

- Université de Caroline du Nord SOPH - Administration générales de Santé éducation sanitaire.
- University of Hawai SOPH - Santé maternelle et infantile, santé internationale éducation sanitaire.
- Johns Hopkins and Harvard pour exécutif seniors, enseignants et chercheurs dans les domaines de SP.
- University of Minnesota - Génie sanitaire.
- Yale medical school - Epidémiologie et études virales.
- Columbia - Administration sanitaire et planning familial.
- Michigan - Planification sanitaire et Planning familial.
- Boston University - Economie sanitaire et Programme africain.
- University of California à Berkeley - Education sanitaire.
- University of South Caroline - Maladies tropicales.
- University of Montréal - Santé publique générale (En Français).

Tous les établissements ci-dessus comptent beaucoup d'étudiants africains et de programmes internationaux de santé. *programmes*

c) Des voyages d'étude devront être arrangés en vue d'explorer des approches des soins de santé primaires dans d'autres pays.

B. Infrastructure : Parmi les 300 zones projetés par le Plan national de santé (docum n°4), SANRU en développe 50. L'équipe d'évaluation a visité neuf bureaux de zone de santé plus des centres de santé ainsi que des postes de santé de certaines zones. Ces zones étaient :

1. Zone de DRODRO (Catholique) + 2 CS (Phase II)
2. Zone de Kasangulu (Etat) + CS (Phase I)
3. Zone de Kaziba (ECZ) (Phase II)
4. Zone de Kirotshe (Etat/CEMUDAC) + 2 CS (Phase II)
5. Zone de Nyankunde (ECZ) + 3 CS (Phase I)
6. Zone de Oicha (ECZ) : (Phase I)
7. Zone de Ruthsuru (Etat/CEMUDAC) (Phase II)
- 8/ Zone de Rwanguba (ECZ) (Phase II)
9. Zone d'Uvira (Etat) + 2 centres de santé (Phase II)

Nous avons rencontré à Kinshasa les chefs médicaux de 4 autres zones de santé rurales

- Zone de Kalonda (ECZ) (Phase I)
- Zone de Karawa (ECZ) (Phase I)
- Zone de Kajiji (ECZ) (Phase II)
- Zone de Lubao (Etat) (Phase III)

La plupart d'observations et recommandations faites dans le rapport d'activité SANRU d'Avril 1984 (Document 14) ont été jugées valables et ont été appuyées par l'équipe d'évaluation. Deux objectifs (concernant les programmes de vaccination et planning familial) ont été révisés.

1. La création de 50 zones de santé rurales

Parmi les zones programmées pour Phase I et Phase II de SANRU, 36 sont déjà entrain d'organiser, c.à.d 72 % d'objectif initial. Ces différentes zones ne sont pas totalement opérationnelles. Le niveau d'activités varie de 83 % dans les zones les plus avancées à moins de 5 % dans les zones qui ont juste commencé les activités en 1983.

Sur le terrain, beaucoup de zones de santé rurales se sont organisées elles-mêmes, ont délimité leurs frontières et se sont assigné des superficies de responsabilité. Cependant elles se sentent en insécurité concernant leurs plans, car le Dpt de la SP n'a pas officiellement reconnu le statut légal des zones de santé rurales.

Recommandations

a) USAID devra entrer en pourparler avec l'Etat zairois en vue de résoudre les issues qui restent pour le dossier "statut légal des zones de santé".

b) L'assistance devra être fournie à la 5e Direction du Dpt. de la SP dans la coordination des soins de santé primaires au Zaïre.

c) Le nombre de zones de santé rurales à assister par SANRU devra augmenter de 50 à 100 au début de l'année 86. Ceci étendra le projet jusqu'à 1990 ou 1991 et permettra ~~150~~ de 12 ZSR par an. Un financement supplémentaire pour 50 zones rurales de plus et approximativement de 400 centres de santé devra être fourni comme partie de l'extension de ce projet.

l'adjonction

2. Transformation des dispensaires en centres de santé

Il y a toujours de carence d'argent et de matériels dans certaines zones. Pour la conversion de dispensaires curatifs existants, SANRU assiste sans le démarrage des activités des soins de santé primaires en offrant des matériels et médicaments. Pour de nouveaux centres de santé créés par la population elle-même, le manque de fonds quelque fois bloque l'achèvement de la construction des bâtiments.

Recommandations :

SANRU devra travailler en collaboration avec d'autres organismes tels que OXFAM, UNICEF et HANS-SEIDEL dans la création des centres de santé au sein de la même zone de santé. Un financement supplémentaire USAID devra être canalisé par SANRU et/ou ECZ (tels que le projet ECZORT) afin d'augmenter leur capacité à assister plus les centres de santé.

3. Constructions des latrines

La construction des latrines avec des matériaux locaux pose les problèmes de durabilité. A Nyankunde, par exemple, les résidents de village sont découragés par le fait que le nombre de latrines requis par le Chef médical de zone ne sera jamais atteint à cause de fréquents éboulements.

Recommandations:

a) SANRU devra abandonner le comptage des latrines comme mesure de succès de projet. Au lieu de cela, les zones de santé rurales devront rapporter le nombre de villages qui ont achevé avec succès un programme d'assainissement avec au moins 90 % de maisons d'habitation possédant une latrine convenable.

b) Sanru devra fournir de l'assistance technique aux zones en construction des latrines: au niveau de l'hôpital de référence et centres de santé (par exemple, la technique VIP) SANRU pourra fournir des matériaux de construction commerciaux (ciment, tuyaux, creuseurs).

4. Construction et réhabilitation de source d'eau et puits.

En se conformant à l'éducation et à la santé environnementale, les comités de développement ont amélioré plus de 325 sources d'eau. Le manque de techniques appropriées dans certains villages rend cependant cet effort sans avenir (ex. Drodro).

Recommandations:

a) L'objectif de 1.500 sources d'eau protégées (durable ou semi-durable) devra être maintenu.

b) L'objectif de la construction /réhabilitation de 500 puits devra être redéfini pour devenir "Systèmes alternatifs d'eau". Ceci va inclure 100 citernes ou puits au bénéfice des centres de santé et communautés, ainsi que des systèmes de captage d'eau de pluie dans les foyers.

c) SANRU et USAID devront continuer à travailler avec le service d'Hydraulique rural à développer un programme national d'eau rural mettant l'accent sur les techniques de protection de source d'eau et d'organiser les programmes régionaux de formation pour techniciens des ZSR.

d) SANRU devra supporter les efforts du Corps de la paix, WASH et d'Hydraulique rural en vue de développer les compétences techniques en construction/réhabilitation des puits. Ceci peut inclure le financement de construction, achat des pompes expérimentales, développement des manuels techniques et l'expansion d'utilisation des Volontaires du Corps de la Paix dans les zones qui connaissent les problèmes difficiles de fourniture d'eau.

5. Programme de vaccination au village

Des programmes et organismes divers tels que PEV, UNICEF et OXFAM fournissent des réfrigérateurs, thermos portatifs, vaccins, aiguilles etc... pour des activités de vaccination. Des réfrigérateurs solaires sont en essai dans quelques zones. Les investissements initiaux peuvent être élevés, mais le coût bas de maintenance et assurance d'une chaîne de froid raisonnable peut valoir la dépense.

Recommandations:

- a) Les ZSR devront continuer à décentraliser les services de vaccination au niveau de centre de santé. Une étude sur comment cela a été réalisé dans d'autres ZSR pourra fournir des lignes de conduite utiles à d'autres zones engagées dans la lutte de même nature.
- b) L'objectif original de programmes de vaccination dans 1.000 villages apparaît être l'indicateur le plus faisable que SANRU peut mesurer, compte tenu de ces inputs limités.
- c) Le test sur terrain de systèmes de réfrigération solaire devra être poursuivi par PEV et SANRU.

6. Création des pro-pharmacies.

Jusqu'Avril 1986, 155 pro-pharmacies ont été signalées par les Zones en relation avec SANRU. Nous remarquons que SANRU semble envisager seulement un type de pro-pharmacies, l'agent de santé communautaire étant formé pour manipuler un nombre limité de médicaments.

Recommandations:

Des modèles de systèmes des produits basés au village en application dans d'autres pays devront être pris en considération par exemple, des pharmacies familiales et pharmacies gérées par les comités de développement.

7. Construction et réhabilitation des salles de classe.

SANRU a aidé 3 ZSR à construire des salles de classe. A Nyankunde, nous avons visité 2 salles de classe financées par SANRU. L'objectif de 12 salles de classe peut être atteint d'ici 1986.

D'autres activités de réhabilitation sont à inclure dans le projet EEZORT qui disposera de 23.500.000 Z pour la réhabilitation des bâtiments de centre de santé, centre de santé de référence et les hôpitaux de référence.

8. Laparoscopes

Les zones visitées par l'équipe d'évaluation ne possédaient pas de laparoscopes. Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer cet output.

9. Naissances désirables

Cette activité est considérée comme partie de routine des Soins de santé primaires dans les documents de SANRU ainsi que dans les cours de formation. Une pression est exercée sur les Zones de santé afin de faire des naissances désirables une partie régulière de leur éducation sanitaire et d'offrir des services dans les hôpitaux et centres de santé. SANRU, ensemble avec JHPIEGO, est entrain d'organiser une série de séminaires régionaux dans le domaine de santé reproductive, avec accent spécial sur les naissances désirables. Les médecins et infirmiers superviseurs apprenant la technologie contraceptive et comment équiper et organiser les services de naissances désirables.

Les programmes de naissances désirables prévus par SANRU sont implantés dans plusieurs zones, notamment à Karawa, Kimpese, Nsona - Mpangu, Thsikaji et Vanga; chacun d'eux a signalé plus de 800 acceptantes durant l'année 1982 et 1983. Dans l'ensemble, les zones de phase I comptaient 14.000 nouvelles acceptantes, tandis que les zones de phase II n'en dénombrent que 2000. Plusieurs zones ont signalé moins que 50 acceptantes, ainsi on peut présumer qu'elles n'ont pas encore de programmes actifs de services et d'éducation en ce domaine. Dans quelques zones, le personnel n'est pas convaincu que le planning familial (naissances désirables) devrait être une priorité à cause des taux élevés de stérilité, ou à cause de l'attitude de l'Eglise Catholique.

SANRU devra prendre un rôle plus actif pour débiter des programmes dans les zones lentes et répugnantes. L'expérience indique que le personnel de santé a besoin de voir les gens procéder à l'éducation de naissances désirables face à face et ensuite l'essayer soi-même. Alors seulement, ce personnel sera convaincu avec enthousiasme de son importance. En plus de cela, l'objectif du projet de 150.000 nouvelles acceptantes nécessite d'être révisé comme expliqué dans le rapport d'Avril 1984 (document 14). Nous suggérons un objectif qui compte le nombre de zones possédant des programmes actifs. Le meilleur indicateur d'activité du programme est le nombre de nouvelles acceptantes exprimé en proportion de groupe objectif. Par exemple, une zone de 100.000 habitants compte 20.000 femmes en âge de procréation. Un objectif de 1 % de femmes devra être 200 femmes.

Recommandations

a) SANRU devra s'arranger à ce que le personnel des zones dépourvues de programmes de naissances désirables visite les zones nanties de ces programmes. Des équipes en provenance des programmes actifs devront se rendre dans les zones répugnantes et lentes afin d'aider le personnel local à démarrer les campagnes d'éducation.

b) L'objectif naissance désirable devra être révisé comme suit : 40 ZSR enregistrant 1 % de femmes en âge de procréation comme nouvelles acceptantes de méthodes contraceptives durant chaque année de participation au projet.

C. Système d'information sanitaire

1) Information en provenance des ZSR vers le Bureau national. SANRU a travaillé la main dans la main avec d'autres programmes de santé au Zaïre afin de développer un formulaire standard de rapport annuel qui est actuellement entrain d'être testé. 23 des 36 zones de SANRU seulement ont soumis le rapport annuel de 1983. Les autres zones ont plaidé les problèmes habituels - formulaires pas reçus à temps, changement du personnel etc...

L'équipe d'évaluation soupçonne que la taille demeurée du rapport est décourageante : 308 espaces blancs à remplir pour toute la Zone de santé rurale plus 45 pour chaque centre de santé ou Poste de santé. Le formulaire est accompagné de 12 pages d'instructions sur la façon de remplir ~~les~~ les formulaires, ajouter à cela 6 pages sur comment analyser les données (calculer l'accessibilité, couverture et impact).

Le formulaire et instructions sont excellents du point de vue logique, statistique, et épidémiologique. Leur praticabilité est à questionner cependant. Dans la plupart de cas les statistiques de base sont collectées par les infirmiers AS dans les centres de santé et postes de santé isolés, et chaque zone a son propre système d'enregistrement. Le rapport général de la zone est rédigé par un infirmier AS ou un médecin qui peut n'avoir pas suivi un cours sur comment remplir les formulaires.

Recommandations

- a) SANRU et ses collaborateurs nationaux devront revoir le but et utilisation de chaque item dans le rapport et les difficultés rencontrées dans la collecte de données. Une claire définition d'indicateurs-clés d'accessibilité, participation et impact devra aider à éliminer les items superflus ou secondaires.
- b) SANRU devra connaître la désignation et la présentation d'un modèle de système d'enregistrement - classement pour les Centres de santé. Un système simplifié devra augmenter considérablement la fiabilité et le caractère complet des rapports annuels de zones.

2) Information en provenance du Bureau national vers les ZSR.

L'équipe a écouté et re-écouté le commentaire "La valeur réelle de SANRU n'a pas été dans les commodités (fourniture), mais plutôt dans l'information, stimulation et encouragement aux zones de santé et à d'autres organisations des Soins de santé primaires." A part l'organisation des cours de formation et conférences, le staff national distribue des livres, revues (comprenant la SANTÉ RURALE de Sanru lui-même). Le staff répond également à un flot constant de demandes par courrier faites par des visiteurs au bureau central.

On a personnellement visité toutes les zones de Phase I et II, plusieurs zones plus d'une fois.

Le staff du bureau central, spécialement l'Administrateur du projet, a gagné une grande confiance pour l'expertise technique et les excellentes relations personnelles avec le personnel des Soins de santé primaires à tous les niveaux.

Cette force même du projet, pourrait cependant constituer sa principale faiblesse à long terme. Beaucoup d'échange d'information (vers et à partir de ZSR) et beaucoup d'appréhension en profondeur apparaissent comme appartenant à un ou deux expatriés.

Recommandations

- a) SANRU devra ajouter à son staff un expert zaïrois en management des données. Cette personne devra concevoir et procéder à des analyses des données recueillies à partir des zones. Il ou elle devra être capable de faire ^{un} rapport et interpréter les données de l'USAID, de l'Etat zaïrois et des autres donateurs.
- b) SANRU devra assister l'Etat zaïrois dans le développement d'une approche systématique à la supervision des Zones de santé rurales. Ceci pourrait inclure la formation des superviseurs et d'évaluateurs présents dans les divers organismes du Dpt. de la SP et dans les institutions d'enseignement.

3) Echange d'information entre les zones de santé.

De nombreuses personnes ont fait l'éloge du rôle de SANRU en tant que catalyseur de divers organismes, missions et individus intéressés dans le développement des Soins de santé primaires. La conférence annuelle nationale de santé fournit un mécanisme bien réussi pour l'échange d'information. La conférence de 1983 a organisé un forum en vue de présenter les réalisations de SANRU et d'exposer des idées et opinions diverses et parfois en conflit. L'appréciable effort de conférence sur une base de régularité requise. Le niveau d'intérêt est extrêmement haut et cette année-ci 100 ZSR cherchent une représentation au sein de la conférence. (Le staff de SANRU pourrait se pencher sur l'expérience tirée des réunions annuelles d'évaluation de projet de Sains de santé primaires tenues à Lampang, Thaïland, car ces réunions ont abouti à un consensus national et en financement par la Banque mondiale d'un système national des Soins de santé primaires.)

Sur le terrain, l'équipe d'évaluation a trouvé certaines zones de santé rurale fonctionnant dans une solitude non justifiée. Ces zones n'avaient pas de contact avec d'autres zones situées à quelques heures seulement et qui résolvaient ou étaient confrontées à des problèmes semblables. Des approches sont nécessaires pour plus d'échange d'idées et d'expériences.

Recommandations

- a) Un effort devra être consenti pour continuer la conférence nationale chaque année. D'autres donateurs sont à encourager pour partager les coûts.
- b) Des conférences régionales peuvent remplacer certaines pressions sur les réunions de Kinshasa. Elles devront être particulièrement ~~elles~~ financées par les participants ou les ZSR qui participent.
- c) SANRU pourra offrir les frais de voyage aux MCZ ainsi qu'aux superviseurs afin d'effectuer des visites d'étude dans d'autres zones.
- d) La revue Santé Rurale peut contenir plus d'articles concernant des programmes zairois qui sont en opération.

II. PROGRESSION VERS LE BUT DU PROJET.

Le but du projet est "d'Établir un système auto-financé des soins de santé primaires supporté par la communauté et capable d'offrir effectivement la prévention et le traitement contre 10 problèmes les plus prévalents dans 50 zones au Zaïre."

A. La sustentabilité du système des soins de santé primaires

1. Circuits de fourniture d'appui pour les produits pharmaceutiques et équipement médical

Pendant plus de deux décennies, le Dépôt central Médico-pharmaceutique (DCMP) a constitué la source principale de fourniture aux hôpitaux et dispensaires publics, représentant 30 % du système de livraison sanitaire au Zaïre. Depuis 1980, le rôle joué par le DCMP est devenu de plus en plus difficile à accomplir. Le plan zaïrois de santé 82-86 a stoppé le système de paiement au comptant des facilités publiques, au profit du Département des Finances. Les fonds actuellement restent dans les hôpitaux. La nouvelle politique d'auto-financement astreint les hôpitaux et les centres de santé d'acheter leur fourniture eux-même à partir de DCMP ou autres sources.

L'équipe a observé que chaque zone de santé obtient maintenant les produits et fourniture de sources multiples. Quelques zones achètent à partir des dépôts pharmaceutiques assez sérieux (Catholique, Protestant et Privé) existant localement. Certaines zones commandent les produits à partir de Kenya, Europe et États Unis. Les autres reçoivent des dons en médicaments auprès de l'UNICEF, OXFAM et organisations soeurs à l'étranger. Toutes les zones reçoivent des vaccins auprès du PEV et les contraceptifs auprès des organismes internationaux. La plupart de zones rurales (hôpitaux) et les centres de santé que nous avons visités ont donné l'impression d'avoir un stock de médicaments adéquats, alors que les dispensaires et maternités non encore intégrés dans les zones de santé en manquaient pour la plupart de temps.

Recommandations

SANRU devra demander de l'assistance de l'USAID en matière de projets centraux afin d'aider les zones de santé rurales à organiser des systèmes de fourniture d'appui. Des dépôts à grande action desservant plusieurs Zones de santé rurales devront être particulièrement encouragés.

2. Le financement d'appui : Le document d'appui prévoit le paiement au comptant d'un centre de santé afin de renouveler son stock de médicaments et de fourniture disponible. L'Etat zaïrois ou les Eglises patronant avaient à continuer de payer les salaires du personnel de centre de santé. La plupart de centres de santé que nous avons visités sont entrain de payer maintenant leurs propres médicaments. Certains centres payent les salaires de leurs infirmiers et aide-infirmiers. Quelques uns de centres semblent payer également les frais de supervision assurée par le bureau de zone de santé rurale. En somme, l'auto-financement est souvent allé au delà d'attentes du projet SANRU et de l'Etat. Certaines zones de santé n'ont cependant pas développé les plans de financement en détail et par conséquent nécessitent un guide.

L'étude actuelle de PRICOR sur plusieurs zones permettra des comparaisons de valeur en ce qui concerne les méthodes de paiement pour les services sanitaires : frais par épisode vs frais pour chaque visite et chaque médicament.

Le rapport audit de Mars 1984 cite le manque de système de gestion financière au niveau de centre de santé. Nous avons observé les mêmes problèmes, par exemple, là où le carnet de reçus constituait le seul document financier du centre de santé.

Recommandations:

SANRU devra fournir de l'assistance technique en gestion financière des centres de santé.

3. Les programmes de formation d'appui : Dans les zones de santé rurales, beaucoup d'hôpitaux possèdent des écoles de nursing supportées par l'Etat zaïrois (salaires de corps enseignant), par des donations venant de l'étranger et par le minerval. L'ajoute des cours de recyclage constitue une dépense créée en partie par SANRU. Il est douteux que les ZSR continueront le recyclage sans bénéficier des subsides de source externe. La formation au village est coûteuse (carburant et salaires) et tendra à disparaître sans le support de l'Etat ou de SANRU. Une certaine formation de niveau supérieur sera absorbée par le programme de l'Ecole de santé publique de l'UNIKIN, débutant dans un proche avenir. Le programme de superviseur semble continuer par l'Etat zaïrois.

B. Engagement de la communauté

Le document du projet (p. 22-23) stipule que les contributions financières et la prise de décisions sont attendues des résidents d'une zone de santé. Le mécanisme principal d'engagement de la communauté est le comité de développement du village.

Certaines zones, notamment Nyankunde et Vanga, considèrent le comité de développement du village comme le bloc de construction de base de la zone.; le comité doit être formé et doit fonctionner avant que la formation ou les services soient offerts au village. D'autres zones concentrent d'abord sur le fonctionnement du centre de santé et après seulement encourager les infirmiers à organiser les comités dans les villages avoisinants à entreprendre des latrines ou des projets d'eau ou encore à commencer l'éducation sanitaire. Beaucoup d'autres zones semblent avoir seulement de vagues notions sur l'importance et le rôle des comités de village, et très peu d'idées sur comment aider et travailler avec ces comités.

SANRU jusqu'à ce jour a offert que peu de formation ou aide dans ce domaine. Par exemple, le manuel Infirmier, comment bâtir la santé contient quelques pages sur le sujet, mais ces formules spécifiques (telles que la liste de conditions de membres pour un comité de développement) semblent être basées sur des expériences réalisées à Vanga qui peuvent ne pas être appropriées à d'autres coins du Zaïre. Le rapport de 1983 dressé par l'Anthropologue Stanley Yoder indique quelque chose de variété, retrouvée, dans 5 zones différentes. Il devient clair qu'organiser des communautés est un processus dynamique exigeant beaucoup de réflexion, expérimentation et adaptation aux coutumes locales et aux façons d'agir.

Voici quatre issues dans l'organisation communautaire qui ont été à peine soulevées dans les écrits de SANRU ainsi que dans la formation jusqu'à ce jour:

a. Quel est le but primordial d'organiser un comité de développement de village --est-ce pour rassembler les membres de la communauté afin de travailler ensemble pour l'intérêt commun ou c'est pour améliorer la santé ? (Ces deux buts sont parfois en opposition l'un avec l'autre).

b. Qui doit être membres - - une section transversale standard de la communauté (femme ou homme, vieux ou jeune, un éduqué ou un illettré, riche ou pauvre) ou établir les conditions de membres basées sur des groupes locaux et coutumes (clans, âge, chefferies, sections de village etc..) ?

c. Qui a la décision sur les activités - - le Staff de zone de santé (qui connaissent les problèmes sanitaires, comment les attaquer et qui travaillent vers certains objectifs de SANRU) ou le comité de développement (qui peut préférer construire un pont, embaucher un infirmier curatif ou commencer une coopérative de planteurs de café) ?

d. Qu'attend-on des membres du comité - - discuter les besoins et prendre des décisions ou exécuter le travail actuel ?

SANRU devra mettre l'accent et l'attention appropriés pour aider les zones à accomplir l'engagement de la communauté. Ceci signifie un investissement en formation, supervision et en d'autres ressources.

C. Prévention et traitement de 10 problèmes sanitaires les plus prévalents.

SANRU a aidé les ZSR à s'attaquer aux 10 problèmes de santé les plus prévalents par:

a) La formation à court terme en santé publique (à l'UNIKIN 1982 et 1983) des CMZ et infirmiers, qui aida à identifier et à classer les 10 problèmes sanitaire prévalent dans leurs zones respectives.

b) L'organisation appropriée d'activités de santé ^{curative} curative et préventive dans les villages et centres de santé.

V. EUT

Le but final du projet SANRU est "d'améliorer la santé de la population rurale en augmentant la proportion de zaïrois qui ont accès aux services de santé de base". Des indicateurs spécifiques, réduction en taux de mortalité et réduction en taux de naissances font l'objet de la liste du cadre logique.

Aucune étude de l'impact de SANRU n'est ni en cours ni planifiée. D'une chose, L'Université de Tulane a proposé une ligne de conduite et des études sur les objectifs dans plusieurs zones de Phase III. USAID/WASHINGTON a approuvé l'idée mais ne pouvait financer les études en questions. USAID/Kinshasa a éventuellement décidé de faire de cette activité partie du projet (360-0101) en créant une Ecole nationale de santé publique, ce qui signifie que cela ne sera pas réalisé avant la fin du projet actuel de SANRU.

Les experts restent divisés sur la question de savoir si l'impact de SANRU peut ou devra être mesuré. Les opposants des études de l'impact maintiennent que -- Les inputs de SANRU sont seulement partie d'influences exercées sur les zones de santé rurales, de cette façon l'impact de SANRU ne peut pas être séparé de l'impact dû à d'autres donateurs, de politiques gouvernementales, de facteurs économiques etc...

-- L'unique intervention tendant à affecter la mortalité en quelques années est la vaccination contre la rougeole et le tétanos, et cet input est fourni par PEV et pas SANRU.

-- Les inputs principaux de SANRU sont en commodités et en formation offertes aux zones, et pas des interventions directement affectant la population.

-- Les études de l'impact sont coûteuses, consommatrices de temps et inappropriées dans un projet conçu pour introduire des stratégies.

Par ailleurs, les défenseurs d'études de l'impact argumentent que

-- les études de ligne de conduite et objectifs menées par les zones SANRU et simultanément dans les zones de contrôle peuvent fournir des données solides sur l'impact particulier de SANRU.

-- Beaucoup de stratégies épousées dans le projet n'ont jamais fait preuve d'améliorer la santé. De l'impact positif ne doit pas être présumé, mais reste à être examiné.

-- De vastes et coûteuses études ne sont pas nécessaires. De petites et soigneuses études de l'impact d'une stratégie particulière dans quelques zones peuvent fournir l'information valable sur les programmes au Zaïre et ailleurs.

Recommandations:

a) SANRU devra se concentrer sur quelques indicateurs indirects, tel que couverture, accessibilité et participation dans quelques programmes. Il devra reviser le système actuel d'information afin d'être sûr que les indicateurs clés sont clairement définis et signalés avec précision à tous les niveaux.

b) SANRU devra organiser des ressources afin de mener des études locales de l'impact sur des problèmes spécifiques de santé.

Les documents de l'USAID

- (1) Déclaration de stratégie de développement du pays USAID/Zaïre, Janvier 1984.
- (2) "Memento de stratégies de santé au Zaïre", USAID, 2p.
- (3) "Memento de stratégie de population du Zaïre", USAID, 2p.

Documents de l'Etat zaïrois

- (4) Plan d'action sanitaire du Zaïre 1982 - 1986, Janvier 1982.
- (5) Rapport d'activités du Programme élargi des vaccinations (PEV), Juin 1983, et matériels didactiques.
- (6) Etat zaïrois, Rôle de la 5e Direction, Département de la Santé Publique, Avril 1984.

Documents de SANRU

- (7) Document d'identification du projet (DIP)
- (8) Document du projet 660-0086 Santé rurale de base, USAID, Août 1981.
- (9) Rapport du projet SANRU - Janvier - Juin 1982
- (10) "Santé rurale" - Journal du Projet SANRU, Avril-Juillet 1983
- (11) "Rapport préliminaire du projet de recherche opérationnelle sur le financement des soins des santé primaires par la communauté en République du Zaïre, SANRU - 86/PRICOR, Octobre 83, 18 p.
- (12) "Soins de santé primaires au Zaïre: Une comparaison de cinq zones de santé rurale" par S.Yoder, SANRU -86 1983, 13p.
- (13) Rapport du bureau AID rédigé par l'Inspecteur Général (Nairobi), sur le projet SANRU, Mars 1984.
- (14) Rapport d'activité, SANRU 86, Juin 1982 - Mars 1984", SANRU, Avril 1984, 46p.

Matériels didactiques

- (15) Curriculum de base pour Infirmiers A2 et A3, Etat zaïrois 1982
- (16) Fountain D. + Courtejoie J. Infirmier - Comment Bâtir la Santé Zaïre 1982.
- (17) Curriculi utilisés par SANRU dans les zones de son ressort.
 - a) Kalonda - Auxilliaires A4
 - b) Cours pour superviseurs de Kaziba. - Mai 1984
 - c) Santé reproductive de Kaziba - Avril 1984
 - d) Kaziba - Recyclage des Infirmiers A3
 - e) Lubao - Recyclage des infirmiers A3, Mars 1984
 - f) Kirotshe - Listes de sujets de Recyclage des Infirmiers A2, Décembre 1983.
 - g) Accoucheuses traditionnelles 82-83, SANRU dans 6 zones.
 - h) Nyankunde - Recyclage des infirmiers A3, 1983; Agent de santé communautaire.
 - i) Drodro - Recyclage des infirmiers A3.

INTERVIEWS A KINSHASA

USAID/Kinshasa

Mr. Richard Podol, Directeur
Mr. Richard Thornton, PHO

Etat zaïrois, Dpt. SP 5e Direct. Dr. Luvivila Kapata, Directeur

SANRU

Cit. Nlaba, Directeur
Dr. Franklin Baer, Administrateur du projet/Technicien
Dr. Miatudila Malonga, Représentant de l'Etat
Ms. Florence Galloway, Chargée de Formation

ECZ (Eglise du Christ au Z;)

Dr. Marini Bodho, Vice-Président
Pasteur Ilunga, Directeur d'Education chrétienne

OXFAM

Mr. Paul Simon, Directeur

Programme élargi de vaccination (PEV)

Dr. Kalisa, Directeur

Comité National d Naissances Désirables (CNND)

Dr. Miatudila Malonga, Directeur Exécutif.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Dr. Kondé, Coordinateur de programmes.

INTERVIENS ET VISITES DANS 9 ZONES DE SANTE RURALES

	Méd. chef ZSR	Super- viseurs	Infirm. CS	Infirm. Aides	Comités de develop.	Agents ou Animat.	Centres de Santé	Postes ou Dispens.	Sources d'eau
<u>REGION DU KIATU</u>									
Kaziba	1	1	5	5	0	0	4	2	2
Kirotshe	1	1	2	1	1	0	2	0	0
Uvira	1	1	2	1	1	2	2	0	0
Oloha	1	1	0	0	0	0	0	4	1
Rutshuru	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Rwanguba	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>HAUT-ZAIRE</u>									
Drodro	1	2	1	1	1	0	1	1	3
Nyankonde	1	3	0	0	1	4	0	4	0
<u>BAS-ZAIRE</u>									
Kasangulu	1	0	1	0	1	0	1	1	0

Note: Le zéro dans la table ci-dessus signifie que la personne ou place telle n'a pas été visitée. Le zéro ne signifie pas nécessairement que l'activité n'existe pas.

ZONE DE SANTE RURALE DE DRODRO
Région de Haut-Zaïre
Hôpital Catholique

La zone de santé de Drodro est située approximativement à 100 Kilomètres Nord-Est de Bunia. La zone comprend des éléments publics, Catholiques et protestants. Les plus importants de ceux-ci sont:

- Hôpital général/Drodro (Hôpital de zone) - Catholique
- Centre de santé de référence - Blukwa - Protestant
- Hôpital de Feshi - Catholique.

La zone possède plus de 100 installations médico-sanitaires, qui servent une population estimée à plus 500.000 habitants. Le médecin de zone présent travaille dans ce secteur depuis 7 ans. La zone est peuplée à forte densité et a une incidence haute de maladies diarrhéiques et de fléau bubonique. Il y existe relativement une bonne couverture par les installations médicales compte tenu de leur nombre et de la densité relative de cette zone.

La zone de santé rurale n'a pas encore été définitivement délimitée. Il y a toujours des désaccords entre la vieille zone administrative et la proposition de zone de santé de Drodro. Ce problème est en révision par le Médecin sous-régional. Alors qu'il y a une acceptation générale de la politique des ZSR en matière des soins de santé primaires, il existe une histoire persistante d'action indépendante de la part de chaque pourvoyeur (Etat, Catholique et Protestant). La ZSR aura probablement à développer un système d'aires de santé qui sont acceptables par chaque organisation.

II. IMPUS DE SANRU

A. FORMLATION:

- Le médecin de zone et deux infirmiers formés en Santé publique/gestion de zone à Kinshasa 1983.
- Plusieurs Médecins de zone ont participé à la conférence de SANRU de 1983.
- Des animateurs formés en construction de source d'eau
- La formation des formateurs pour les Accoucheuses traditionnelles - cours à Nyankunde.

B. Commodités (Fournitures)

- Une petite bibliothèque garnie de matériels didactiques, projecteur, machine à écrire, 20 vélos, 2 motos, 1 véhicule tout terrain (arrivé le 15 Mai 84), balances pour bébé et adultes; des livres; quelques médicaments.

C. Autres:

- coûts de supervision - juste débuté avec l'arrivée du véhicule.

Assistance technique:

- 2 visites par équipe de projet.
- plusieurs visites à Nyankunde.

III. OUTPUTS DUS AUX INPUTS DE SANRU

A. Formation

- Le Médecin chef de zone a organisé la formation de Drodro pour :
 1. 28 Accoucheuses traditionnelles (Nyankunde)
 2. 5 animateurs , 2 infirmiers en gestion de source d'eau (Nyankunde)

B. Infrastructure:

La zone délimitée en gros; plusieurs endroits toujours en conflit; la résolution finale programmée pour Juin 1986.

- C.SR.: - une a été visité à Blukwa; fonctionne avec la gamme de toutes les activités.
- C.S.: - visite à un dispensaire entre Blukwa et Drodro - certaines activités de formation avaient commencé; principalement curatif; ne fonctionne pas encore comme un Centre de santé. Confirmation que cette zone comptait convertir 5 centres de plus.

Sources d'eau: Une des réalisations de cette zone à ce jour. En usant de la formation des infirmiers et d'animateurs, Drodro a réalisé deux sources et a commencé une troisième (dans l'environnement immédiat de Drodro) ; C'a été un véritable "point d'entrée" pour mobiliser/organiser les comités de développement en ces endroits visités.

Aucune information détaillée n'a été récoltée sur les latrines, propharmacies, vaccinations; cependant toutes ces activités font partie de stratégie de la ZSR. Le Planning familial est généralement limité à des méthodes naturelles dans l'hôpital de référence de Drodro, mais toutes les méthodes sont en expansion au CSR de Blukwa et au niveau de ses satellites.

C. Le système d'information

Le rapport annuel rédigé; les commentaires sur le forma de rapport pas sollicités; Le médecin chef a apprécié beaucoup la réception de la bibliothèque et la participation à la conférence; Il s'est référé à plusieurs reprises à la discussion/échange d'information soulevée pendant la conférence.

IV. PROGRES VERS LE BUT DU PROJET

A. Support

1. Fournitures. La zone bénéficie de deux issues pour les produits pharmaceutiques/fournitures et d'un système privé principal, les deux premières issues étant confessionnelles. L'hôpital de Nyankunde et le Diocèse de Dunia font fonctionner ensemble les centres régionaux de fourniture pharmaceutique. Les produits de base sont en stock adéquat à tout moment. Il y a peu de raisons de croire que, en ce qui concerne les fournitures, ce qui a commencé ne continuera pas.

2. Financement. La zone bénéficie de l'engagement à long terme des Organisations Protestantes et Catholiques. La zone possède également une quantité suffisante de produits agricoles commerciabes susceptibles de générer de l'argent afin de payer les services curatifs. Le concept d'autofinancement sera accepté et supporté à tous les niveaux.

3. Organisation

4. Formation. A la fin du projet, le recyclage sur une base limitée pour les agents de zone à tous les niveaux ne devra pas être au delà de la capacité de la zone.

B. Engagement de la communauté:

On a organisé les comités de développement. Le médecin de zone jouit de la confiance des pourvoyeurs de services principaux et des communautés religieuses; les secteurs visités ont témoigné de l'engagement du comité de développement du village dans toutes les décisions.

C. Les dix problèmes de santé les plus communs

La liste standard; le malaria est de loin en bas de la liste par rapport à ce qui est observé dans d'autres zones.

(Thornton)

ZONE DE SANTE RURALE DE KASANGULU
Région de Bas-Zaïre

Hôpital de l'Etat et de CEZO/ECZ

INTRODUCTION

L'Hôpital de Kasangulu est un Hôpital de l'Etat créé en 1958. Cette zone de santé rurale est composée comme suit:

1. L'hôpital de Kasangulu comme centre de santé de référence
2. L'hôpital de Sanabata comme hôpital de référence
3. 42 centres de santé ont été ouverts et parmi eux 25 sont en fonctionnement satisfaisant.
4. 8 centres de santé à créer par L'Armée du Salut au moyen des fonds de l'AID.

La population totale à desservir compte environ 85.000 à 100.000 Habitants. Ainsi la moyenne par centre de santé est seulement de 2000 habitants.

Organisation

- Le ECZ est responsable pour l'organisation d'activités des soins de santé primaires en convertissant les dispensaires en centres de santé et en les supervisant.
- Les dispensaires privés et ceux des religieux sont bien intégrés à l'exception du dispensaire de la SMEL.
- La zone de santé est bien couverte, sauf dans la partie de l'EST où les routes sont impraticables et coupées par des rivières. La supervision dans la partie EST peut être faite en voyageant via Kinshasa, Nsele; ce qui est coûteux et la ZSR n'en peut supporter les coûts.

II. LES INPUTS DE SANRU

1. FORMATION

SANRU a organisé la formation à l'UNIKIN, Ngada et Kimpese. La plupart de personnel de santé à tous les niveaux - Médecin chef de zone, Infirmiers A2 - A3 -A4 et Animateurs - ont pris part à ces sessions de formation.

2. Commodités (Fourniture et équipement)

La zone a reçu de SANRU:

- 1 véhicule
- 2 motos
- 10 vélos
- Des médicaments
- Equipement médical.

III. OUTPUTS

Comme conséquence de la formation organisée par SANRU, le personnel de santé a organisé la zone de santé en :

- délimitant la zone de santé rurale
- supervisant les centres de santé
- convertissant les dispensaires en centres de santé
- organisant les cliniques des naissances désirables
- organisant les comités de développement et en leur apprenant l'assainissement sanitaire.

IV. OBJECTIFS: FINANCEMENT

Depuis Juillet 1983, la zone jouit d'un système d'autofinancement. Une contribution modeste (60 zaires par mois) de la part des centres de santé rend cet autofinancement difficile. La plupart de centres de santé sont toujours soutenus par leurs anciens propriétaires (église ou Etat) qui se chargent de la maintenance, salaires, médicaments, équipement et fournitures.

V. CONTRAINTES

La zone de santé de Kasangulu bénéficie de trop d'assistance extérieure. Certains donateurs ne considèrent pas les centres de santé du secteur et en construisent d'autres. Comme conséquence, certains centres de santé ont moins de 800 habitants à desservir; ainsi ils ont difficile à s'autofinancer, et continuent à chercher de l'aide à l'étranger. Exemple: Nkala, un centre de santé supporté par l'Armée du Salut.

VI. FOURNITURE DE MEDICAMENTS

Le fournisseur principal de produits pharmaceutiques est CARITAS, cependant chaque centre de santé a son moyen de se procurer les produits localement ou à l'étranger.

(Kalambay)

LA ZONE DE SANTE DE KAZIBA
Région du Kivu
Hôpital de la Communauté des Eglises libres au Zaïre (CELZ/ECZ)

I. INTRODUCTION

- Dr. Reidar Soltrohm, médecin chef de zone
- Dr. Safari
- 17/27 centres de santé sont ouverts et fonctionnent à environ 70 % d'activités des soins de santé primaires. 2/17 ont ouvert un service de CPN et une des maternités opérationnelles compte à peu près 50 - 60 naissances par mois (Chiburhi/Luhwinja).

La "Communauté des Eglises libres du Zaïre" est l'organisation qui supervise l'Hôpital de référence plus une poignée de centres de santé utilisant un personnel (Infirmiers A3) formés à l'Ecole de nursing de l'hôpital.

- Le bureau de la ZSR existe mais jusqu'à ce jour il n'y a pas de superviseur pour cette zone. Le MCZ assure la supervision de la zone et occasionnellement est aidé par un médecin zaïrois formé (Dr. Safari). Bien que la formation en SSP a été offerte à certain staff zaïrois au sein de l'Hôpital de référence, leur participation dans la supervision de la ZSR n'a pas été initiée.

II. LES INPUTS DE SANRU

A. Formation

- Le MCZ (Dr.Reidar) a été formé lors de la Conférence annuelle de Nganda 1983 et au séminaire du même lieu.
- Le Dr.Safari a été formé à l'UNIKIN dans le cadre du programme d'Eté 1983.
- SANRU a organisé la formation des Médecins et Infirmiers en Naissances désirables et management de ZSR financée par JHPIEGO (Mars 1984)
- La session de formation régionale pour les superviseurs a été également organisée/financée par SANRU à Kaziba (Avril/Mai 1984).

B. Commodités (Assistance de SANRU)

- Un véhicule (Reçu le 4 Mai 1984)
- 2 motocyclettes
- 10 bicyclettes
- Equipement médical (quantité limitée), besoin est encore de plus pour équiper les centres de santé nouvellement ouverts.
- Médicaments: quantité limitée qui comprend quelques contraceptifs.
- Des manuels de formation.

III. LES OUTPUTS DUS AUX INPUTS DE SANRU

A. Formation :

Des agents de santé communautaire ont été formés et travaillent dans à peu près 7 centres de santé déjà opérationnels. Ces ASC travaillent en proche collaboration avec les comités de développement qui ont joué un rôle majeur dans les programmes d'eau et d'assainissement.

Les activités des AT ne sont pas favorables dans cette zone car plus de 95 % d'accouchements a lieu dans des maternités.

Infirmiers: principalement des A3 (environ 20) plus quelques A2 ont été recyclés.

Superviseurs: Un superviseur pour Kaziba plus 16 autres en provenance de ZSR ont été formés.

Adm/Médecins (court terme): 5 Médecins ont pris part du programme de formation supportée par JHPIEGO en Avril 1984.

Formation long terme en maîtrise SP : Aucun candidat de Kaziba n'a été choisi pour ce programme de formation.

B. Infrastructure:

- La zone de santé de Kaziba est bien définie mais les superficies à couvrir par les centres de santé pris individuellement reste encore à façonner.
- La ZSR comprendra un centre de santé de référence à Nyangezi (45.000 Habitants) où 2 infirmiers A2 plus 7 infirmiers A3 travaillent sous la supervision des Catholiques.
- La ZSR travaille à environ 70 % d'activités totales des SSP.
- Les programmes de vaccinations sont établis dans les centres de santé opérationnels.
- Les pharmacies ne seront pas considérées par cette ZSR.
- 5 sources gravitationnelles ont été organisées mais les travaux seront achevés d'ici Septembre 1984.
- A peu près 90 % de parcelles dans la ZSR possèdent et utilisent des latrines. Aucun laparoscope n'est installé dans l'hôpital de référence.
- Le planning familial est une activité en développement lent dans la ZSR. 13 acceptantes ont été enregistrées par un centre de santé.
- L'hôpital de référence de Kaziba projete la construction d'une salle de classe afin d'abriter les séminaires.

IV. PROGRES VERS LE BUT DU PROJET

A. Support

1. Fournitures: les médicaments et équipements pour la ZSR viennent par l'intermédiaire des Catholiques pour les centres de santé encore sous leurs supervision, et d'importation de la Hollande pour les centres de santé contrôlés par la Communauté des Eglises libres au Zaïre (Hôpital de Kaziba). Quelques médicaments sont aussi achetés sur le marché local.
2. Le financement au niveau de divers centres de santé fonctionne à 100 % pour couvrir les salaires, les coûts des médicaments plus les frais de fonctionnement. Les subsides sont toujours obtenus par l'Hôpital de référence pour aider à l'importation des médicaments et équipements.

B. L'engagement de la communauté est considérable dans la ZSR. Des centres de santé et des programmes d'eau ont été organisés dans les diverses communautés grâce à l'assistance de la population.

C. Les problèmes de santé les plus communs

- Les taux élevés de morbidité et de mortalité parmi les enfants et adultes sont conséquence des facteurs suivants:

1. gastro-entérites (parasites)
2. Rougeoule
3. autres infections
4. malnutrition

V. REMARQUES FINALES.

On peut dire bien que les problèmes existent encore au niveau d'intégration et de supervision des centres de santé dans la zone de Kaziba, il y a espoir que le système fonctionnera car il y a peu de dépendance à l'aide extérieure.

(Utshudi)

LA ZONE DE SANTE RURALE DE KILOTSHE
Région du Kivu
Hôpital de l'Etat assisté de CEMUBAC

I. INTRODUCTION :

L'hôpital de Kiotshe a été construit vers 1952 par le Gouvernement du Congo belge. Aux environs de 1954, l'administration de l'hôpital fut confiée à CEMUBAC. En 1983, la zone de santé de Kiotshe fut créée et l'Hôpital de Kiotshe avait à servir de centre de référence.

- Population de plus ou moins 180.000 habitants
- Superficie = 1600 Km².

Particularités de la zone de santé de Kiotshe

- La gestion de la ZSR est confiée à CEMUBAC.
- La carte de relief de la zone de santé de Kiotshe indique des montagnes à l'intérieur et aux alentours de la zone.
- Il existe très peu de routes dans et autour de la zone et ceci ne permet pas un accès facile au trafic pendant les saisons de pluie.
- La ZSR comprend des parties des sous-régions administratives du Nord et Sud Kivu, ainsi que des parties des zones de Masisi et de Kalehi. Cette zone de santé compte trois groupes tribaux (Hunde et Tembo dans la zone de Masisi et Havu dans le Kalehi).

Pathologie de la zone:

- diarrhée, choléra, shigellose
- schistosomiase (mansoni)
- malnutrition
- helminthiases

Contraintes majeures

- accessibilité géographique
- insuffisance de sol arable (le ^{rapport} ~~ratio~~ est très bas entre le sol arable et la population)
- coutumes diversifiées (hygiène, tabous et croyance) ² contrariant la promotion de santé.

II. INPUTS : CONTRIBUTION DE SANRU

A. Formation

- Le Directeur médical de l'hôpital a pris part à la session de formation UNKIN de 1982, la conférence annuelle de SANRU en Mars 1983 et à la session de formation régionale en planning familial de Kaziba Avril 1984.
- L'infirmier superviseur a aussi été formé en gestion de PF à Kaziba (Avril 84) et il a participé au cours de formation de superviseur à Kaziba (Mai 1984).

B. Commodités (fourniture, et équipement)

SANRU a fourni à la zone de Kirotshe les commodités ci-après:

- une stencileuse
- 10 bicyclettes
- équipement médical pour les soins de santé (réchaud à pétrole, matériels de gynécologie et obstétriques etc...)
- 2 motocyclettes (Yamaha 175)
- 1 véhicule (Jeep AMC)
- manuels pour formation sanitaire et bouquins pour une valeur de 5.500 Z. (2.000 Z. en Décembre 1983 et 3.500 Z. en Janvier 1984).

C. Autres:

SANRU a remis à la ZSR de Kirotshe la somme de 4800 z. pour l'assister dans le programme de formation à l'intérieur de la zone et la somme de 26.000 Z. pour la formation qui a eu lieu en Janvier 1984.

III. OUTPUTS.

A. Formation

- 11 infirmiers de centre de santé ont reçu la formation de 5 jours en Décembre 83
- Depuis Janvier 1984, 7 personnes reçoivent la formation d'infirmiers de niveau A4. La session durera 180 jours.

B. Infrastructure

- La formation reçue à l'UNEP en 1983 et la carte de zone administrative remise aux responsables de la ZSR leur a permis de délimiter la superficie de la ZSR et de déterminer les aires des CS en vue de planifier les activités des SSP sur toute l'étendue de la zone.

- Les centres qui ont été organisés:

1 Hôpital de référence (Assistance de Dpt. de la SP et du CEMUBAC)
1 Centre de santé de référence (CSR), (Assistance de l'UNICEF)
14 Centres de santé dont certains ouverts grâce à l'assistance de SANRU
7 postes de santé dont certains ouverts grâce à l'assistance de SANRU

Autres réalisations de l'assistance SANRU:

- 0 Pharmacie
- 0 Source d'eau potable
- 0 Latrine.

(Miatudila)

I. INTRODUCTION

La zone de santé rurale de Nyankunde a commencé son programme des soins de santé primaires en 1979. Quand SANRU avait débuté en 1982, elle a été choisie pour participer en phase I. L'activité économique de base de Nyankunde est l'agriculture, l'élevage des bovins et l'exploitation artisanale de l'or. Il y a 185.000 habitants dans la zone qui couvre la superficie deux fois celle d'autres zones ailleurs. La terre est basse et couverte de savanne. L'argent circule très peu. Le commerce est assuré par un système de troc.

La stratégie des soins de santé primaires utilisée à Nyankunde est le développement des comités de développement qui choisissent alors un "Agent de santé communautaire" (ASC). L'ASC est formé par le staff de la ZSR en vue d'organiser les activités de la communauté telles que assainissement du village, construction des latrines, construction des postes de santé communautaire, tenir des cliniques pré-scolaires et pour des femmes enceintes. On promet à l'ASC une pharmacie complète, que lui et le village aient construit le poste de santé et une latrine pour chaque maison au village. Lorsque l'ASC commence le travail, on met à sa disposition un stock de Daraprim pour la prophylaxie de malaria. Le travail du comité de développement du village ainsi que celui de l'ASC est supervisé mensuellement par le Chef médical de Zone ou par un infirmier AS formé en supervision.

Les accoucheuses traditionnelles ont été également formées pour plusieurs villages en vue d'assurer les accouchements à domicile, envoyer les cas difficiles vers le centre de santé et de discuter les naissances désirables avec les femmes. Ce groupe est relativement petit pour des raisons diverses décrites ci-dessous.

Les nombreux postes de santé sont supportés à partir de 7 centres de santé dans la zone et qui ont été convertis de dispensaires curatifs. Le centre de référence, qui est le point de référence et de contrôle administratifs, est l'Hôpital de 440 lits de Nyankunde. Appelé le Centre Médical Evangélique, ce centre de référence se situe à 12 heures de route de son centre de santé le plus éloigné.

Les fonctions exercées par la ZSR (assistée par les Inputs de SANRU) sont (1) gérer la zone, (2) former et superviser les infirmiers dans les centres de santé, l'ASC dans le poste de santé du village, (3) fournir le support logistique en termes de médicaments, fournitures médicales, matériels d'éducation sanitaire, (4) fournir le transport comprenant la maintenance des véhicules, motocyclettes et bicyclettes, (5) collecter et analyser les bulletins épidémiologiques ainsi que l'information supervisonnelle (6) fournir les matériels de construction et outils de latrines ainsi que de la protection de source d'eau, (7) assurer la formation permanente des médecins, infirmiers, auxiliaires ASC, accoucheuses traditionnelles et des 42 comités de développements.

II. LES INPUTS DE SANRU

A. Formation

Le Médecin chef de zone, 1 superviseur formé lors de la conférence annuelle de 83

B. Commodités (fournitures et équipement)

- 1 Land rover
- 8 motos, 15 vélos
- 26 microscopes
- 33 pèse-bébés
- 7 thermos (boîte à froid)
- 9 Réfrigérateurs

Certains médicaments, matériels de naissances désirables, condoms, IUD, pommades spermicides et matériels didactiques

C. Aider dans la construction de garage pour maintenance, le dépôt pour produits pharmaceutiques, salles de classe et la construction d'un bureau.

I.I. LES OUTPUTS DUS AUX INPUTS DE SANRU

A. Formation

Une révision de la formation des infirmiers, ASC et d'UHC était faite et est renvoyée à la section de formation de ce rapport.

B. Infrastructure:

L'équipe a visité trois villages munis de comités de développement et ASC. A Nukia, les prénatales et les préscolaires étaient tenues sur une base mensuelle. L'ASC enregistrait les ventes et achats de Daraprim (son unique médicament). Un stock plus complet de médicaments n'était pas fourni parce que le village n'avait pas terminé le poste de santé ni n'avait construit suffisamment des latrines.

Dans le village de Kilimania situé à 2 km et plus isolé, le comité de développement et l'ASC ainsi que l'accoucheuse traditionnelle ont tenu une réunion très animée avec nous. Alors que l'enseignant du village s'occupait à entraîner les enfants à la nutrition. La communauté sembla bien organisée. Les notes de l'ASC indiquèrent que l'ASC visitait les patients 2-3 par jour, et facturait trois zaires pour la consultation et 1-20 zaires pour les médicaments. Sa pharmacie contenait ASA, chloroquine, fer, belladone, antibiotiques etc... Les cliniques prénatales sont tenues chaque 5-6 mois (300 - 400 hab.) des vaccinations chaque trois mois, avec le pesage des enfants et le graphique de croissance. L'ASC peut garder 1/3 de coût des médicaments qu'il vend et cela à titre de rémunération. Il y a eu beaucoup d'argumentation entre l'ASC et le comité du village sur ce point. Le contrôle financier local était limité. L'accoucheuse traditionnelle qui perçoit 20 zaires par accouchement s'est plainte que les patientes étaient entraînées à être siphonnées vers les maternités voisines. Dans le village Ndoya, deux ASC travaillent ensemble dans le poste construit par le village. Ce bâtiment est bien meublé et possède un stock complet de médicaments, seringues, outils de chirurgie mineure ainsi que des matériels de naissances désirables. Ces agents assurent aussi de l'éducation nutritionnelle normale, les cliniques prénatales et préscolaires. Les visites à domicile sont faites. Les recettes émanant des utilisateurs sont collectées.

Le dernier comité du village avait regroupé 61 personnes qui chantèrent des chansons sur la santé et ecantiques. Trente membres du village payent un frais de membre et travaillent en guise d'aide pour le poste.

Les ASC ont été formés à Nyankunde et reçoivent une éducation permanente. Le matériel de SANRU était présent à tous les postes. D'autres outputs de la ZSR comprennent a) 25 sessions de nutrition, b) 59 sources d'eau protégées et c) 6 programmes de naissances désirables au centre de santé comptant à peu près 700 clientes. Deux vasectomies et 90 laparoscopies ont été performées.

C. Système d'information

Des données sont collectées pendant les visites de supervision. Un formulaire de rapport est rempli par l'ASC ou l'infirmier. Des rapports sur les efforts d'assainissement, les cliniques prénatales et préscolaires sont rédigés tout au long des soins curatifs. Les rapports sont rassemblés au quartier de Nyankunde en résumés mensuels et annuels.

IV. PROGRES VERS LE BUT DU PROJET

A. Support

1. Fournitures. Nyankunde dispose d'un système bien établi de stock de produits pharmaceutiques. Quelques médicaments, fournitures et équipement, matériels de naissances désirables sont stockés au quartier général. La plupart d'autres produits étaient distribués par le DCMP qui supporte également d'autres zones de santé avoisinantes - Drodro et Oicha.

2. Financement. Le modèle de Nyankunde concernant les soins au niveau du village requiert le paiement de la part d'utilisateurs et cela a constitué le début du projet en 1979. Ce modèle d'organisation a été copié par d'autres zones.

Selon les notes étudiées au poste d' "Agent de Santé", les patients payent un montant de trois zaïres pour des consultations et de 1-20 zaïres pour les médicaments. D'après le rapport annuel préparé pour la région, il y a un coût moyen de 20Z par visite. Ceci indique bien que les frais des utilisateurs soient collectés, les postes et centres de santé fonctionnent à perte. Un centre de santé fonctionnant à perte se trouva en dette de 6000 Z. Cette situation a été facilement corrigée au moyen d'une supervision serrée de l'extérieur et un engagement plus grand du comité de village dans l'analyse supervisionnelle des coûts, cela suggère que la plupart de centres et postes de santé de Nyankunde sont ou peuvent être auto-suffisants en produits pharmaceutiques. L'utilisation de ces fonds pour rémunérer l'ASC pourra être faisable en certains endroits sur une base économique adéquate. Malheureusement, la plupart des secteurs de Nyankunde évoluent dans une économie sans circulation de argent.

Une portion significative de fonds de fonctionnement pour hôpital et centres de santé vient d'autres donateurs (Allemagne et UNICEF) et des contributions faites par des Eglises à l'étranger.

3. Organisation. Nyankunde est bien organisé. Son développement structurel a commencé il y a au moins 50 ans. Le programme des soins de santé primaires a un arrangement séparé de l'hôpital. Le chef médical de zone n'a pas de responsabilité de soins sur les patients de l'hôpital. Le staff est composé d'un chef (Dr. Jean Marcus de Luxembourg), d'un infirmiers A2 responsable pour les cliniques prénatales et préscolaires ainsi que pour la formation des accoucheuses traditionnelles. Cette infirmière est assistée de deux autres infirmières comme membre du personnel. Un troisième infirmier A3 agit comme un superviseur sur terrain et assistant de l'Administrateur. Quatre autres infirmiers A4 sont des formateurs.

Le programme reçoit une assistance supplémentaire de l'UNICEF et de L'Allemagne.

4. Formation. Nyankunde a un programme bien établi pour la formation des infirmiers A2, A3 (Infirmiers + accoucheuses) et A4, ASC comités de village et accoucheuses traditionnelles. Une éducation permanente est offerte à chacun de ces groupes. Les programmes de formation sont bien décrits dans les documents du projet. Les méthodes d'enseignement comprennent des exercices didactiques et pratiques - beaucoup au niveau du village. Les ASC sont formés en même temps que les comités du village (des commentaires sont inclus dans le corps du rapport).

B. L'engagement de la communauté est le trait le plus marquant de la zone de santé de Nyankunde. Selon les rapports de 1983, les comités de village ont commencé au moins dans 24 villages. Le succès de ces comités ont été variables. Des villages étaient requis à s'organiser eux-mêmes suffisamment afin de choisir un ASC pour la formation, construire le bâtiment de poste de santé et construire des latrines à 90 % des parcelles. Pour ceux des villages bien dirigés et bien organisés, ce système a très bien marché. Pour beaucoup d'autres communautés l'obligation d'accomplir ce travail avant de recevoir des médicaments et équipement a soulevé trop de difficultés. La plupart de villages exigèrent beaucoup de travail de la part des superviseurs en ce qui concerne les mesures du succès. En tout, les résultats sont très encourageants. Il n'a pas semblé que l'Input de SANRU était de beaucoup dans la formation des CSV.

C. Les problèmes de santé les plus communs signalés par cas étaient : malaria (13.069), rougeole (579), respiratoires (9463), malnutrition (147), tuberculose (91), grossesses (3723), maladies gastro-intestinales (13745), lèpre (304).

REMARQUES

Il y a deux questions à résoudre au niveau de la zone. Il s'agit en premier lieu de savoir que fait-il faire avec les ASC et comités qui ne satisfont pas les exigences de construire des postes et latrines. L'ASC et les comités ont pensé que les demandes étaient trop fortes et que l'ASC perd la crédibilité lorsqu'il ne peut pas fournir des services curatifs aussi bien que préventifs. Le problème de la Zone est de trouver des stratégies qui seront plutôt inclusives que exclusives et qui permettront au programme de continuer ou remplacer les ASC et comités défaillants.

La question numéro deux est que la ZSR n'est pas encore capable d'inclure les programmes de santé catholiques ou convertir une maternité de l'Etat dans le voisinage en centre de santé. La maternité était abritée dans un bâtiment voilà du Congo belge qu'on peut réhabiliter.

(Shepperd)

LA ZONE DE SANTE RURALE DE OICHA

La Région du Kivu

Hôpital de la communauté Evangélique du Centre de l'Afrique (CECA/ECZ)

I. INTRODUCTION

Oicha a été choisi à l'origine comme zone de SANRU phase I. Cependant, l'hôpital n'a plus eu de médecin depuis la moitié des années soixantes. Les activités de santé, comprenant une équipe mobile, ont été menées par des infirmiers sous la direction du Citoyen Kyusa.

Le Dr. Kambale est arrivé en Octobre 1983 pour commencer ses fonctions de Directeur médical de l'Hôpital et de la Zone de Santé rurale. Il est né dans la région de Oicha et a été formé au Zaïre et en Grande Bretagne (en Santé publique).

Depuis l'arrivée du Dr. Kambale, les plans pour la zone de santé rurale se sont développés plus rapidement. Le personnel de la zone de santé est bien entraîné et hautement motivé. Cependant, chacun est responsable de 3 travaux différents et ne peut se consacrer qu'à mi-temps au développement de la ZSR.

A ce jour, l'activité principale du personnel de la zone reste l'équipe mobile qui voyage chaque mois en voiture ou en moto jusqu'aux 14 points distants de 25 kilomètres de l'hôpital. Ils offrent des consultations pré-scolaires et des vaccinations.

La zone nouvellement définie comprend un dispensaire-maternité catholique dont le service est assuré par des infirmiers de niveau A3 et A4; quelques autres dispensaires en relation avec l'Eglise et plusieurs douzaines de dispensaires, pharmacies privées. Le plan de la zone de santé demande la conversion d'une partie de ces dispensaires en 3 centres de santé et 8 postes de santé. La procédure sera d'identifier des infirmiers qualifiés et intéressés de niveau A3, ensuite les recycler et les affecter aux postes et centres de santé supervisés. Le processus délicat de contacter les différents propriétaires et superviseurs de dispensaires est ralenti par le manque de personnel de zone de santé travaillant à temps plein.

II. ILUS: Contributions reçues de SANRU

A. Formation

- 1 Médecin chef de zone (Conférence nationale de la santé et Séminaires 1983)
- 1 Superviseur (UNIRH 1982, Conférence nationale de la santé et Séminaire 1983)
- 1 Infirmier A3 du CS Luanoli (Au séminaire de Oicha)

B. Matériels et équipements reçus

Une pick-up, 2 motocyclettes, 10 bicyclettes, des balances, 1 réfrigérateur, une photocopieuse, une machine à écrire, des médicaments, des livres (plusieurs en anglais). Un délai de livraison des matériels de 8-24 mois a contribué au retard d'ouverture du centre de santé.

C. Autres

90 % de kilométrage annuel pour l'équipe mobile de santé.

III. OUTPUTS: Réalisations dues ^{à la} ~~aux~~ contributions de SANRU

A. FORMATION

Le centre de Luanoli: 2 auxiliaires de santé, 8 animateurs et un comité de développement.

B. Infrastructure:

La zone de santé planifiée, au stade de démarrage.
Le Conseil d'administration en fonctionnement, à étendre.
1 centre de santé en fonctionnement.

Note: D'autres activités de santé comprennent les programmes de vaccination, le captage d'eau de source, promouvoir des latrines, les services de naissances désirables. Aucune réalisation jusqu'à ce jour ne peut être directement attribuée à SANRU.

C. Le système d'information

Les systèmes existants de conservation des documents des dispensaires, de l'hôpital et d'équipe mobile permet au Staff de rédiger les rapports SANRU sans difficulté. Le staff sait comment traiter les statistiques et des calculs épidémiologiques. Il reçoit et utilise des informations des soins de santé primaires de SANRU.

IV. PROGRES VERS LES OBJECTIFS DU PROJET

A. Soutenabilité

1. Approvisionnement

Oicha achète la plupart de ses produits pharmaceutiques auprès de deux sources sûres: la pharmacie centrale UECA à Nyankunde et Caritas à Butembo. Oicha est également en relation avec plusieurs donateurs et peut espérer une aide occasionnelle en produits pharmaceutiques, nourriture et fournitures à l'avenir. Le personnel semble savoir comment diriger plusieurs sources simultanément.

2. Financement

Les recettes de l'hôpital payent habituellement tous les salaires (y compris celui du médecin), les produits pharmaceutiques, l'entretien des bâtiments et des véhicules. Des donateurs extérieurs ont donné des véhicules et peuvent supporter un hôpital et un système d'eau communautaire. Le centre de santé de Luanoli paie ses propres infirmiers et produits pharmaceutiques. Des plans détaillés n'ont pas été développés pour le financement de futurs centres de santé ou pour un personnel de supervision et le transport.

3. Organisation: ce système n'est pas encore développé.

4. Formation: système pas encore développé.

B. Participation de la communauté

Cet aspect du programme de Oicha est minime à ce jour. Il rest@ encore beaucoup à organiser dans ce domaine.

C. Prévention et traitement des 10 problèmes de santé les plus communs.

Les neufs problèmes généraux, plus la schistosomiase et la lèpre sont tous traités par des programmes courants et prévus dans les plans futures.

7. REMRQUESS FINALES.

La zone de santé de Oicha possède un jeu propre de priorités et objectifs (en accord avec le plan de Janvier 1964). Plusieurs correspondent parfaitement aux objectifs et réalisations de SANRU. Cependant, Oicha aimerait contribuer d'une manière significative aux réalisations de SANRU si seulement le personnel pouvait être désigné à temps plein parmi le Staff de supervision de la zone de santé rurale.

(Utsludi & Brown)

LA ZONE DE SANTE RURALE DE RUTSHURU
Zone administrative de Rutshuru, Région du Kivu
Hôpital de l'Etat/CEUBAC

I. INTRODUCTION

L'Hôpital de Rutshuru est un hôpital de l'Etat ayant des liens avec CEMUBAC (Université de Bruxelles). Il utilise trois médecins zaïrois. Rutshuru était compris dans la phase I de zone assistée par SANRU ensemble avec Rwanguba qui divise avec elle la zone administrative. Le médecin chef à l'origine (Dr. Rwabuzizi) est décédé en Décembre 1983 et n'a été remplacé que récemment. Le programme ne s'ajuste que maintenant à ce changement.

En Février 1984, une équipe de haut niveau a visité Rutshuru (et Kirothse) dans le but d'évaluer l'action de CEMUBAC et de son avenir. En attendant les résultats de cette visite, l'avenir de l'assistance CEMUBAC est mise en question.

Rutshuru a bien progressé en termes des limites de zone de santé rurale, comptant 10 CC/PS, et en développant un programme avec supervision mensuelle. Le plus grand problème semble être le circuit d'approvisionnement qui les force à acheter les produits localement et empêche la mise sur pied des recettes afin de permettre l'auto-financement ainsi que la disponibilité des services à la population générale.

II. INPUTS: Contribution de SANRU

- A. Formation - Dr. RWABUZIZI - Nganda 1983
Dr. Kamanji - UNIKIN 1983
Dr. Piko - Kaziba 1984
Cit. Tendani, Cit. Fanyangwa - Kaziba 1984

B. Fournitures et équipements

- 2 Motocyclettes
- 10 bicyclettes
- 8 réchauds à pétrole
- 8 balances (pèse-bébé)
- Des livres de référence
- Des contraceptifs
- Équipement médical/labo (1caisse)
- Posters, calendriers, journaux etc.
- 1 machine à écrire
- 1 véhicule Jeep (à Kinshasa)

D'autres inputs

- 1) UNICEF - 4 réfrigérateurs (1 électrique + 3 à pétrole), véhicule, équipement OR
- 2) PEV - vaccins, équipement de vaccination
- 3) CEMUBAC - assistance sporadique et limitée en équipement, médicaments, et formation.

III. OUTPUTS DUS AUX CONTRIBUTIONS DE SANRU

A. Formation: Aucune session n'a été organisée jusqu'à ce jour.

B. Infrastructure

La ZSR a été géographiquement définie en négociation avec Rwanguba afin de créer 2 ZSR au sein de la zone administrative de Ruthsuru. Cela a constitué deux problèmes majeurs discutés et résolus à Nganda 1983. Ces limites ont été acceptées par les autorités médicales régionales.

Un conseil d'administration formé des représentants en provenance de tous les services médicaux n'existe pas encore. Un comité de gestion composé de 3 médecins, un assistant médical, et les représentants de l'ANEZA fonctionne déjà. Des comités de santé existent dans deux centres de santé.

15 Aires de santé sont planifiées mais n^{ont} pas encore fixées sur la carte. 5 CS et 5 PS sont actuellement en fonctionnement. Chaque CS compte deux infirmiers A3 + 1 A4, tandis que le PS utilise 1 infirmier A3.

Le Comité de développement du village - pas encore bien développés avec seulement 5 fonctionnant aux environs d'un centre.

L'intégration des services - Les 10 CS/PS comprennent les centres Protestants et catholiques sous la supervision de Ruthsuru. Malgré la proximité de Rwanguba, il n'apparaît pas qu'il y a bonne communication ou collaboration dans le développement de ces deux zones de santé.

ASN/EAU - UNICEF Brigade hydraulique basée à Ruthsuru a aidé dans l'adduction de beaucoup de projets comprenant l'hôpital. Ce groupe n'est plus actif. Des sources existent qui pourraient être captées si les fonds étaient disponibles. Nous suggérons que SANRU fournisse le financement.

PIF - quelques activités, avec 11 acceptantes enregistrées en 1981. Les médecins semblent quelque peu pessimistes et pensent que le programme de planning familial ne sera pas accepté par la population locale.

Système d'information - Les formulaires de rapport annuel ont été reçus tard et ne sont pas remplis. Il est douteux que le rapport 1983 sera soumis.

IV. PROGRES VERS LES OBJECTIFS DU PROJET

A. Soutenabilité

1. Approvisionnement. - presque tous les médicaments sont achetés localement. Rien ne provient du DCMP. Des difficultés pour localiser tous les médicaments requis. Les médicaments sont revendus au même prix afin de concurrencer les pharmacies locales. En tout pour tout, un circuit d'approvisionnement d'insécurité.

2. Financement. - Beaucoup d'employés étaient payés par CEMUBAC mais ceci a cessé d'exister. Le personnel de l'Etat n'est pas payé depuis Octobre. Ceci signifie que les recettes de l'hôpital doivent augmenter afin de couvrir les salaires de ces employés. Au niveau de CS, les recettes couvrent les salaires et médicaments mais pas les frais de supervision.

3. Organisation. - L'avenir de la contribution de CEMUBAC est douteux. Cependant, puisque cette contribution a généralement été sporadique, le retrait de CEMUBAC ne handicapera pas la soutenabilité du programme.

En tant qu'Hôpital de l'Etat la ZSR est assurée du support partiel des salaires de son personnel.

4. Formation. pas encore développée assez pour juger la soutenabilité.

V. Participation de la communauté: Toujours au niveau de centre de santé. Les activités ne sont pas encore décentralisées au niveau de village.

REMARQUES FINALES

Etant donné le retrait du soutien extérieur, il est de mon estimation que La ZSR à ce moment continuera à fonctionner avec des activités curatives limitées à l'hôpital et aux dispensaires, mais l'effet de santé publique diminuera radicalement.

(Baer)

LA ZONE DE SANTE DE RWANGUBA
Région du Kivu

Hôpital de la Communauté des Eglises Baptistes au Kivu (CEBK/ECZ)

I. INTRODUCTION

Avant 1980, l'Hôpital de Rwanguba offrait principalement des soins curatifs et a essayé de superviser et d'alimenter à peu près 20 dispensaires des religieux situés dans l'espace compris entre Oicha et Bukavu. La récente délimitation des ZSR a écarté ces dispensaires de la zone de Rwanguba, les rendant ainsi hors de la responsabilité officielle de l'hôpital. Un changement capital de la préoccupation est entrainé de s'opérer comme Rwanguba étudie en détail la situation des soins de santé. Depuis 1980, les consultations pré-natales et les vaccinations ont été disponibles à l'hôpital.

La ZSR est densément peuplée avec peut-être 240 personnes par kilomètre carré. Aucun centre de santé ne semble être à plus de 90 minutes par route partant de l'hôpital de référence. Le contact et la supervision ne seront pas difficiles à assurer.

Un autre trait positif de la zone est le grand dispensaire-maternité catholique de Jomba. Le personnel de cet établissement est conscient des plans de zone de santé, mais jusqu'à ce jour n'a pas été sollicité à participer. Nous n'avons pas visité Jomba, mais de retour à Kinshasa nous avons appris que OXFAM a fourni un véhicule et deux motos. La planification intégrée est essentielle. Jomba pourrait bien servir de centre de santé de référence et pourrait superviser plusieurs centres de santé dans la partie Est de la zone.

II. CONTRIBUTION DE SARRU

A. Formation :

Un médecin zairois (plus à Rwanguba): Conférence nationale de santé 1983.

Médecin chef de zone Dr. Randolph Bulger, et Dr. Robert Bulger: Santé reproductive et Planification, Séminaire de Kaziba 1984.

Superviseur Sebastian: Conférence nationale de santé 1984, Séminaire de santé reproductive et planification, Kaziba 1984.

B. Fournitures (commodités) *attribuée*

1 Motocyclette déjà défectueuse, 1 moto en route.

1 Jeep arrivée un jour avant notre visite.

Des bicyclettes.

Notes: Le Directeur médical déclare que les fournitures de SARRU sont appréciables mais n'ont qu'un impact mineur sur la zone. De l'autre côté, l'inspiration de SARRU et son encouragement (par la formation, information et visites) ont été de grande valeur.

III. ^{des la} ~~LES~~ ~~OUTPUTS~~ CONTRIBUTIONS DE SANRU

A. Formation: aucune à ce jour.

B. Infrastructure

Zone de Santé Rurale: délimitée sur la carte, sous-aires pas encore délimitées; liste de recensement partiel; conseil d'administration pas encore organisé.

Centres de santé: aucun ne fonctionne maintenant. L'hôpital de Rwanguba espère développer et superviser lui-même 10 centres. Jomba pourra être capable de transformer et superviser 5.

Programmes de vaccination: Aucun de SANRU à l'hôpital de Rwanguba depuis 1960. Jomba a un programme mobile de vaccination en de nombreux endroits indéterminés.

Propharmacies: aucune actuellement, ni programmé.

Eau et latrines: aucune de SANRU. Les latrines seront la priorité dans la zone, car 5 % seulement de maison en possède.

Naissances désirables: quelques ligatures tubulaires et IUD sur demande, pas encore de programme d'éducation.

C. Système d'information:

Les matériels didactiques de SANRU ont été reçus mais ne sont pas encore beaucoup utilisés. Le rapport annuel de 1963 n'est pas encore soumis.

IV. PROGRES VERS LES OBJECTIFS DU PROJET

A. Soutenabilité

1. Fournitures. La plupart d'articles sont achetés au Kenya, transportés par avion à Goma. Le système est dépendant d'un expatrié expéditeur.

2. Financement. L'hôpital est grandement dépendant des dons. Le personnel expatrié comprend 4 médecins, un infirmier anesthésiste, un technicien de labo et 3-4 travailleurs journaliers. Les bâtiments, équipements, quelques fournitures, véhicules et kilométrages sont tous des dons. Les recettes de l'hôpital couvrent les salaires des Zaïrois et presque tous les médicaments. L'hôpital et la zone de santé comptent accepter et augmenter l'aide extérieure pour l'avenir prévisible.

Des plans ne sont pas encore développés pour financer les centres de santé.

3. Organisation. Quelques activités à ce jour, impossible de porter un jugement sur la soutenabilité.

4. Formation. Peu d'activités jusqu'à ce jour.

B. Participation de la communauté:

Très peu jusqu'à ce jour, a besoin de *guide* et encouragement.

V. REMARQUES FINALES

La zone de Rwanguba avance lentement à son stade initial. Le staff de la zone comprend les médecins expatriés (à temps partiel) et un infirmier zairois (probablement à temps plein maintenant). Le personnel, vision, plans et activités peuvent être agrandis rapidement en intégrant les facilités catholiques de Jomba. En plus, la ZSR adjacente de Ruthsuru (qui possède plus de personnel et des plans et activités) peut servir comme collaborateur, particulièrement en donnant des cours de formation conjointe.

(Brown)

LA ZONE DE SANTE RURALE D'UVIRA
Région du Kivu
L'Hôpital supervisé par l'ETAT.

I. INTRODUCTION

Historique: L'Hôpital d'Uvira est une propriété de l'Etat zairois, qui couvre une population de 171.339 habitants. La ZSR d'Uvira est divisée en 15 aires dont 4 sont fonctionnelles. Ces 4 aires sont desservies par 8 centres de santé, dont 6 sont opérationnels.

Les activités des SSP avaient commencé depuis l'année 1977 avec le concours de Dr. Fausa un missionnaire catholique. Pour le moment, cinq médecins zairois font marcher l'hôpital de référence et toute la zone de santé.

Cette équipe médicale est composée de :

- 1 Médecin sous-régional: Dr. Mayifwila
- 1 Médecin Directeur de l'hôpital: Dr. Badibunga
- 1 Médecin chef de zone : Dr. Liambi
- 1 Médecin Superviseur de CS: Dr. Sekaganda
- 1 Médecin chef de staff: Dr. Manoni

Organisation:

Quoique chaque médecin répond de ses attributions spécifiques, toute l'équipe médicale supervise à tour de rôle une aire de santé donnée, et en fait rapport au staff qui se réunit régulièrement.

Le Médecin chef de zone est responsable auprès du staff médical de toute l'organisation de la zone de santé c.à.s.d:

- Délimitation de la zone en aires de santé.
- Création ou conversion des anciens dispensaires en centres de santé
- Approvisionnement des médicaments et matériels dans la ZSR
- Résoudre les différents problèmes inhérents aux activités des SSP
- La formation ou le recyclage du personnel médical etc.

Le fonctionnement du bureau de la ZSR

Le bureau de la ZSR joue un rôle purement de secrétariat administratif médical. D'une part, il reçoit les rapports de différents centres de santé, les traite et les expédie à l'échelon supérieur; d'autre part, il assure la meilleure distribution des instruments et autres matériels pour les centres de santé.

Le centre de santé utilise un personnel composé de:

- 1 infirmier A3, responsable de toutes les activités préventives et curatives du CS.
- 1 commis qui a la charge de faire le recensement dans les villages et assure la récolte des données statistiques.

- un aide A4 qui traite les anciens cas et s'occupe également de visites à domicile pour renforcer le suivi des malades.

Problèmes rencontrés par la ZSR:

1. Intégration complète et conversion des dispensaires en Centres de santé.
 - a) L'hôpital de Kiliba (Hôpital d'entreprise) a refusé toute intégration à la politique des SSP.
 - b) Les religieux catholiques sont favorables à la condition que la gestion financière (salaires du personnel, approvisionnement, maintenance...) soit totalement à leur disposition.
 - c) Les centres de santé protestants et d'Etat sont pour le moment les seuls à s'être intégrés.
2. De l'approvisionnement en médicaments: La pharmacie diocésaine catholique approvisionne difficilement la ZSR. Les ruptures de stock, l'amputation de la réquisition etc influe sur l'autofinancement du CS.
3. La formation du personnel infirmier: Le manque de locaux, matériels didactiques, financement et autres équipements, handicape la réussite du programme.

Contraintes majeures

1. Le manque de statut juridique de la ZSR
2. Le manque d'un budget d'investissement pour soutenir l'effort de participation de la population.

II. INPUTS: Contributions reçues de SANRU

1. Formation:

- Un médecin formé à Nganda en 1983 et à Kaziba 1984
- Deux infirmiers superviseurs étaient formés à Kaziba (10 jours en Avril- Mai 84)

2. Matériels:

- 1 véhicule
- quelques matériels didactiques, projecteur (films/diapositives)
- quelques équipements médicaux, bijoux; pins-à-bébé etc.
- médicaments.

III. OUTPUTS: Extraits des contributions de SANRU

1. Formation au niveau de la ZSR et CS.

2. Infrastructure

- Organisation de la ZSR; délimitation de la zone
- Renforcement d'activités dans les 6 centres opérationnels est requis. Ces activités comprendront CPN, CBS, vaccinations etc.

3. Système d'information

- document reçu par la ZSR; Formulaire de rapport annuel
- document envoyé à SANRU :
 - rapport d'activité
 - Rapport de formation en SSP
 - Rapport annuel.

4. La supervision des centres de santé.

100 % de centres de santé intégrés sont supervisés une fois ^{par} mois par le Médecin et par un Infirmier superviseur.

IV. PROGRES VERS LES OBJECTIFS DU PROJET

La zone de santé d'Uvira fait partie des hôpitaux assistés par SANRU en phase II, et cet apport n'est qu'à ses débuts; néanmoins, il a permis le démarrage et spécialement le renforcement des activités telles que consultations prénatales et pré-scolaires, vaccinations, hygiène, éducation sanitaire et recensement dans toute la ZSR.

L'esprit d'équipe, l'organisation du service du personnel et la participation de la communauté offrent une garantie pour le succès du programme.

V. RECOMMANDATIONS

1. La quantité du travail administratif (18 cahiers à remplir) du CS devrait être réduite afin d'améliorer la qualité de données statistiques à récolter.
2. L'équipe médicale devrait laisser tomber momentanément les CS avec problèmes pour se focaliser son attention sur les autres plus disponibles.
3. La ZSR d'Uvira devrait élaborer et transmettre à SANRU des mini-projets pour le financement des locaux de cours, d'assistance pour le finissage des CS financés par la population, et pour le financement de la formation ou recyclage du personnel infirmier.
4. De continuer à consulter le Diocèse de Bukavu et l'OXFAM afin d'harmoniser les points de vue pour la création d'une pharmacie centrale qui faciliterait l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

(Kalemabay)

RESUME EXECUTIF D'EVALUATION POUR LE BUREAU AFRICAIN

Date : 22 Mai 1984

Projet : Soins de santé primaires en milieu rural (SANRU 660-0086)

Période: 1981-1986

I. Quelle contrainte le projet a-t-il tenté de dégager ?

Ce projet tente de supprimer la contrainte au développement des SSP causée par le manque de planification, de formation et équipement en fourniture, ainsi que faibles attitudes envers la santé préventive, conduisant au manque de ressources engagées en santé préventive et au manque d'accès aux services de santé.

II. Quelle technologie le projet a-t-il mis sur pied afin de supprimer cette contrainte

Les hôpitaux existants sont rendus capables d'organiser des grandes Zones de Santé Rurales et de former la main d'oeuvre de santé publique ainsi que des comités de développement du village. Ces technologies ont compris la planification sanitaire et la gestion, information sur la formation et compétence, suivis par le système d'information sanitaire. Le planning familial spécifique, la santé publique et les technologies de la médecine tropicale ont été transférées dans les nombreux programmes de formation à tous les niveaux.

III. Quelle technologie le projet a-t-il tenté de remplacer ?

Le projet remplace les méthodes non-scientifiques de prévention et de traitement de maladies, grossesse, malnutrition et de maladies tropicales. Il remplace les systèmes irréalistes de collecte de données statistiques sanitaires.

IV. Qu'est-ce qui a fait penser aux planificateurs que les bénéficiaires adopteraient la technologie proposée ?

Les projets précédents en santé rurale au Zaïre avaient démontré l'acceptation de la technologie du projet. Les implanteurs de ces projets ont pris part dans la conception de ce projet.

V. Quelles caractéristiques les bénéficiaires visés avaient-ils exhibés et qui avaient de relation avec l'adoption de la technologie proposée ?

Les bénéficiaires au niveau de village ont démontré la volonté d'utiliser ces ressources du moment, le travail et les finances afin d'améliorer collectivement la qualité de leur vie.

Les bénéficiaires intermédiaires, médecins et infirmiers jouissaient d'une formation de base requise et de l'intérêt, tout comme ils occupaient des positions relatives afin d'appliquer leur technologie en tant que Directeurs de Zone et Superviseurs.

VI. Quel taux d'adoption ce projet a-t-il accompli en transférant la technologie proposée ?

Le taux d'adoption a été bon. Il y a eu de bonnes et franches relations de travail avec tous les formateurs, planificateurs et leurs contreparties.

VII. Est-ce que le projet a mobilisé des forces qui induiront une plus grande exploration de contrainte et de progrès techniques pour la surmonter ?

Le projet a gagné beaucoup de crédit en servant comme catalyseur pour plusieurs factions, Etat, donateurs religieux, PVO etc. Le développement des SSP devra être capable de continuer avec ou sans SANRU. Il a aussi mis en mouvement des études de recherches appliquées afin de résoudre certains problèmes d'implantation.

VIII. Est-ce que les fournisseurs privés ont le stimulant pour examiner la contrainte formulée par le projet et d'apporter la solution ?

Le projet a été initié par la demande d'un groupe privé d'Eglise protestante.

IX. Quel système le projet a-t-il utilisé pour transférer la technologie aux bénéficiaires ?

Le projet a utilisé les salles de classe et la formation pratique au travail afin de transférer la planification et les technologies de médecine préventive.

X. Quelles techniques de formation le projet a-t-il utilisé pour développer le système de livraison ?

De multiples techniques de formation sont utilisées. Elles comprennent la formation à long et à court terme des médecins, administrateurs et infirmiers, le recyclage d'infirmiers en ~~br~~ cours dans les centres de formation au sein de la ZSR. De différents agents de santé du village ont été formés dans les centres de santé et aux villages.

XI. Quel effet la technologie transférée a-t-elle eu sur ceux qui ont subi son impact ?

Les chefs médicaux de zones peuvent mettre en exécution un plan de ZSR. Il est trop tôt de se prononcer sur le travail au niveau de village. Dans certains villages, les soins curatifs et préventifs sont dispensés.