



Coopération Technique Belge

**RZSK**

**PROJET REHABILITATION ZONE  
DE SANTE DE KISANGANI**

**RAPPORT TECHNIQUE FINAL  
DU  
PROJET REHABILITATION  
ZONE DE SANTE DE KISANGANI**

Par

**Dr. A. ARUNA ABEDI, MPH.**

*Décembre 2005*

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	1
LISTE DES ABREVIATIONS .....	2
I. INTRODUCTION GENERALE .....	3
II. OBJECTIFS .....	3
Objectif général .....	3
Objectifs spécifiques .....	3
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE .....	3
IV. DEVELOPPEMENT .....	5
I. PRESENTATION DU CONTEXTE DE LA PRESTATION .....	5
II. RESUME DE LA MISE EN ŒUVRE .....	7
RESULTAT 1 : La zone de santé de kisangani est rendue totalement opérationnelle .....	7
RESULTAT 2 : Le BCZS de Kisangani assure pleinement ses activités .....	10
RESULTAT 3 : Les taux d'utilisation des structures sanitaires de la ZS de Kisangani sont augmentés .....	12
RESULTAT 4 : L'accessibilité en médicaments essentiels est améliorée dans toute la ZS .....	13
RESULTAT 5 : L'HGR et les CS fournissent des soins curatifs et préventifs de qualité .....	14
RESULTAT 6 : Les systèmes de gestion de l'HGR et l'organisation des services sont améliorés .....	15
RESULTAT 7 : La Communauté est impliquée à toutes les étapes du processus de gestion .....	16
III. RESULTATS DU SUIVI .....	17
AU NIVEAU DE LA COORDINATION .....	17
AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (Division provinciale et district sanitaire) .....	17
AU NIVEAU DU BUREAU CENTRAL .....	17
A L'HÔPITAL GENERAL DE REFERENCE .....	18
AUX CENTRES DE SANTE .....	18
AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE .....	18
IV. LES RESULTATS DE L'APPRECIATION FINALE ET LE CONTROLE FINAL DE QUALITE .....	19
1. La réhabilitation des infrastructures de qualité .....	19
2. Les structures sanitaires équipés .....	19
3. L'approvisionnement suffisant en médicament .....	20
4. La participation communautaire est rendue effective .....	20
5. Le personnel est motivé .....	20
6. Le renforcement de la capacité du personnel est effectif .....	20
7. Le système d'information sanitaire amélioré .....	21
8. Le suivi des activités amélioré .....	21
9. L'utilisation des services améliorée .....	22
10. L'impact positif du projet sur le genre, économie sociale, environnement et Sida .....	23
V. LES CONDITIONS ET LES LECONS A TIRER .....	25
1. LECONS A TIRER .....	25
2. CONDITIONS .....	26

## LISTE DES ABREVIATIONS

BCZS :	Bureau Central de la Zone de Santé
CODESA :	Comité de développement de l'aire de santé
COSAN :	Comité de santé
CPN :	Consultation prénatale
CPON :	Consultation post- natale
CPS :	Consultation préscolaire
CS :	Centre de santé
CSR :	Centre de santé de référence
CTB :	Coopération Technique Belge
DTC3 :	Diphtérie, Coqueluche et Tétanos (3ème dose de ce vaccin)
FC :	Franc Congolais
HGR :	Hôpital général de référence
IO :	Infection opportuniste
IST/SIDA :	Infection sexuellement transmissible/ Syndrome d'immunodéficience acquis
PCA :	Paquet complémentaire des activités
PEV :	Programme élargie de vaccination
PMA :	Paquet minimum des activités
RUMER :	Registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes.
SNIS :	Système national d'informations sanitaires
SSP :	Soins de santé primaires
SURVEPI :	Surveillance épidémique
VAT :	Vaccin antitétanique
ZS :	Zone de santé

## I. INTRODUCTION GENERALE

Au terme de la prestation du projet, il a été convenu d'élaborer un rapport final résumant en quelques lignes les activités exécutées en conformité avec la logique d'intervention.

Les informations mises à la disposition des exploitants dans ce condensé permettront d'évaluer la contribution de ce projet à l'amélioration de la santé de la communauté bénéficiaire et de tirer les leçons conséquentes.

Ce projet a permis de relancer les bases d'une réorganisation des services des structures appuyées. Les acquis de ce projet devront être consolidés rapidement par un projet d'appui structurelle ou de développement. De toute évidence, le redressement de la situation sanitaire est un processus à long terme et que ce projet devrait être considéré comme une première étape vers une revitalisation plus structurelle des services de santé de la ville de Kisangani.

## II. OBJECTIFS

### *Objectif général*

Informar la représentation CTB Kinshasa et les autres décideurs financiers sur la contribution du projet à l'amélioration de la santé de la population de la ville de Kisangani.

### *Objectifs spécifiques*

- Présenter le contexte de la prestation.
- Résumer la mise en œuvre de la prestation
- Donner les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôle.
- Décrire les résultats de l'appréciation finale et le contrôle final de qualité
- Déterminer les conditions et les leçons à tirer.

## III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Les grandes lignes de présentation ont été proposées par la représentation. Pour rédiger ce rapport nous avons consulté les différents rapports annuels d'activités, le rapport d'audit, le rapport de monitoring des activités et les rapports des réunions de SMCL.

## **IV. DEVELOPPEMENT**

### **I. PRESENTATION DU CONTEXTE DE LA PRESTATION**

Le projet réhabilitation zone de santé Kisangani a démarré en décembre 2003, période du début de la réunification du pays. D'un montant de 735.269,34 EURO et d'une durée de 18 mois, ce projet d'urgence était destiné à la population de la zone de santé Kisangani estimée à 269.392 habitants. L'objectif général poursuivi était de contribuer à la réduction de la morbidité et à la mortalité de la population cible en revitalisant la zone de santé de kisangani.

Les conflits armés ont aggravé la pauvreté de la population de kisangani. Cette paupérisation a réduit sensiblement l'accès aux services de santé. La guerre et l'absence de l'autorité de l'état ont contribué à la désorganisation de système de santé, à l'insécurité, à l'atteinte de la santé mentale et à des violences sexuelles. Le champ d'action du projet était limité à la réorganisation du système de santé de la ville pouvant permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins de qualité à la population de la zone de santé de Kisangani.

Le découpage intervenu au mois de mars 2004 a constitué une contrainte majeure à l'exécution du projet : Le projet s'est trouvé en face de 25 centres de santé repartis dans trois zones de santé. Chaque zone étant autonome, Il a fallu opérer un choix sur le bureau central qui devra coordonner l'exécution du projet et trouver les mécanismes de suivi des activités aux centres de santé hors zone appuyés. Etant donné que le projet devrait réhabiliter le bureau central et les deux pavillons de l'hôpital général de référence de kisangani, il était raisonnable que le bureau central de la zone de santé Makiso-kisangani puisse piloté le projet.

Eu égard à la modification profonde de l'environnement par rapport à la période de formulation, le projet devra réadapter l'intervention en:

- S'adaptant au nouveau découpage.
- Réorganisant les services bénéficiaires d'appui selon la politique national.
- Améliorant l'accessibilité de la population aux services de santé.
- Intégrant le paquet minimum d'activités aux centres de santé et le paquet complémentaire d'activités à l'hôpital général de kisangani.
- Négociant la prolongation de six mois compte tenu du retard d'acheminement des intrants (médicaments et équipements).

Des lors l'intervention du projet devrait s'articuler en deux phases :

Pendant la première phase, ce sont les activités de la réhabilitation physique qui ont été réalisées à savoir:

- La réhabilitation physique des infrastructures
- L'approvisionnement des structures en médicaments essentiels et autres consommables
- L'équipement des structures en matériels du bureau, en mobiliers, en mobilier medico-chirurgical ....
- La formation du personnel sur la gestion des ressources et des activités.

Cette première phase avait un caractère purement urgent.

La deuxième phase a intégré les activités d'appui institutionnel qui sont :

- Le renforcement de la supervision
- Le monitoring des activités
- Renforcement de la participation communautaire
- Le renforcement de la capacité du personnel par une série des formations sur les différents thèmes de paquet minimum d'activités.

Il faut signaler que la prime de motivation a été accordée du début à la fin du projet

La deuxième phase a lancé la base d'un appui structurel. C'est pourquoi le projet était considéré en cheval entre la phase d'urgence et d'appui structurel.

La Division Provinciale de la Santé n'a pas joué son rôle de suivi des activités et de la gestion, au contraire elle a entretenu le désordre, le détournement des fonds et des médicaments et la gestion opaque. En effet le partenaire était faible et impliqué dans la mauvaise gestion. C'est ainsi pour pallier à cette situation, nous avons fait recours à l'audit externe dans le seul souci d'améliorer la gestion administrative et financière des structures appuyées.

Un effort considérable a été abattu dans le sens de conscientisation de la division provinciale dans le suivi d'activités et l'amélioration de la gestion administrative et financière à l'hôpital. Ce nouveau climat a donné l'impulsion à la dynamique de la prestation. Nous pouvons affirmer que le projet a atteint ces objectifs. L'apport du projet a contribué sensiblement à l'amélioration de la santé de la population bénéficiaire. Les acquis de ce projet devraient être consolidés par un appui structurel de moyen terme permettant ainsi le démarrage effectif d'un grand projet de développement sanitaire.

## II. RESUME DE LA MISE EN ŒUVRE

**RESULTAT 1 : La zone de santé de kisangani est rendue totalement opérationnelle.**

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISEES	OBSERVATION
1. Mettre à niveau les infrastructures de l'HGR et de certains centres de santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réhabilitation des pavillons 6 et 8 de l'hôpital général de référence</li> <li>- Construction de passage couvert entre les deux pavillons réhabilités</li> <li>- Réhabilitation de centre de santé Mbilinga</li> <li>- Réhabilitation du centre de santé Tshopo</li> </ul>	Les centres de santé Boyoma et Bavatete n'ont pas été pris en compte d'autant plus l'enveloppe ne permettait plus de réaliser les travaux de réhabilitation de qualité des ces deux centres.
2. Transformer la polyclinique de l'hôpital en BCZS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réhabilitation de l'ancien bâtiment polyclinique d'état et installation du bureau central</li> <li>- Réhabilitation d'un ancien bâtiment de la maternité de l'hôpital en dépôt pharmaceutique de la zone de santé.</li> </ul>	Le projet a doté la zone de santé d'un bureau central et d'un dépôt pharmaceutique qui n'ont jamais existés auparavant.
3. Equiper le BCZS, les CS et l'HGR en matériel médico-chirurgical, en mobilier, en fournitures de bureau, au système de communication et au moyen de transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet a doté les structures en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 kits informatiques</li> <li>• Mobiliers (bureaux, armoires, bancs, chaises, lits.....)</li> <li>• Matériel medico-chirurgical.</li> <li>• Fournitures de bureau</li> <li>• Moyen de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chaque centre de santé a reçu un kit de matériel médico-chirurgical et un kit de matériel d'examen.</li> <li>- L'HGR a reçu en plus les boites de chirurgie, le matériel de conditionnement, les mobiliers, et les fournitures de bureau.</li> </ul>

4. Réorganiser les structures et les services au sein de la zone de santé	<p>déplacement : Un véhicule, 6 motos et 40 vélos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réhabilitation du BCZS</li> <li>- Tous les services de l'HGR sont mis en place.</li> <li>- Le système de référence est installé.</li> <li>- Le PMA est intégré à tous les centres de santé</li> <li>- Les structures de participation communautaire sont mises en place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le moyen de déplacement a été affecté à tous les niveaux.</li> <li>- Le bureau central Coordonne maintenant les activités de la zone de santé.</li> <li>- Le BCZS a un plan d'action et une prévision budgétaire adoptés à la réunion du conseil d'administration.</li> <li>- L'organigramme de la zone de santé est effectif.</li> <li>- Le nombre des malades référés à l'HGR augmente.</li> <li>- Les relais formés sont opérationnels.</li> </ul>
5. Mettre en place les mesures de motivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prime de performance a été octroyée aux 84 personnes ciblées pendant 21 mois</li> </ul>	<p>La prime a été suspendue à l'équipe de direction pendant trois mois suite à la mégestion financière.</p>
6. Mettre en place les outils standards de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les ordinogrammes, les différentes fiches et outils de gestion ont été disponibilisés aux services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque structure a reçu les outils adaptés au fonctionnement des services.</li> </ul>
7. Redynamiser les organes de participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet a financé la tenue de conseil d'administration de la zone de santé.</li> <li>- Le projet appui le BCZS et l'HGR au fonctionnement et à l'organisation des réunions de comité de gestion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le conseil d'administration s'est tenu au mois de mars 2005.</li> <li>- Les réunions de comité de gestion se tiennent mensuellement.</li> <li>- Les réunions de CODESA tiennent mensuellement aux aires de santé.</li> </ul>

<p>8. Redynamiser les liens institutionnels entre le MIP et la zone de santé</p>	<p>- Le bâtiment de la Division Provinciale a été réhabilité -La Division Provinciale et le District Sanitaire recevaient le fonds de supervision.</p>	<p>La Division Provinciale supervise régulièrement les structures de la zone de santé.</p>
--	--	--

**RESULTAT 2 : Le BCZS de Kisangani assure pleinement ses activités.**

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISEES	OBSERVATION
1. Améliorer la qualité des rapports et des plans annuels de la zone de santé	- Le BCZS organise à la fin de chaque mois des réunions d'analyse des rapports.	Deux réunions sont organisées par le bureau central à la fin de chaque mois : 1. Une réunion avec tous les infirmiers titulaires de centre sur l'analyse et la consolidation des données. 2. Une réunion avec l'équipe de superviseur sur l'analyse des rapports SNIS et des rapports de surveillance épidémique.
2. Augmenter le taux de réalisation de supervision	- Le taux de réalisation de supervisions est passé de 30% à 82%.	- Chaque superviseur organise au moins une supervision par mois par centre de santé. Certains infirmiers titulaires estiment qu'il y a eu trop des visites de supervision.
3. Augmenter les taux de complétude et de promptitude	- Le taux de complétude est passé de 40% à 80% et la promptitude de 10% à 60%. -La majorité d'infirmiers envoie les rapports de SURVEPI à la fin de chaque semaine et de SNIS à la fin de chaque mois.	- Ces taux sont des moyennes d'autant plus qu'à la deuxième année ce taux était presque de 100% pour la complétude et de 70% pour la promptitude.

<p>4. Mettre en place un dépôt pharmaceutique de la zone de santé</p>	<p>-le projet a transformé l'ancien bâtiment de la maternité en dépôt pharmaceutique du bureau central.</p>	<p>Le dépôt du bureau central ravitaillé les pharmacies des centres de santé à la fin de chaque mois.</p>
<p>5. Créer les outils de gestion et former le personnel du dépôt pharmaceutique.</p>	<p>-Le personnel du dépôt était formé en gestion des médicaments. Les outils de gestion étaient mis à la disposition du dépôt du bureau central et de l'HGR.</p>	<p>-Différents outils de gestion étaient mis à la disposition des services (fiches de mouvement, fiches de consommation journalière ...)</p>
<p>6. Améliorer la prestation des cadres du BCZS et de toute la ZS en SSP</p>	<p>- 7 Sessions de formations en SSP ont été organisées.</p>	<p>Les thèmes des sessions exploités sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des ressources</li> <li>- Utilisation des ordinogrammes</li> <li>- Soins maternels et infantiles</li> <li>- SNIS et surveillance épidémiologique</li> <li>- PEV de routine</li> <li>- hygiène hospitalière</li> <li>- IST/SIDA</li> </ul>

**RESULTAT 3 : Les taux d'utilisation des structures sanitaires de la ZS de Kisangani sont augmentés.**

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISEES	OBSERVATION
1. Améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de santé dans toutes les structures	- En commun accord avec les responsables des centres, le système de tarification forfaitaire a été adopté.	- La consultation adulte était fixée à 450 FC (enfant à 350FC) et l'accouchement à 1000 FC.
2. Mettre en place les ordinogrammes des soins dans toutes les structures	- Chaque structure appuyée a reçu un kit d'ordinogrammes - Tous les infirmiers titulaires ont été formés en ordinogramme.	- Trois modules ordinogrammes (A, B, C) ont été dotés à chaque centre de santé.
3. Equiper toutes les structures en médicaments essentiels et en matériel médico-chirurgical	- Le dépôt de l'HGR et du bureau central était réapprovisionné trimestriellement. Les centres de santé sont ravitaillés mensuellement selon le besoin.	Le projet a doté chaque centre de santé d'un stock tampon permettant de réorganiser la pharmacie des centres de santé. - Un kit de matériel médico-chirurgical a été doté à chaque structure.
4. Redémarrer l'ensemble des activités du PCA et du PMA dans chaque structure	Les activités de PMA étaient intégrées progressivement.	- Les services ont été réorganisés et d'autres activités ont été intégrées aux centres (vaccination, CPN, CPS, CPON ...)

## RESULTAT 4 : L'accessibilité en médicaments essentiels est améliorée dans toute la ZS.

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISES	OBSERVATION
1. Approvisionner régulièrement le dépôt du BCZS et des pharmacies des CS, CSR et HGR en médicaments essentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dépôts du BCZS et l'HGR étaient approvisionnés trimestriellement.</li> <li>- Les centres de santé étaient ravitaillés mensuellement.</li> </ul>	<p>Les structures ont reçu la quantité suffisante des médicaments essentiels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un montant de plus de 160.000 Euro a été affecté à l'approvisionnement en médicaments essentiels.</li> </ul>
2. Former le personnel sur la rationalisation de la prescription des médicaments au niveau du premier et du deuxième échelon.	- Les infirmiers titulaires et l'équipe de la direction de l'HGR ont suivi la session de formation sur la gestion des ressources et l'utilisation des ordinogrammes	- Les infirmiers titulaires de centre de santé étaient instruits à l'utilisation des ordinogrammes.
3. Définir une politique commune de prise en charge des indigents	- La division provinciale n'a pas exécuté cette activité.	La division provinciale n'a pas harmonisé les points de vu avec la division des affaires sociales sur la détermination des critères d'indigence
4. Utiliser le registre RUMER dans toutes les structures.	- Le projet a doté toutes les structures en RUMER	Après la formation sur la gestion des ressources chaque structure a reçu le registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes.

## RESULTAT 5 : L'HGR et les CS fournissent des soins curatifs et préventifs de qualité.

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISEES	OBSERVATION
1. Créer et mettre en place des supports pour la référence et la contre-référence	- Les supports de référence contre-référence ont été créés et mis à la disposition des centres de santé et à l'HGR.	Le système a été mis en place pour renforcer le principe de continuité des soins à deux niveaux.
2. Organiser le système de transport	- Une ambulance a été mis au bureau central pour permettre le transfert des malades.	- L'ambulance a connu l'accident au deuxième mois d'utilisation.
3. Renforcer l'utilisation des ordinogrammes.	- Des supervisions du niveau intermédiaire ont été organisées dans le but de renforcer l'utilisation des ordinogrammes.	- Le bureau central a organisé moins des supervisions sur l'utilisation des RUMER.
4. Augmenter la couverture vaccinale totale de 40% à 60%	- La couverture moyenne de tous les antigènes est de 68 %.	- Deux infirmiers par centres de santé ont été formés en PEV de routine. - Le superviseur chargé du PEV organisait régulièrement la supervision. - Le monitoring PEV était organisé à la fin de chaque mois. - Chaque centre a mis les mécanismes de récupération des enfants avec les relais communautaires.
5. Mettre en place le programme de santé de la reproduction.	- 60 agents et cadres de zone de santé ont été formés en soins maternels et infantiles	- Après la formation chaque équipe de centre a intégré les activités de La maternité à moindre risque (CPN de qualité, accouchement assisté, CPON)

**RESULTAT 6 : Les systèmes de gestion de l'HGR et l'organisation des services sont améliorés.**

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISES	OBSERVATION
1. Faire une description de poste de tout le personnel de l'HGR.	La direction de l'HGR a fait la description de poste aux chefs de services.	L'équipe de direction n'étant pas formé en soins de santé, éprouve beaucoup des difficultés en rapport avec la gestion en general.
2. Mettre en place les organes de gestion	- Le comité de gestion et de direction se réunit régulièrement.	La réunion de comité de gestion se tenait régulièrement en première année.
3. Réaffecter du personnel compétent de la ZS	Une nouvelle équipe a été affectée à la zone de santé	La division provinciale a affecté de nouvelles équipes à l'HGR et au bureau central de la zone de santé
4. Améliorer les outils de gestion	- Le projet a doté l'HGR des outils de gestion et des procédures de gestion après un atelier de formation de trois jours.	Les procédures de gestion ne sont pas respectées par la direction de l'HGR.
5. Assurer la supervision régulière par le BCZS	La supervision de l'HGR par le BCZS est devenue régulière en deuxième année du projet.	La direction de l'HGR applique difficilement les recommandations des supervisions.

**RESULTAT 7 : La Communauté est impliquée à toutes les étapes du processus de gestion.**

ACTIVITES PLANNIFIEES	ACTIVITES REALISES	OBSERVATION
1. Redynamiser les comités de santé de la zone sanitaire et organiser les réunions semestrielles	- 500 relais communautaires polyvalents ont été formés - Les réunions de CODESA se tiennent mensuellement.	Le CODESA est la nouvelle structure qui remplace le comité de santé (cosan)
2. Former/ recycler les Cosan et les infirmiers	- Les infirmiers titulaires ont suivi la formation de formateurs.	Chaque infirmier titulaire a assuré la formation de 20 relais communautaires de l'aire de santé.
3. Mettre en place un bureau de coordination de l'animation sanitaire de la zone de santé	- Au bureau central, il existe un superviseur de mobilisation sociale qui assure la supervision d'animation dans toute la zone de santé.	C'est le superviseur qui a la charge de mobilisation sociale qui encadre les relais communautaires.

### III. RESULTATS DU SUIVI

#### AU NIVEAU DE LA COORDINATION

- La coordination du projet est allée s'installer au bureau central de la zone de santé de Makiso-Kisangani pour assurer l'encadrement de proximité de l'équipe du bureau central.
- La coordination du projet a remis trois formats du projet à la division provinciale de la santé.
- Le coordinateur du projet a intensifié les visites des supervisions aux centres et à l'hôpital général de référence de Kisangani.
- La coordination du projet a amélioré la collaboration avec le médecin inspecteur Provincial.
- La coordination du projet a financé un atelier sur l'amélioration de gestion à l'HGR.
- Les procédures et outils de gestion ont été mis à la disposition de la direction de l'HGR.
- Le coordinateur du projet a accompagné l'équipe du bureau central à la supervision des dix centres de santé dans le cadre de transfert de compétence.

#### AU NIVEAU INTERMEDIAIRE (Division provinciale et district sanitaire)

- Le Médecin Inspecteur et le Médecin Chef de District Sanitaire ont renforcé les visites de
- supervision aux centres de santé, au bureau central et à l'HGR à la deuxième année du projet.
- Le médecin chef de district urbain et le médecin chef de zone ont organisé une inspection à l'HGR dans le but d'améliorer la gestion financière et la gestion des médicaments.
- Le médecin chef de district a organisé pour la première fois la réunion du conseil d'administration de la zone de santé.

#### AU NIVEAU DU BUREAU CENTRAL

- Les visites de supervisions des centres de santé et à de l'hôpital général ont été renforcées
- Le bureau central a tenu la réunion du conseil d'administration
- L'utilisation de RUMER et des ordinogrammes est rendue effective à tous les centres de santé

## **A L'HÔPITAL GENERAL DE REFERENCE**

- Les caisses auxiliaires ont disparues (unification de la caisse)
- La perception de l'argent se fait à la réception
- Les outils de gestion sont utilisés
- Toutes les recettes sont enregistrées dans le livre de caisse

## **AUX CENTRES DE SANTE**

- Tous les centres utilisent le RUMER et les ordinogrammes.
- La complétude et la promptitude des rapports sont améliorées
- Les RUMER et les ordinogrammes sont remplis aux centres de santé
- Les réunions de CODESA se tiennent régulièrement aux centres de santé.
- Les CPN et CPS sont devenus de qualité
- Tous les centres de santé utilisent le partogramme à la maternité
- La couverture des activités curatives et préventive a doublé
- Le SNIS est opérationnel à tous les centres de santé appuyés

## **AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE**

- Les relais communautaires sont devenus opérationnels aux aires de santé
- La communauté est sensibilisée sur l'utilisation des services.
- Il y a amélioration des activités communautaires.

## IV. LES RESULTATS DE L'APPRECIATION FINALE ET LE CONTROLE FINAL DE QUALITE

### 1. La réhabilitation des infrastructures de qualité

- Le bâtiment de la division provinciale a été réhabilité partiellement.
- Les pavillons 6 & 8 de l'HGR ont été réhabilités, le passage couvert, l'incinérateur et le trou à placenta construits selon les normes.
- Les centres de santé de Mbilinga et Ishopo ont été réhabilités.

La réhabilitation des structures de bases a contribué à l'amélioration de l'utilisation des services. A titre d'exemple, le centre de santé Ishopo enregistrait en moyenne dix accouchements par mois avant la réhabilitation, ce chiffre est passé à quarante après la réhabilitation. D'une façon générale les travaux de réhabilitation des infrastructures de base étaient de bonne qualité.

### 2. Les structures sanitaires équipés

Le projet a équipé les structures en moyen logistique essentiel pour une bonne organisation des soins à la population bénéficiaire. Ces équipements ont été classés de la manière suivante :

- Les équipements de bureau : 2 kits ordinateurs et périphériques  
1 photocopieuse
- Les mobiliers de bureau : 30 étagères en bois, 25 bancs, 7 tables, 3 armoires,  
20 tabourets, 20 chaises, 3 bureaux.....
- La chaîne de froid : 1 Frigo mixte
- Le matériel d'aménagement : 1 groupe électrogène
- Le matériel médico-chirurgical :  
Matériel de diagnostic, matériel de stérilisation,  
mobilier médical, matériel gynéco-obstretical et les divers
- Le moyen de communication :  
Véhicule land- cruiser 4x4  
6 Motos  
40 vélos

### **3. L'approvisionnement suffisant en médicament**

- Le dépôt du bureau central et celui de l'HGR ont été approvisionnés sept fois pendant le projet en médicaments essentiels , en réactifs de laboratoire et autres consommables.
- Les centres et l'HGR ont reçu la quantité suffisante des médicaments essentiels malheureusement l'utilisation des ces médicaments n'était pas rationnelle. Ces structures ont reçu les médicaments de valeur de 160. 000 Euro.

### **4. La participation communautaire est rendue effective**

Les structures de participation communautaires ont été organisées dans la zone de santé et leur implication est effective :

- La réunion de conseil d'administration s'est tenue pour la première fois.
- Le comité de gestion de la zone de santé et de l'HGR a été mis en place
- Le comité de direction est mis en place
- 500 relais communautaires sont opérationnels aux aires de santé.

### **5. Le personnel est motivé**

Chaque mois une prime valeur de 4770 Euro a été accordée aux 84 personnes ciblées par le projet.

### **6. Le renforcement de la capacité du personnel est effectif**

Les sessions de formations et les ateliers organisés par le projet ont contribué au renforcement de la capacité technique et gestionnaire des prestataires. Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été améliorés. Voici les thèmes et les cibles de formations organisés :

- 50 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en **Gestion des ressources**.
- 50 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en **Ordinogrammes des soins** .
- 60 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en **PEV de routine**.

- 60 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en Système national d'informations sanitaires (*S.N.I.S.*) et en surveillance épidémiologique (*SURVEPI*).
- 60 Infirmiers de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en *soins maternels et infantiles*
- 60 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en *Hygiène hospitalière*
- 60 Infirmiers titulaires de centres de santé et cadres du bureau central ont été formé en *IST/SIDA*.
- 20 agents et cadres de l'HGR sont formés aux procédures de gestion des ressources.
- 2 Réunions de monitoring organisés
- 35 infirmiers formés comme formateurs de relais communautaires.

### **7. Le système d'information sanitaire amélioré**

Le projet a disponibilisé les canevas SNIS au bureau central, à l'hôpital général de référence et aux centres de santé.

Le bureau central analyse et utilise les informations pour la prise des décisions.

Le projet a renforcé le système de surveillance épidémiologique.

La complétude et la promptitude des rapports sont améliorées

### **8. Le suivi des activités amélioré**

Le bureau central a renforcé le suivi des activités à la deuxième année du projet.

- Le taux de supervision est passé de 30% avant le projet à 80% à la fin du projet.
- Les réunions de monitoring se tiennent à la fin de chaque mois.
- Le projet appui le district sanitaire à l'organisation de monitoring trimestriel des activités sanitaires de la ville de Kisangani.
- La coordination du projet a organisé une évaluation en mis parcours dans le but d'améliorer la prestation.

### 9.L'utilisation des services améliorée

L'accessibilité aux services de santé de qualité a doublé pour toutes les activités.

ACTIVITES	INDICATEUR	Avant projet	Au terme du projet
1. Consultation curative	- Taux d'utilisation des services curatifs	13%	28%
	- Nombre moyen des nouveaux cas par mois	2050	6530
	- Nombre des nouveaux cas consultation externe à l' HGR	213	670
	- Taux d'occupation de lits	40%	67 %
	- Séjour moyen	15 jrs	8 jrs
	- Disponibilité des médicaments essentiels	24%	73%
2. Consultation préventives	- CPS (nouveaux inscrits)	28%	76%
	- DTC3	22%	67%
	- CPN	25%	60%
	- Accouchement assisté	60%	92%
	- VAT2	22%	82%
3. Gestion des informations	- Complétude de rapports	40%	95%
	- Promptitude	10%	65%

4. Suivi des activités	- Taux de réalisation des supervisions	30%	40%
	- Taux de réalisation de monitoring	12%	65%
5. Participation communautaire	- Taux de réalisation de la réunion du conseil d'administration	0%	50%
	- Nombre de Relais communautaires polyvalents	0	500
	- Taux de réalisation des activités communautaires	52%	70%

### **10.L'impact positif du projet sur le genre, économie sociale, environnement et Sida**

Le projet a tenu compte des thèmes cités ci haut.

#### **Genre :**

Le projet était exécuté par le médecin chef de zone de Makiso-Kisangani qui est une femme. L'équipe du bureau central est composée de 50% de personnel du sexe Féminin. 50% des relais sont de sexe féminin. Le projet a ciblé le renforcement des activités de la maternité à moindre risque

#### **Economie sociale :**

La tarification forfaitaire adopté à l'unanimité avec le personnel de santé est une stratégie visant la réduction des coûts des soins à la communauté. Cette stratégie a amélioré l'accessibilité aux services de santé.

**Environnement :**

Le projet a rendu apparent les problèmes de l'hygiène au niveau des institutions des soins. Beaucoup d'activités ont été organisées pour contribuer à l'amélioration de l'hygiène :

- Construction du bloc sanitaire à l'HGR et au centre de santé Mbilinga et au bureau central.
- Construction de l'incinérateur et la fosse à placenta à l'HGR
- Formation de personnel sur l'hygiène hospitalière
- Dotation des matériels de l'assainissement à l'hôpital

**Sida :**

- Une session de formation a été organisée sur les IST, les IO et la lutte contre le SIDA
- Formation des relais polyvalent sur la lutte contre le sida.
- Disponibilité des médicaments pour la prise en charge des IO .
- Disponibilité des intrants de la sécurité transfusionnelle.

## V. LES CONDITIONS ET LES LECONS A TIRER

### 1. LECONS A TIRER

- Il est difficile de coordonner et de suivre les activités du projet avec un partenaire faible : Le partenaire s'est montré inefficace dans la résolution des conflits à l'hôpital, dans le suivi de gestion et dans le suivi des activités.
- Tout projet d'appui au niveau opérationnel, doit mettre le mécanisme de motivation du niveau intermédiaire dans le but de faciliter l'encadrement de niveau périphérique..
- Le personnel pléthorique au niveau des structures d'appui constitue un obstacle dans l'exécution du projet (problème de motivation)
- L'intervention de plusieurs intervenants dans une même zone de santé handicape les déroulements des activités du projet.
- L'intégration en désordre des structures sanitaires ne garantie pas l'accessibilité ni la qualité des soins de la population.
- La verticalisation des programmes jusqu'au niveau périphérique augmente inutilement le nombre de supervisions aux structures (centres de santé).
- L'absence d'un cadre permanent de concertation entre le médecin chef de zone et le médecin directeur de l'hopital favorise l'isolement de l'hopital et du bureau central.
- La gestion financière opaque est la source principale de démotivation et de suspicion de l'équipe de la direction par personnel de l'hopital.
- La commande des médicaments doit se faire bien avant, c'est-à-dire au démarrage du projet.
- La gestion autonome de la pharmacie de l'HGR garantie le renouvellement de stock des médicaments et par conséquent l'amélioration de l'accessibilité aux soins à l'HGR .
- L'estimation de besoin en médicaments doit tenir compte de la liste standard des médicaments et de l'objectif à atteindre.
- Un atelier d'information des tous les représentants du personnel sur le projet à la phase de démarrage est très utile.
- Pour garantir le bon fonctionnement des services, l'équipe de la direction de l'hopital et celle du bureau central doit être composée des personnes expérimentés et formés en soins de santé primaire.

- On ne peut pas parler de la qualité des soins aux structures sanitaires sans intégrer les notions d'hygiène en général.
- L'organisation du SNIS à tous les niveaux permet à la direction de diagnostiquer à temps les problèmes de dysfonctionnement et de prendre de décisions appropriées pour l'amélioration des prestations.

## **2. CONDITIONS**

- Négocier le profil des animateurs des structures du niveau intermédiaire, capable d'assurer l'encadrement du niveau opérationnel.
- Que le niveau central aide la division provinciale de la santé à ressouder le problème du personnel pléthorique en appliquant les normes du ministère au bureau central, à l'HGR et aux centres de santé.
- Le niveau central en collaboration avec le niveau intermédiaire devra harmoniser les interventions au niveau opérationnel.
- Appuyer le niveau intermédiaire en moyen conséquent pour assurer l'encadrement du niveau opérationnel.
- Le nombre d'infirmiers superviseurs doit être réduit à trois. Ces superviseurs doivent être polyvalents.
- L'équipe des superviseurs doit être formée en soins de santé primaire.
- Négocier avec les partenaires sur l'affectation des cadres compétents et expérimentés à la direction de l'hôpital.
- Que la division provinciale de la santé et le district sanitaire urbain appliquent les principes de l'approche contractuelle dans le processus d'intégration des structures : ceci va permettre d'intégrer les structures qui répondent aux normes.
- Le médecin chef de zone et le médecin directeur de l'HGR doivent constituer une équipe capable d'apporter les solutions aux problèmes posés au niveau de la zone de santé.
- Pour développer rapidement le système de santé à la ville et consolider les acquis du premier projet, le projet du développement sanitaire devra être secondé par un projet d'appui global aux structures qui ne seront pas sélectionnées.
- La nouvelle équipe de l'hôpital général devra mettre en place les principes d'une gestion transparente.
- Réorganiser le système d'informations sanitaires.
- Constituer et appuyer le comité de l'hygiène hospitalière.

