



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

# L'approche centre de santé assaini pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) en République Démocratique du Congo (DRC)

Avril 2019

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

## Introduction

Le programme phare de L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour la survie de la mère et de l'enfant (MCSP) a été mis en place entre 2014 et 2019 dans 32 pays hautement prioritaires pour prévenir la mortalité maternelle et infantile. Le travail de MCSP basé sur des éléments concrets et axé sur les résultats, s'est concentré sur une couverture accrue et sur l'utilisation d'interventions de qualité concernant la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant au sein des foyers, de la communauté et des établissements de santé.

Ce document explique la mise en œuvre de l'approche « centre de santé assaini » (CSA) pour renforcer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène en DRC, où MCSP a travaillé en collaboration avec le Ministère de la Santé (MSP) depuis 2015. Le CSA vise à renforcer l'accès aux services EAH tout en améliorant l'adhésion aux meilleures pratiques dans la communauté et au niveau des établissements de santé pour réduire le risque d'infections associées aux soins de santé (IAS). Le MSP et MCSP ont travaillé ensemble pour améliorer la qualité des services de santé et des résultats dans deux divisions provinciales de santé (DPS) dans le nord-ouest de la RDC : à Bas-Uélé et à Tshopo.



Abataki lave sa petite fille qui vient de naître, Itsuma, dans un établissement de santé près de la ville de Isangi dans le Tshopo, RDC. Le personnel de cet établissement de santé a suivi une formation EAH de cinq jours. Abataki affirme que la raison pour laquelle elle est venue dans cet établissement pour accoucher était la propreté actuelle du lieu. *Crédit photo : Kate Holt/MCSP*

## Contexte

En 2015, les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont montré que parmi les 66 101 établissements de santé dans 54 pays, 38 % d'entre elles n'ont pas de source d'eau améliorée, 19 % n'ont pas de système d'assainissement amélioré et 35 % n'ont ni eau ni savon pour se laver les mains. En Afrique subsaharienne la situation est encore pire, avec environ 42% de la population sans accès à une source d'eau amélioré, 16% sans système d'assainissement amélioré et 36% sans savon pour se laver les mains.<sup>1</sup> En 2014, l'évaluation de la disponibilité et de la capacité des services de santé (SARA) du RDC montrait qu'au niveau national, 63 % des établissements de santé

<sup>1</sup> OMS & UNICEF. (2015). Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle-income countries and way forward. Geneva: WHO. Disponible à l'adresse suivante : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf)

n'avaient pas de source d'eau améliorée (30 % dans les établissements urbains et 70 % dans les établissements ruraux) et 59 % n'avaient pas de système d'assainissement amélioré (19 % dans les établissements urbains et 69 % dans les établissements ruraux).<sup>2</sup> Au Bas-Uélé, les évaluations initiales de MCSP montraient que seulement six des 15 (40%) établissements de santé assistés par MCSP avaient accès à l'eau cinq jours par semaine ; à Tshopo c'était le cas pour seulement trois des 20 établissements de santé assistés par MCSP (15%).

Le manque de services EAH entraîne trois conséquences principales :

1. **L'établissement de santé ne peut pas fournir de services fiables** tels que des accouchements hygiéniques, ce qui compromet la qualité des soins et expose les patientes à des risques d'IAS. Une mauvaise qualité de l'EAH est la principale cause de la plupart des IAS, estimées à plus de 1,4 million de cas à un moment donné. Les nouveau-nés dans les pays en développement courent trois à vingt fois plus de risques de contracter une IAS que ceux des pays à revenu élevé.<sup>3</sup>



Un agent de santé se lave les mains dans un lavabo installé dans l'établissement de soins de santé au Tshopo, RDC. Crédit photo : Kate Holt/MCSP

2. **La population ne fait plus confiance** aux établissements de santé **comme un lieu sûr pour se faire soigner.** Améliorer les conditions d'EAH peut aider à instaurer la confiance dans les services de santé et inciter les femmes enceintes à demander des soins prénataux et un accouchement dans un établissement de santé. À l'inverse, le manque d'hygiène dans les établissements de santé peut dissuader les femmes d'accoucher ou de mettre leur vie en danger en retardant le recours aux soins.<sup>4</sup>

3. **Les interventions d'urgence s'affaiblissent.** En l'absence de compétences adéquates, de formation, de système de surveillance et de ressources sur place, les systèmes de santé sont incapables de faire face aux épidémies. Durant la flambée d'Ebola en Afrique de l'ouest de 2014 à 2016, les établissements de santé des pays affectés étaient mal équipés pour fournir une intervention d'urgence efficaces, ce qui a favorisé une propagation dévastatrice de la flambée.

Les efforts pour améliorer les pratiques de l'EAH sont mis à l'épreuve à tous les niveaux de prestations de service de santé ; sont mis en cause par exemple les structures institutionnelles et administratives inefficaces, un manque de volonté politique, une faible responsabilisation, et l'implication inadaptée des parties prenantes. L'EAH est aussi souvent inexistant dans les établissements de santé standard, et s'il est présent, sa mise en place et son suivi ne sont pas corrects. En RDC, les pratiques EAH se compliquent encore à cause de l'insuffisance des infrastructures, des installations délabrées, d'un financement faible, et d'une tendance à attendre des investissements d'infrastructures de grande envergure. Il y a aussi un manque de capacité

2 WHO, Gavi, Global Fund, Sanru & DRC MOH. (2014). Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) : RDC 2014. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_reports/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reports/en/)

3 OMS & UNICEF. (2015). WHO/UNICEF Report: Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: status in low-and middle-income countries and way forward, Question and Answer. OMS. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/qa-wash-hcf.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/qa-wash-hcf.pdf)

4 Bouzid, M., Cumming, O., & Hunter, P. R. (2018). What is the impact of water sanitation and hygiene in healthcare facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of the evidence from low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(3), e000648. Disponible à l'adresse suivante : [https://gh.bmj.com/content/3/3/e000648?utm\\_source=trendmd&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=bmigh&utm\\_content=consumer&utm\\_term=0-A](https://gh.bmj.com/content/3/3/e000648?utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=bmigh&utm_content=consumer&utm_term=0-A)

5 Cooper, C. et al. (2016). Infection prevention and control of the Ebola outbreak in Liberia, 2014-2015: key challenges and successes. *BMC Medicine*, 14(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0548-4>

technique et de formation pour encourager la prévention et le contrôle des infections<sup>6</sup> (PCI), en particulier parmi le personnel de nettoyage.

Malgré ces défis, la mise en place d'établissements de santé propres et attractifs est cruciale pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3 - pour assurer des vies saines et promouvoir le bien-être à tout âge - et l'ODD 6 - pour assurer une disponibilité et une gestion durable de l'eau et de l'hygiène pour tous.

## Buts et objectifs

MSCP a fourni un soutien technique et financier au MSP au niveau national et à huit districts de santé dans les deux provinces du nord-ouest de Tshopo et Bas-Uélé, en assistant directement 106 établissements de santé et 119 sites de soins communautaires de 2015 à 2019. Les activités EAH de MCSP ont pour objectif d'assurer que les établissements de soins de santé soient conformes aux normes EAH fixées par l'OMS et adaptées à la RDC par le MSP. Une attention particulière a été portée sur la mise en place de l'approche CSA afin de prévenir les décès maternels et néonataux associés aux IAS. MCSP a commencé dans 10 établissements de santé en août 2016 et suite aux résultats positifs, le programme s'est élargi pour inclure 25 autres établissements de santé à partir d'octobre 2017. Parmi les 35 établissements de santé au total inclus dans le programme, il y avait deux hôpitaux et 33 centres de santé.

## Approche CSA

Là où les approches et l'application de modèles antérieurs de l'EAH pour les centres de santé avaient tout d'abord mis l'accent sur un renforcement des infrastructures, l'approche CSA pour MCSP a institutionnalisé la motivation et les systèmes de responsabilisation pour faciliter et maintenir les améliorations de l'EAH et de la propreté dans les établissements de santé. Depuis 2015, l'approche CSA a été mise en œuvre dans cinq pays avec un succès constant.

La phase 10 de l'approche est similaire au cycle « Planifier. Exécuter. Étudier. Agir » qui s'utilise souvent pour améliorer la qualité dans les environnements médicaux<sup>7</sup>. L'approche CSA autorise le personnel à identifier les besoins, développer des plans d'action et travailler de façon progressive en vue d'atteindre des services améliorés d'EAH dans les établissements de santé. Les activités du programme comprennent un service de sensibilisation communautaire qui encourage les familles à améliorer les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement à la maison.

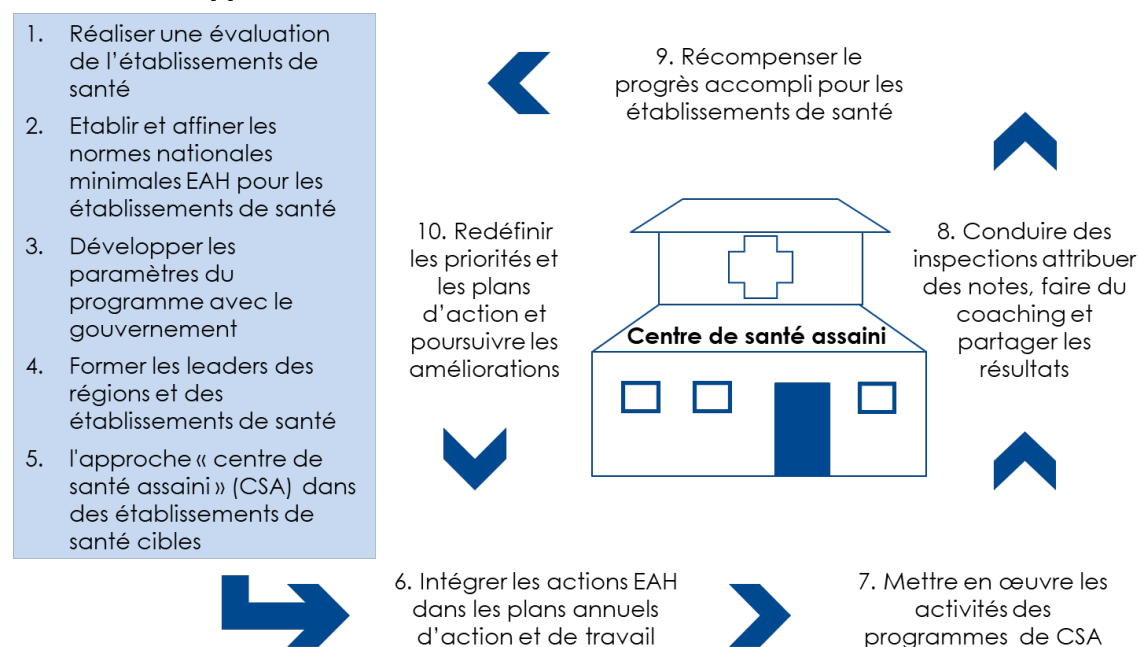
---

<sup>6</sup> WHO (2019): Infection prevention and control. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>

<sup>7</sup> Taylor, M. J., et al. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290-298. Disponible à l'adresse suivante : <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290.short>

# Les 10 étapes de l'approche du cycle CSA en RDC

## Schéma 1 : L'approche CSA en RDC



L'approche CSA comprend les 10 étapes décrites ci-dessus dans le schéma 1. En RDC, le programme pilote MCSP a été mis en application selon les 10 étapes ci-dessous, avec 25 établissements de santé ajoutés au programme à partir d'octobre 2017.

### 1. Évaluation initiale

MCSP a commencé la mise en œuvre en rencontrant les autorités locales et le personnel des établissements de santé pour présenter l'approche CSA et identifier les 10 établissements de santé pilotes. MCSP a travaillé avec la DPS pour effectuer une évaluation de base des 10 établissements de santé en août 2016. MCPS et la DPS ont coordonné un évènement public de grande envergure pour susciter l'intérêt de la communauté et leur attention aux activités et ont ensuite utilisé les engagements pour créer des mécanismes de feedback de la communauté afin de favoriser la responsabilisation et la propriété communautaire des services d'EAH.

### 2. Implication du gouvernement et élaboration de normes

Les normes nationales en EAH en RDC ont été finalisées durant deux séminaires tenus au Kinshasa en février et décembre 2018. Durant le premier séminaire, les normes ont été élaborées et pendant le second, 25 experts de la santé environnementale de plusieurs organisations y compris l'UNICEF, l'OMS et le MSP ont collaboré pour valider ces normes.

MCSP a collaboré étroitement au niveau national avec le MSP et la DPS pour adapter l'approche CSA au contexte de la RDC, pour évaluer et sélectionner les 35 établissements de santé et pour développer des modules et des outils de formation de CSA, y compris les méthodes et les critères d'évaluation.

### 3. Outil d'évaluation

MCSP a collaboré avec le MSP de la RDC pour mettre au point un outil d'évaluation comprenant 45 questions et attribuant des notes jusqu'à quatre points par question afin de contrôler l'EAH dans les établissements de santé. Les questions étaient regroupées en quatre domaines techniques :

- **L'eau (28 points)** : accès, quantité et qualité ;

- **Hygiène** (68 points) : hygiène des mains, nettoyage/désinfection et stérilisation ;
- **Assainissement** (52 points) : évacuation des excréments et gestion des déchets médicaux ; et
- **Gestion des établissements de santé** (32 points) : direction, responsabilisation, gestion des ressources et satisfaction de la communauté.

Les établissements de santé peuvent atteindre un statut de CSA après avoir affiché une moyenne de 75% pendant les trois évaluations. L'établissement de santé obtient le statut « assaini » avec une note moyenne de 80%. Avec une note de 100%, on gagne cinq étoiles.

## 4. Formation, renforcement des capacités et promotion de la gouvernance locale

### Formation EAH

MCSP a conçu une formation de deux modules pour le personnel du MSP en RDC consistant en : (i) une description étape par étape pour atteindre le statut de centre de santé assaini et (ii) un module technique offrant une connaissance basique de l'approvisionnement en eau, du nettoyage/désinfection, de l'assainissement et de la gestion des établissements de santé.



Le personnel sanitaire se lave les mains après avoir assisté à une formation EAH de cinq jours organisée par MCSP à Isangi, Tshopo, RDC. Crédit photo : Kate Holt/MCSP

MCSP a soutenu le MSP en organisant et en mettant en place des formations en cascade sur l'approche CSA. Dans chaque province, MCSP a formé cinq instructeurs (quatre du DPS et un de l'équipe provinciale de MCSP) qui ont continué à former un total de 105 prestataires de soins de santé et 70 agents d'entretien/hygiénistes au niveau des établissements de santé, avec 45 professionnels de santé communautaires (dirigeants de la communauté).

### Mise en place des Comités d'hygiène

MCSP a encouragé la responsabilisation dans les établissements de santé en mettant en place des Comités d'hygiène dans chacun des 35 établissements de santé. Ces comités ont collaboré avec le gouvernement local, la DPS, les fournisseurs locaux de soins de santé et le personnel de MCSP pour contrôler les efforts d'EAH dans les établissements de santé locaux et superviser le progrès continu pour atteindre le statut d'établissement clinique salubre. Les données de MCSP indiquent que les établissements de santé ont résolu 60% des problèmes d'EAH identifiés par leurs propres moyens et que 53 % d'entre eux ont été résolus pendant le premier mois où un Comité d'hygiène impliqué et un Comité de gestion des établissements de santé avaient été mis en place.

### Mécanisme de feedback de la communauté

Le MSP et MCSP ont encouragé un système encourageant le feedback des utilisateurs concernant la qualité des services disponibles y compris la disponibilité de l'eau, la propreté des sanitaires/latrines, et l'hygiène en général des installations. Les commentaires recueillis ont été incorporés aux plans d'action des établissements de santé par l'équipe de direction, avec un contrôle et une surveillance du MSP et des Comités d'hygiène des établissements de santé.

## 5. Auto-évaluation

En utilisant les résultats de l'évaluation de base de l'étape 1, le personnel des établissements de santé a effectué une auto-évaluation axée sur le risque et une analyse des ressources disponibles des établissements de santé. Ceci a permis aux établissements de santé de classer les défis sur trois niveaux : risque faible, moyen et élevé. Les activités programmées en réponse ont été classées sur trois niveaux : faciles, relativement difficiles et difficiles à accomplir. L'association niveau de risque et complexité de résolutions du problème a orienté les équipes des établissements de santé vers une priorisation des problèmes à haut risque qui sont faciles à résoudre. Cela a aussi permis aux établissements de santé d'identifier les problèmes qui peuvent être résolus d'une manière interne et ceux qui requièrent une aide externe.

## 6. Intégration de l'EAH dans les plans d'action

En essayant d'adopter trop rapidement les normes d'EAH, on peut facilement accroître la dépendance des établissements de santé sur l'assistance extérieure et par conséquent compromettre la durabilité. Le personnel des établissements de santé, en collaboration avec l'équipe MCSP a donc développé des plans d'action qui favorisent un progrès continu en fixant des objectifs intermédiaires, tels que la mise en place de postes de lavage des mains avec des consignes. Ces plans d'action ont été incorporés à ceux qui existent pour veiller à ce que les services d'EAH soient intégrés dans les priorités d'autres établissements de santé.



Un agent d'entretien lave le sol à l'extérieur des latrines dans un établissement de santé à Isangi, Tshopo, RDC. Crédit photo : Kate Holt/MCSP

MCSP a plaidé auprès de la DPS pour une contrepartie financière accrue dans le budget du gouvernement provincial dédié aux services et infrastructures d'EAH. En outre, MCSP a animé les réunions de sensibilisation, effectué les ateliers et les visites sur le terrain avec des représentants du gouvernement pour encourager leur engagement à assurer une infrastructure d'EAH appropriée et la gestion correcte des ressources la part des directeurs des établissements de santé. Dernièrement, la sensibilisation et l'engagement local accrus ont permis aux communautés de responsabiliser les établissements de santé en ce qui concerne la qualité et leur satisfaction des services offerts.

## 7. Mise en œuvre

Alors que les établissements de santé mettaient en œuvre et suivaient le progrès de leurs plans d'action, MCSP effectuait des visites de supervision pour un soutien continu. Lorsque les prestataires de services et les hygiénistes terminaient la formation en EAH, MCSP fournissait à chacun des établissements de santé un équipement de base qui incluait des gants, des masques faciaux, des poubelles avec couvercles, des sacs poubelle, des serpillières, des seaux, du savon, de l'eau de javel et des postes de lavage des mains. Cela permettait aux établissements de santé d'avoir assez de temps pour mettre en place un système de financement pour se procurer leurs propres produits et matériel d'EAH.

## 8. Inspection, notation, et partage des résultats

Tous les trois mois, un représentant de la DPS et un inspecteur du district de santé visitent chaque établissement de santé pour évaluer le CSA en utilisant l'outil d'évaluation de MCSP qui note l'installation. Cette donnée permet la prise de décision améliorée et la priorisation des activités planifiées. Après chaque consultation, les résultats sont rassemblés et partagés avec les centres de santé participants pour susciter un intérêt et une rivalité amicale.

## 9. Récompenser les avancées

Des cérémonies de remise de diplôme ont été organisés pour six centres de santé qui ont obtenu le statut de CSA. MCSP et les autorités sanitaires de la région ont redirigé l'attention des médias pour célébrer et féliciter les centres de santé pour leurs progrès. Les cérémonies ont en particulier reconnu le travail des agents de nettoyage/hygiénistes dentaires et leurs contributions aux centres de santé.

Le statut de CSA peut servir comme plaidoyer auprès des gouvernements locaux et des collectivités pour obtenir davantage de financements et de dons pour le centre de santé. Par exemple, un centre de santé a reçu des briques de la part d'une collectivité engagée dans le développement, afin de construire un incinérateur de déchets médicaux pour qu'il assure et garde son statut de CSA.

## 10. Affiner les priorités, les plans d'action, et les améliorations constantes

L'évaluation de la certification du statut de centre de santé assaini a permis au centre de santé de refonder leur programme d'amélioration et d'élaborer des plans de maintenance pour développer l'intégration au sein de leur plan d'action actuel (étape 6), ce qui perpétue le cycle de l'approche CSA.

## Résultats

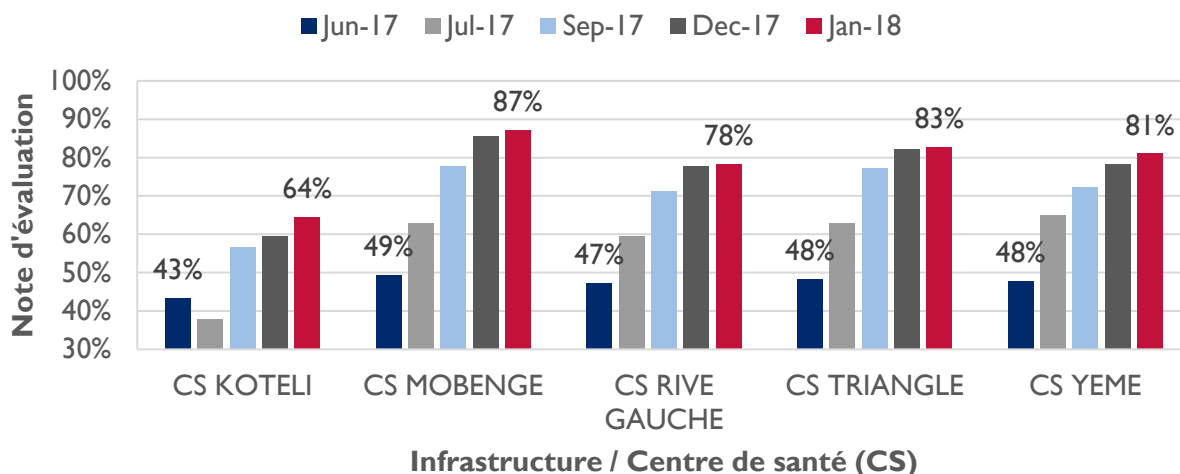
### Pilote

Le pilote CSA a commencé avec 10 centres de santé en août 2016 : cinq à Bas-Uélé et cinq à Tshopo.

À Bas-Uélé, chaque centre de santé a été inspecté cinq fois sur une période de six mois commençant avec une note d'évaluation de base de 47 % en juin 2017, qui a ensuite augmenté jusqu'à 79 % en janvier 2018 (voir la figure 2 ci-dessous).

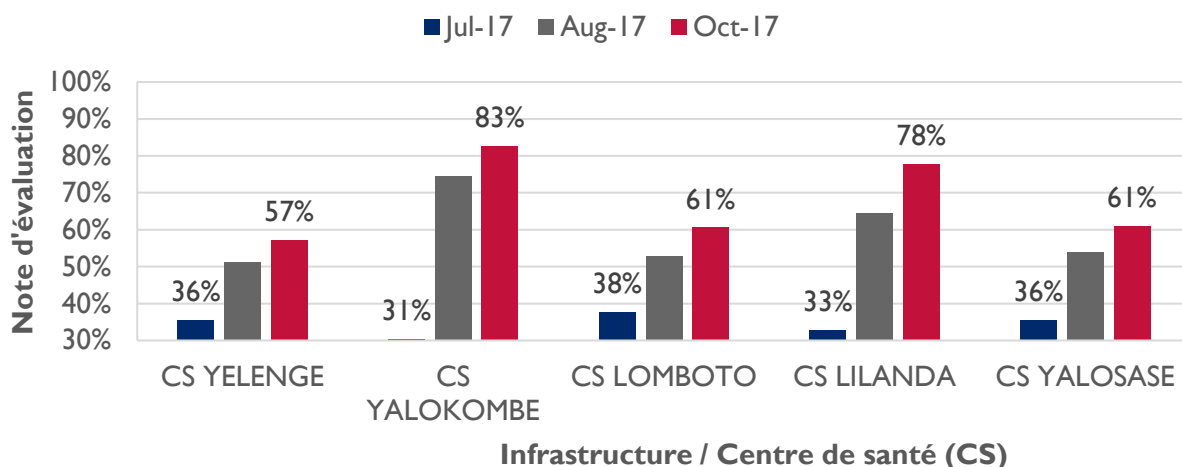
En janvier 2018, quatre des cinq centres de santé à Bas-Uélé avaient atteint le statut de CSA (une note de 75 % ou plus à l'évaluation).

**Figure 2 : Bas-Uélé, les résultats de l'évaluation pilote de l'approche CSA en RDC**



En juillet 2017 à Tshopo, la note des évaluations de base était en moyenne de 34 %. La troisième et dernière évaluation en octobre 2017 a révélé une note moyenne de 68 %. Deux établissements de santé ont obtenu le statut de CSA.

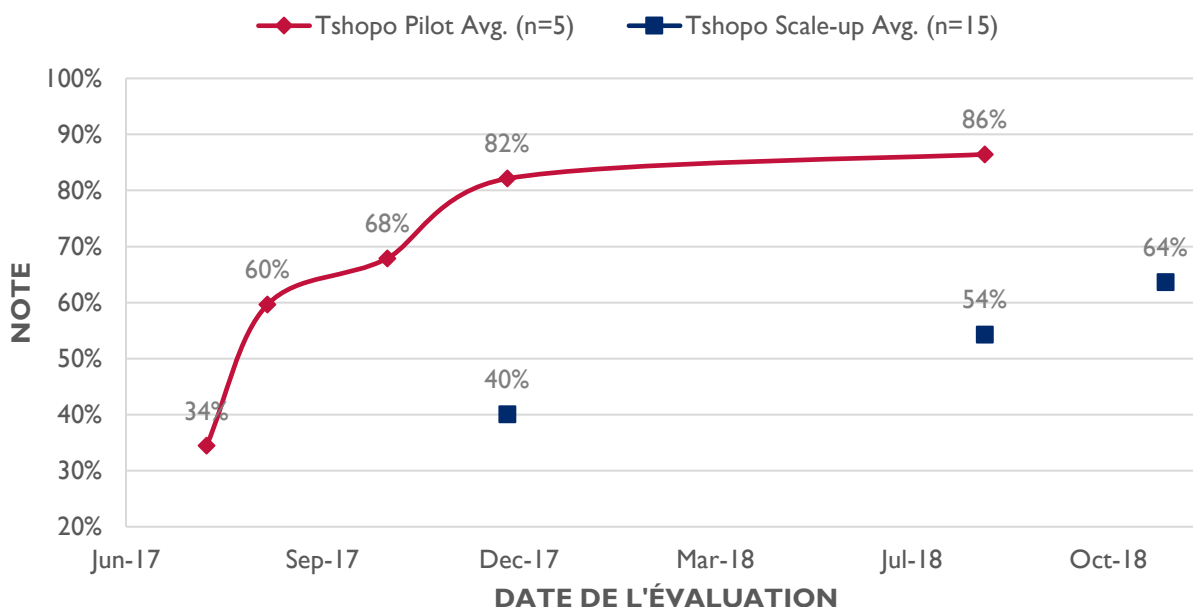
**Figure 3 : Tshopo, les résultats de l'évaluation pilote**



### Passage à l'échelle de l'approche CSA

À Tshopo 15 établissements de santé ont été ajoutés dans le cadre du passage à l'échelle de CSA en décembre 2017. Comme décrit dans la figure 4, les évaluations de base ont révélé une note moyenne de 40 %. Une troisième évaluation réalisée en novembre 2018, a révélé une note moyenne de 64 % : aucun nouvel établissement de santé n'a obtenu le statut de CSA. Les cinq premiers centres de santé se sont légèrement améliorés par rapport à la même période, passant d'une note moyenne de 82 % à 86 %.

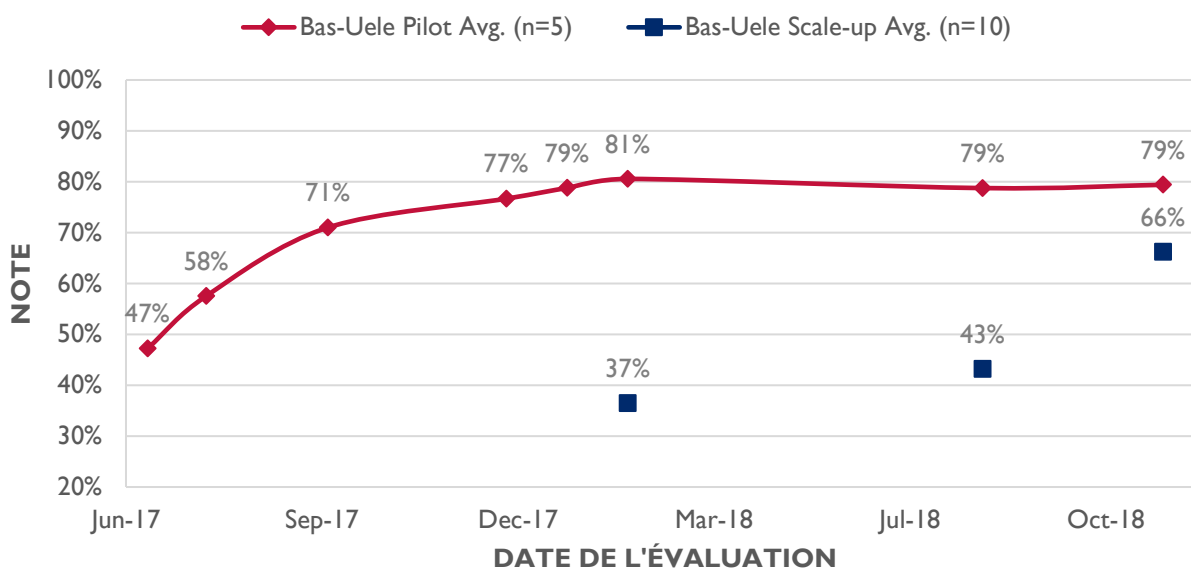
**Figure 4 : Moyenne des notes d'évaluation du pilote de l'approche CSA et des équipements pour le passage à l'échelle supérieure à Tshopo**



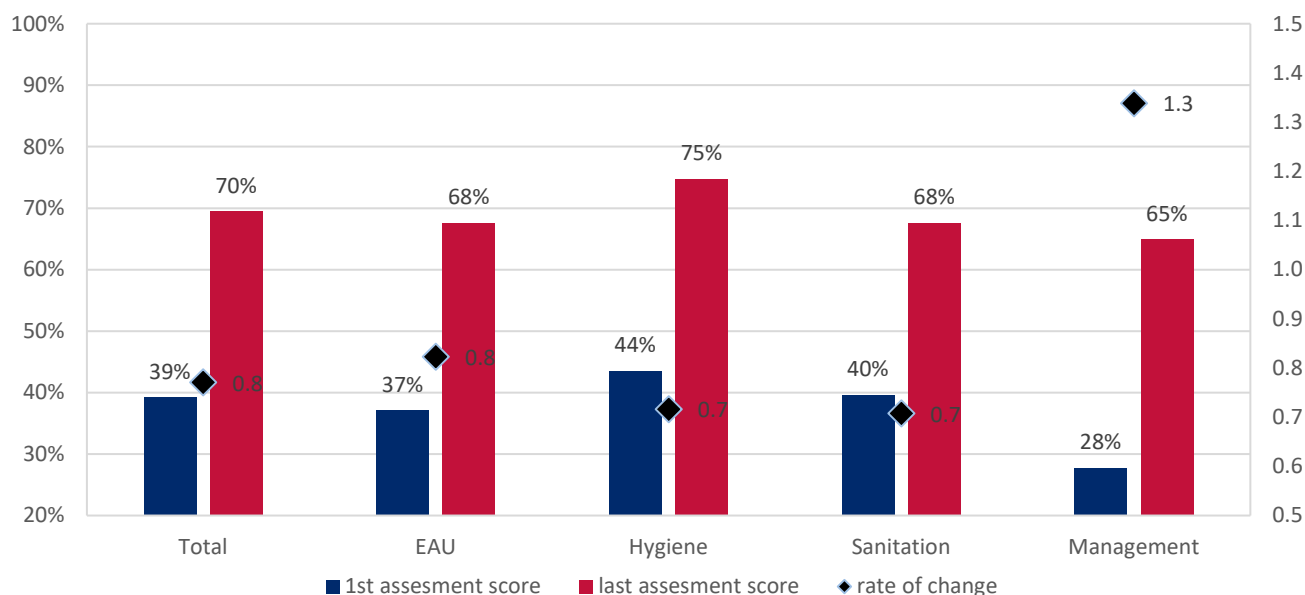
En février 2018, MCSP a élargi sa mise en œuvre de l'approche centre de santé assaini à 10 autres établissements de santé à Bas-Uélé. Ces établissements de santé ont reçu une note de base de 37 % en moyenne, ce qui est passé à 66 % à la troisième évaluation, mais aucune des installations n'a obtenu le statut de CSA lors de la troisième inspection. Au cours de la même période, la note des cinq établissements de santé pilotes à Bas-Uélé est restée élevée avec une note moyenne de 79 %, comme indiqué dans la Figure 5.



**Figure 5 : Moyenne des notes d'évaluation du pilote de l'approche CSA et des équipements pour le passage à l'échelle supérieure à Tshopo**



**Figure 6 : Moyenne des notes d'évaluation approche CSA de début et de fin par secteur technique avec taux de changement**



Dans l'ensemble, les 35 centres de santé ont obtenu une note CSA de 39 % à 70 % en moyenne entre la première et la dernière évaluation. Parmi les domaines techniques évalués, l'hygiène a obtenu la note la plus élevée, avec une moyenne de 75 % et la direction a reçu la note la plus faible avec une moyenne de 65 %. Cependant, la direction a également connu la plus forte amélioration en augmentant sa note de 28 % à 65 %, un facteur de 1,3 (Figure 6).

## Amélioration des normes eau-assainissement-hygiène (EAH)

L'amélioration des résultats de l'approche CSA démontre qu'un centre de santé se rapproche des normes eau-assainissement-hygiène de base pour l'OMS et le MSP. Les normes sont conçues pour s'assurer que les services de soin sont prodigués dans un environnement sûr pour les patients et le personnel. Il y a toutefois des limites à ce que les établissements de santé sont en mesure d'accomplir sans ressources supplémentaires ni formations spécifiques. Par exemple, au début des activités d'approche CSA, le centre de santé Yalokombe (Figure 3) n'avait ni point d'eau qui fonctionnait, ni incinérateur, ou de toilettes : ce manque d'infrastructures de base, ne permettait pas à l'établissement d'améliorer sa note dans les domaines techniques, qui exigent l'accès à l'eau ou juste l'élimination des déchets solides par incinérateur (faisant partie de l'assainissement). Le MSP et MCSP ont fourni au centre de santé de Yalokombe une formation sur l'entretien de l'infrastructure et ont mobilisé la collectivité pour identifier les ressources locales afin d'entreprendre la réhabilitation de l'infrastructure elle-même. Cela a encouragé la collectivité de Yalokombe à contribuer à l'amélioration de la note approche CSA et à assumer la responsabilité de la qualité des services fournis.

## Utilisation accrue des services de santé

Au cours du programme, une amélioration de la confiance des utilisateurs s'est ressentie, en particulier chez les femmes enceintes qui avaient précédemment peur d'accoucher dans un centre de santé sans accès à l'eau. Une augmentation de la fréquentation par les patients et autres demandeurs de soins, pour des soins préventifs et promotionnels tels que les soins prénatals et les vaccinations, a également été observée. Au centre de santé de Lilanda à Tshopo, le nombre de naissances aurait quadruplé au cours des cinq premiers mois : les clientes de l'établissement de santé citent les services eau-assainissement-hygiène (EAH) comme source de motivation pour choisir d'accoucher au centre de santé.

L'augmentation de l'activité dans les services d'accouchement a augmenté le revenu des CSA, ce qui a permis de réinvestir les revenus dans les services de soins de santé. À Tshopo, cinq des établissements de santé qui ont obtenu le statut de CSA ont aussi vu leur capacité d'accueil doubler (de 166 à 333), tout comme le nombre d'accouchements (de 12 à 26). Par conséquent, les revenus provenant des soins fournis a presque triplé, passant de 262 000 à 738 000 francs congolais.

## Analyse

### Défis

#### Leadership et management

Pour soutenir et renforcer le leadership du MSP et la coordination des activités des partenaires MCSP a travaillé aux niveaux nationaux et provinciaux pour aider à l'élaboration de normes nationales EAH et de recommandations pour les centres de santé. MCSP a également collaboré avec des fonctionnaires nationaux et provinciaux pour améliorer l'intégration et la coordination des activités nationales, qui est souvent limitée et par conséquent dédouble les efforts.

#### Ressources financières

Les centres de santé ont été soutenus pour améliorer leurs systèmes et procédures, en terme de gestion EAH suivant les règles et procédures applicables, et en développant des plans de travail qui prennent en compte les dépenses particulières qui s'y rapportent. Bien que la gestion des finances se soit améliorée au niveau des infrastructures, les budgets des cliniques en EAH sont limités et un investissement au niveau national est requis pour entreprendre les rénovations importantes (par exemple : l'approvisionnement en eau, le réseau des eaux usées, l'électricité) qui sont nécessaires pour consolider l'infrastructure.

*« Avant le projet, nous n'avions pas assez de connaissances sur la façon de gérer et de faire face à la gestion des déchets, l'approvisionnement en eau et l'hygiène : nous faisons certaines choses mais ce n'était pas assez et pas cohérent. Après la formation, nous avons mis en place un comité d'hygiène et avec les membres : nous avons commencé à rédiger un plan d'action progressif, et maintenant nous sommes vraiment en train de le mettre en œuvre. »*

*Bonny Selenga Jacques, infirmière en chef au service sanitaire de Lilanda, dans la région d'Isangi*

## Ressources humaines

MCSP a travaillé avec le MSP pour former des professionnels en EAH dans des domaines comprenant le traitement des eaux, l'analyse et le contrôle qualité, la gestion des déchets médicaux et les mesures de lutte contre les infections (PCI - prévention et de contrôle des infections). Cependant, le renforcement des capacités en cours en RDC va devoir faire face à un manque de personnel spécialisé et formé, qui puisse fournir une surveillance technique dans le cadre de la mise en œuvre des normes EAH et des mesures de lutte contre la PCI (par exemple : des spécialistes de la santé environnementale, des ingénieurs EAH et des spécialistes des mesures de lutte contre la PCI).

## Meilleures pratiques

### Formation

Au niveau régional, les formations MCSP se sont concentrées sur deux groupes séparés de participants : les prestataires de soins et les agents de nettoyage des centres de santé. En reconnaissant les agents de nettoyage des centres de santé comme membres de l'équipe, la stratégie a souligné avec succès l'importance de leur travail et leur contribution à l'obtention du statut de clinique propre. Cela a eu pour effet d'accroître le respect pour le poste, ce qui a stimulé la motivation des agents de nettoyage.

### Planification axée sur les risques

Le classement des activités prévues selon le niveau de risque et de la complexité de résolution du problème ont permis aux centres de santé de privilégier les problèmes à haut risque qui sont faciles à résoudre. Cela a aussi permis aux centres de santé d'identifier les problèmes qui requièrent une aide externe. En permettant aux centres de santé d'identifier clairement quelles actions pourraient se résoudre d'elles-mêmes, ceux-ci ont été poussés à résoudre 60 % des problèmes eau-assainissement-hygiène identifiés avec leurs propres moyens ; 53 % d'entre eux ont été résolus pendant le premier mois où l'eau-assainissement-hygiène a obtenu un comité pour l'hygiène et un responsable. Ces facteurs sont déterminants pour le maintien et la durabilité de l'eau-assainissement-hygiène en centre de santé.

### Système de notation

Les évaluations notées augmentent la motivation du fournisseur de centre de santé et de l'agent d'entretien à améliorer les services EAH. Les outils d'évaluation de MCSP ont été utilisés pendant les visites pour les évaluations trimestrielles et les notes ont fourni des informations aux centres de santé pour améliorer la prise de décision et la hiérarchisation des activités. Les notes ont aussi été diffusées au public, ce qui a créé un plus grand sens des responsabilités parmi les parties prenantes et une rivalité amicale entre les centres de santé.

### Dispositifs permettant un feedback de la collectivité

Le système de feedback de l'utilisateur des centres de santé augmente la demande pour un soin de qualité, permettant aux voix de la collectivité de se faire entendre si elles ne sont pas satisfaites. Ce système renforce le sentiment d'appartenance du centre de santé à la collectivité.



Le certificat pour l'approche CSA et la version préliminaire du certificat de livraison au gestionnaire de la clinique par le chef de la DPS à Bas-Uélé.  
Crédit photo : Francois Kangel/MCSP

## Enseignements tirés et recommandations

- **Le leadership** : l'amélioration réussie des pratiques d'EAH exige de la détermination et du leadership à tous les niveaux du système sanitaire. Au niveau national, il est essentiel que l'EAH fasse partie et soit en ligne avec les politiques, les stratégies et les directives adéquates afin que cela constitue un élément du développement des centres de santé. Au niveau du centre de santé, comme il a été démontré que les infrastructures les mieux gérées peuvent s'améliorer de façon considérable pendant le relativement court délai du programme, les managers doivent être soutenus afin de développer des compétences en leadership et gestion.
- **La participation des parties prenantes** : la participation engagée et durable des parties prenantes fait pression sur les infrastructures et les individus pour qu'ils délivrent des résultats ; elle augmente la responsabilité et la pérennité, et encourage la collecte d'informations exploitables en temps opportun pour être utilisées par les décideurs afin d'attribuer les ressources, le temps et les financements. Les vérifications, les évaluations régulières réalisées par le département sanitaire et les équipes des centres de santé favorisent le maintien de la qualité des services EAH en accord avec les plans d'action au niveau de l'infrastructure et doivent être poursuivies.
- **La coordination** : la mise en place et la coordination des initiatives locales et nationales concentrées sur l'EAH doivent être favorisées pour partager l'apprentissage, augmenter la responsabilité, prévoir et éviter le dédoublement des activités. Les exemples comprennent les dispositifs officiels d'apprentissage et de soutien entre pairs (par exemple : les comités d'hygiène des centres de santé), ou les groupes non officiels de travail multisectoriels (groupes de prêt, comités pour la santé collective, etc.). Un dispositif officiel de coordination pour la santé avec des acteurs EAH permettrait également de faciliter la réalisation d'objectifs communs et de surveiller d'autant plus les efforts fusionnés afin de consolider l'amélioration de la qualité EAH.
- **L'engagement de la collectivité** : la promotion des changements des comportements qui jouent un rôle essentiel dans les progrès des centres de santé et au niveau de la collectivité, exige une prise en compte continue du personnel et des patients. Les collectivités doivent être incluses dans la gestion du centre de santé afin d'accroître leur responsabilité et leur durabilité.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif AID-OAA-A-14-00028. Les opinions exprimées ici incombent au Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des Etats-Unis.