



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT :

Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en œuvre du programme en République Démocratique du Congo

janvier 2012



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 Leader with Associate Cooperative Agreement No. GHS-A-00-08-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Le Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale (MCHIP), est le programme phare de l'USAID pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP soutient la programmation en matière de SMNI, de vaccination, de planification familiale, du paludisme et du VIH/SIDA et encourage fortement les possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé. Veuillez visiter notre site : www.mchip.net pour en apprendre davantage

Contents

LISTE DES ABREVIATIONS	V
REMERCIEMENTS	VII
RESUME	IX
Contexte	ix
Pourquoi la PEC-c ?	ix
Aperçu de la PEC-c en RDC.....	ix
L'exercice de documentation	x
Méthodologie et objectif	x
L'analyse des données dégage les principales leçons suivantes :	x
Conclusion	xii
INTRODUCTION	1
CONTEXTE	3
1.1 Géographie	3
1.2 Système administratif	3
1.3 Système de santé	3
1.4 Conflits et situation sociale du pays	5
1.5 Indicateurs sur la santé des enfants	5
I. But et objectifs de la documentation	6
I.1 But 6	6
I.2 Objectifs spécifiques.....	7
II. Méthodologie	7
II.1 Méthodologie de la revue documentaire.....	7
II.2 Interviews semi-structurées	7
II.3 Groupes de discussions dirigées	8
II.4 Méthodologie de la collecte des données	8
II.5 Etendue et limitations.....	8
III. Aperçu historique	9
III.1 Berceau de la prise en charge communautaire en RDC	9
III.2 Plaidoyer et phase initiale d'apprentissage	9
III.3 Phase d'expansion	11
IV. Résultats	14
IV.1 Coordination et cadre politique.....	14
IV.2 Financement.....	17
IV.3 Ressources humaines	20
IV.4 Gestion de la chaîne d'approvisionnement.....	26
IV.5 Offre de Service et références	30
IV.6 Communication et mobilisation sociale.....	34
IV.7 Supervision, performance et assurance de la qualité.....	37
IV.8 Suivi-évaluation et système d'information pour la santé	42

V. Leçons retenues	45
V.1 Mise en place d'un environnement politique favorable	45
V.2 Renforcement des liens entre le système de santé et les communautés	45
V.3 Prestation de services communautaires de qualité aux ménages.....	46
V.4 Développement et mise en œuvre de stratégies de changement de comportement.....	47
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
ANNEXE 1. CADRE DE REPERES POUR LA PEC-C	50
ANNEXE 2. PREFACE DU GUIDE DE MISE EN ŒUVRE, SIGNE PAR LE MINISTRE DE LA SANTE	53
ANNEXE 3. LETTRE OFFICIELLE POUR LE LANCEMENT DES SITES COMMUNAUTAIRES	55
ANNEXE 4. GUIDES DES GROUPES DE DISCUSSIONS DIRIGEES UTILISEES AU COURS DE LA DOCUMENTATION	57
ANNEXE 5. ABSTRAIT DE L'ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU PALUDISME ET L'UTILISATION DES TDR	64
ANNEXE 6. LA LISTE DES PARTENAIRES FINANCIERS ET LEURS DOMAINES D'INTERVENTIONS RESPECTIFS	65
ANNEXE 7. FICHE DE PRISES EN CHARGE DES CAS AU NIVEAU DES SITES	69
ANNEXE 8. TABLEAU DE BORD DE LA PCC EN RDC, DE JANVIER A DECEMBRE 2006	71
ANNEXE 9. APERÇU DE LA BASE DE DONNEES INFORMATIQUE SUR LA PEC-C EN RDC	73
ANNEXE 10. L'EQUIPE DE LA DOCUMENTATION ET LES ACTEURS-CLES DE LA PEC-C EN RDC	74

Liste des abréviations

ACT	Association médicamenteuse à base d'artémisinine
AS	Aire de Santé
ASF	Association de Santé familiale
AXxes	Bilateral USAID project managed by a consortium of NGOs : Protestant Church in the Congo, World Vision, Catholic Relief Services, and MERLIN
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCZ	Bureau Central de zone de Santé
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement
CCM (SSC)	Community Case Management (Sites de soins communautaires)
CDD	Commissaire de District
CIDA	Canadian International Development Agency
CoGeSITE	Comité de Gestion de Site (Site Management Committee)
CRS	Catholic Relief Services
DRC	Democratic Republic of the Congo
ECC	Eglise du Christ au Congo
ECZS	Equipe Cadre des Zones de Santé
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
GDD	Groupe de Discussion Dirigée
IEC	Information, Education, and Communication
IRA	Infections respiratoires aiguës
IRC	International Rescue Committee
IT	Infirmier Titulaire
LQAS	Lot Quality Assurance Survey
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à longue durée d'action
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC-c	Prise en Charge Communautaire
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIRA	Programme National : Infections respiratoires aiguës
PNLMD	Programme National pour la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSR	Programme National de la Santé Reproductive
PSI	Population Services International
RDC	République Démocratique du Congo

REPRO	Relais Promotionnel
RS	Relais de site de soins communautaires
RUMER	Registre d'Utilisation des Médicaments et des Recettes
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRO(ORS)	Sels de Réhydratation Orale (Oral Rehydration Salts)
TDR (RDT)	Test de Diagnostic Rapide (Rapid Diagnostic Test)
UN	United Nations
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Santé

Remerciements

Nous voudrions exprimer nos sincères gratitude à nos partenaires et collègues sur le terrain qui travaillent sans relâche pour améliorer la vie de nos enfants. Ils ont démontré un engagement sans faille, une créativité et une attention particulière sur le détail dans le développement de leurs programmes de Prise en Charge Communautaire (PEC-c) des maladies de l'enfant. Nous les remercions pour le temps qu'ils ont consacré à cette documentation, et pour le partage d'information.

Nos remerciements particuliers s'adressent au Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo et à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). MCHIP voudrait remercier les contributions des partenaires de plusieurs organisations, incluant:

- UNICEF
- Les partenaires de MCHIP
- Le Fonds Mondial
- HealthNet International
- PSI et ASF
- GTZ
- CISD
- MSH
- OMS
- ECC
- CRS
- ACDI
- IRC
- ESP

Nous sommes très reconnaissants à Emmanuel Wansi pour ses contributions à ce rapport, depuis la conception initiale jusqu'au produit final, incluant l'appui dans la conception de la méthodologie, l'organisation générale et la facilitation du travail sur le terrain et les révisions méticuleuses du rapport.

Nous citerons également Dr Kalume, Dr Kebela, Dr Bakukulu et Dr Ilunga au Ministère de la Santé, Dr Piripiri à l'USAID, Dr Kini à l'OMS, ainsi que leurs collaborateurs respectifs, qui ont travaillé d'arrache-pied pour la réussite de la mission.

Finalement, des remerciements particuliers aux collègues ci-dessous qui ont passé en revue la version préliminaire, ont corrigé les erreurs techniques, ont suggéré d'autres façons de présenter le document et ont offert des ressources supplémentaires, des conseils et de l'assistance:

- Kanza Simba
- Pat Taylor
- Ciro Franco
- Agnès Guyon
- Heather Casciato
- Papy Luntadila
- Dyness Kasungami
- Mary Carnell
- Alia Nankoe
- Meghan Anson

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 Leader with Associate No. GHS-A-00-08-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International ou du Gouvernement des Etats-Unis.

MCHIP, le Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale, est le programme phare de l'USAID pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), qui vise à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile et à accélérer les progrès pour achever les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5. MCHIP soutient la programmation en SMNI, en vaccination, planification familiale, paludisme et VIH/SIDA et encourage fortement les

possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'accès à l'eau potable, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé.

L'équipe de la documentation:

Serge Raharison,

Fatim Tall

Eric Swedberg

Yves Cyaka

Résumé

CONTEXTE

Pourquoi la PEC-c ?

Bien que la mortalité infantile ait diminué sensiblement dans la plupart des pays en développement, les enfants de moins de cinq ans continuent de mourir à des taux excessivement élevés, souvent de causes évitables comme le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. La pneumonie est responsable de 16% des décès des enfants de moins de 5 ans, la diarrhée de 15,8%, et le paludisme de 17%. L'accessibilité aux soins d'une large proportion de la population vivant dans les endroits éloignés reste un défi majeur pour la plupart des pays. La prise en charge des maladies au niveau communautaire constitue une stratégie qui répond efficacement à ce défi. Elle donne aux agents communautaires les compétences nécessaires pour offrir des soins de proximité, réduisant ainsi considérablement la morbidité et la mortalité dans la population des enfants de moins de cinq ans.

En Afrique, beaucoup de pays en sont encore au début de leurs programmes de PEC-c, se concentrant actuellement sur des activités de plaidoyer ou dans les étapes préliminaires s'adressant à une seule maladie à la fois. Cependant, plusieurs pays, y compris le Sénégal, la République Démocratique du Congo (RDC), le Rwanda, Madagascar et le Niger, ont commencé à mettre en œuvre la PEC-c à échelle nationale.

Progressivement, alors que ces pays étendent leurs programmes et progressent dans la mise à échelle, il y a des leçons importantes à retenir et des pratiques prometteuses à partager concernant le processus d'adoption, l'introduction et la mise en œuvre à une plus grande échelle. La RDC a de longues expériences à partager en matière de services offerts au niveau des sites communautaires.

Aperçu de la PEC-c en RDC

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont partis des tristes records mondiaux en 2001 - respectivement de 121 et de 213 pour mille - pour descendre à 97 et 158 pour mille en 2010. Des efforts considérables restent à faire pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La Constitution, votée en 2006, prévoit une déconcentration du pouvoir vers les provinces, une plus grande autonomie de gestion, ainsi qu'un nouveau découpage en 26 provinces. Ces nouvelles dispositions n'étaient pas encore en place lors de la visite de l'équipe de documentation en Octobre 2010. Le Système de santé comprend 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire qui compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires et un niveau périphérique qui comprend théoriquement 515 Zones de Santé (ZS) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8266 Centres de Santé.

Sous le leadership du Ministère de la Santé Publique (MSP), la République Démocratique du Congo (RDC) a mis en œuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire depuis décembre 2005. En septembre 2010, 716 sites communautaires étaient fonctionnels, couvrant une population estimée à 1 692 379 personnes. Avec ses cinq années d'expérience, le programme de la RDC a un certain nombre de leçons importantes à offrir aux autres pays intéressés par la mise en œuvre d'une telle approche. Au moment où plusieurs pays ont hésité, le pays a décidé d'introduire la stratégie de PEC-c pour affronter les défis énormes auxquels il fait face en matière d'accessibilité de ses populations aux soins de santé de base. Ces leçons devraient être partagées et adaptées aux besoins contextuels d'autres pays.

L'EXERCICE DE DOCUMENTATION

Méthodologie et objectif

En septembre-octobre 2010, le MSP et ses partenaires ont entrepris un exercice pour documenter comment la prise en charge communautaire a été introduite, mise en œuvre, et élargie au cours de cette période de cinq ans et noter quels sont les facteurs de succès et les goulots d'étranglement.

La méthodologie de cet exercice inclut une revue documentaire, en plus des collectes de données auprès des décideurs du MSP et de ses partenaires, des personnes qui gèrent et qui mettent en œuvre l'approche et auprès des relais communautaires et des bénéficiaires. Les données qualitatives se sont concentrées sur des avis et des perceptions, tandis que des méthodes quantitatives ont été utilisées pour rassembler des données et juger du niveau de stock et de la performance des relais communautaires. L'équipe comptait deux personnes de MCHIP, une personne de PSI et une personne de l'OMS régionale, deux consultants nationaux et huit facilitateurs (pour animer les discussions de groupe).

En donnant une appréciation des réussites de la stratégie en RDC et de ses meilleures pratiques, en reconnaissant les faiblesses en vue de les corriger et de les prévenir à l'avenir et en établissant une vision claire de ce que sera le futur, ce rapport vise un double objectif : d'une part, aider les autres pays à la recherche d'idées pour accélérer et élargir leurs propres efforts en matière de prise en charge communautaire et d'autre part, éclairer la prise de décisions sur la mise en œuvre du programme en RDC.

L'analyse des données dégage les principales leçons suivantes :

Mise en place d'un environnement politique favorable

- *Engagement à très haut niveau* : le « leadership » du Ministre et des personnes-clés au sein du MSP ainsi que des autorités politico-administratives aux niveaux intermédiaires qui font office de « champions » conditionne les réussites de la coordination et de la mobilisation de ressources.
- *Vision clairement définie et maintenue du MSP sur le service communautaire intégré*, avec une capacité d'influencer les bailleurs de fonds et d'orienter des financements initialement destinés uniquement au paludisme.
- *Partenariat entre le MSP et les partenaires de mise en œuvre (ONG)*. La stratégie de la PEC-c, les documents et la mise en œuvre, ont pu être de ce fait harmonisés, standardisés et financés partout en RDC et par un nombre important de partenaires. Tout au long du processus, les progrès ont été présentés de manière claire et concise et ont été partagés à l'ensemble des acteurs concernés et avec les autres pays de la sous-région.
- *Absence d'un plan d'extension budgétisé à long terme*, constituant une contrainte dans la priorisation et la répartition stratégique des ressources techniques, financières et humaines. Le PNDS, en cours d'adoption en 2010, constitue une étape importante pour développer un tel plan.
- *Coordination et suivi du programme au niveau décentralisé*. Le renforcement des capacités à ce niveau doit être pris en compte de façon systématique et continue afin d'optimiser la mise en œuvre du programme. La déconcentration du pouvoir et l'autonomie de gestion, prévues dans le futur, justifient l'importance des structures provinciales et des districts.

- « *L'affaiblissement* » du plaidoyer à tous les niveaux au long de l'extension de la stratégie. Le plaidoyer est essentiel et doit être soutenu et continu tout au long du processus de passage à échelle pour mobiliser et sécuriser les ressources humaines et financières nécessaires.

Renforcement des liens entre le système de santé et des communautés

- *Approches structurées de la supervision* : afin d'assurer la qualité et la performance, les réunions de suivi post-formation constituent une alternative efficace et réaliste par rapport aux supervisions de routine coûteuses et difficiles. Les supervisions des superviseurs ne sont pas à négliger.
- *Infirmiers titulaires des formations sanitaires ont joué un rôle critique dans la mise en place de la stratégie* : sans cette liaison formelle au sein du système de la santé, il aurait été difficile de mettre en place ou de maintenir un programme PEC-c de qualité.
- *Intégration du système de gestion de données des sites des soins communautaires dans le Système National d'Informations Sanitaires*. Dès le début, une attention particulière a été accordée à la collecte de l'information et des efforts particuliers ont été déployés à ce niveau.

Mise à la disposition de services communautaires de qualité aux ménages

- *Documents techniques et opérationnels bien codifiés et disponibles, ex.* le guide de mise en œuvre, ainsi que le paquet de matériel de formation et de supervision. Ces documents décrivent d'une façon explicite les attributions des relais communautaires, délimitent leurs domaines de compétence, définissent les structures qui les soutiennent et expliquent le processus de formation des relais, de suivi et de soutien au programme.
- *Intégration immédiate de la prise en charge des trois maladies et de la malnutrition dans l'approche communautaire dans le cadre de la vision intégrée de la PCIME clinique du pays*. Le paquet classique de service offert au niveau des sites soins communautaires ciblent les maladies les plus meurtrières : le paludisme, la diarrhée, la pneumonie. Le Ministère est arrivé, à plusieurs reprises, à influencer ses partenaires pour qu'ils réorientent les projets verticaux vers une approche intégrée.
- *Programmation immédiate de l'extension, sans passer par la phase pilote, est un exemple d'utilisation des leçons apprises dans un autre pays (Sénégal)*. Dès le début une délégation de tâches et des responsabilités et une planification graduelle de l'expansion ont été mises en place.
- *Dynamisme du programme*, témoigné par l'introduction du programme de planification familiale au niveau des sites
- *Ruptures fréquentes de stock au niveau des sites dues à la faiblesse de la chaîne logistique*. Dès le début, il est important que les partenaires définissent des standards et harmonisent la chaîne d'approvisionnement des médicaments et du petit matériel nécessaire pour le bon fonctionnement du programme PEC-c, dans la mesure du possible en l'insérant dans le système logistique du secteur de la santé.
- *Prise en charge de la malnutrition aigüe*. La stratégie de PEC-c n'est pas toujours mise en œuvre en harmonie avec le protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe, comme suggéré par l'OMS. Pourtant il y a un objectif curatif commun et, souvent, les mêmes agents communautaires sont ciblés.
- *Exploitation du potentiel qu'offrent les liens avec d'autres programmes communautaires, (exemple la vaccination et le programme de PF communautaire) et éventuellement profiter*

des économies d'échelle. En même temps, il est important de s'assurer que la PEC-c se déroule efficacement et que l'adjonction de nouvelles composantes ne risque pas de compromettre les acquis.

- *Problématique de la motivation financière des relais.* Le programme PEC-c qui s'appuie sur le volontariat est constamment sujet aux débats de la pérennisation. Certains pays se sont engagés aux payments de ces agents de santé communautaires, d'autres refusent. A chaque pays de prendre une décision, mais d'autres systèmes de motivations doivent certainement être exploités.

Développement et mise en œuvre de stratégies de changement de comportement

- *L'approche avec les églises et les structures communautaires existantes :* une stratégie de proximité plus adaptée, plus simple et moins coûteuse. Il s'agit du recours aux ressources sur place – à savoir leaders religieux et groupements localement présents – pour transmettre des messages auprès du voisinage immédiat.
- *Mise en place d'un paquet curatif et préventif complet et cohérent afin d'éviter que la prévention ne devienne secondaire :* dès le début, le programme PEC-c doit s'insérer dans un modèle où la prévention des maladies courantes est reconnue comme une priorité pour l'amélioration de la santé des enfants.

CONCLUSION

Les problèmes et défis auxquels le gouvernement de la RDC fait face ne l'ont pas empêché de réussir à mobiliser un grand nombre de partenaires pour introduire et élargir la PEC-c dans 10 des 11 provinces que compte le pays en 2010. Parmi les éléments-clés de ce succès figurent un solide leadership et un engagement politique à tous les niveaux, un cadre dédié de relais des sites, le soutien indéfectible des partenaires techniques et financiers, une stratégie novatrice de communication, des directives techniques bien codifiées et le soutien des autorités administratives au niveau opérationnel. Bien qu'elles ne soient pas encore amenées à l'échelle nationale, les leçons tirées de la RDC sont à la fois utiles et transférables à d'autres pays qui s'efforcent à réduire la mortalité infantile.

La RDC devra surmonter un certain nombre de défis afin d'amener le programme à l'échelle nationale et de l'institutionnaliser : développer un plan stratégique et un budget inclusifs et multi-annuels ; résoudre les problèmes de gestion logistique, en particulier les ruptures de stock; s'assurer que les rôles et les responsabilités sont bien définies à tous les niveaux, et revitaliser la promotion et la prévention pour assurer une plus grande synergie.

Introduction

De nettes avancées ont été réalisées en termes de réduction de la mortalité infanto-juvénile au niveau mondial. Pourtant, dans la plupart des pays en développement, un petit nombre d'affections courantes sont encore responsables de souffrances et d'environ 70% des décès des enfants de moins de 5 ans. Le document sur le Compte à rebours vers 2015¹ estime qu'en RDC, à la fin de 2008, la diarrhée était responsable de 18% des décès des enfants de moins de cinq ans, le paludisme de 17% et la pneumonie de 16%. Plus de deux tiers de ces décès de nourrissons et d'enfants en bas âge peuvent être évités grâce à des interventions relativement simples, efficaces et peu coûteuses.

Il existe des interventions simples et rentables qui sont reconnues, notamment l'administration d'antibiotiques pour la pneumonie, l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) en association avec les comprimés de zinc pour le traitement de la diarrhée et l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT) pour combattre le paludisme. Mises en œuvre à grande échelle, ces interventions peuvent contribuer à réduire de manière importante la mortalité infanto-juvénile et par là à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Elles sont déjà mises en œuvre au niveau des formations sanitaires à travers les programmes de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Cependant, dans la plupart de pays où les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants sont élevés, l'accès aux formations sanitaires et/ou la qualité des services dispensés continuent à poser problème, remettant en question la disponibilité de soins appropriés. Dans ce contexte, la Prise en Charge Communautaire des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire constitue une stratégie en faveur de l'offre de services pour les populations en milieu enclavé. Elle consiste à faire acquérir suffisamment de compétences aux Agents de Santé Communautaires pour qu'ils puissent diagnostiquer et traiter correctement le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants.

Un plaidoyer à l'échelle mondiale a été de route pendant la dernière décennie pour la Prise en Charge intégrée au niveau Communautaire (PEC-c) des trois causes principales de mortalité d'enfant à savoir, la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Cette approche gagne du terrain pour deux raisons : c'est une réponse appropriée aux besoins de santé de populations peu accessibles et les résultats prouvent qu'elle contribue significativement à la réduction de la mortalité parmi des enfants de moins de cinq ans. En Afrique, beaucoup de pays sont toujours vers le début de leurs programmes de PEC-c – qui se concentrent à présent sur des activités de plaidoyer ou dans les étapes préliminaires qui s'adressent à une seule maladie à la fois. Cependant, plusieurs pays, y compris le Sénégal, la République Démocratique du Congo (RDC), le Rwanda, Madagascar et le Niger, ont commencé à mettre en œuvre la PEC-c à une échelle nationale.

La RDC a des longues expériences à partager en matière de services offerts au niveau des sites communautaires. Au moment où plusieurs pays ont hésité, le pays a décidé d'introduire la stratégie de PEC-c pour affronter les défis énormes auxquels il fait face en matière d'accessibilité de ses populations aux soins de santé de base.

Le présent document se veut être un outil d'apprentissage pour la communauté mondiale en appui à la transposition à grande échelle des programmes dans les différents pays. Il s'ouvre sur une description de la méthodologie utilisée pour documenter les réussites et les goulots

¹ <http://www.countdown2015mnch.org/>

d'étranglement dans le programme de la RDC et donne un aperçu de l'historique et de la situation actuelle de ce programme. La section suivante s'appuie sur un cadre de repères reconnu au niveau international (voir Annexe 1) pour présenter les principales constatations sur les huit composantes programmatiques de la prise en charge communautaire, à savoir (1) le cadre de coordination et de politique, (2) le financement, (3) les ressources humaines, (4) la gestion de la chaîne d'approvisionnement, (5) la prestation et la référence, (6) la communication et la mobilisation sociale, (7) la supervision, la performance et l'assurance qualité et (8) le suivi-évaluation et le système d'information sanitaire. La dernière section qui porte sur les enseignements tirés est structurée selon quatre thèmes essentiels, à savoir :

- La mise en place d'un environnement politique favorable et d'un soutien institutionnel efficace
- Le renforcement de liens durables entre le système de santé et les communautés
- La mise à disposition des ménages de services communautaires de qualité dispensés par les agents de santé communautaire (ASC)
- Le développement et la mise en œuvre de stratégies de changement de comportement dans le cadre du programme.

En donnant une appréciation des réussites et des meilleures pratiques du programme de la RDC, en reconnaissant les faiblesses du programme en vue de les corriger et de les prévenir à l'avenir et en établissant une vision claire de ce que sera le futur du programme, ce rapport vise un double objectif : d'une part, aider les pays à la recherche d'idées pour accélérer et élargir leurs propres efforts en matière de prise en charge communautaire et d'autre part, éclairer la prise de décisions sur la mise en œuvre du programme en RDC.

Contexte

1.1 GEOGRAPHIE

La République Démocratique du Congo s'étend sur une superficie de 2.345.000 km². C'est le second pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64,420 millions d'habitants. La population est inégalement répartie sur le territoire, avec 69.6% qui vivent en milieu rural contre 30.4% en milieu urbain. En zone rurale, l'accessibilité géographique est un défi permanent : selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, seulement 35% de la population vit dans un rayon de moins de 5 km d'une structure sanitaire. L'hydrographie dense du Congo (fleuve Congo et lacs) de même que la végétation dense (moitié du pays couverte par la forêt et la savane) constituent autant de contraintes pour l'accès des populations aux services de santé.

1.2 SYSTEME ADMINISTRATIF

La structure administrative du pays est organisée en onze Provinces. A cause de la vaste étendue du pays, elle est très hiérarchisée : chaque province est divisée en districts, les districts sont à leur tour, divisés en territoires (appelés communes dans les villes), les territoires en secteurs ou chefferies, les secteurs et chefferies sont divisés en villages ou localités. On compte au total 25 districts administratifs, 21 villes, 145 territoires administratifs et 77 communes.

La Constitution de la troisième République, votée en 2006, prévoit une déconcentration du pouvoir vers les provinces, une plus grande autonomie de gestion, ainsi qu'un nouveau découpage en 26 provinces. Ces nouvelles dispositions n'étaient pas encore en place lors de la visite de l'équipe de documentation en Octobre 2010.

1.3 SYSTEME DE SANTE

Le MSP publique est structuré en trois niveaux, à savoir²

- **Le niveau central** qui est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés. Il a une responsabilité normative et de régulation. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives.
- **Le niveau intermédiaire** qui compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la mise en œuvre des directives et politiques au niveau des Zones de Santé. En 2010, le pays compte encore 11 Inspections Provinciales de la Santé mais il est prévu d'en avoir 26 dans le cadre de la décentralisation.
- **Le niveau périphérique** qui comprend théoriquement 515 Zones de Santé (ZS) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8266 Centres de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, y compris les activités communautaires, sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

Au niveau de la communauté, des relais communautaires établissent ainsi un lien continu entre le centre de santé et la famille. L'équipe du centre de santé, appuyée par un animateur communautaire de la ZS, encadre les relais communautaires dans leurs activités quotidiennes. Les terminologies de base utilisées en RDC sont résumées dans l'encadré suivant.

² PNDS 2011-2015

Encadré 1 : Terminologie spécifiquement utilisée en RDC

- Province et District sanitaire : Constituent le niveau intermédiaire dans la pyramide sanitaire. Ils jouent le rôle d'appui technique aux zones de santé (*). Le District sanitaire en RDC assume à peu près les mêmes fonctions que les provinces ou régions dans la plupart des autres pays francophones. Ils sont géographiquement beaucoup plus larges.
- Zone de Santé (ZS) : L'unité opérationnelle de la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé. C'est une entité décentralisée, de planification et de mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires...fonctionnant conformément aux stratégies, directives et normes édictées par le niveau central du système de santé (*). La ZS en RDC assume à peu près les mêmes fonctions que les Districts sanitaires dans la plupart des autres pays francophones.
- Site de soins communautaire : Aire géographique bien définie dans laquelle un ou plusieurs villages ou communautés d'accès difficile bénéficient des prestations des soins fournis par deux relais volontaires formés et supervisés pour prendre en charge certaines affections courantes, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans. (**)
- animateur Communautaire de la Zone de Santé : Personnel de la ZS, en charge de toutes les activités communautaires.
- Relais communautaire : Terme regroupant tout « ...volontaire, habitant le village ou la rue, choisie par les habitants de cette entité, et qui assure le pont entre les individus membres d'une famille et le service de santé. De ce fait, il accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer de façon durable aux objectifs de développement de son village / rue » (***) . Dans la pratique, il y a deux types de relais communautaire :
 - **Relais des sites (RS)** : Un relais qui reçoit une formation structurée pour lui permettre de prendre en charge les enfants =malades au niveau de la communauté.
 - **Relais promotionnel (RP)** : Un relai formé pour mener des activités de communication sur la santé et faire de la mobilisation dans sa communauté. Il ou elle s'occupe principalement de l'Information, Education et Communication.

Sources :

*RECUEIL DES NORMES DE LA ZONE DE SANTE, Aout 2006

**SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES : GUIDE DE MISE EN ŒUVRE, 2007

***MANUEL DES PROCEDURES DU RELAIS COMMUNAUTAIRE, CELLULE D'ANIMATION COMMUNAUTAIRE ET COMITE DE DEVELOPPEMENT DE L'AIRE DE SANTE, accessible sur [http : //www.sanru.cd/Documents.php](http://www.sanru.cd/Documents.php)

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



1.4 CONFLITS ET SITUATION SOCIALE DU PAYS

Les conflits armés qui sévissent dans le pays depuis 1996 ont détruit la structuration de la société congolaise et ont eu des conséquences dramatiques sur la situation économique et sanitaire de la population. La pauvreté atteint des proportions effroyables, touchant 71% de la population. L'ampleur de la pauvreté varie considérablement selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que selon les groupes socioprofessionnels. Le PNDS 2011-2015 stipule même que l'on compte plus de 40% de personnes classifiées pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration.

Les enquêtes rétrospectives font apparaître un taux de mortalité très élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. Dans les régions affectées par les conflits, le taux de mortalité infanto juvénile était extrêmement élevé.

1.5 INDICATEURS SUR LA SANTE DES ENFANTS

Dans la moitié orientale du pays, il était estimé jusqu'à 408 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2002³. La RDC a constamment été classée parmi les six premiers pays réunissant 50% de mortalité infantile mondiale, avec l'Inde, le Pakistan, la Chine, le Nigeria et l'Éthiopie. Les différentes actions entreprises dans le secteur santé ont contribué à faire infléchir le taux de mortalité. Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont partis des tristes records mondiaux en 2001 - respectivement de 121 et de 213 pour mille⁴ - pour descendre à 97 et 158

³ Ministère de la Santé Publique, 2010 : PNDS 2011-2015

⁴ Ministère du Plan, 2001, Multiple Indicator Cluster Survey

pour mille en 2010⁵. Des efforts considérables restent à faire pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Pour les maladies de l'enfant, le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), la diarrhée et la malnutrition constituent les affections principales en RDC.

- **Le paludisme** est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180 000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme. Bien que des efforts importants aient été faits dans le cadre de la lutte contre le paludisme, il reste encore d'importants défis à relever. En effet, l'accès au moyen de lutte reste encore faible : selon les résultats de la dernière enquête à indicateurs multiples (MICS) de 2010, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) est à 38% et l'accès au traitement est à 39%.⁶
- **Les IRA.** Toujours selon l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) de 2007, 15% des enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Pour seulement 42% des enfants ayant présenté des symptômes d'IRA, on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé.
- **Les maladies diarrhéiques.** Concernant la diarrhée, 39% des enfants ayant eu la diarrhée ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) c'est-à-dire soit 1 sachet de Sels de Réhydratation Orale (SRO), soit une solution maison ; 62% des enfants ont bénéficié d'une TRO ou d'une augmentation des rations de liquide, et par contre 20% des enfants ayant fait la diarrhée n'ont reçu aucun traitement.
- **La malnutrition** est une importante cause de morbidité et de décès des enfants et des femmes. On estime sa part à plus de 35% des cas de décès d'enfants de moins de cinq ans. L'allaitement maternel exclusif qui ne couvrait que 36% des enfants de moins de 6 mois ; parmi les enfants congolais de moins de cinq ans 46% ont une taille très petite par rapport à leur âge et accusent un retard de croissance ou souffrent d'une malnutrition chronique. Dans ¼ des cas (24%), il s'agit d'un retard de croissance sous la forme sévère.

La PCIME reste l'une des stratégies dans la lutte contre la morbimortalité des enfants de moins de 5 ans. Toutefois, jusqu'à 2009, la couverture de sa mise en œuvre reste encore faible : sur 515 zones de santé, 219 ZS ont intégré l'approche dans son aspect clinique, 214 ZS son aspect promotion des pratiques clés et 94 ZS dans son aspect sites des soins communautaires.⁷

I. BUT ET OBJECTIFS DE LA DOCUMENTATION

I.1 But

Partager l'expérience de la RDC en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les sites de soins communautaires en vue de contribuer à l'orientation et à l'extension de cette approche en RDC et dans les pays en développement.

⁵ Ministère du Plan, 2010, Multiple Indicator Cluster Survey

⁶ Ministère du Plan, 2010, Multiple Indicator Cluster Survey

⁷ Rapport annuel d'activités PCIME 2009

I.2 Objectifs spécifiques

- Collecter les données de l'expérience des soins à base communautaire des maladies infantiles en RDC,
- Documenter les bonnes pratiques à l'origine du succès de la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau des sites de soins communautaires en RDC,
- Documenter les goulots d'étranglement passés et présents dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge au niveau des sites de soins communautaires et les solutions entreprises pour les résoudre,
- Dégager les leçons apprises et les défis de l'expérience de la RDC en vue d'informer l'orientation des programmes actuels et l'élaboration de programmes futurs.

II. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour cet exercice de documentation combine la revue documentaire aux techniques de collecte de données qualitatives sur le terrain basées sur les interviews semi-structurées et discussions dirigées en groupe. Les outils ainsi que la liste des experts internationaux et nationaux qui ont participé à la collecte pour la documentation sont donnés en Annexe 10.

II.1 Méthodologie de la revue documentaire

Revue des rapports du programme

Tous les documents accessibles ont été collectés, résumés et analysés en mettant l'accent sur la Prise en Charge Communautaire en RDC. Les documents comportent entre autres les documents de politique, les rapports d'ateliers, les rapports de formation, les rapports de supervision, les rapports réguliers des projets, les études spécifiques et les rapports d'évaluation, ainsi que les ressources en ligne et les publications internationales sur la Prise en charge intégrée des maladies infantiles au niveau communautaire.

Revue des données existantes

Les données de routine provenant des différents niveaux du système de santé ont été collectées et analysées pour une meilleure compréhension des succès et des lacunes éventuelles. Le but est d'étudier l'évolution de la performance, de la couverture et de la qualité du programme dans le temps.

Les sources de données incluent entre autres : les enquêtes EDS, MICS, les données provenant du système de santé, les rapports mensuels des relais communautaires des sites de soins, les rapports mensuels des postes de santé, les données relatives à l'approvisionnement, les rapports de supervision, les outils de monitoring du district, de la province et du niveau central.

II.2 Interviews semi-structurées

Les interviews semi-structurées ont été conduites avec les :

- **Informateurs-clés sur l'historique**, portant principalement sur leurs opinions à propos du succès de la stratégie des contraintes et des défis en termes de politique, de plaidoyer, d'appropriation et de pérennité. Participants cibles incluant : les officiels du MSP (niveau National et niveau Provincial) ; les membres des comités de pilotages successifs ; les organismes des Nations Unies et donateurs ; et partenaires de mise en œuvre.

- **Gestionnaires de programmes et des responsables** de mise en œuvre sur des aspects techniques spécifiques incluant des questions sur les formations, la gestion des ressources, la supervision et l'offre de service, le système de référence, l'approvisionnement, la communication, la mobilisation sociale, ainsi que le suivi-évaluation et le système d'information. Participants cibles incluant : points focaux techniques du MSP (niveau National et niveau Provincial) ; formateurs et gestionnaires de programmes des ONG du MSP.

II.3 Groupes de discussions dirigées

Les groupes de discussions dirigées semi-structurées ont été conduites avec les :

- **Groupes de soutien** (à l'exemple des responsables d'Eglises) focalisant leurs rôles spécifiques dans le soutien au programme, les facteurs de succès et les problèmes éventuels, les supports donnés actuellement et ceux prévus dans le futur ainsi que l'efficacité du système de soutien en général.
- **Infirmiers Titulaires** en l'absence de leurs superviseurs, incluant leurs points de vue sur terrain concernant la situation présente et passée de la PEC-c, leur opinion sur le rôle spécifique qu'ils jouent, les facteurs de succès et de blocage, ainsi que les avis sur l'efficacité de la stratégie et les suggestions pour le futur.
- **Relais Communautaires**, portant sur les formations et les supervisions, la confiance en soi dans la pratique, les défis actuels et ceux dans le passé, les opinions sur les facteurs de succès et les blocages potentiels, ainsi que les suggestions pour le futur.
- **Mères ou gardiennes d'enfants** déjà traités par les relais communautaires sur des questions autour de leur intérêt et leur opinion sur le travail des relais communautaires, les contributions de la stratégie au bénéfice de la santé de la famille, ainsi que le comportement des familles en matière de recherche de soins, y compris le processus de prise de décision.
- **Comités de gestion des sites** (COGE-Site), se focalisant sur leur opinion en rapport avec le travail des relais communautaires, leurs rôles spécifiques dans le soutien à la stratégie, les facteurs de succès et les problèmes éventuels, les appuis donnés actuellement et ceux prévus dans le futur ainsi que l'efficacité du système de soutien en général.

II.4 Méthodologie de la collecte des données

Sélection des sites

La sélection des sites était basée sur les critères techniques et logistique, incluant la diversité, et la particularité de l'approche programmatique, la performance, la durée, la couverture, la faisabilité logistique et financière de la collecte de données. Les 9 Zones de Santé (ZS) de 6 Provinces incluant : ZS de BinzaMeteo, Biyela, et Makala dans la province de Kinshasa ; ZS de Kimpese dans la province du Bas-Congo ; ZS de Tshikaji et Demba dans la province du Kasai Occidental ; ZS de Bibanga dans la province du Kasai Oriental ; ZS de Lualaba dans la province du Katanga ; et ZS Kenge dans la province du Bandundu.

II.5 Etendue et limitations

Il s'agit d'un échantillonnage raisonné, représentant les différents niveaux du système de santé en RDC : niveau central, niveau intermédiaire et niveau périphérique. Les sites de soins communautaires visités ont été sélectionnés en se basant sur des critères techniques et pratiques, sans prétendre à répondre à des exigences scientifiques.

III. APERÇU HISTORIQUE

III.1 Berceau de la prise en charge communautaire en RDC

En RDC, l'offre de soins de santé par les agents communautaires trouve ses origines dans le concept des soins de santé primaires (SSP). L'histoire des SSP remonte à l'ère coloniale où des associations à but non lucratif et plusieurs sociétés privées sont intervenues. Il en est de même pour plusieurs sociétés d'Etat dont les premiers pionniers ont été le Service médical de l'état indépendant du Congo (1888-1908) et le Service médical du Ministère belge des Colonies (1908-1960). Depuis, les efforts d'engagement ont été repris par les autorités politico-administratives successives, à l'exemple des crédits mis à la disposition des missionnaires qui ont contribué à la lutte contre la trypanosomiase et la variole (1916)⁸.

Après la conférence d'Alma Ata en 1978, sous l'impulsion de la communauté internationale et avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF, la RDC a immédiatement mis sur pied sa stratégie de SSP, accompagné d'une restructuration de son système de santé. Il en résulte un système pyramidale à trois niveaux, en vigueur jusqu'à aujourd'hui en RDC : un niveau central, un niveau intermédiaire comprenant les provinces et les districts et un niveau périphérique, constitué par les ZS, qui sont chargés de l'opérationnalisation.

Malheureusement, les années de 1990 à 2002 ont été qualifiées de « période sombre ». La coopération internationale a été rompue en 1990 ; des pillages généralisés ont eu lieu, d'abord en 1991, puis en 1993 ; des conflits armés ont ravagé le pays de 1996 à 2002, provoquant sa partition en Zones occupées et Zones gouvernementales.

III.2 Plaidoyer et phase initiale d'apprentissage

L'année 2003 représente pour la RDC une année d'émergence après un long conflit armé qui a conduit le pays dans une crise sociale et économique sans précédent. Au mois d'Avril 2003 a eu lieu la mise en place des institutions politiques de la transition. Les paragraphes suivants retracent la progression de la PEC-c à partir de 2003.

2003

- **Expression de l'ouverture sur l'approche communautaire.** Le Gouvernement de Transition est établie et le MSP cherche des solutions pour améliorer l'état de santé de la population, avec une ouverture sur les volontaires communautaires.
- **Approche communautaire pour les maladies d'enfance.** Le Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD) est assigné à gérer l'introduction de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire (PCIME-C).

2004

- **Décision pour une approche intégrée dès le début.** Au mois d'Octobre, les résultats de la recherche sur les IRA dans la communauté au Sénégal ont été présentés lors d'une réunion de coordination de PCIME-C. La réussite de l'expérience des volontaires communautaires à prendre correctement en charge les cas de pneumonie et à administrer les antibiotiques a suscité beaucoup d'intérêt de la part du MSP en RDC. Après cette présentation, le processus s'est accéléré très rapidement, contrairement à ce qui s'est fait au Sénégal, intégrer immédiatement les 4 maladies, à savoir le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la malnutrition aux sites de soins communautaires.

⁸ Ministère de la Santé Publique & projet SANRU III (2004), Evolution des Soins de Santé Primaires en RDC

2005

- **Mise en place d'un Comité de Pilotage.** Au mois de Septembre a eu lieu la publication de la lettre officielle du Secrétaire Général de la Santé (Annexe 3), puis l'élaboration d'un plan de mise en œuvre et définition des critères d'extension, enquêtes sur terrain pour diriger le choix des premiers sites.
- **Lancement des premiers sites :**
 - Octobre : formation du pool de formateurs nationaux
 - Décembre : premiers sites dans la ZS Kenge, Province de Bandundu (support financier de GTZ), puis ZS Demba au Kasai Occidental (support financier de IRC), ZS de Mont Ngafula2 à Kinshasa (support financier de l'UNICEF).
- **Adoption de l'ACT dans le protocole national du traitement du paludisme :** le nouveau protocole a été adopté en 2005, presque en même temps que le lancement des premiers sites de soins communautaires. La nouvelle stratégie de PEC-c s'est alignée au protocole national.
- **Mesure alternative et provisoire pour le traitement du paludisme au niveau des sites.** Un problème pratique majeur s'est posé : les ACT n'étaient pas encore disponibles au niveau des ZS sélectionnées. A la place, le Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) était le traitement utilisé au niveau des postes de santé. Les relais ont été formés à utiliser temporairement le SP afin de pouvoir démarrer immédiatement. Par contre, les premiers modules de formation et les outils incluaient également le protocole de traitement officiel par ACT. L'introduction de l'ACT s'est fait progressivement en fonction de la disponibilité du médicament. En 2010, l'ensemble des sites utilisent l'ACT.

2006

- **Début de formation des pools des formateurs Provinciaux** au mois de juin dans la Province de Kinshasa. Plus tard en 2007, continuation de la mise en place des pools des formateurs dans la Province Orientale et dans la Province du Sud-Kivu avec financement de l'OMS
- **Mise à jour du traitement de la diarrhée au niveau communautaire.** Au mois de novembre s'est tenu la première réunion du groupe technique ayant travaillé sur la PEC-c pour établir un Task-Force Zinc. Un premier lot de 3.5 million de comprimés de zinc, achetés par l'UNICEF est arrivé en Décembre 2006. D'autres partenaires ont participé à l'approvisionnement, à l'exemple de l'USAID à travers le projet AXxes.
- **Efforts pour l'enregistrement officiel du Zinc :** étant donné que la décision d'introduire le Zinc a raté la révision de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) en 2005, un groupe spécial s'est focalisé sur l'enregistrement officiel à posteriori et l'introduction future dans la LNME.

2007

- **Revue des Soins à Base Communautaire et Echange Inter-Pays sur la PCIME-C organisés à Kinshasa.** Au mois d'Octobre, Son Excellence Mr le Ministre de la Santé a présidé personnellement les assises auxquelles ont participé 10 autres Pays Africains. En ce temps, la RDC disposait déjà de 421 relais formés dans 212 sites de soins dont 119 étaient fonctionnels

- **Mise à jour du « Guide de Mise en Œuvre des Sites de soins Communautaires »** avec préface du Ministre (Annexe 2)

III.3 Phase d'expansion

En raison de la décision initiale de programmer immédiatement l'expansion, sans passer par une phase pilote, il n'y a eu aucune rupture de la progression de la stratégie en RDC.

2008

- **Consolidation de la mise à l'échelle par programme de renforcement des capacités de gestion des provinces.** Les efforts se sont concentrés sur 1) la création d'une ligne budgétaire au niveau provincial pour soutenir les sites, 2) la mobilisation des partenaires, 3) le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives et 4) la décentralisation de la gestion des sites. Les provinces de Kinshasa, Bandundu et Kasai Oriental en ont bénéficié. Deux Ministres provinciaux ont visité les sites pour voir les réalités et discuter directement avec les relais et les bénéficiaires du soin communautaire.
- **Conférence de revue inter-pays à Madagascar** au mois d'août, au cours de laquelle l'expérience positive de RDC dans l'approche communautaire intégrée a suscité un véritable engouement par le monde : 163 délégués venant de 22 Pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique ont participé à cette conférence présidée par le Premier Ministre du Gouvernement Malgache.
- **Une étude sur le TDR a été réorientée pour mettre en place une approche intégrée.** Au mois de juin, lancement d'une étude pilote dans la zone de santé de Kimpese au Bas-Congo pour tester la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation du TDR et de l'ACT (Artésunate-Amodiaquine) pour la prise en charge du paludisme simple dans les sites de soins communautaires. L'étude, financée par l'UNDP et le Fonds Mondial, a été conduite par l'Ecole de Santé publique de Kinshasa. Le MSP a exigé que les RS soient formés pour la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie. Au cours de cette étude de 12 mois, deux aspects particuliers additionnels ont été explorés : 1) les capacités des relais de sites à administrer correctement les TDR et 2) la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants et les adultes. Les résultats de l'étude – dont l'abstrait est en Annexe 5 – ont été concluants. Malheureusement, la fin du projet a conduit à l'arrêt des activités car les relais n'ont plus reçu les motivations financières offerts dans le cadre du projet.

2009

- **Les Eglises sont mobilisées pour diffuser des messages clés** sur la santé des enfants, en se focalisant sur les signes de danger et les recherches de soins appropriées.
- **La mise à l'échelle se poursuit.** En septembre, 10 des 11 provinces ont été touchées et 78 des 515 zones de santé.

2010

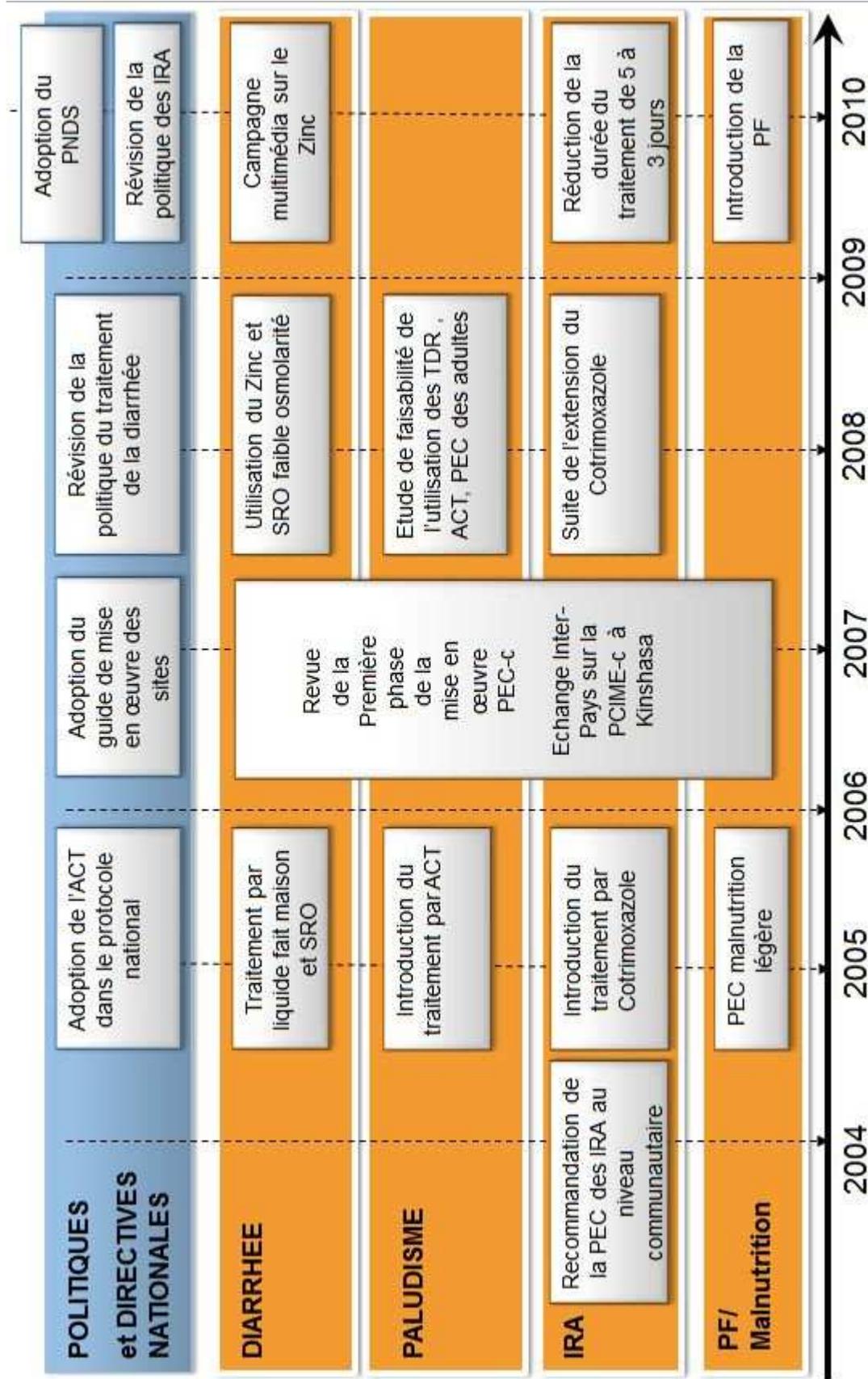
- **Un projet de traitement communautaire du paludisme est réorienté vers une approche intégrée :** l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) finance un projet pour l'offre de l'ACT au niveau communautaire dans 4 pays⁹. Pour la RDC, le MSP a exigé que le traitement du paludisme soit intégré à ceux de la pneumonie et de la diarrhée au niveau des sites communautaires. Le projet est mis en œuvre par PSI/ASF, en

⁹ <http://www.acdi-cida.gc.ca/CIDAWEB/cpo.nsf/vWebProjByPartnerEn/1DA3D0CB2964D550852574C700372A30>

collaboration avec le PNLMD et le PNLP dans l'ensemble des 16 ZS du District du Sud-Ubangi dans la province de l'Equateur. Le projet, démarré en avril 2010, pour une durée de deux ans et demi, comprend une étude de l'impact de l'approche sur la réduction de la mortalité infantile. Au cours de la première phase, une partie des zones d'intervention serviront de témoin avant de recevoir l'intervention dans une deuxième phase. Plus de 700 sites de soins communautaires seront mis en place avec plus de 1500 RS.

- **Introduction de la planification familiale au niveau de sites de soins communautaires.** Au mois de juin, le Programme national de la santé de la reproduction et le PNLMD, en charge de la coordination de la PCIME-C ont fait l'essai de l'intégration de la planification familiale (PF). La distribution à base communautaire des contraceptifs a été lancée dans 6 ZS, avec l'appui du PNSR, du PNLMD, ainsi que l'USAID à travers les projets AXxes et MCHIP.

Figure 2 : Etapes clés de la Prise en Charge Communautaire en RDC



IV. RESULTATS

IV.1 Coordination et cadre politique

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière de coordination et cadre politique de la PEC-c en RDC.

1. Engagement à haut niveau

Beaucoup de signes illustrent une forte appropriation du programme par le MSP à son plus haut niveau, à l'exemple des engagements personnels du Ministre à travers la préface du guide de mise en œuvre et la présidence de différentes réunions, ainsi que la lettre officielle émanant du Secrétaire Général à la Santé Publique pour la mise en place du comité de pilotage national (Annexes 2 et 3). Ce comité de pilotage est chargé de l'élaboration des normes stratégiques, des directives et des protocoles, de la mobilisation des fonds et du plaidoyer. Parmi les exemples de décisions stratégiques majeures prises par ce comité figurent (1) le passage immédiat à la phase initiale de mise en œuvre, sans passer par la phase pilote afin d'éviter les délais, et (2) l'intégration immédiate du traitement du paludisme, des IRA, de la diarrhée et de la malnutrition au niveau communautaire.

« La force dans la mise en œuvre réside dans l'implication du Ministre de la santé et du Secrétaire Général à la santé publique et dans le processus de mise en œuvre de la stratégie à travers des différents discours et textes signés par ces autorités qui témoignent leur implication »

–Interview avec un responsable central du MSP.

La revue inter-pays organisée en RDC en 2007, dirigée par les plus hautes autorités de la santé, a constitué un levier important en termes de plaidoyer, d'échanges d'expériences, et de définition de la direction à prendre pour l'approche de prise en charge des maladies de l'enfant au niveau des sites de soins communautaires.

2. Coordination technique

La gestion de la stratégie de PCIME en RDC est répartie entre le Programme national de lutte contre les IRA [PNIRA] chargé du volet clinique et 2) le Programme national de Lutte contre les maladies diarrhéiques [PNLMD] en charge du volet communautaire. Le PNLMD, depuis le début de l'intervention, a assuré une coordination effective des différents acteurs, créant un cadre de collaboration qui a accueilli de nombreux partenaires tout en restant ferme sur les options du ministère. C'est ainsi que le sous-groupe technique a plaidé avec succès auprès du PNLP l'adoption du paquet complet au niveau des sites, à l'exemple de la réorientation de deux projets : 1) en 2008, un projet de recherche sur l'utilisation des ACT et TDR par les relais de Kimpese qui a fini par appliquer le paquet complet et 2) en 2010, un projet financé par l'ACDI, visant l'utilisation de l'ACT, réorienté vers une offre de paquet intégré au niveau des sites de soin (voir section historique). Le processus de prise de décision consensuelle est parfois long et laborieux, du fait que les autres programmes impliqués ne sont pas hiérarchiquement sous la tutelle du PNLMD, bien que cela n'ait pas eu d'influence négative sur la collaboration.

En 2010, il n'existe pas de plan stratégique ou de plan de passage à l'échelle avec des financements identifiés. L'implantation des sites est quasiment négociée d'une façon ponctuelle entre le Ministère et chaque partenaire intéressé.

Du point de vue technique et opérationnel, la stratégie de prise en charge au niveau des sites de soins communautaires est bien codifiée. Il existe des documents politiques, stratégiques et de

mise en œuvre qui décrivent d'une façon explicite les attributions des relais RS, délimitent leurs domaines de compétence, définissent les structures qui les soutiennent et expliquent le processus de formation des relais, de suivi et de soutien au programme. Il convient toutefois d'améliorer la vulgarisation de ces outils aux niveaux intermédiaire et opérationnel.



La Ministre de la Santé provinciale accompagné par la *Commissaire de District*, reçu par le chef traditionnel du village lors d'une visite de site communautaire à Muni Kenge

3. Au niveau décentralisé

Au niveau décentralisé, on constate deux vitesses différentes :

- D'un côté, les ZS au niveau le plus périphérique sont directement chargés de l'opérationnalisation du programme, en application des politiques et directives développés au niveau central. Partout où la stratégie de PEC-c est mis en œuvre, les rôles des ZS sont clairs et se traduisent concrètement dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et la gestion des activités.
- D'un autre côté, entre le niveau central et les ZS, les districts et les provinces devraient assurer un « accompagnement technique » dont la signification pratique n'est pas encore complètement assimilée. Certains équipes cadres de provinces ont bénéficié de renforcement de compétences par l'USAID, dans le cadre du projet BASICS en 2009, parmi lesquelles les deux provinces de Bandundu du Kasai Oriental. Les résultats de cet investissement en matière de leadership et d'appropriation se font sentir jusqu'en 2010 : l'équipe de la documentation a été témoin de l'une des visites effectuées au niveau des sites par le ministre provincial dans la ZS de Kenge, province de Bandundu. Un tel engagement ravive indiscutablement l'enthousiasme des acteurs, depuis le village jusqu'au niveau des autorités locales et incite une impressionnante mobilisation. Malheureusement, le développement de la capacité des régions et des districts a butté à des obstacles financiers. Les partenaires qui ont suivi n'avaient que des fonds pour la mise en œuvre dans les ZS, généralement éparpillés et très loin des provinces, faisant en sorte que le niveau d'appropriation est beaucoup plus faible dans les autres régions et districts.

Au niveau des provinces, il existe des groupes de travail appelés « Groupe survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant » qui devraient contribuer plus activement à la coordination.

Les pratiques prometteuses en matière de coordination et de cadre politique

- Un engagement manifeste des autorités politiques à très haut niveau à travers l'implication personnelle du Ministre et des hauts responsables du ministère,
- Une position clairement définie et soutenue sur le paquet intégré de services,
- Représentation de toutes les parties concernées et les partenaires techniques et financiers au sein du Comité de pilotage,
- Rôles et responsabilités clairement définis au niveau central et au niveau opérationnel,
- Un début de renforcement de compétences entamé au niveau décentralisé, résultant à une forte appropriation et leadership des ministres provinciaux.

Les défis et les barrières

- Absence de plan stratégique qui devrait guider la priorisation et la répartition des ressources techniques, financières et humaines : impossibilité de définir des objectifs quantifiés, de programmer l'expansion suivant les zones prioritaires et d'assurer adéquatement un suivi de la progression et de la couverture,
- Absence de positionnement à long terme des partenaires, faisant en sorte que beaucoup d'énergie est consacrée à la mobilisation des ressources),
- Insuffisance de réunions de coordination au cours de la phase d'extension, ne favorisant pas le partage d'information notamment sur les nouvelles directives concernant les différents programmes concernés,
- Les actions initiées pour le renforcement des compétences au niveau décentralisé n'ont pas progressé : les rôles joués par le niveau district sont moins évidents.

Tableau 1 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de coordination et cadre politique

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement politique à un très haut niveau (comité de pilotage national mis en place par la lettre du Secrétaire Général, guide de mise en œuvre préfacé par le Ministre) • Démarrage immédiat de la phase initiale, sans passer par l'étape pilote 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds irrégulièrement déboursés par les partenaires, affectant le respect des normes 	<p>Solutions adoptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunions de plaidoyer organisées pour mobiliser des ressources additionnelles et pour planifier des activités des sites dans les plans d'action
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un document normatif (guide de mise en œuvre, • Revitalisation de l'approche lors de la revue inter-Pays organisé en RDC en 2007 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des réunions de coordination au niveau national pour le suivi et la mise en œuvre de la stratégie • Absence de plan clairement défini pour le passage à l'échelle 	<p>Solutions proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un plan unique des activités de la coordination PCIME • Désigner un répondant provincial de la PCIME au niveau central (10ème bureau)

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
<ul style="list-style-type: none"> Répartition claire des responsabilités en termes de coordination au niveau central : le PNLMD en charge de la PCIME communautaire – le PNIRA en charge de la PCIME clinique. Soutien des partenaires techniques et financiers de la décision du Pays d'introduire et d'accélérer l'extension 	<ul style="list-style-type: none"> Faible appropriation de l'approche au niveau intermédiaire (provinces et districts) Résistance de certains partenaires influents du MSP partisans du développement prioritaires des formations sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier les rôles et les responsabilités de la coordination PCIME au niveau intermédiaire Intensifier l'accompagnement/coaching des équipes cadres des provinces et districts pour obtenir leur appropriation ;

IV.2 Financement

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière de financement de la PEC-c en RDC.

1. Le financement de l'Etat

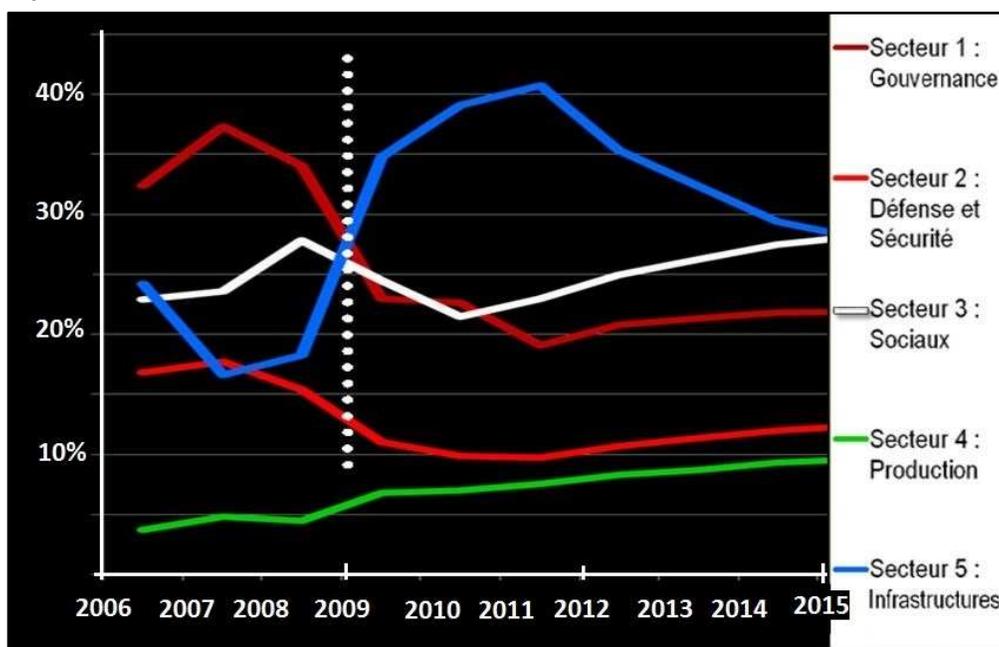
La part du budget de l'Etat allouée à la santé en général et à la santé de la mère et de l'enfant en particulier est extrêmement faible. Les besoins sont tellement importants et multiples que le secteur social a tendance à passer au second plan des priorités. Quand les grands chantiers d'infrastructure actuellement en cours s'achèveront, l'Etat prévoit une hausse progressive des parts budgétaires allouées aux secteurs sociaux et production (figure ci-dessous).

« Le pays est actuellement confronté à beaucoup de défis relatifs à la relance du développement social et économique et certains secteurs tels que les infrastructures, la sécurité, ... constituent de hautes priorités pour les autorités gouvernementales

Une des grandes faiblesses dans la mise en œuvre de la PCIME au niveau communautaire en RDC est le manque d'appui conséquent du gouvernement central car les partenaires ne couvrent pas tout le pays. Nous dépendons totalement de l'appui extérieur pour la mise en œuvre de la stratégie. Il n'existe pas des fonds locaux du Gouvernement. »

En l'absence de ligne budgétaire spécifique pour les activités communautaires, la contribution du Gouvernement est quasiment limitée aux salaires des fonctionnaires impliqués dans le programme et à la mise en contribution des infrastructures publiques. Par contre, le secteur santé fait partie des compétences transférées aux collectivités locales dans le cadre du processus de décentralisation en RDC. Si ces collectivités provinciales sont bien sensibilisées, des ressources peuvent être mobilisées à partir des fonds décentralisés pour appuyer la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire. Les deux provinces ayant bénéficié d'un renforcement de compétences ont déjà adopté une ligne budgétaire pour soutenir les sites communautaires.

Figure 3 : Parts « Stratégiques » du budget de l'Etat pour cinq secteurs de développement entre 2006-2010 et orientations pour 2011-2015



Source : Présentation lors de l'atelier sur le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT)

2. Engagement des partenaires financiers

En dépit du fait que la plupart des partenaires de la santé n'avait pas de budget spécifique pour les sites de soins, nombreux ont réaménagé leur budget pour appuyer les sites communautaires. La liste des partenaires financiers et leurs domaines d'interventions respectifs sont présentés en annexe 6. Leurs contributions financières se traduisent schématiquement, soit par un appui au niveau central à travers le soutien au PNLMD et au Comité de Pilotage, l'approvisionnement en intrants [tels que les minuteurs et le Zinc], l'élaboration de documents stratégiques et techniques, soit par un appui à la mise en œuvre sur terrain par la formation, le suivi post formation et la supervision, l'approvisionnement en médicament et intrants, l'appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers.

Il faut mentionner qu'au démarrage des activités en 2004 et 2005, aucun des partenaires en place n'avait prévu un financement spécifique pour soutenir les sites communautaires. Les partenaires financiers ont eu chacun des cycles budgétaires spécifiques, des objectifs initialement prédéfinis et des lignes peu flexibles. Deux exercices particulièrement laborieux ont été nécessaires :

- Un plaidoyer au porte-à-porte avec les programmes et les projets en cours afin d'identifier des lignes budgétaires pouvant être renégociés et réorientés pour soutenir les sites communautaires
- Un « montage financier » pour que ces contributions parcellaires puissent jouer des rôles complémentaires et synergiques dans l'ensemble. L'USAID, par le biais du projet BASICS, a joué un rôle clé dans cette mobilisation et la Banque Mondiale a maintenu l'élan initial. L'OMS, l'UNICEF et l'USAID ont financé le développement de l'approche puis la GTZ et UNICEF, et la Banque Mondiale ont appuyé la mise en œuvre initiale.

On note un manque de positionnement financier à moyen et long termes, mettant ainsi à risque la sécurisation du financement : la plupart du temps, il s'agit de projets de courte période, appuyant la mise en œuvre dans une zone géographique limitée. Néanmoins, certaines opportunités s'offrent, à l'exemple de l'intérêt exprimé par le Fonds Mondial auquel le pays a soumis sa proposition de financement pour le 10^{ème} tour.

En plus, l'absence d'un plan stratégique – décrite à la section précédente – ne permet pas d'anticiper les besoins lors du passage à l'échelle. Le PNDS, déjà finalisé et en cours d'approbation, constituera indiscutablement un point de départ pour l'alignement des partenaires.

« Nous pensons que cette approche est prometteuse et le vaste projet des sites de soins communautaires financé par ACIDI avec ASF/PSI Congo au Sud Ubangi à l'Equateur qui cible 16 ZS avec environ 700 sites de soins communautaires constitue une opportunité de même que dans la proposition du programme pour le Round 10 du Fond Mondial, nous avons une composante très claire concernant les sites de soins communautaires avec l'utilisation des ACT et TDR dans une centaines de ZS. Nous espérons qu'on va gagner le round. Si c'est le cas cela va constituer une deuxième grande bouffée d'oxygène pour le passage à l'échelle de l'approche ».

–Dr. Angwalu, Directeur adjoint du PNL.

La participation des bénéficiaires

Bien qu'elle soit infime en termes de montant, la participation directe des bénéficiaires aux coûts des soins est hautement symbolique. Les prestations de services sont payantes dans la grande majorité des sites. Ainsi, le relais verse chez l'IT toute la recette générée au niveau de sites soins et le comité de gestion des sites à la charge de contrôle. Toutefois, dans la majorité des cas, ce comité est inactif ou inexistant.

Le niveau tarifaire est à la discrétion de la ZS et des partenaires de mise en œuvre : elle est établie par épisode, au même prix que dans les CS, c'est-à-dire qu'elle comprend à la fois les prestations de soins et les médicaments nécessaires à chaque épisode de maladie. Pourtant, comme les médicaments, subventionnés, sont vendus à bas prix, la participation des bénéficiaires ne permet pas le réapprovisionnement.

La tarification varie ainsi d'une ZS à une autre et elle n'est pas standardisée (300 FC, 400 FC, 500 FC). Quand le tarif est élevé, il semble entraver l'utilisation des services. Il n'y a ni guide, ni tentative de standardisation de la tarification. Certains partenaires prônent même la gratuité.

Les pratiques prometteuses en matière de financement

- Décentralisation avec transfert de compétences aux provinces et aux collectivités locales, engendrant des possibilités de mobilisation de ressources,
- Participation symbolique de la population bénéficiaire aux coûts des soins,
- Projection d'augmentation de la part des secteurs sociaux dans le budget du Gouvernement central,
- Le développement d'un PNDS pour aligner les partenaires autour des mêmes objectifs et priorités

Les défis et les barrières

- Faible contribution financière de l'Etat,
- Faible exploitation des possibilités de mobilisation financière au niveau des autorités décentralisées,
- Absence de ligne budgétaire allouée aux activités communautaires,
- Impossibilité de négocier un positionnement durable des partenaires financiers, de planifier à l'avance et de mobiliser des ressources potentielles au-delà du cycle de vie des projets en cours.
- Le recouvrement de cout ne permet pas le réapprovisionnement parce que les produits sont hautement subventionnés

Tableau 2 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de financement

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> ● Flexibilité des partenaires qui réaménagent les plans et budgets pour accommoder les sites de soins. 	NA	Solutions adoptées : <ul style="list-style-type: none"> ● Financement conjoint des différents partenaires pour la réalisation de certaines activités
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> ● Soutien constant des agences de financement traditionnelles ● Opportunités de nouveaux bailleurs de fond (ACDI, Fonds Mondial) ● Opportunités d'utilisation du budget alloué à la santé au niveau de la province pour le volet communautaire, ● Participation communautaire au financement aux sites par le biais de paiement des frais ● Participation des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible part de budget de l'Etat pour les activités communautaires ● Montant du financement actuel insuffisant comparé à la grandeur du pays et à l'importance des défis. ● Insuffisance d'implication de la majorité des autorités locales au niveau de la budgétisation des activités, ● Absence d'estimation des couts pour la mise en place de l'approche de prise en charge au niveau des sites de soins communautaires et de la pérennisation des activités. 	Solutions adoptées : <ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en œuvre le PNDS pour construire une vision commune Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> ● Elaborer un plan de plaidoyer pour les activités communautaires ● Mener un plaidoyer persistant auprès des assemblées provinciales et de l'assemblée nationale pour réserver un budget réaliste aux activités communautaires ● Planifier les activités en estimant les besoins à tous les niveaux (avec la participation des autorités locales, société civile,...)

IV.3 Ressources humaines

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière de ressources humaines pour la PEC-c en RDC.

1. Développement des ressources humaines

Beaucoup d'efforts ont été déployés pour développer et renforcer les compétences afin de soutenir la PEC-c. Ces efforts ont été systématiques et ont touché tous les niveaux du système de santé.

- La formation du personnel de santé :
 - Le *développement de l'expertise au niveau central* a eu lieu dès le début de la mise en œuvre de la stratégie.
 - L'introduction dans une province commence toujours par *la formation d'un pool de formateurs aux modules et techniques de formation*. Le niveau central l'accompagne dans ses premières formations sur le terrain qui commencent par le briefing des IT et équipes cadres et, immédiatement suivie par la formation des relais. L'accompagnement du niveau central se poursuit jusqu'à la maîtrise du processus. Toutes les formations insistent sur le côté pratique des formations.
 - La méthodologie de *Lot Quality Assurance Sampling (LQAS)* a été utilisée pour suivre la progression du changement de comportement au niveau des sites. Un noyau de 35 formateurs centraux en LQAS a été ainsi mis en place, avec l'appui technique de l'IRC et de l'USAID à travers le projet BASICS. Certaines ZS ont bénéficié des formations en LQAS, y compris 5 ZS de convergence appuyées par UNICEF dans la Province de Kinshasa (15 Cadres de ZS ont été formés). L'USAID, à travers le projet AXxes, a également appuyé les formations et la collecte des données sur les soins des nouveau-nés dans les Provinces du Sud-Kivu, Katanga et Kasai Oriental.
- **Formation des relais des sites** : Les relais sont formés pendant 5 jours par le pool de la province ou du district en collaboration avec les IT qui les supervisent. La formation est pratique, avec plus de 30% du temps consacrés aux séances pratiques avec les enfants malades ou des simulations ainsi qu'aux exercices.

D'une manière générale, tous les relais de sites reconnaissent avoir reçu une formation leur permettant *d'être en mesure de prendre en charge, en toute confiance*, les enfants malades de moins de 5 ans dans la communauté. La qualité de cette formation est bien appréciée par les relais qui expriment, avec fierté, leur satisfaction sur les nouvelles compétences acquises. Même des tâches plus complexes, comme l'administration des TDR du paludisme, semblent être à la portée des relais des sites, d'après la conclusion de l'étude menée dans la ZS de Kimpese.

Les relais des sites reconnaissent avoir bénéficié de tous des suivis post formation et ils les apprécient. Pendant ces séances de suivi, les observations semblent se focaliser beaucoup plus sur la manière de remplir les fiches de prise en charge des cas au site lors d'une consultation sous observations directe d'un encadreur /superviseur, le comptage des mouvements respiratoires, les conseils donnés aux mères et la rédaction du rapport.

« Je suis satisfait de la formation reçue car je reconnais maintenant comment administrer les médicaments aux enfants »

–(GDD relais site Kenge)

« Grâce aux suivis, nous avons pu maîtriser le comptage des mouvements respiratoires »

–(GDD Tshikaji)

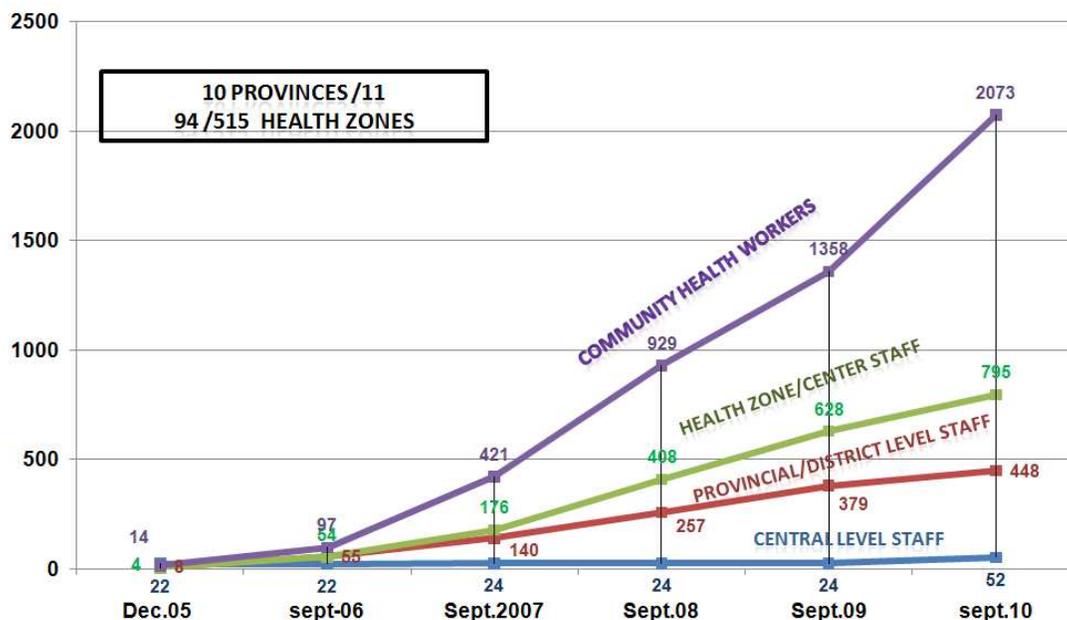
Une certaine disparité de la durée de formation a été confirmée par l'équipe de documentation : 10 jours de formation pour Kenge, 7 jours pour Kimpese, 5 jours pour Tshikaji, Demba et Lwalaba et enfin 2 jours pour Bibanga. Le constat de ce genre d'irrégularités renforce la décision du niveau central de faire un suivi rapproché pour assurer le respect des normes et

procédures et explique une volonté exprimée par le niveau central d'être représenté aux formations des nouveaux districts.

- **Formation des communautés** : Le guide de mise en œuvre de la PEC-c prévoit une formation des communautés au sixième jour mais il n'y a pas eu d'attention particulière accordée à cette partie et aucun suivi pour la renforcer
- **Formation des volontaires des Eglises** : Pour le volet de communication lié aux activités de PEC-c, les volontaires des églises ont joué un rôle important. L'approche de formation se fait en cascade : les leaders religieux sont d'abord sensibilisés sur le thème pour s'approprier de l'approche, puis à leur tour, ils choisissent des formateurs pour leurs églises respectives. Ensuite, les formations des volontaires se passent dans chaque église. L'objectif était de former le maximum de personnes pour sensibiliser leur voisinage. Par exemple, dans la province de Makala en 2008, un groupe de 40 leaders des églises, sensibilisé la reconnaissance des signes généraux de danger, ont sélectionné 58 délégués formateurs. Plus de 1.000 membres de leurs églises respectives ont été ainsi formés. Cette approche a été étendue dans toutes les aires de santé de la ZS de la province de Makala et d'autres ZS par la suite.

Au mois de septembre 2010, plus de 2 000 relais de sites sont disponibles à travers le pays dont plus de 700 ont été formés au cours de la dernière année. Le graphique suivant montre que, même en l'absence d'un plan stratégique, le MSP et ses partenaires ont pu mobiliser des ressources pour développer une capacité humaine en PEC-c toujours croissante.

Figure 4 : Progression des efforts en renforcement des compétences à tous les niveaux du système de santé, de Janvier 2006 à Septembre 2010



2. Procédures de recrutement

Les procédures de recrutement sont participatives. Les RS sont choisis par les membres de la communauté par un système de vote. Les critères de sélection incluent : savoir lire et écrire, être volontaire, être résidant permanent dans la dite communauté, être courageux, humble, honnête, respectueux et ne pas avoir un caractère conflictuel. Les IT sont impliqués dans l'identification des sites et facilitent dans l'organisation et la sélection des relais des élections.

Les infirmiers titulaires (IT), les relais formés et la communauté mettent en place un Comité de Gestion de Sites (COGESITE). Les membres du comité s'occupent de la gestion du site, de la sensibilisation et de la mobilisation de tout le village pour l'utilisation du site.

« Nous sommes des MaluMalu (organisateur des élections des relais) pour la communauté »

–(GDD-IT- KENGE)

« Nous sommes allés demander au chef de localité/village/ pour qu'il nous donne deux volontaires de son village pour une formation dans la ZS afin que ceux-ci dirigent les sites »

–(GDD-IT- BIBANGA)

« Le site était implanté au village par l'équipe cadre du BCZS et l'IT, la population était informé pour son implantation et les relais étaient choisis par nous-mêmes pour éviter que le BCZS ou l'IT choisissent quelqu'un inconnu ou non aimée par la communauté »

–(GDD COGESITE Lwalaba)

« Un grand nombre des COGESITE ont joué le rôle de sensibilisation et ont contribué au choix des relais »

–(GDD COGESITE Kimpese)



Relais communautaires lors d'une séance de groupe de discussions dirigées à Binza Meteo

3. Problématique de la motivation des relais

Le sujet sur la motivation des relais communautaires suscite constamment un débat passionné : ils travaillent sur la base du volontariat et ne reçoivent pas d'incitation financière proprement dite. Certains responsables trouvent qu'il y a *risque de démotivation* en l'absence d'incitation financière ou matérielle. Toutefois, des modes de compensation financière existent, à l'exemple

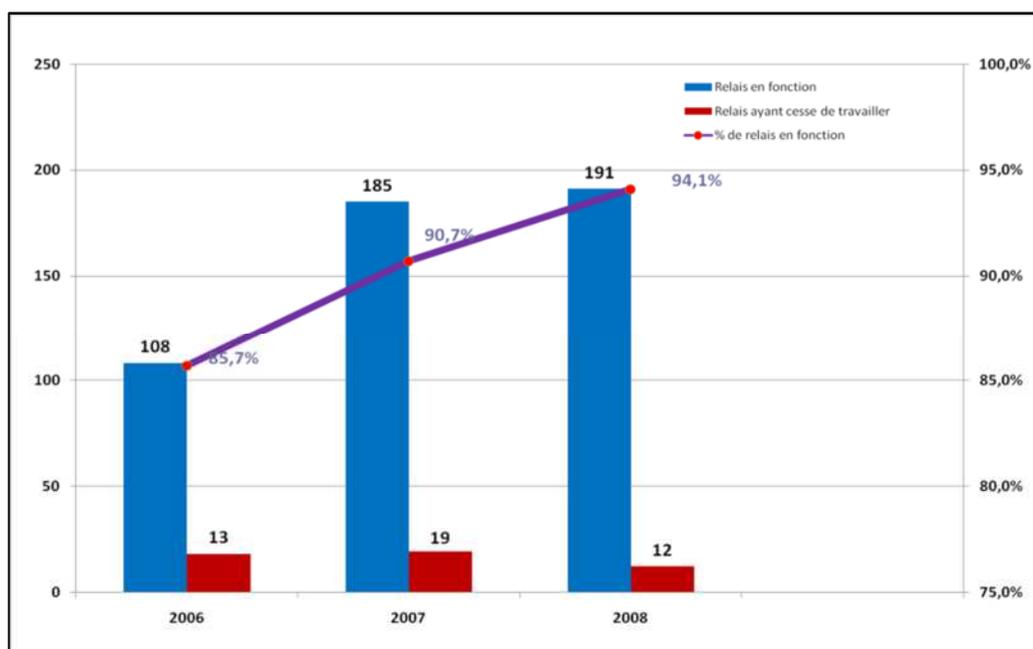
de la participation des relais aux activités préventives budgétisées comme les campagnes de vaccination et de supplémentation en vitamine A. On a signalé que certains COGESITE soutiennent les sites des soins avec les travaux champêtres et contribuent ainsi à une motivation des relais en nature. Par contre, la population estime être très pauvre pour participer à un quelconque soutien financier ou matériel aux relais des sites.

Malgré cette situation, *le taux de rétention est bon* : la figure ci-dessous montre que, pendant les trois premières années de mise en œuvre, plus de 9 relais sur 10 restaient en fonction. Les procédures transparentes de sélection, la structure de la société et sa solidarité et les efforts des communautés pour témoigner leur appréciation aux relais contribuent incontestablement à la motivation.

« Les membres du COGESITE font les champs pour le bon fonctionnement du site et donnent les denrées alimentaires aux relais »

–(GDD- IT- KENGE)

Figure 5 : Taux de rétention des relais des sites entre 2006 et 2008 selon une enquête rapide (nombre cumulé)



Quelques suggestions pour pallier au manque de motivation financière des relais ont été recueillies par le biais des interviews et des séances de GDD. Parmi ces suggestions figurent :

- La dotation de moyens de déplacement (vélos) et d'autres matériels comme une lampe tempête pour leur permettre de travailler même pendant la nuit,
- L'élaboration de cartes des membres qui les valoriseraient à certaines circonstances de protection civile et militaire dans leur déplacement,
- La construction d'un hangar dans la parcelle du relais qui servirait aux activités communautaires,
- La participation des relais aux réunions trimestrielles de monitoring
- La régularité des visites de suivi par tous les niveaux hiérarchique du MSP

Quoi qu'il en soit, l'expérience de la RDC démontre clairement que l'impact de toute mesure visant à octroyer une quelconque forme de motivation financière aux relais doit être mûrement réfléchi et stratégiquement anticipé à long terme. A titre d'exemple, l'arrêt de l'appui financier des partenaires aux relais de la ZS de Kimpese à la fin de la période de la recherche sur le Paludisme en 2009 a immédiatement été suivi de l'arrêt des activités des relais participant à ce programme, faute d'un plan de pérennisation clairement établi et de la faible capacité d'appropriation par les communautés bénéficiaires.



Relais communautaire utilisant une fiche individuelle de prise en charge et une fiche de croissance Kimpese

4. L'importance des relais promotionnels (REPRO)

Avant l'introduction de la stratégie de prise en charge des maladies au niveau des sites des soins communautaires, tous les relais travaillaient dans les domaines préventif, éducationnel et promotionnel.

Les exigences de la prise en charge par les RS et surtout la courte durée du traitement impose un suivi rapproché pour éviter des dérapages qui mettraient en danger à la fois les enfants et la stratégie dans son ensemble. En toute logique, *le statut de RS est plus valorisé* par la communauté, par les leaders communautaires et par le personnel de santé. Il n'y a pratiquement pas de possibilités de promotion si on n'est pas choisi pour être RS dès le début. Par ailleurs, l'introduction des volontaires des églises, une approche moins chère a contribué à *délaisser davantage les REPRO en place, créant une certaine frustration.*

Les pratiques prometteuses en matière de ressources humaines

- Prise en compte de l'ensemble du système de santé dans le renforcement de compétence
- Formation codifiée en cascade
- Transparence des procédures de recrutement

Les défis et les barrières

- Non-respect des durées et des procédures de formation, obligeant des rectifications ultérieures et exigeant une intervention du niveau central
- Questions non résolues sur la motivation financière
- Diminution de l'attention sur le travail des REPRO

Tableau 3 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de ressources humaines

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience des relais dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de motivation financière 	
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un pool de formateurs compétents, disponibles et motivés à tous les niveaux du système de santé • Compétences des relais communautaires répondant aux attentes de la communauté et des superviseurs, y compris des tâches complexes (réalisation de TDR sur base d'une étude de faisabilité dans la ZS de Kimpese) • Existence d'un processus de sélection et de recrutement répondant à des critères objectifs définis à l'avance • Participation des communautés à la sélection des relais • Valorisation du travail des relais communautaires vis-à-vis des villageois par la présence des IT et des médecins lors des visites de supervision • Approche Eglise peu chère et permettant d'atteindre une large population 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité des IT et des équipes cadres des ZS • Risque de démotivation des relais communautaires en l'absence d'incitation financière ou matérielle, selon certains responsables • Non appropriation de l'approche par certains membres des équipes cadre particulièrement au niveau intermédiaire. • Sentiment de marginalisations des REPRO au profit des RS à qui une plus grande attention est accordée par les partenaires PCIME C • Insuffisance des ressources pour former systématiquement les différents niveaux afin que chacun puisse assumer pleinement son rôle 	Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer des conditions sociales des travailleurs par le gouvernement • Reprogrammer les formations pour les nouvelles équipes au niveau de centre de santé • Renforcer les visites de supervisions et autres chez les relais tant promotionnels que ceux des sites • Approfondir la question relative à la motivation en tenant compte des suggestions venant de la communauté.

IV.4 Gestion de la chaîne d'approvisionnement

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière gestion de la chaîne d'approvisionnement pour la PEC-c en RDC

1. Système national d'approvisionnement :

Le système d'approvisionnement de la PEC-c est très complexe : une cartographie du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels, publiée en 2010¹⁰ a permis de

¹⁰ PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ET OMS (2010) : Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé RDC

distinguer 19 agences d'approvisionnement, 99 circuits de distribution qui mobilisent 52 partenaires différents. Le rapport reconnaît que cette *fragmentation* fragilise l'efficience de l'ensemble du cycle d'approvisionnement ; qu'elle crée de fortes disparités et qu'elle *freine la responsabilisation des acteurs du secteur public*.

Les médicaments sont généralement donnés sous forme de subvention par un partenaire : le prix de vente, réduit, devrait constituer un fonds de roulement au niveau local. Il s'agit d'une vente à perte, impossible à pérenniser. En effet, chaque partenaire donne son appui dans sa zone d'intervention et il n'y a pas d'unification de prix ni de stratégie pour le long terme.

Encadré 2 : Liste des médicaments et intrants nécessaires au niveau du site communautaire¹¹

Médicaments

- Antipaludiques : Artesunate-amodiaquine (ASAQ) et quinine goutte
- Paracétamol 500 mg en comprimés
- Cotrimoxazole 480 mg en comprimés
- SRO en sachets
- Sulfate de Zinc 20 mg en comprimés
- Mebendazole 100 mg en comprimés
- Sulfate de fer 200 mg en comprimés (ou les comprimés de Sulfate de Fer et acide folique)
- Condom

Intrants

- Minuteurs
- Balances Salter
- Cartes CPS colorées en bandes pour l'usage par les relais
- Fiches de prise en charge des cas pour 1 an d'activité des relais
- Registres de consultation aux sites
- Registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes (RUMER),
- Carnets de commande des médicaments
- Canevas de rapports mensuels
- Caisses de médicaments pour tous les sites

2. Défis stratégiques

Le rapport d'une Enquête sur les prix des médicaments en RDC, publié en 2007 par le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels¹² a reconnu *la faiblesse de l'autorité de réglementation pharmaceutique*. Le même rapport a soulevé l'existence des entrées frauduleuses et massives des médicaments et des circuits illicites. Les fournisseurs de médicaments ne sont pas nécessairement pré-qualifiés et les origines sont multiples. L'équipe de la documentation considère que ces conclusions demeureraient valides en 2010.

La population participe aux coûts des médicaments mais, d'une part, le contexte de pauvreté de la population *ne permet pas au Ministère et ses partenaires d'envisager un recouvrement total* pour assurer un renouvellement autonome des stocks et une pérennisation de l'approvisionnement en médicaments. L'enquête de 2007 sur les Prix des Médicaments a estimé qu'un ménage doit consacrer la moitié du salaire journalier moyen pour soigner un épisode d'IRA. D'autre part, les prix diffèrent d'une ZS à une autre, en fonction des partenaires qui soutiennent la stratégie. Le pays est ainsi confronté au choix entre les *obligations d'offrir des médicaments à prix très bas à une population très pauvre et les besoins de récupérer un certain montant pour maintenir le système*.

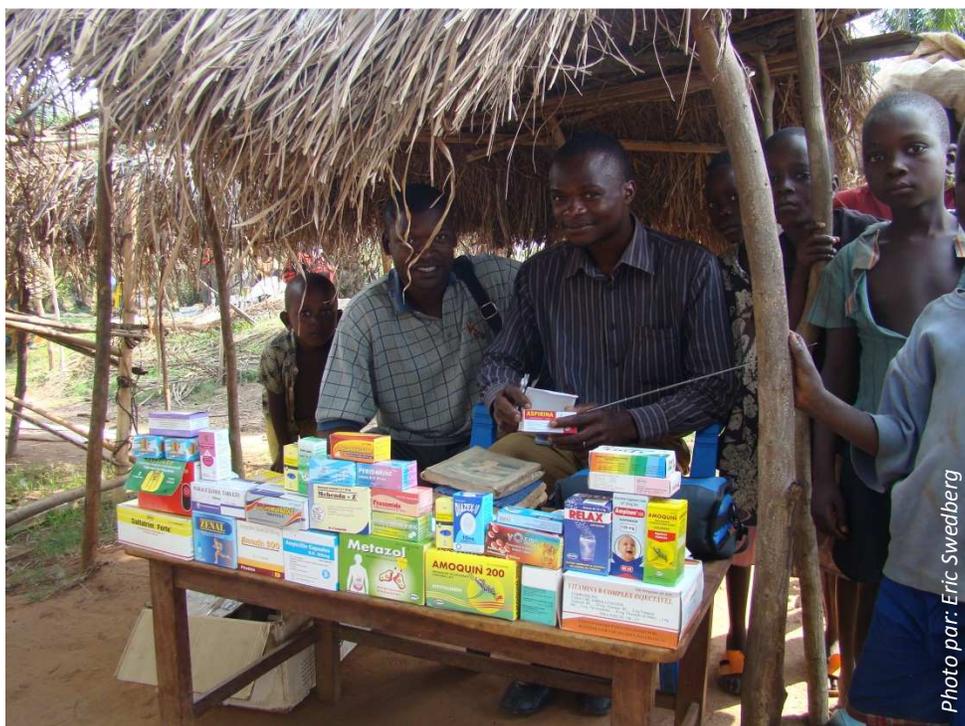
¹¹ SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES : GUIDE DE MISE EN ŒUVRE, mise à jour 2007

¹² PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS ESSENTIELS et OMS (2007) : Enquête sur les Prix des Médicaments en République Démocratique du Congo

3. Pratique de gestion au niveau des sites

Au niveau des utilisateurs, l'estimation des besoins des sites de soins est intégrée dans les besoins du centre de santé de rattachement pour toute l'aire de santé servie. *Le suivi de la gestion des médicaments est assuré lors des supervisions* par les IT mais aussi par les membres du COGESITE. Certains produits comme l'ACT et le Zinc nécessitent une vigilance particulière étant donné le délai de péremption très court. Le RS participe aux revues mensuelles de l'AS pour discuter entre autre de la gestion des médicaments. Les outils de gestion pour la mise en application sont généralement en place, tels que des RUMER, des cahiers de pointage journalier, des cahiers de commande. Bien que quelques RS aient rapporté que leurs besoins ne sont pas systématiquement inclus dans la commande de l'aire de santé, il ne semble pourtant pas s'agir d'un problème majeur et généralisé.

Vu la petite quantité de médicaments à stocker, les relais utilisent généralement *des caisses en bois bien aérées et sécurisées*. Ce qui permet une manipulation facile, une vérification rapide « à vue » et un gain d'espace. Le relais offre généralement les soins communautaires dans son propre domicile. Néanmoins, certains relais de sites se plaignent de ne pas disposer des dites caisses, exposant leurs propres enfants aux risques d'accidents.



Médicaments de provenance douteuse vendu près d'un centre de santé à Lukangu

Le renouvellement des petits équipements tels que les batteries des minuteurs et la balance n'est pas systématiquement pris en compte, étant donné que la dotation en matériel se fait généralement à l'ouverture du site, une seule fois

4. Ruptures de stocks

Depuis une enquête menée en 2008 au niveau des sites des soins communautaires dans trois provinces¹³, il n'y a pas eu beaucoup de changements en RDC. Cette enquête a constaté *d'importants problèmes de disponibilité* : à titre d'exemple, dans le Kasai occidental, seulement 24% des sites avaient de l'ACT pour traiter le paludisme ; dans la province de Bandundu, il n'y avait pas d'ACT (même au niveau des centres de santé) mais 77% des sites avaient la SP en stock et, dans la province de Kinshasa, seulement 55% des sites possédaient de l'ACT. Le même rapport a conclu que les problèmes de disponibilité en médicaments au niveau des sites des soins relève d'un problème général qui est davantage *lié au système d'approvisionnement en médicaments essentiels qu'au fonctionnement des sites* car le site est un des éléments de tout un système de santé.

Dans les cas de ruptures de stock, les relais des sites communautaires formés tentent dans un premier temps à s'auto-approvisionner auprès des vendeurs ambulants, des pharmacies privées et des dépôts de médicaments. Il s'agit d'un réseau très développé en RDC. Certains d'entre eux ont déjà leurs propres réserves personnelles de médicaments, afin de se préparer à toute éventualité de rupture. Nul doute, *l'origine et la qualité des produits sont extrêmement douteuses*, alors que la stratégie de prise en charge communautaire a déjà officiellement légitimé les relais des sites aux yeux de la population. Le risque de dérapage est donc de taille. Parfois, les sites de soins reçoivent des dons en médicaments qui ne répondent ni aux normes ni aux besoins des sites.

Néanmoins, le problème de rupture de stock n'est pas spécifique à la stratégie de PEC-c. Les établissements de santé connaissent eux aussi, à intervalle régulier, des ruptures de médicaments essentiels.

Les pratiques prometteuses en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement

- Approche simple et standardisée pour la quantification de besoins
- Outils de gestion disponibles (RUMER, cahiers de pointage, cahiers de commande/réquisition)
- Caisses en bois adaptées à l'endroit de prestation (domicile des RS), de manipulation facile, permettant une vérification rapide « à vue » et répondant aux normes de sécurité.

Les défis et les barrières

- Système d'approvisionnement très complexe
- Difficultés dans la régulation du secteur pharmaceutique
- Impossibilité de mettre en place une stratégie durable du renouvellement des stocks
- Fraudes massives et circuits illicites, mettant en question la qualité des médicaments
- Ruptures de stocks fréquentes au niveau des sites

¹³ MbumbaKinsaku. B., et G. BukasaKaleka. (2008), Disponibilité et dispensation des médicaments essentiels au niveau des sites des soins communautaires des provinces du Kasai occidental, Bandundu et Kinshasa en république Démocratique du Congo, USAID/MSH Strengthening Pharmaceutical Systems

Tableau 4 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilités des médicaments grâce à l'appui des partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Non maîtrise des modalités de quantification 	Solutions adoptées : <ul style="list-style-type: none"> Doter initialement les sites soins communautaires en médicaments couvrant une période d'au moins 2 mois
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> Discussions régulières sur la gestion des médicaments lors des revues mensuelles de l'AS Suivi de la gestion des médicaments assuré lors des supervisions par les IT mais aussi par les membres du COGESITE. Disponibilité des outils de gestion (RUMER, cahier de pointage journalier, cahier de commande/ réquisition). Stockage des médicaments assuré d'après les normes dans les caisses appropriées dans la plupart des sites Formation de toutes les personnes impliquées sur la gestion des médicaments (ECZ, IT, relais de sites et membres de COGESITE) Approvisionnement en médicaments fait selon le paquet d'interventions des sites 	<ul style="list-style-type: none"> Choix des fournisseurs non préqualifiés et origines des médicaments dépendant des partenaires. Ruptures fréquentes des stocks de médicaments : problème lié à la faiblesse du système en général Inadéquation de la gestion des médicaments par certains IT Approvisionnement en dehors du circuit et recours aux produits de qualité douteuse Impossibilité de recouvrement des coûts dans le contexte de pauvreté Inadéquations entre les dons en médicaments et les besoins Délai de péremption de certains médicaments (ACT et Zinc) très court Non prise en compte systématique du renouvellement des petits équipements 	Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> Etablir un circuit d'approvisionnement approprié. Remettre des caisses ou armoire pour garder les médicaments Organiser des sessions de formations/recyclage en gestion des médicaments aux IT ou renforcer la supervision Procéder par paiement par nature, par mutuelle de santé Responsabiliser les comités pour résoudre les problèmes des médicaments offerts en don qui ne répondent pas aux normes Renforcer le suivi de la gestion des médicaments par l'équipe du centre de santé Renouveler le matériel en tenant compte de durabilité.

IV.5 Offre de Service et références

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière d'offre de services et références pour la PEC-c en RDC.

Les justifications du recours aux services communautaires pour prendre en charge les maladies de l'enfant sont évidentes en RDC. Elles sont principalement de deux ordres : 1) un taux de mortalité infantile encore extrêmement élevé à 158 pour mille en 2010¹⁴ et 2) une accessibilité géographique aux soins de santé exceptionnellement difficile dans certaines zones à cause des conditions géographiques et du manque de sécurité. Seulement 35% de la population vit dans un rayon de moins de 5 km d'une structure sanitaire¹⁵.

¹⁴ MICS 2010

¹⁵ PNDS 2011-2015

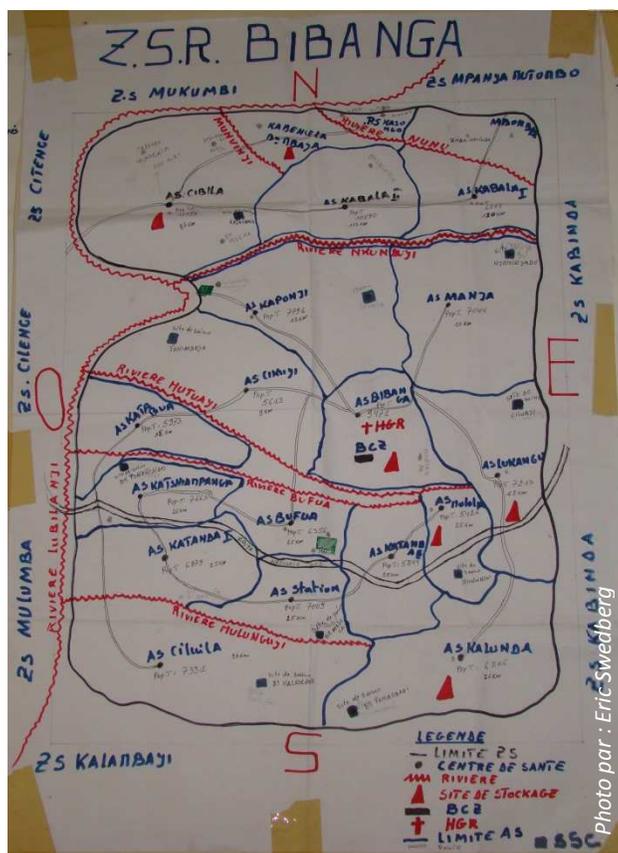
1. Le paquet de services

Les sites de soins communautaires répondent incontestablement aux priorités du pays :

- Le paquet classique pour les enfants inclus le traitement des trois pathologies les plus meurtrières : le paludisme par l'ACT, la diarrhée par le zinc et le SRO et la pneumonie par le Cotrimoxazole. L'intégration immédiate de la prise en charge de ces trois maladies depuis le début a été un choix stratégique délibéré.
- En ce qui concerne la nutrition, les interventions actuelles sont limitées à l'identification des cas sévères et leur référence aux services appropriés, ainsi que le conseil en cas de malnutrition légère. Le progrès de la mise en œuvre et de l'extension de la PEC-c de la malnutrition aigüe impliquent la nécessité de mettre à jour le protocole de prise en charge de la malnutrition au niveau des sites afin de se conformer aux recommandations de l'UNICEF et de l'OMS.
- L'offre de services de planification familiale a été lancée au niveau des sites communautaires en 2010.

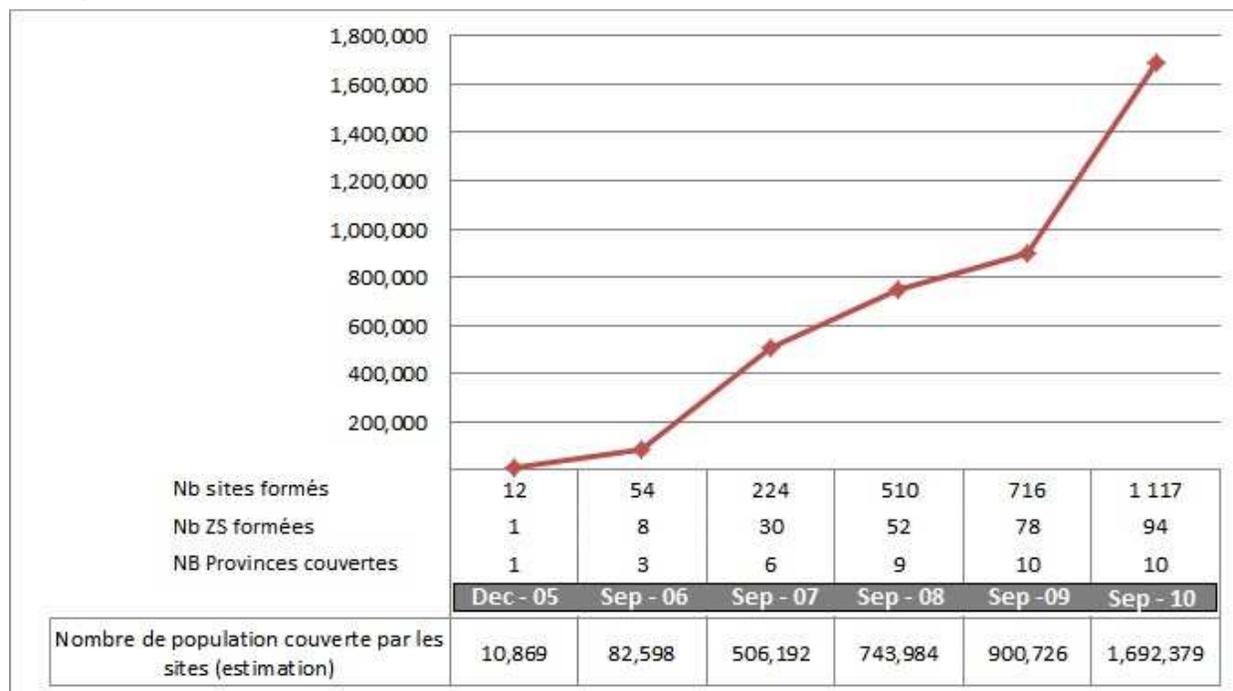
2. Couverture

En 2010, la population couverte par la stratégie est estimée à presque 1,7 million, dont plus de 320 000 enfants moins de 5 ans. Avec 1 117 sites fonctionnels, ceci représente une moyenne de 1 500 personnes par site. La progression de la population couverte est présentée à la figure ci-dessous.



Carte de la Zone de Santé Bibanga, affichée au bureau central

Figure 6 : Evolution de la population couverte par les sites communautaires en RDC, de 2005 à 2010



3. Appréciation des services offerts

Les mères apprécient le travail des RS. Les raisons évoquées sont 1) leurs conviction que les enfants sont pris en charge de façon correcte, 2) la qualité de l'accueil et la volonté des RS et 3) la proximité des services. Les mères bénéficiaires estiment qu'elles peuvent recourir aux relais des sites à n'importe quelle heure de la journée et elles sont sûres d'être servies. Néanmoins, elles reconnaissent les limites des sites des soins, ainsi que le besoin de recourir aux centres de santé en cas d'échec du traitement par le RS.

« Notre relais est compétent. Il nous offre un travail de qualité et en permanence »

–(GDD Mère Tshikaji)

« Quand mon enfant était malade le relais est passé lui-même le prendre à la maison pour le traiter »

–(GDD Mère Kimpese)

« Mes jumeaux étaient malades de la diarrhée, ils étaient traités au niveau du site mais sans guérison »

–(GDD Mère Demba)

En ce qui concerne l'opinion des membres des COGESITE et des leaders religieux, la satisfaction est également exprimée d'une façon unanime : 1) la couverture de plusieurs villages des alentours, offrant à une population plus large la possibilité d'accéder aux soins, 2) les qualités humaines et relationnelles des RS et 3) la perception d'une diminution du recours de la population aux guérisseurs traditionnels et aux sorcelleries diverses.

« Nous sommes les plus satisfaits des relais par leurs prestations, leurs simplicités, leurs volontariats, leurs accueils »

–(GDD leaders Thikaji)

« L'avènement de site des soins dans le village est acclamé par tous. Il y a une diminution de la morbidité et de la mortalité. Les conflits liés aux causes mystiques de la mort des enfants ont cessé et les pertes des biens octroyés autres fois aux guérisseurs ont pris fin. »

–(GDD leaders)

« La présence des sites fait que la population recourt moins aux guérisseurs traditionnels et aux pratiques d'exorcisme et nous sommes satisfaits des activités de notre relais »

–(GDD COGESITE).

« Les mères des enfants savent reconnaître les signes de danger chez un enfant malade. »

–(GDD leaders)

4. Référence et contre-référence

Techniquement, les relais communautaires reconnaissent les cas dans lesquels il faut référer un enfant malade. La bonne relation de confiance mutuelle établie entre les IT et les relais des sites lors des formations, des supervisions et des séances d'encadrement facilitent le système de référence. Pourtant, les familles ne respectent pas toujours les références et peu des malades référés arrivent effectivement aux centres de santé. Deux facteurs sont à considérer : (1) difficulté du déplacement liée à l'éloignement physique du centre de santé et aux obstacles géographiques, (2) les inquiétudes des familles par rapport au coût anticipé des prestations de services, une fois arrivé au niveau des centres de santé.

A l'inverse, la contre-référence semble être faible et le feedback des IT sur les cas référés n'existe pratiquement pas.

Les pratiques prometteuses en matière d'offre de service et de référence

- L'intégration immédiate des trois maladies (IRA, paludisme et diarrhée) pour combattre les principales causes de mortalité et répondre aux besoins pressants du pays
- Intégration des activités préventives
- Maîtrise des critères de référence et respect des procédures par les RS
- Facilitation du système de référence grâce à la promotion et à l'entretien de bonnes relations de travail avec le personnel de santé

Les défis et les barrières

- Eloignement physique et obstacles géographiques, rendant difficile le déplacement vers les centres de santé en cas de référence
- Inquiétudes par rapport au coût anticipé des prestations de services une fois arrivé au niveau des centres de santé

Tableau 5 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière d'offre de service et de référence

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
—	—	—
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des relais au niveau des sites chaque fois qu'on sollicite leurs services • Diminution du recours aux médicaments illicites et aux soins inappropriés, rien que pour les maladies comprises dans le paquet • Connaissance satisfaisante des signes de danger par les relais communautaires qui le réfèrent toujours au niveau du poste de santé. • Facilitation de la stratégie avancée de la vaccination et l'enrôlement des autres programmes tels que la PF par la PCIME-C • Intégrations des mises à jour techniques dans les directives de la stratégie de PEC-c 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement et coût élevé des prestations de service au niveau des centres de santé, entravant le système de référence • Faible performance de la contre référence. 	Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le tarif préférentiel pour les référés des sites. • Renforcer la supervision pour améliorer la performance de la contre référence • Renforcer la supervision pour améliorer la performance et réorienter le relais sur ses tâches/responsabilités

IV.6 Communication et mobilisation sociale

La communication et la mobilisation sociale conduisent la communauté à adopter des pratiques favorables à la santé, dont l'utilisation à temps des services des soins et le respect des instructions de traitement. Comme dans la plupart des pays, les relais des sites de soins réalisent cette communication interpersonnelle lors de la prise en charge. L'éducation des communautés pour la santé et la mobilisation sociale relèvent de différentes catégories de relais.

1. Les limites des approches traditionnelles

Quand la PEC-c des maladies de l'enfant a été introduite en RDC, on a décidé que les RS – qui traitent les enfants malades - nécessitaient un niveau d'encadrement soutenu. Cette situation a mené à une stratégie qui avançait à deux vitesses.

Par ailleurs, la taille de la population de la RDC, la vaste étendue de son territoire et le coût lié à la formation des relais promotionnels ont freiné la réalisation de certaines approches de communication utilisées. En effet, avec plus de 12 185 185 ménages selon l'EDS 2007, le ratio de un (1) relai pour 15-20 ménages, à former pendant 5 à 7 jours, s'est avéré peu faisable.

Il a donc fallu développer d'autres approches plus légères permettant d'atteindre rapidement une masse importante de la population à moindre coût.

2. L'implication des leaders religieux et des groupements communautaires existants

L'USAID, par le biais du projet SANRU a introduit dans les années 2002 la notion des Relais Institutionnels. Il s'agit d'hommes d'église, des instituteurs ou d'autres personnes influentes formés comme formateurs et encadreurs de volontaires dans leur propre paroisse ou communauté. En 2008, l'USAID à travers le projet BASICS a repris l'approche et l'a poussée plus loin en formant directement des encadreurs et volontaires des églises et organisations communautaires pour une communication de proximité.

Cette approche a alors été lancée dans deux aires de santé de la ZS de Makala. En l'espace de deux mois, plus 1.000 fidèles des églises ont pu sensibiliser de plus de 14.000 de leurs voisines dans les deux aires de santé. Les résultats de la première enquête LQAS, effectuée selon la méthodologie *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS), ont montré que la proportion des mères qui connaissent au moins 2 signes de danger est passée de 25 % à 84 % entre Mai et Juillet 2008.

Au vu de ces résultats encourageants, l'expansion de cette approche a eu lieu dans toute la ZS de Makala et dans plusieurs autres ZS. En 2009, l'USAID à travers la collaboration de ses projets MCHIP et AXxes, a étendu l'approche dans ses zones d'appui en collaboration avec d'autres partenaires, et a étendu son utilisation pour l'intégration de la planification familiale dans les sites de soins communautaires.



Mères se préparant pour une séance de groupe de discussions dirigées

De ces expériences, des leçons suivantes ont été apprises : (1) une communication de proximité en tâche d'huile, (2) l'absence des problèmes de motivations financières des agents mobilisateurs, (3) une mise à échelle facilement reproductible et la jonction progressive de messages et pratiques clés sur un paquet minimum existant basé sur les besoins réels perçus par la communauté.

D'autres approches de communication de proximité ont également été rapportées comme les clubs d'écoutes dans certaines ZS renforçant l'adoption des pratiques clés favorables à la santé et l'implication des organisations à base communautaire dont des groupements des mères.

Le pays devrait revoir l'ensemble de ses stratégies et développer un plan national de communication afin d'exploiter toutes les ressources à sa disposition en développant la complémentarité et la synergie entre les différents acteurs.

Les pratiques prometteuses en matière de Suivi-Evaluation et Système d'Information pour la Santé :

- Développement d'approches novatrices à travers les Eglises
- Disposition de méthodologie LQAS pour le suivi des résultats

Les défis et les barrières :

- Attention initiale focalisée sur la clinique et démarrage retardé des activités de communication
- Attention limitée sur le suivi des activités de communication
- Plaidoyer initial ne tenant pas compte des besoins en communication et mobilisation sociale
- Approche de communication qui n'est pas entièrement intégrée dans le paquet d'activité
- Absence de plan national de communication.

Tableau 6 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de communication et de mobilisation sociale

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> • L'implication des autorités • La disponibilité des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du financement 	—
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Implication des autorités politico-administratives et des leaders religieux dans la mobilisation sociale • Confiance de la communauté aux relais communautaires facilitant l'adoption des comportements favorables à la santé • Longue expérience en mobilisation sociale qui a facilité l'introduction de la prise en charge communautaire • Clubs d'écoutes et organisations à base communautaire dont les groupements des mères 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan national de communication • La faible couverture en canaux de communication • Les relais promotionnels ne sont pas aussi suivis, encadrés que les RS • L'existence des barrières culturelles et religieuses. 	Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> • Partager les expériences réussies et développer un plan de communication national • Poursuivre les plaidoyers auprès de tous les décideurs • Encourager l'implication des leaders religieux dans la communication/mobilisation sociale • Considérer la priorisation des REPRO répondant aux critères lors du recrutement des RS au début de la mise en œuvre dans une aire de santé • Renforcer la synergie entre relais promotionnel et les relais de site dans la planification et le suivi • Inclure le budget de formation en communication dans celui des sites.

IV.7 Supervision, performance et assurance de la qualité

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière de supervision et assurance de la qualité et de la performance pour la PEC-c en RDC.

1. Approches de supervision

Afin d'assurer la qualité et la performance des relais, la stratégie prévoit trois catégories d'appui : des réunions de suivi post-formation, des visites de supervision de routine et des supervisions des superviseurs. Reconnaissant que la faisabilité de supervision par les IT à partir de leurs centres de santé reste incertaine, la stratégie a fondé le renforcement des capacités post-formation sur les réunions de suivi qui rassemblent les cohortes des relais des sites pour des sessions d'une journée.

Les réunions de suivi comportent les éléments suivants :

- une observation de la prise en charge,
- une revue des connaissances (appuyée par la visualisation de vidéo) et des outils,
- des échanges sur les succès et les défis de la mise en œuvre.

Une série d'au moins trois suivis espacés d'un mois est d'abord prévue : le premier suivi intervient 4 à 6 semaines après l'installation officielle des relais. La recommandation est d'en faire un par trimestre mais au moins 2 fois par an et pour en assurer la réalisation, la budgétisation est directement incluse dans le budget de formation.

La formation préalable des formateurs et des acteurs permet au niveau local de prendre la relève dès que le processus est maîtrisé. Néanmoins, le niveau central continue à superviser le processus pour garantir le respect des normes et procédures. D'après les équipes cadres des zones, après 2 suivis post formation bien menées, la majorité des relais donnent de bons résultats. Après le troisième suivi, les relais non performants sont identifiés et un suivi particulier sera réalisé à leur égard. Les autres relais rentreront dans le processus de supervision de routine.

- **La supervision de routine** incombe d'abord à l'IT (centre de santé) et à l'Animateur Communautaire (bureau central de la ZS). Ils sont appuyés par les cadres du niveau supérieur comme décrit plus haut. Sur le terrain, l'activité porte sur la revue des documents, la vérification du matériel et surtout du stock des médicaments, occasionnellement la prise en charge observée de cas et les discussions avec les membres du comité de santé.

Ces supervisions non seulement améliorent la performance des relais mais sont aussi perçues comme facteur de motivation des relais et surtout de confiance pour la communauté, au vu de la présence de l'IT ou du médecin-chef de la zone au niveau du site. En général, la supervision fait face à une variété de difficultés allant du manque des ressources financières aux grandes distances à couvrir, des obstacles naturels comme le fleuve, la forêt et à l'insécurité causée par la présence des groupes armés. Des initiatives novatrices comme le recours des IT au suivi par téléphone ont été rapportées.

- **Enfin, la supervision des superviseurs** est la suite logique du renforcement des capacités de l'équipe du bureau central des ZS et des IT en termes de supervision des sites. Les suivis post-formation donnent l'opportunité aux niveaux central et provincial, d'observer l'encadrement des relais par les zones et améliorer ainsi leur performance. Tout comme déjà décrit dans la composante coordination, le rôle des niveaux provincial et de district était en cours développement et n'a pas encore atteint tout le pays.

2. L'IT et l'AC : acteurs-clé dans l'encadrement du relais

Les infirmiers titulaires et les animateurs communautaires des ZS sont des acteurs clés dans l'appui aux sites de soins, étant les superviseurs techniques directs. De leurs actions dépendent la qualité des services et régularité des activités. Ils sont en charge d'associer les RS et les REPRO aux différentes activités porteuses de rémunérations telles que les campagnes de vaccination et de distribution de vitamine A qui motivent les relais.

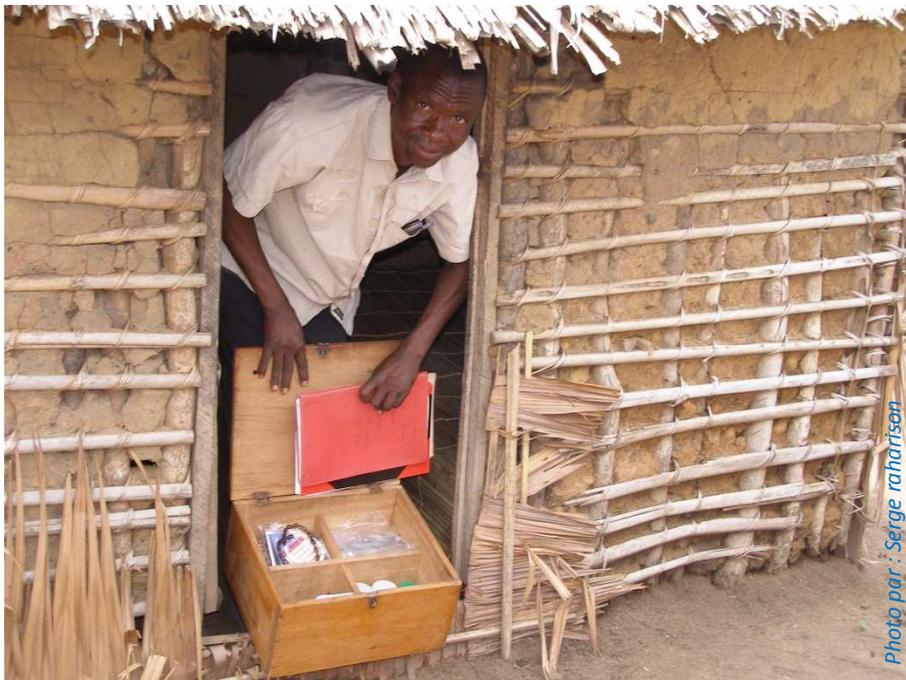
« Mon rôle est d'accompagner les relais de site dans les activités ; la vaccination, rechercher les maladies courantes et voir si les relais remplissent leurs tâches reçues au cours d'une formation »

–(GDD IT Bibanga).

« Mon rôle est de vacciner les enfants lorsque les relais font la pesée communautaire »

–(GDD-IT- Lualaba)

Certains IT se plaignent de l'insuffisance de moyens de déplacement mis à leur disposition pour effectuer les supervisions, tandis que la grande partie des moyens logistiques, quand ils existent, se trouvent au niveau du bureau central de la ZS.



Relais communautaire à Muni Kenge, montrant ses outils de PEC-c et sa malle de stockage devant la case où il reçoit les enfants malades

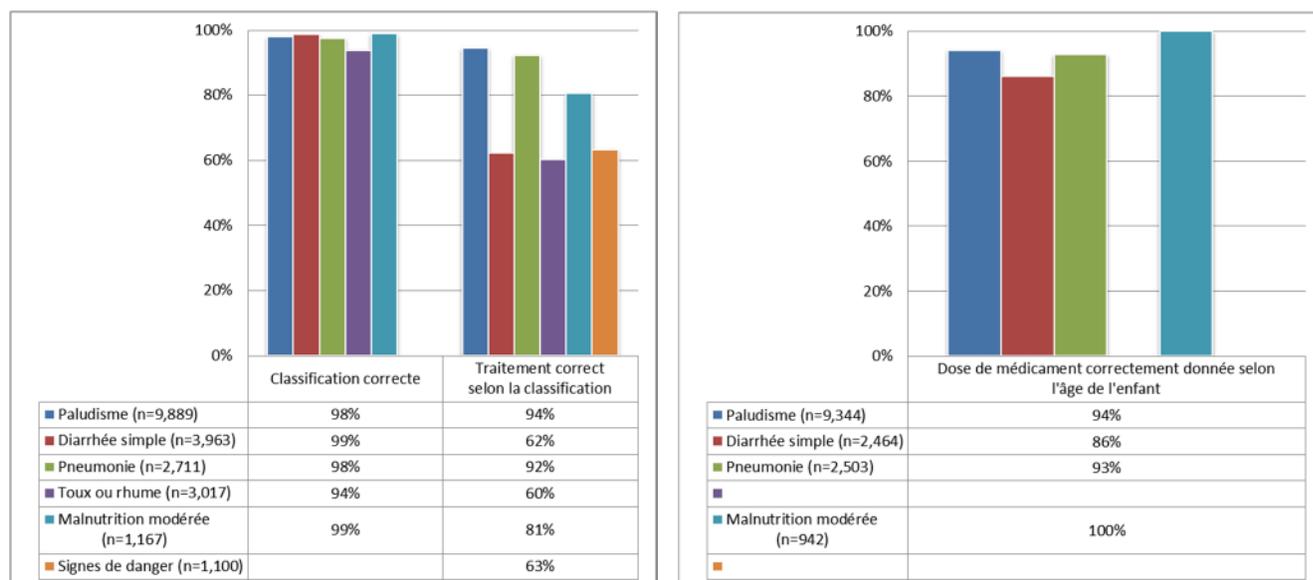
3. Qualité de soins

Le suivi de la qualité de soins en RDC est systématique selon deux procédés : 1) l'analyse des fiches de la prise en charge remplies par les RS pour chaque nouveau cas et 2) l'analyse des fiches de suivi individuel des RS remplies par le superviseur lors de l'observation de la prise en charge. L'observation se passe souvent pendant les suivis post formation.

L'analyse de ces données est facilitée par l'application informatique décrite à la section Suivi et Evaluation. Quelques résultats de l'analyse des fiches de prise en charge et des observations directes tirés, du rapport final de MCHIP¹⁶, sont présentés ci-après.

- **Analyse des fiches de prise en charge** : 15 741 fiches de prise en charge remplies par les RS entre Octobre 2009 et Juin 2011 ont été analysés. Les résultats montrent que :
 - Sur la base des signes et symptômes relevés, la quasi-totalité des RS classent correctement les enfants présentant les cinq conditions les plus communes,
 - La concordance entre la classification et le traitement enregistrés montre de très bonnes performances pour le paludisme (94 %), la pneumonie (92 %) et la malnutrition (81%). Le score était légèrement plus bas sur le traitement correct pour la diarrhée (62%), la toux simple (60%) et les signes de danger/alerte (63%).
 - Le dosage approprié de médicaments, basée sur l'âge de l'enfant, était quasiment parfaitement maîtrisé, sauf pour la diarrhée (86%).

Figure 7 : Performance des RS selon l'analyse des fiches de prise en charge remplies dans tout le pays - Octobre 2009 et Juin 2011



- **Analyse des observations directes** : Pendant la période du rapport, 1 208 fiches d'observation directe recueillis lors des sessions de suivi post-formation ont été analysés. En fin septembre, certains relais avait participé à un seul suivi depuis leur formation et d'autres à plusieurs, le maximum enregistré étant de 5 suivis post formation. La performance à chaque suivi est enregistrée pour chaque RS afin de cibler ses faiblesses et suivre l'amélioration des compétences au fil du temps. L'analyse reflète la performance à chaque rang de suivi. Plus de 60% (762) proviennent des zones de santé supportées par l'USAID, à travers le projet AXxes, et 29% (352) des zones de santé supportées par ACIDI, à travers PSI, qui ont organisé le plus de formation et de suivis post formation pendant la période rapportée. Voici les grandes lignes des constats :

¹⁶ Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), Democratic Republic of Congo (DRC) Final Report : 1 April 2009– July 2011

- La connaissance et les compétences des RS dans l'évaluation et le traitement s'améliorent dans chaque catégorie au fil des sessions de suivi. Cela démontre clairement la valeur de tels suivis.
- La connaissance d'au moins deux signes de danger est élevée depuis le début mais la connaissance de tous les signes de danger est très basse au début. Bien que ceci s'améliore avec des contacts supplémentaires de suivi, la fluctuation semble importante. Par contre, l'interrogation et la recherche systématique des signes de dangers sont constamment élevées depuis le début puisque les relais suivent une fiche qui comporte tous les signes de danger et d'alerte.
- Comme montré par la figure ci-dessous, la capacité à compter correctement la fréquence respiratoire nécessite une attention particulière. Il s'agit d'un acte nécessitant des pratiques répétées pour être maîtrisée.

Figure 8 : Connaissance des RS sur les signes de dangers chez l'enfant malade au fil des sessions de suivi - octobre 2009 et Juin 2011

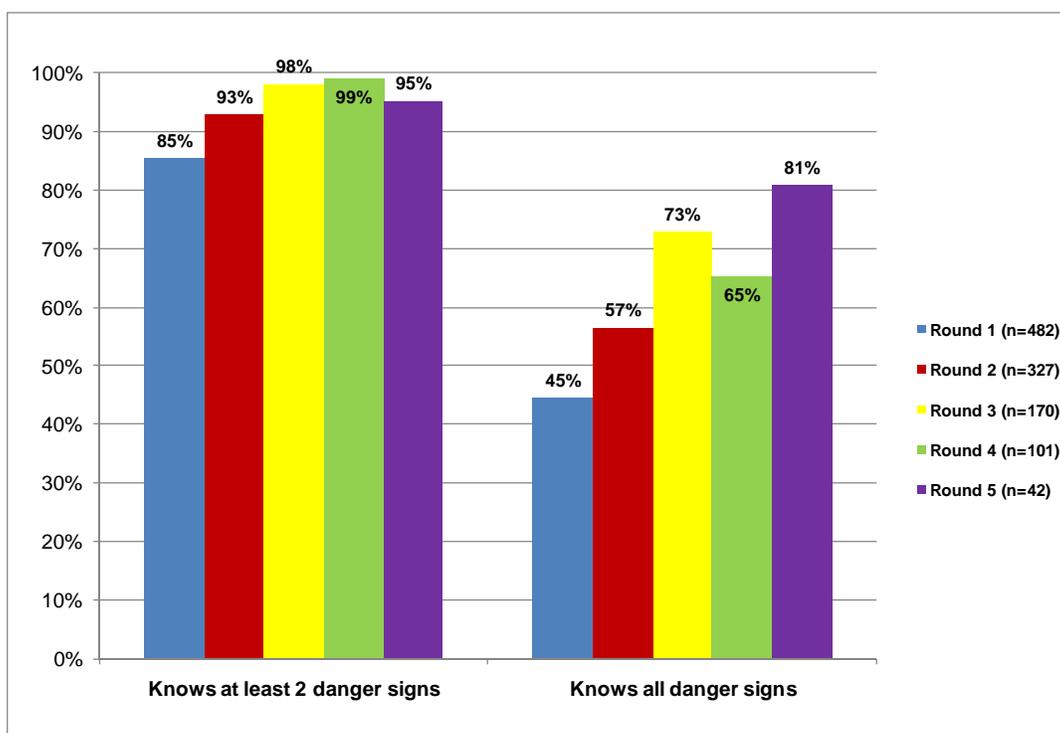
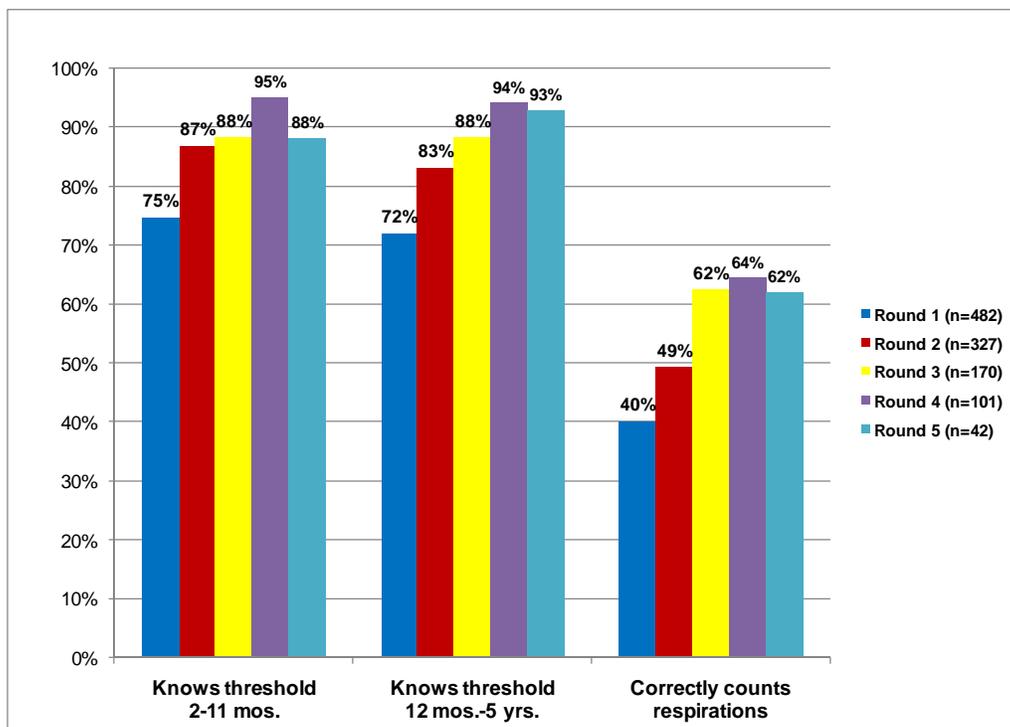


Figure 9 : Connaissance des RS sur les seuils d'âge et capacité à correctement compter la fréquence respiratoire chez l'enfant malade au fil des sessions de suivis - Octobre 2009 et Juin 2011



Les pratiques prometteuses en matière de supervision et assurance qualité :

- Le développement d'une approche de supervision systématique
- L'exploitation des réunions de suivis groupés pour pallier aux difficultés liées aux visites de supervision sur site
- L'utilisation des données pour cibler les faiblesses des relais
- Le développement d'un outil informatique pour le suivi de la qualité

Les défis et les barrières :

- La poursuite du renforcement des compétences au niveau des provinces et des districts dépendante d'un financement qui n'est pas toujours assuré
- La lenteur du développement des capacités de la province et des districts pour prendre le contrôle du suivi des relais, dont la mobilisation des ressources

Tableau 7 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de supervision, performance et assurance de la qualité

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
—	—	—
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de supervision bien définie, outils adaptés et bien élaborés. • Prise de conscience de tous les acteurs, à tous les niveaux de l'importance de la supervision. • Disponibilité d'une équipe qualifiée des superviseurs • Disponibilité de moyens logistiques de déplacement (voiture, moto) au niveau des ZS appuyées par les partenaires • Supervisions effectuées à rythme adéquat par les IT, surtout dans les zones rurales 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la supervision des relais par les IT, surtout dans les zones urbaines et urbano-rurales où la majorité des structures sanitaires sont privées • Dépendance totale des activités de supervision à l'appui partenaires (outils, le carburant etc.) • Obstacles naturels et insécurité dans certains sites de soins communautaires rendant la supervision difficilement réalisable • Insuffisance des moyens logistique de déplacement pour la supervision pour les IT en particulier • Instabilité des cadres formés 	<p>Solutions proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les activités de soutien aux sites dans la revue de performance des District Sanitaires et procéder à des évaluations régulières • Accompagnement des IT des structurées privés par le bureau central de la ZS accompagne dans la démarche de supervision des RS • Renforcement du feedback au relais • Plaidoyer auprès des partenaires d'appui pour doter les relais de site avec des moyens de déplacement. • Plaidoyer auprès des partenaires pour la dotation de moyens logistiques et financiers

IV.8 Suivi-évaluation et système d'information pour la santé

Cette section présente les constats, les pratiques prometteuses et les défis en matière Suivi-Evaluation et Système d'Information pour la PEC-c en RDC.

1. Données des sites et SNIS

Le système de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la PEC-c a été défini dès le départ et a connu des améliorations dans le temps. Les responsabilités étaient initialement partagées entre les ZS au niveau opérationnel et le niveau central, alors que les rôles des provinces et districts au niveau intermédiaire étaient en développement.

Des efforts importants ont été faits pour intégrer les données des sites de soins dans le SNIS. Un grand nombre d'IT intègrent les données sur les cas traités au niveau des sites communautaires dans les rapports mensuels de leurs centres de santé. Dans certains cas, ce sont les animateurs communautaires au niveau de la ZS qui collectent les rapports des sites et insèrent directement les données au niveau des ZS. Deux problèmes ont été spécifiquement évoqués :

- La terminologie utilisée dans la PCIME n'est pas entièrement identique à la terminologie du SNIS, obligeant le personnel de faire des reclassifications ;
- Les difficultés logistiques, à l'exemple du manque de moyens de transport et la rupture de stock des outils, engendrent des problèmes de transmission des données. Des efforts particuliers sont souvent nécessaires pour faire remonter les données.

Des revues trimestrielles sont organisées par l'équipe-cadre des ZS avec les partenaires et, occasionnellement, l'accompagnement du niveau provincial et du niveau central. Les données d'observation directe de PEC-c récoltées lors des suivis et les fiches individuelles de PEC remontent au niveau central pour analyse.

Les outils standards du SNIS actuels ne permettent pas de mettre en évidence et de discerner les contributions des sites de soins communautaires. Néanmoins, certaines ZS ont pris des mesures pour produire, analyser et utiliser les données des sites à leur niveau.

2. Base de données informatisée pour le suivi de la qualité de soins

Une base de données informatique pour la saisie des données a été développée en RDC. Elle couvre les données sur la prise en charge, l'observation de la performance de RS, les informations sur les sites et les relais. La base de données utilise une application informatique conviviale et ne requiert que peu de connaissance en informatique. Elle est liée à une base des données relationnelles et comprend des interfaces utilisateurs à deux composantes : une composante saisie des données et une composante génération automatique des rapports. La deuxième composante a été initiée mais non finalisée. Un aperçu de l'interface est présenté en Annexe 9.

Les codes de la base de données correspondent aux codes officiels des provinces, districts, ZS et formations sanitaires utilisés par le ministère pour une intégration future au système national.

La saisie et analyse des données se fait au niveau central. Des essais de décentralisation dans plusieurs zones y compris certaines soutenus par des partenaires ont échoué à cause de trois problèmes logistiques majeurs : 1) des pannes récurrentes d'électricité au niveau des zones de santé, 2) l'absence des ressources humaines pour effectuer les saisies et 3) l'absence de maintenance des ordinateurs engendrant des pannes et des infections virales répétitives.

L'équipe de la documentation a constaté que, par rapport à son potentiel, l'utilisation des informations générées était très limitée. L'absence d'archivage des fiches de prise en charge au niveau des sites et au niveau intermédiaire pose également des problèmes car les fiches sont remontées au niveau central pour alimenter la base de données.

3. Méthodologie LQAS pour le suivi de la mobilisation sociale

Dans les activités de communication pour le changement des comportements, la mesure de changements des connaissances et pratiques des mères est problématique en raison du coût prohibitif des enquêtes classiques. La RDC a choisi la méthode d'enquêtes *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS) qui offre les possibilités de collecter les données à moindre frais, en routine, et par les équipes cadres elles-mêmes, dans le cadre de leurs activités de supervision et d'encadrement habituelles. Cette méthode a été utilisée pour mesurer les changements induits par l'approche de communication par les églises.

Il s'agit manifestement d'une pratique très prometteuse. Pourtant, l'équipe de la documentation a trouvé que son potentiel n'a pas été suffisamment exploité et utilisé. Les équipes formées n'ont pas continué les enquêtes régulières et successives comme initialement prévue et aucune discussion sur les possibilités d'ouvrir le scope n'a été entamée par la suite.

Les pratiques prometteuses en matière de suivi-évaluation et système d'Information pour la santé :

- Efforts constants pour l'intégration des données communautaires dans le SNIS,
- Elaboration d'outil informatique spécifique pour la gestion des données,
- Initiative novatrice dans le suivi des résultats des changements de comportement (LQAS).

Les défis et les barrières :

- Centralisation de la gestion de l'outil informatique et faiblesse de l'utilisation des données générées,
- Absence de suivi de la LQAS et sous-utilisation du personnel formé pour continuer

Tableau 8 : Succès, goulots d'étranglement et solutions en matière de Suivi-Evaluation et de Système d'Information pour la Santé

Constats		Solutions adoptées/proposées
Succès/Forces	Goulots d'Etranglement	
Phase initiale		
<ul style="list-style-type: none"> • Existence des outils de suivi et évaluation bien élaborés 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion parallèle des données des sites de soins communautaires avec l'appui des partenaires • Impossibilité de l'analyse manuelle de l'ensemble des données générées par les sites 	Solutions adoptées : <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une base de données informatisée au niveau central
Phase d'extension		
<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information fonctionnel : le SNIS • Disponibilité d'une base de données informatisée pour le suivi de la performance des relais des sites • Existence des outils de collecte des données au niveau des sites communautaires, ainsi que les outils de suivi-évaluation à tous les niveaux hiérarchiques • Rapports établis régulièrement par les relais avec l'appui des IT • Données des sites communautaires intégrées dans le SNIS, soit par les IT au niveau des centres de santé, soit par les animateurs communautaires au niveau de la ZS • Respect des revues trimestrielles de l'équipe cadre de la ZS quand les ressources financières sont disponibles • Mise en place de LQAS pour le suivi des résultats de la CCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Echec de la première tentative de décentralisation de la gestion de la base de données, à cause de problèmes logistiques majeurs. • Insuffisance de l'utilisation des informations générées à partir de la base de données informatisée (analyse et retro information pour une meilleure prise de décision) • Absence d'archivage des fiches de prise en charge au niveau des sites et au niveau intermédiaire, limitant les possibilités d'analyse et d'utilisation locale des informations • Difficultés logistiques limitant l'efficacité du système : problèmes de transmission des données par les relais communautaire 	Solutions proposées : <ul style="list-style-type: none"> • Développer le SNIS communautaire • Doter les IT et relais des téléphones pour la communication • Doter les ZS, DS et province des modems pour faciliter la transmission des données • Aligner les données des sites sur les dispositions du SNIS du MSP. • Initier Mettre en place la base de données sanitaire au niveau des districts et provinces • Harmoniser la terminologie PCIME avec la terminologie SNIS ou faire des équivalences

V. LEÇONS RETENUES

La documentation du programme PEC-C en RDC, a permis de mettre à jour des points forts qui ont permis le démarrage et l'expansion du programme. De même des points faibles ont été identifiés et ont été perçus comme des éléments essentiels qui doivent être pris en compte dès le début des interventions PEC-C. Les points forts aussi bien que les points faibles représentent des éléments critiques pour la mise en œuvre de PEC-C.

V.1 Mise en place d'un environnement politique favorable

Les points forts sont les suivants :

- *Engagement et « leadership » des hautes autorités, des personnes-clés au sein du MSP et des autorités politico- administratives aux niveaux intermédiaires qui font office de “champions”.* Le Ministre de la Santé, les chefs de départements concernés, et les directeurs des provinces sont personnellement engagés dès le début, ce qui conditionne les réussites de la coordination et de la mobilisation de ressources.
- *Vision clairement définie et maintenue du MSP sur le service intégré, avec une capacité d'influencer les bailleurs de fonds et à orienter des financements initialement destinés à une maladie particulière.* Deux exemples de financement pour le paludisme orientés vers l'approche intégrée illustrent cette influence du Ministère : celui venant du Fonds Mondial pour la recherche à Kimpese en 2008 et celui de l'ACDI dans la province de l'Equateur en 2010
- *Partenariat entre le MSP et les partenaires de mise en œuvre (ONG).* La stratégie de PEC-c, les documents et la mise en œuvre ont pu être de ce fait harmonisés, standardisés et financés à travers la DRC et par un nombre important de partenaires. Tout au long du processus, les progrès ont été présentés de manière claire et concise et ont été partagés avec l'ensemble des acteurs concernés et avec les autres pays de la sous-région.

Les points à envisager dès le début sont les suivants :

- *Absence d'un plan d'extension à long terme, constituant une contrainte dans la priorisation et la répartition stratégique des ressources techniques, financières et humaines.* Le PNDS, en cours d'adoption en 2010, constitue une étape importante pour développer un tel plan, qui permettrait de définir des objectifs quantifiés, d'anticiper l'extension de l'approche, de vérifier la mise en œuvre graduelle dans les zones les plus prioritaires et d'assurer un suivi de la progression et de la couverture dans le temps.
- *Coordination et suivi du programme au niveau décentralisé.* Le renforcement des capacités à ce niveau est à prendre en compte de façon systématique et continue afin d'optimiser la mise en œuvre du programme. La déconcentration du pouvoir et l'autonomie de gestion, prévues dans le futur, justifient l'importance des structures provinciales et des districts.
- *« L'affaiblissement » du plaidoyer à tous les niveaux au long de l'extension de la stratégie.* Le plaidoyer est essentiel et doit être soutenu et continu tout au long du processus de passage à l'échelle pour mobiliser et sécuriser les ressources humaines et financières nécessaires.

V.2 Renforcement des liens entre le système de santé et les communautés

Les points forts sont les suivants :

- *Approches structurées de la supervision :* afin d'assurer la qualité et la performance, les réunions de suivi post-formation constituent une alternative efficace et réaliste par rapport

aux supervisions de routine coûteuses et difficiles. Les supervisions des superviseurs ne sont pas à négliger.

- *Infirmiers titulaires des formations sanitaires ont joué un rôle critique dans la mise en place de la stratégie* : sans cette liaison formelle au sein du système de la santé, il aurait été difficile de mettre en place ou de maintenir un programme PEC-c de qualité.
- Intégration du système de gestion de données des sites de soins communautaires dans le système national d'informations sanitaires. Dès le début, une attention particulière a été prêtée à la collecte de l'information et des efforts particuliers ont été déployés à cet effet.

Les points à envisager dès le début sont les suivants :

- *Faible contribution de la communauté bénéficiaire* : La participation de membres de la communauté dans les activités de la PEC-c est très limitée en RDC. On devrait promouvoir une approche plus participative dès le début, afin de soutenir les activités des relais communautaires. Les comités de gestion des sites de PEC-c devraient jouer des rôles plus tangibles dans les prises de décision, la planification, la mise en œuvre et le suivi du programme au niveau local

V.3 Prestation de services communautaires de qualité aux ménages

Les points forts sont les suivants :

- *Documents technique et opérationnel bien codifiés, existants et disponibles, ex.* le guide de mise en œuvre, ainsi que le paquet de matériel de formation et de supervision. Ces documents décrivent d'une façon explicite les attributions des relais communautaires, délimitent leurs domaines de compétence, définissent les structures qui les soutiennent et expliquent le processus de formation des relais, de suivi et de soutien au programme.
- *Intégration immédiate de la prise en charge des trois maladies et de la malnutrition dans l'approche communautaire dans le cadre de la vision intégrée de la PCIME clinique du pays.* Le paquet classique de service offert au niveau des sites soins communautaires ciblent les maladies les plus meurtrières : le paludisme, la diarrhée, la pneumonie. Le Ministère est arrivé, à plusieurs reprises, à influencer ses partenaires à orienter les projets verticaux vers une approche intégrée.
- Programmation immédiate de l'extension, sans passer par la phase pilote, est un exemple d'utilisation des leçons apprises dans un autre pays (Sénégal). Dès le début une délégation de tâches et des responsabilités et une planification graduelle de l'expansion ont été mises en place.
- Dynamisme du programme, témoigné par l'introduction du programme de planification Familiale au niveau des sites

Les points à envisager dès le début sont les suivants :

- *Ruptures de stock fréquentes au niveau des sites* due la faiblesse de la chaîne logistique. Dès le début, il est important que les partenaires définissent des standards et harmonisent la chaîne d'approvisionnement des médicaments et du petit matériel nécessaire pour le bon fonctionnement du programme PEC-c, dans la mesure du possible en l'insérant dans le système logistique du secteur de la santé.
- *Prise en charge de la malnutrition aigüe.* La stratégie de PEC-c n'est pas toujours mise en œuvre en harmonie avec le protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe, comme

suggéré par l'OMS. Pourtant il y a un objectif curatif commun et souvent, les mêmes agents communautaires sont ciblés.

- *Exploitation du potentiel qu'offrent les liens avec d'autres programmes communautaires* (par exemple, la vaccination et le programme de PF communautaire) et éventuellement profiter des économies d'échelle. En même temps, il est important de s'assurer que la PEC-c se déroule efficacement et que l'adjonction de nouvelles composantes ne risque pas de compromettre les acquis.
- *Problématique de la motivation financière des relais*. Le programme PEC-c qui s'appuie sur le volontariat est constamment sujet aux débats de la pérennisation. Certains pays se sont engagés aux paiements de ces agents de santé communautaires, d'autres refusent. A chaque pays de prendre une décision, mais d'autres systèmes de motivations doivent certainement être exploités.

V.4 Développement et mise en œuvre de stratégies de changement de comportement

Les points forts sont les suivants :

- *L'approche avec les églises* : une stratégie de proximité plus adaptée, plus simple et moins coûteuse. Il s'agit du recours aux ressources sur place – à savoir leaders religieux et groupements localement présents – pour transmettre des messages auprès du voisinage immédiat.

Les points à envisager dès le début sont les suivants :

- *Mise en place d'un paquet curatif et préventif complet et cohérent afin d'éviter que la prévention ne devienne secondaire* : dès le début, le programme PEC-c doit s'insérer dans un modèle où la prévention des maladies courantes (hygiène, eau, assainissement, FP, nutrition, vaccination, etc.) est reconnue comme une priorité pour l'amélioration de la santé des enfants.

Conclusion et recommandations

Malgré une structure gouvernementale se heurtant à plusieurs obstacles, le MSP a pu mobiliser avec succès les partenaires pour mettre en œuvre l'approche de prise en charge communautaire dans 10 de 11 provinces du pays. Étant donné les contraintes particulières de la RDC, il s'agit d'un accomplissement impressionnant dans une période de cinq ans.

On note plusieurs facteurs à l'origine de ce succès, incluant l'importance du leadership et l'engagement politique à tous les niveaux, la motivation et la volonté des relais des sites, le support sans faille des partenaires techniques et financiers, une stratégie innovatrice d'IEC, des directives techniques clairement développées et le support des autorités administratives et du personnel du MSP au niveau opérationnel qui fournissent l'encouragement et l'assistance technique quotidiennes aux relais des sites. Bien que la stratégie ne soit pas encore étendue à l'échelle nationale, les leçons retenues RDC sont susceptibles d'être transmissibles à d'autres pays qui s'efforcent de réduire la mortalité infantile.

La RDC devra relever un certain nombre de défis pour étendre la stratégie à l'échelle nationale et l'institutionnaliser : développer un plan stratégique et un budget pluriannuel, fixer les problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, en se focalisant particulièrement sur les ruptures de stock en médicaments essentiels et en outils de gestion, s'assurer que les rôles et les responsabilités sont bien définis à tous les niveaux et revitaliser les composantes de promotion et de prévention afin d'assurer une meilleure synergie des actions.

Les principales recommandations de cette expérience peuvent être formulées de la manière suivante :

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DE LA RDC	
Coordination et formulation de politiques	<p>Revitaliser le comité de pilotage, tenir des réunions régulières de coordination et élargir l'équipe.</p> <p>Partager à plus grande échelle au niveau national les documents de politiques, les directives de mise en œuvre et le paquet de matériel de formation et de supervision.</p> <p>Mieux définir les rôles techniques du personnel du MSP au niveau intermédiaire (médecin-chef aux niveaux provincial et de district).</p> <p>Identifier les points focaux pour les niveaux intermédiaires (province et district).</p> <p>Inclure explicitement l'approche des sites de soins communautaires comme un des stratégies prioritaires pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile au niveau des populations éloignées des centres de santé</p> <p>Poursuivre le plaidoyer auprès des cadres et décideurs du MSP pour réduire les réticences et appuyer le passage à l'échelle de l'approche.</p>
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler un plan stratégique pluriannuel de caractère complet et un budget pour le passage à l'échelle. • Recommander la mobilisation de fonds au niveau provincial et aider les Assemblées provinciales à établir des budgets réalistes pour les activités de santé au niveau communautaire.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS POUR LE PROGRAMME DE LA RDC	
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Soupeser soigneusement la décision de fournir des incitations financières en considérant l'impact à long terme du programme général des sites de soins communautaires. • Ré-évaluer le travail des relais promotionnels, rehausser leur statut et renforcer le caractère complémentaire entre leur travail et le travail des relais des sites de soins communautaires. • Programmer une formation systématique pour le nouveau personnel aux niveaux des centres de santé et du district.
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les défis complexes du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement de façon urgente. Réaliser un suivi et une supervision plus systématiques de la gestion des médicaments. • Organiser des séances de formation et recyclage en matière de gestion des médicaments pour les infirmiers en chef. • Mettre en place un système de renouvellement de certains matériels comme les balances et les chronomètres.
Prestations de services et références	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de tarifs standardisés en fonction de critères spécifiques (dans la même zone de santé, en fonction de la situation socio-économique) • Encourager des tarifs réduits dans les centres de santé quand les patients sont référés des sites de soins communautaires.
Communication et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouter les "pratiques familiales clés" et l'information sur les sites de soins communautaires aux messages de la CCC. • Continuer à engager les dirigeants religieux et les groupes communautaires dans la mobilisation sociale. • Revitaliser l'utilisation de la méthodologie LQAS pour suivre les résultats des activités de CCC.
Supervision et performance et assurance de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Demander au bureau central de la zone de santé d'encourager les infirmiers titulaires à donner un feedback aux relais lors des visites de supervision de routine. • Demander au bureau central de la zone de santé de négocier avec des partenaires pour doter le site de soins communautaires avec des moyens de transport.
Suivi-évaluation et système d'informations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes décentralisées doivent participer davantage à la gestion des données pour disposer d'une information ponctuelle étayant la prise de décisions. • Faire un examen des données collectées des sites de soins communautaires et des outils utilisés ; les aligner sur le SNIS du MSP. • Renforcer les capacités humaines et institutionnelles de la coordination PCIME-C par rapport au suivi et évaluation de la mise en œuvre de la stratégie en RDC

Annexe 1. Cadre de repères pour la PEC-c

Composante	Plaidoyer et Planification	Pilote et mise en œuvre initiale	Expansion/Mise à l'échelle
Première composante : Coordination et Cadre Politique	Cartographie des partenaires en PEC-C effectuée	Leadership du MSP établi pour gérer un programme unifié de PEC-C	Leadership du MSP institutionnalisé pour assurer la pérennisation
	Groupe Technique de Travail établi, incluant les leaders communautaires, les pionniers en PEC-C et les représentants des ASC		
	Evaluation des besoins et analyse de la situation sur le paquet de services effectuées		
Deuxième composante : Coût et Financement	Réunion des intervenants a pris place pour définir les rôles et discuter des politiques actuelles	Discussions concernant le changement politique en cours (si nécessaire) effectuées	Réunions régulières des intervenants tenues pour assurer la coordination des partenaires en PEC-C
	Politiques nationales et guides revus		
	Estimation des coûts du PEC-C effectuée, basée sur tous les besoins de l'offre de services		
Troisième composante : Ressources Humaines	Financement sécurisé pour les médicaments, les intrants et tous les coûts du programme PEC-C	Analyse des gaps financiers complétée	Stratégie à long terme pour pérennisation et viabilité financière développée
	Rôles des ASCs, des communautés et des prestataires de service de référence définis par les communautés et le MSP		
	Critères de recrutement des ASCs définis par les communautés et le MSP		
Troisième composante : Ressources Humaines	Plan de formation pour une formation complète et mises à niveau développé (modules, formation de formateurs, suivi et évaluation)	La formation des ASC inclue la participation de la communauté et des structures de santé	Processus de mise à jour et discussion sur les rôles et les attentes vis-à-vis des ASC en place
	Stratégies de rétention, de rémunération/plan de motivation des ASC développées		
	Stratégies de rétention, de rémunération/plan de motivation des ASC mis en œuvre et clairement expliquées aux ASC; la communauté joue un rôle en offrant des reconnaissances; le MSP offre un support		
			Formation continue offerte aux ASC pour les mettre à jour sur de nouvelles compétences, renforcer la formation initiale
			Stratégies de rétention des ASC revues et révisées en conséquence
			Avancement, promotion et retraite offerts aux ASC qui le désirent

Composante	Planifier et Planification	Pilote et mise en œuvre initiale	Expansion/Mise à l'échelle
<p>Quatrième composante : Gestion de la Chaîne d'approvisionnement</p>	<p>Médicaments et intrants appropriés pour la PEC-C sont conformes aux politiques nationales (inclusion des TDR quand c'est approprié) et inclus dans la liste des médicaments essentiels</p> <p>Quantification des médicaments et des intrants pour la PEC-C effectuée</p> <p>Plan d'achat pour les médicaments et les intrants développé</p> <p>Système de contrôle d'inventaire et de réapprovisionnement logistique pour la PEC-C et les procédures opérationnelles standards développés</p>	<p>Les médicaments et intrants sont achetés conformément aux politiques nationales et aux plans</p> <p>Système logistique mis en place pour maintenir la quantité et la qualité de produits pour la PEC-C</p>	<p>Stocks de médicaments et d'intrants bénéficient d'un suivi à tous les niveaux du système, à travers le système d'information de routine et ou de supervision</p> <p>Système de contrôle d'inventaire et de réapprovisionnement logistique pour la PEC-C mis en place et adapté selon les résultats du pilotage sans période importante de rupture de stock</p>
<p>Cinquième composante : Offre de services et Référence</p>	<p>Plan pour l'utilisation rationnelle des médicaments (et des TDR si approprié) par les ASC et les patients développé</p> <p>Guides pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et la référence développés</p> <p>Système de référence et de contre référence développé</p>	<p>Evaluation, diagnostic et traitement des enfants malades par les ASC avec utilisation rationnelle des médicaments et des moyens diagnostics</p> <p>Revue et modification des guides basées sur le pilote</p> <p>Système de référence et de contre référence mis en œuvre : communauté clairement informée des structures de références, personnels de santé également informés de leurs rôles dans la référence</p>	<p>La réception à temps de diagnostic et de traitement appropriés offerts par les ASC devient routinière</p> <p>Revue régulière des guides et modifications si besoin</p> <p>Les ASC réfèrent et contre-réfèrent de façon routinière en accord avec les patients, circulation de l'information depuis les structures de références vers les ASC avec des fiches de contre référence</p>
<p>Sixième composante : Communication et Mobilisation Sociale</p>	<p>Stratégies de communication, comprenant la prévention et la prise en charge des maladies communautaires pour les décideurs politiques, les leaders locaux, les prestataires de santé, les ASC les communautés et les autres groupes-cibles développés</p> <p>Développement du contenu de Communication et de Mobilisation Sociale pour les ASC sur la PEC-C et autres messages (matériels de formation, job aids etc.)</p> <p>Matériels et messages pour la PEC-C défini, ciblant la communauté et les autres groupes</p>	<p>Plan de communication et de mobilisation sociale mis en œuvre</p> <p>Matériels et messages pour aider les ASC</p> <p>Les ASC communiquent avec les parents et les membres de la communauté sur la PEC-C et autres messages</p>	<p>Plan de communication et de mobilisation sociale et sa mise en œuvre revus et ajustés sur la base du suivi et de l'évaluation</p>

Composante	Planifier et Planification	Pilote et mise en oeuvre initiale	Expansion/Mise à l'échelle
Septième composante : Supervision & Assurance de la qualité et de la performance	Liste de vérification (checklist) de supervision appropriée et autres outils développés, incluant ceux à usage diagnostique	Visites de supervision tous les 1-3 mois, incluant la revue des rapports, suivi des données	Les ASC sont supervisés de façon routinière pour assurer la qualité et la performance
	Plan de supervision, incluant le nombre de visites, rôles de supervision supportive, auto-supervision etc. établi	Le superviseur visite la communauté, effectue des visites à domicile et offre un coaching sur les compétences de l'ASC	Les données des rapports et la rétro-information de la communauté sont utilisées pour la résolution de problèmes et le coaching
	Superviseurs formés en supervision et ont accès aux outils de supervision appropriés	La supervision du PEC-C fait partie de la revue de performance du superviseur des ASC	Evaluation annuelle incluant la performance individuelle et l'évaluation de la couverture ou données de suivi
	Huitième composante : Suivi, Evaluation et Système d'Information Sanitaire	Cadre conceptuel de suivi pour toutes les composantes de la PEC-C développé et sources d'information identifiées	Cadre conceptuel de suivi testé et modifié en conséquence
Registre standardisé et documents de rapportage développés		Registre et documents de rapportage revus	Recherche opérationnelle et évaluations externes de la PEC-C effectuées au besoin pour informer la mise à l'échelle et la pérennisation
Indicateurs et standards pour SIGS et enquêtes PEC-C définis		Les ASC, leurs superviseurs et le personnel Suivi-Evaluation formés sur le nouveau cadre, ses composantes et l'utilisation de données	
Agenda de recherches pour la PEC-C documenté et circulé			

Annexe 2. Préface du Guide de Mise en Œuvre, signé par le Ministre de la Santé

PREFACE

La mortalité infantile en République Démocratique du Congo est l'une des plus alarmantes en Afrique ; sur 1000 enfants qui naissent 127 meurent avant leur premier anniversaire (soit 304.800 sur 2.400.000 enfants < 1 an). Par ailleurs, la mortalité infanto-juvénile s'élève à 213‰ (Soit 2.500.000 qui meurent chaque année sur les 12.000.000 d'enfants de 0-5 ans que compte le pays) (MICS 2, 2001).

La RDC est parmi les 6 pays du monde regroupant 50% de mortalité infantile mondiale, après l'Inde, le Nigeria, la Chine, le Pakistan, et avant l'Éthiopie.

Outre les décès périnataux, les causes de la mortalité infantile sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, et les complications du VIH/SIDA. Dans la moitié des cas, ces maladies sont souvent associées à la malnutrition.

L'analyse de la situation a montré que 80 % des enfants meurent à domicile sans consulter une structure de soins. Cette situation grave est due entre autres à la faible implication de la communauté, à l'accès difficile aux soins et aux médicaments de qualité, à l'automédication et à l'ignorance des signes de danger.

Vu l'ampleur de ce problème, le Ministère de la santé a adopté la stratégie de mise en place des soins à base communautaire pour réduire la mortalité infantile.

L'élaboration du présent guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires fait partie intégrante des activités liées à la mise en œuvre des soins à base communautaire. Il s'agit d'un outil important qui retrace les éléments essentiels à l'attention des responsables du Ministère et partenaires à différents niveaux pour l'implantation des sites des soins communautaires en RDC.

Le but est de donner aux Cadres de santé de tous les niveaux, aux Infirmiers Titulaires ainsi qu'aux Partenaires une compréhension suffisante sur le processus de mise en œuvre des sites des soins au niveau communautaire en RDC.

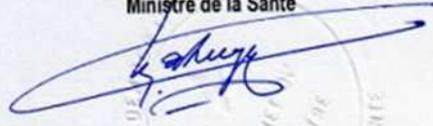
De façon spécifique, ce document de planification de la mise en œuvre des sites servira comme document de référence aux cadres de santé à différentes étapes de mise en œuvre des activités sur terrain et permettra de familiariser les cadres avec les outils des sites des soins communautaires.

Nous exhortons donc tous les responsables de santé à tous les niveaux à respecter les indications contenues dans le présent document afin que soit standardisé le processus de mise en œuvre des soins à base communautaire en RDC. Nous encourageons tout cadre du Ministère et tout partenaire à s'investir pour que

réussissent les activités de prise en charge communautaire en RDC. Notre souhait le plus ardent est que, à travers la mise en œuvre des sites des soins communautaires, nous puissions contribuer de façon très significative à l'atteinte des objectifs nationaux de réduction de la mortalité infantile et de l'Objectif du Millénaire relatif à la survie de l'enfant.

Dr Victor Makwenge Kaput

Ministre de la Santé



RDC

Annexe 3. Lettre officielle pour le lancement des sites communautaires

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE

Kinshasa, le 03 SEPT 2005



LE SECRETAIRE GENERAL

Ref :MS.1251/MGB/SG/03/1389/MMB/2005.

Transmis copies pour information

- A Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé
- A Son Excellence Monsieur le Vice-Ministre de la santé.

Objet: Pilotage de la phase initiale des SITES des soins communautaires

- Termes de référence
- Désignation de l' Equipe.

Aux Cadres et Partenaires de santé dont les noms ci-dessous repris ,
(Tous) à KINSHASA/GOMBE

Madame, Messieurs,

En vue de permettre aux populations éloignées des Centres de santé ou coupées par des barrières naturelles de bénéficier des premiers soins et d'un encadrement adéquats nécessaires pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile, une phase initiale des soins à base communautaire va démarrer dans quelques Zones de santé en RDC. Et il est important que cette étape initiale soit entourée de toute l'attention permettant de tirer des leçons utiles pour la survie de l'enfant en RDC.

La RDC a déjà retenu la promotion des pratiques-clés parmi ses priorités au niveau communautaire. Mais, il s'avère que des poches des populations éloignées ou inaccessibles auront besoin, en plus de la promotion des pratiques-clés, de l'encadrement pour la référence devant un signe de danger ou d'alerte, et de la dispensation des premiers soins de qualité aux enfants dans les 24 heures qui suivent le début de la maladie, en cas de paludisme, diarrhée, IRA, malnutrition.

C'est pourquoi la RDC veut démarrer la mise en œuvre des sites des soins communautaires. Dans cette phase initiale, Il est donc important que l'intégration se fasse par étape et soit suffisamment documentée. L'infirmier Titulaire devra être impliqué dans la supervision directe de sites, et un accent particulier devra être mis sur la participation communautaire à la base.

Afin de mieux encadrer cette phase initiale, il est mis en place une Equipe Technique de Pilotage au niveau central, dont les membres ont été identifiés selon leur profil et leur disponibilité, au travers des Directions, Programmes et Organismes impliqués.

Cette Equipe sera évaluée sur base des résultats produits , au regard des termes de référence ci-après :

1. Piloter la phase initiale de la mise en œuvre des sites communautaires en RDC,
2. Elaborer un plan de mise en œuvre des activités des sites des soins communautaires,
3. Elaborer les documents de stratégies et les outils de formation et de gestion des activités à soumettre à la validation du sous groupe PCIME-Communautaire,

1 *ems*

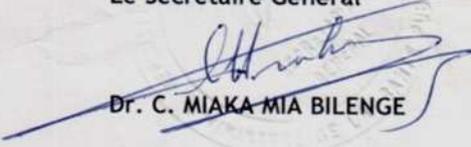
4. Organiser l'atelier de validation pour les stratégies et les outils de l'approche,
5. Finaliser les documents de stratégie et les outils de formation et de gestion après l'atelier de validation,
6. Pré tester les outils de formation et de gestion lors d'une session de formation dans une ZS pilote,
7. Obtenir la validation sur les documents amendés après le pré test,
8. Assurer les formations des cadres et des relais des sites dans la phase initiale,
9. Assurer les suivi post-formations et la supervision des sites en accompagnement des cadres des provinces, districts et des BCZS de la phase initiale,
10. Introduire les activités dans les sites communautaires pilotes pendant la phase initiale,
11. Préparer les éléments d'évaluation de l'Approche-Site à la sanction du sous groupe PCIME-C et du groupe de travail PCIME,
12. Préparer les éléments de changement de politique en matière de médicaments dans la communauté,
13. Mettre en place une base des données informatisée pour documenter à suffisance l'expérience de la phase initiale.

Les personnes dont les noms suivent sont désignées comme membres de l' Equipe Technique de Pilotage des sites des soins communautaires:

1. Dr KANZA NSIMBA, PNLMD
2. Dr ILUNGA MUBAYI, PNIRA
3. Dr DIANA, GTZ
4. Dr KINI, OMS
5. Dr Willy KABUYA, MSH (RPM+)
5. Ph Paul KABANGA, PNAME
6. Dr LEBUKI, PRONAMUT
7. Dr BELEWETE, 5è direction
8. Dr WANT ILUNGA, SANRU III
9. Dr ATUA, PNL
10. Dr NGOYI, PNL
11. Mr Raoul KAMANDA, PNCPS
12. Dr BAKUKULU ITEMBA, PNLMD
13. Dr MUBIALA, UNICEF
14. Dr NDJOLOKO Bathé, 4è Direction.
15. Dr Valentin MUKINDA, GTZ.
16. Dr Pascal NGOY LEYA, IRC
17. Dr BEKONDA, Horizon-Santé
18. Dr MATSHIFI, CRS.
19. Dr BOLAMBA, Cabinet du Ministre
20. Dr MBALA NSIMBA, Secrétariat Général.

Veillez agréer, Madame et Messieurs les Cadres et Partenaires de la Santé, mes sincères salutations et félicitations.

Le Secrétaire Général


Dr. C. MIAKA MIA BILENGE

Annexe 4. Guides des groupes de discussions dirigées utilisées au cours de la documentation

POINTS-CLES DE L'INTRODUCTION

Merci de nous avoir accordé cette interview. Nous sommes réunis pour parler des leçons apprises sur l'approche Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant dans la Communauté et des pratiques familiales à promouvoir en RDC. Votre groupe a été spécialement choisi pour nous aider dans cet exercice, en raison de vos expériences personnelles respectives. Cette interview prendra approximativement une heure et demie. Il est maintenant ... heure, nous concluons vers ... heure.

Naturellement, nous voulons savoir où les choses vont bien et où elles ne vont pas bien. Il n'y a pas de censure. Tout ce qui est dit est intéressant. Chacun écoute les autres; chacun parle à son tour. Nous voudrions recueillir votre opinion, même si certains aspects vous semblent négatifs car c'est la seule manière que nous allons apprendre.

Avec votre permission, nous allons procéder à un enregistrement afin de pouvoir étudier les sujets débattus ici en profondeur. Soyez rassurés que tout ce qu'on se dit ici restera confidentiel.

Guides de Questions

COGESITE

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement
Implications dans la mise en place des sites des soins communautaires	<ol style="list-style-type: none"> Racontez comment le site des soins communautaires a été érigé dans votre village. <ul style="list-style-type: none"> Combien de temps après sa mise en place, le site des soins a-t-il commencé à fonctionner ? Trouvez-vous que ce temps est raisonnable ? Expliquez. Quels étaient les rôles que vous avez joués pendant cette mise en place du site ? Comment le relais communautaire a-t-il été choisi ? – Croyez-vous que c'est le bon processus ? – pourquoi ? Dans le quotidien, actuellement, décrivez les rôles du comité de gestion du site - Quels sont les rôles que vous trouvez les plus importants ? – Pourquoi ? Comment le comité fonctionne-t-il ? <ul style="list-style-type: none"> Qui en sont les membres ? Quelle est la périodicité des réunions ? Quelles sont les sujets discutés pendant ces réunions ? Existe-t-il des PV des réunions tenues ? – Si OUI, demander un échantillon et faire une copie si possible... Donnez des exemples concrets d'actions prises par le comité de gestion du site pour soutenir le site des soins. Quels genres d'action ? – quand ? – quels en étaient les résultats ? Est-ce qu'il y a de récompenses en argent ou en nature que la population ou le Comité donnent aux relais ? – Trouvez-vous qu'ils méritent que la communauté contribue à les motiver ? – Expliquez. Trouvez-vous que le comité peut faire plus que ce qu'il fait actuellement ? – Expliquez. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir un site des soins dans ce village ? – Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> Que trouvez-vous de différent avant et après l'ouverture du site des soins ? Comment appréciez-vous les actions menées au niveau du site des soins ? <ul style="list-style-type: none"> Dans quels cas vous êtes les plus satisfaits des relais communautaires ? – Expliquez. Dans quels cas vous êtes les moins satisfaits des relais communautaires ? – Expliquez. Y a-t-il des points spécifiques que vous suggérez que les relais communautaires fassent différemment ? - en plus ? - en moins? - Expliquez
Fonctionnement du comité de gestion du site	
Implications dans la gestion du site des soins	
Appréciation des actions menées au niveau du site des soins	
Suggestions	

LEADERS RELIGIEUX

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement
Implications dans la mise en place des sites des soins communautaires	<ol style="list-style-type: none"> Racontez comment le site des soins a été érigé dans cette zone. <ul style="list-style-type: none"> Combien de temps après les discussions initiales que les sites des soins ont-elles commencé à fonctionner ? Trouvez-vous que ce temps est raisonnable ? Expliquez Quels étaient les rôles que vous avez joués pendant cette mise en place des sites ? Comment les sites ont été choisis ? – Croyez-vous que c'est le bon processus ? – pourquoi ? Décrivez les rôles que vous avez joué dans le démarrage des activités dans les sites - Quels sont les rôles que vous trouvez les plus importants ? – Pourquoi ? Et les rôles que vous jouez maintenant dans le fonctionnement ? - Quels sont les rôles que vous trouvez les plus importants ? – Pourquoi ?
Implications dans le fonctionnement du site	

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement
Appréciation des actions menées au niveau du site des soins	5. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir un site des soins dans ces villages ? – Pourquoi ? – Que trouvez-vous de différent avant et après l'ouverture des sites des soins ? 6. Comment appréciez-vous les actions menées au niveau du site des soins ? – Dans quels cas vous êtes les plus satisfaits des relais communautaires ? – Expliquez. – Dans quels cas vous êtes les moins satisfaits des relais communautaires ? – Expliquez.
Suggestions	7. Y a-t-il des points spécifiques que vous suggérez que les relais communautaires fassent différemment ? - en plus ? – en moins ? – Expliquez.

INFIRMIERS TITULAIRES

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement...
Implications dans la sélection des relais	1. Comment les relais ont-ils été choisis ? – Croyez-vous que c'est le bon processus ? – pourquoi ? – Comment étiez-vous impliqués dans le choix ? 2. Avez-vous participé aux formations des relais ? – Comment ?
Soutien des IT aux relais	3. Décrivez vos rôles auprès des Relais – Quels sont les rôles que vous trouvez les plus importants ? – Pourquoi ? – Quelle est la périodicité de votre rencontre avec les relais ? – Quelles sont les sujets que vous discutez avec les relais quand vous les voyez ? 4. Donnez des exemples concrets d'actions que vous avez faites pour soutenir les relais. C'était quoi ? – quand ? – quels en étaient les résultats ?
Rapportage et interactions avec les relais	5. Comment les relais vous font le rapportage des activités ? – Trouvez-vous qu'ils le font correctement ? – si oui, quel a été votre apport pour cela ? – si non, quels sont les problèmes ? – avez-vous des suggestions ? 6. Utilisez-vous les données provenant des Relais ? – Comment ? Donnez des exemples. 7. Trouvez-vous que votre interaction avec les relais est suffisante ? – Pourquoi ? – Pouvez-vous faire plus ? - Expliquez
Système de référence des cas sévères	8. Est-ce que vous recevez tous les malades référés par les relais à votre centre de santé ? Si non, quels sont les problèmes à votre avis ? Expliquez ?
Gestion des médicaments	9. Décrivez comment les relais reçoivent les médicaments qu'ils utilisent – d'où viennent les médicaments ? – Est-ce qu'ils les achètent ? Comment ça se passe ? Qui détermine le prix ? – Qui les procure ? 10. Avez-vous connu des ruptures de stock au niveau des sites ? – Si oui, combien de fois ? – C'était quand la dernière fois ? – Savez-vous quelles sont les causes ? – Expliquez. En cas de rupture qu'est ce qu'on fait au niveau des sites ? 11. D'après vous, est-ce que les relais ont des difficultés à gérer les médicaments ? – lesquelles ? – Avez-vous des suggestions ?
Appréciation des actions des relais	12. Trouvez-vous utile d'avoir un site des soins communautaires en plus de vos centres de santé ? – Expliquez. – Que trouvez-vous de différent avant et après l'ouverture des sites des soins ? 13. Comment appréciez-vous les actions menées au niveau des sites des soins ? – Dans quels cas vous êtes les plus satisfaits du travail des relais ? – Dans quels cas vous êtes les moins satisfaits du travail des relais ?

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement...
Soutien de la communauté aux relais	<p>14. Est-ce que vous connaissez des actions prises par le comité de gestion du site pour soutenir les sites des soins. Donnez des exemples ? –quels en étaient les résultats ?</p> <p>15. Est-ce qu'il y a des récompenses en argent ou en nature que la population ou le comité donnent aux relais ? – Trouvez-vous qu'ils méritent que la communauté contribue à les motiver ? – Expliquez.</p> <p>16. Trouvez-vous que le comité peut faire plus que ce qu'il fait actuellement ? – Expliquez.</p>
Suggestions	<p>17. Y a-t-il des points spécifiques que vous suggérez que les relais fassent différemment ? – Expliquez.</p>

MERES

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement...
Attitudes des ménages et prise de décision sur les recherches de soins	<p>1. Ces derniers temps, qui a eu des enfants malades ? – racontez ce qui s'est passé. Qu'avez-vous fait pour les soigner ? Est-ce que tout le monde dans le village fait pareil ? – Si non que font les autres personnes en général ?</p> <p>2. Quand l'enfant est malade, y-a-t-il des soins que vous donnez en premier lieu à domicile ? – lesquels et pour quelles maladies?</p> <p>– Si la maladie persiste ou s'aggrave à qui vous adressez-vous en premier lieu ?</p> <p>3. Quelles décisions prenez-vous seules en tant que mères en ce qui concerne les recherches de soins pour vos enfants quand ils sont malades ?</p> <p>– A partir de quel moment devez-vous prendre en compte la décision de votre mari/conjoint ?</p> <p>– Y-a-t-il déjà eu de divergences de points de vue entre vous et votre mari/conjoint sur les décisions à prendre ? – Donnez des exemples.</p>
Services offerts au niveau des sites	<p>4. Connaissez-vous le site des soins communautaire ?</p> <p>– Où se trouve le site des soins le plus proche d'ici ?</p> <p>– Qui sont les personnes qui y travaillent ? – Qu'est-ce qu'ils peuvent faire pour vos enfants ? – Expliquez</p> <p>– Qui vous a informé sur l'existence du site des soins et des services offerts ? – Quand ? – Comment ?</p> <p>5. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir un site des soins dans ce village ? – Pourquoi ?</p> <p>6. Quelles sont les heures d'ouverture du site des soins ?</p> <p>– Pour celles qui sont déjà allées chercher des soins dans les sites des soins, comment avez-vous fait pour trouver le relais communautaire ?</p> <p>7. Que trouvez-vous de différent avant et après l'ouverture du site des soins ?</p>
Appréciation des actions des relais	<p>8. Quand votre enfant a de la fièvre, est-ce que le relais utilise un test au niveau des sites des soins ? (POUR LA ZONE DE SANTE DE KIMPESE)</p> <p>– Trouvez-vous que c'est utile ? – expliquez pourquoi ?</p> <p>– Quand le test est négatif, et qu'on ne vous donne pas de médicament contre le paludisme, qu'est-ce que vous dites aux relais communautaires ? – Comment ils répondent ?</p> <p>9. Comment appréciez-vous les actions menées par les relais au niveau du site des soins ?</p> <p>– Pensez-vous que les relais communautaires sont suffisamment compétents pour prendre en charge vos enfants ? Expliquez.</p> <p>– Dans quels cas hésitez-vous à confier vos enfants au relais communautaire ?</p>

Thème à couvrir	Questions d'introduction et d'approfondissement...
Connaissance des mères déjà servies par les relais	<p>10. Quels sont les signes de danger qui vous amènent à chercher immédiatement des soins ? – auprès de qui allez-vous chercher ces soins ?</p> <p>11. Quand vous recevez les traitements de la part des relais communautaires, avez-vous des difficultés à les administrer une fois à domicile ? – si oui, quels genres de difficultés ? – si non, comment les relais font-ils pour vous aider ? - Décrivez.</p> <p>12. Quand il n'y a pas des médicaments dans le site que fait le relais ?</p>
Suggestions	<p>13. Y a-t-il des points spécifiques que vous suggérez que les relais communautaires fassent différemment ? – Des services en plus pour vous ou pour votre famille ? – Expliquez.</p>

RELAIS

Thème à couvrir	Questions principales et questions de suivi...
Activités menées	<p>1. Pouvez-vous décrire les activités que vous faites dans le cadre des sites de soins communautaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Combien d'enfants malades voyez-vous en moyenne – par jour, par mois ? – vous trouvez que c'est beaucoup ? C'est peu ? – Pourquoi ? – Comment vous organisez-vous pour accomplir à la fois vos devoirs familiaux et le travail de relais communautaire de site ? <p>2. Utilisez-vous ou avez-vous le test de diagnostic rapide pour décider si un enfant a le paludisme ?</p> <p>QUESTION RESERVEE A LA ZS KIMPESE</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trouvez-vous que c'est utile ? – expliquez pourquoi ? – Que faites-vous lorsque le test de diagnostic rapide (TDR) est négatif ? – Que pensent les mères de l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) ? – Quand le test est négatif, que disent les mères ? – Que répondez-vous ?
Formations de relai chargé de soins au site communautaire	<p>3. Avez-vous été formé en soins communautaires ? Si oui pendant combien des jours ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Quand est-ce que vous avez reçu cette formation ? <p>4. Quelle est votre opinion sur la qualité des formations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – A quel point le contenu vous a-t-il aidé dans l'accomplissement de votre travail tant que relais des sites de soins ? Expliquez. – Auriez-vous préféré des cours plus longs ? plus courts ? pourquoi ? <p>5. Quels aspects auriez-vous suggéré de changer dans la formation pour les rendre plus utiles et plus efficaces ?</p>
Suivi post formation	<p>6. Combien de suivis post formation avez-vous bénéficiés depuis votre formation ? – A quand remonte le dernier suivi post formation/ recyclage ?</p> <p>7. Quelles sont les remarques / feedbacks retenus lors du dernier suivi post formation ? – Avez-vous pu prendre en compte l'ensemble des remarques / feedbacks ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si oui, Pensez-vous que ces remarques / feedbacks vous ont aidé à améliorer votre travail de relai de site ? – Expliquez comment. – Si non, pourquoi ? – Quels étaient les points les plus difficiles ?

Thème à couvrir	Questions principales et questions de suivi...
Supervision	<p>8. Avez-vous reçues des visites de supervisions de la part de l'infirmier titulaire du centre de santé ou d'un autre superviseur dans votre site ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, combien de fois depuis la formation ? - Par qui ? - Combien de temps chaque fois ? - Quand avez-vous reçu la dernière supervision ? - Sur quoi portait la dernière supervision ? - Expliquez. <p>9. Comment appréciez-vous cette supervision ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - en quoi les supervisions vous ont-elles aidé dans l'accomplissement de votre travail ? Expliquez. - Quels sont les points que vous appréciez le plus dans les supervisions ? Expliquez. - Quels sont les points que vous appréciez le moins dans les supervisions ? Expliquez. <p>10. Quels aspects désirez-vous renforcer ou changer dans les supervisions pour les rendre plus utiles et plus efficaces ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fréquence ? - Expliquez. - La façon de mener les supervisions ? - Expliquez. - Le profil du superviseur ? - Expliquez. - Autres ?
Gestion des médicaments	<p>11. Décrivez comment vous recevez les médicaments - D'où viennent les médicaments ? - Est-ce que vous les achetez ? - Qui vous les procurent ?</p> <p>12. Avez-vous déjà connu des ruptures de stock des médicaments depuis que vous faites ce travail ? - Si oui, combien de fois ? - C'était quand la dernière fois ? - Savez-vous quelles sont les causes ? - Expliquez. Quand vous n'avez pas des médicaments qu'est-ce que vous faites ?</p> <p>12. Avez-vous déjà connu des ruptures de stock des fiches de prise en charge des enfants malades ? - Si oui, combien de fois ? - C'était quand la dernière fois ? - Et que faites-vous lorsque vous avez des ruptures de fiches ? - Expliquez.</p> <p>13. Connaissez-vous des difficultés à gérer les médicaments ? - lesquelles ? - Avez-vous des suggestions ?</p> <p>14. Quels sont les outils de travail que vous utilisez au site ? Comment vous recevez ces outils (balances, minuteurs, caisses à médicaments, RUMER, fiche de prise en charge, carnet de commande,...) ?</p> <p>15. Les membres du comité de gestion des sites (Cogesite) sont-ils impliqués dans la gestion des médicaments des sites ? Expliquez comment</p>
Système de rapportage	<p>16. Décrivez comment vous élaborez et envoyez vos rapports d'activités - quels outils vous utilisez ? - à qui vous envoyez les rapports ? - à quel rythme ? Qui vous aide ? - Comment ?</p> <p>17. Y-a-t-il des moments où vous ne pouvez pas envoyer les rapports ? Si oui, combien de fois ? C'était quand la dernière fois ?</p> <p>18. Quelles sont les causes ? - Expliquez. ?</p> <p>19. Recevez-vous des commentaires sur vos rapports de la part de vos superviseurs ? - Quels genres de commentaires ? - Est-ce que ce sont des commentaires utiles ? - Expliquez.</p> <p>20. Connaissez-vous des difficultés à élaborer et envoyer vos rapports d'activités ? - lesquelles ? - Avez-vous des suggestions ?</p>
Soutien de la communauté	<p>21. Comment la communauté soutient-elle vos activités ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il des personnes qui vous assistent pour faire les séances de mobilisation ? - Qui sont-elles ? Comment travaillent-elles avec vous ? - Est-ce que vos communautés vous donnent une certaine forme de motivation ? - Si oui, décrivez sous quelle forme et comment ? Si non, décrivez pourquoi ?

Thème à couvrir	Questions principales et questions de suivi...
Soutien des leaders communautaires, notables ou autorités locales	22. Comment les leaders communautaires, notables ou autorités locales soutiennent-ils vos activités ? <ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre opinion sur l'importance du soutien de vos leaders ? - Qu'attendez-vous de plus auprès des leaders ? – Expliquez.
Motivation	23. Vous êtes volontaire depuis un certain temps et vous le restez jusqu' à aujourd'hui. Quelles sont les raisons qui vous retiennent ? – Expliquez. 24. Connaissiez-vous des relais communautaires qui ont abandonné le travail ? <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, pourquoi certains de vos collègues ont-ils abandonné ? - Etes-vous aussi tenté d'abandonner ? – Expliquez. - Certains d'entre vous pensent-ils abandonner un jour ? – Ce serait pour quelles raisons ? 25. Avez-vous des suggestions qui vous rendraient plus motivés et plus intéressés à ce travail ? – lesquelles ? – Expliquez.

Conclusion

Y-a-t-il des questions que nous n'avons pas posés lors de cet entretien et qui vous semblent importantes ? – Lesquelles ? – SVP donnez-nous votre opinion.

RESUMER LES POINTS ESSENTIELS ICI --- Ai-je récapitulé vos pensées correctement ? - Y a-t-il quoi que ce soit que vous voudriez ajouter ou modifier ? Merci beaucoup de votre disponibilité. Les informations que vous nous avez fournies permettront d'améliorer le programme de Prise en Charge Communautaire, non seulement en RDC, mais également dans d'autres pays.

Annexe 5. Abstrait de l'étude sur la prise en charge communautaire du paludisme et l'utilisation des TDR

Faisabilité de l'utilisation d'artésunate-amodiaquine et du test de diagnostic rapide à domicile pour la prise en charge du paludisme : étude pilote dans la République Démocratique du Congo. John O. OTSHUDIEMA *, Philippe N. LUKANU **, Marie A. ONYAMBOKO *, Albert K. LUKUKA ***, Antoinette K. TSHEFU *.

* Kinshasa Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa. DRC.

** District sanitaire rural, Kimpese. Province du Bas-Congo. DRC.

*** Institut national de recherche biomédicale. DRC

Introduction : En République Démocratique du Congo, plus de 80% des cas de paludisme sont pris en charge dans une communauté où la microscopie est limitée. Par le biais de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), les agents de santé communautaires (ASC) ont mis en œuvre la prise en charge à domicile du paludisme simple en utilisant l'artésunate-amodiaquine (AS-AQ) pour les enfants de 6 à 59 mois, depuis 2005. Avant de passer à l'échelle, nous avons besoin de capitaliser cette expérience en étudiant aussi la faisabilité des TDR et l'utilisation de l'AS-AQ chez les patients âgés de plus de 5 ans.

Méthodes : Dix-huit sites des communautés isolées du district de Kimpese ont été sélectionnés. Trois agents de santé communautaires par site ont été formés pendant cinq jours sur le traitement présomptif pour les enfants de 6 à 59 mois et sur la base de TDR pour les patients de plus de cinq ans. Tous les patients ont été suivis par les ASC, supervisés mensuellement eux-mêmes par 15 superviseurs munis de listes de vérification. Des campagnes d'éducation étaient menées régulièrement. L'acceptabilité de la communauté a été évaluée par le biais de groupes de discussions et d'interviews.

Résultats : Un diagnostic et un traitement correct de respectivement 99,6% et 88% chez les patients de 6 à 59 mois (n=673) contre 99,8% et 96% chez les patients de plus de 5 ans (n=631). Un pourcentage de 62,8% d'enfants de moins de cinq ans ont été traités dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. Le TDR a été préparé correctement dans 93,5% des cas. Il y avait un taux élevé d'acceptation au niveau de la communauté et aucun événement indésirable grave n'a été reporté.

Discussion : Les résultats préliminaires ont montré que l'utilisation de l'AS-AQ et du TDR par les ASC est faisable et acceptable. Cette approche, par le biais de la PCIME, peut améliorer le contrôle du paludisme, en particulier dans les communautés endémiques isolées. La formation, les supervisions régulières et l'éducation communautaire sont primordiales. Les problèmes liés à la pérennisation du projet et au statut clairement défini des ASC sont toujours de grands défis.

Annexe 6. La liste des partenaires financiers et leurs domaines d'interventions respectifs

	Type d'appui	Provinces	ZS	Année de Formation
GTZ	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans la zone d'appui, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	BANDUNDU	Kenge	12/3/2005
UNICEF	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers, approvisionnement du pays en minuteurs et zinc.	EQUATEUR	Gemena	7/7/2007
			Gbadolite	7/7/2007
		KINSHASA	Mt Ngafula1	10/22/2006
			Mt Ngafula2	2/22/2006
			Binza Meteo	6/29/2006
			Selembao	6/29/2006
Makala	6/29/2006			
Health net international	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans la zone de santé d'appui.	KASAI OCC.	Bilomba	9/10/2006
IRC	Formation des sites, suivi post formation et supervision, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui, introduction LQAS, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	KASAI OCC.	Demba	1/7/2006
			Mutoto 1er Gr	1/26/2007
			Lukonga	1/26/2007
		KINSHASA	Kikimi	12/8/2008
			Kimbanseke	12/8/2008
		PROVINCE ORIENTALE	Biyela	12/8/2008
			Ubundu	6/30/2007
SUD KIVU	Kalehe	10/21/2006		
	Kabare	12/9/2007		
CRS	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	KASAI OR.	Bena Dibebe	4/17/2008
			Djalo	4/17/2008
			Tshumbe	4/17/2008
			Kalenda	6/5/2008
			Kanda Kanda	6/5/2008

	Type d'appui	Provinces	ZS	Année de Formation
OMS	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui, appui technique, logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	KASAI OR.	Vangakete 1er Gr.	9/18/2008
			Minga	9/18/2008
			Omendjadi 1er Gr.	9/18/2008
		PROVINCE ORIENTALE	Bunia ituri	6/25/2007
			Rwampara	6/25/2007
			Komanda	6/25/2007
			Nyakunde	6/25/2007
			Damas	6/25/2007
			Lita	6/25/2007
			nizi	6/25/2007
		SUD KIVU	Bambu	6/25/2007
			Kalonge 1er Gr.	6/1/2007
			Buniakiri 1er Gr.	6/1/2007
			Kaniola 1 er Gr.	6/1/2007
			Mubumbamu 1er Gr.	6/1/2007
			Mwana 1er Gr.	6/1/2007
			Fizi	6/1/2007
		CCISD/PARSS	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui	BANDUNDU
Tande Mbelo	6/27/2008			
Bandzow Moke	9/26/2008			
BOKORO	9/26/2008			
Bososbe	9/26/2008			
Inongo	9/26/2008			
Kiri	9/26/2008			
Mimia	9/26/2008			
Oshwe	9/26/2008			
Penzua	9/26/2008			
ECC/PMURR	Formation des sites.	MANIEMA	Kindu	6/23/2008
			Alunguli	6/23/2008
ESP/Fonds Global (Gobal Fund)/PNLP	Formation des sites, approvisionnements en médicaments et intrants dans les zones d'appui.	BAS-CONGO	Kimpese	9/24/2008

	Type d'appui	Provinces	ZS	Année de Formation
AXXES/USAID	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrant dans les zones d'appui, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	KASAI OCC.	Mutoto 2e Gr	6/5/2009
			Lubondaie	4/25/2009
			Bulape	4/18/2009
			Tshikaji	3/7/2009
		KASAI OR.	Vangakete 2e Gr.	9/18/2008
			Omendjadi 2e Gr.	9/18/2008
			Lodja	3/20/2009
			Pania mutombo	3/7/2009
			Bibanga	3/7/2009
			Lusambo	3/7/2009
		SUD KIVU	Kalonge 2e Gr.	3/24/2009
			Buniakiri 2e Gr.	3/24/2009
			Kaniola 2e Gr.	3/13/2009
			Mubumbamu 2e Gr.	5/8/2010
			Mwana 2e Gr.	6/11/2010
			Mwenga	5/13/2010
			Kamituga	7/21/2010
			Kitutu	7/26/2010
			Lemera	6/18/2010
			Nyangezi	5/26/2010
			Uvira	4/2/2009
			Nundu	4/2/2009
			Ruzizi	4/2/2009
			Kaziba	3/13/2009
		Idjwi	3/9/2009	
		KATANGA	Songa	4/10/2009
			Kabongo	4/9/2009
			Kitenge	3/31/2009
			Kikondja	3/13/2009
			Malemba Nkulu	3/13/2009
			Mulongo	3/20/2009
			Kayamba	5/6/2010
			Lwamba	5/7/2010
			Mukanga	5/10/2010
			Kanzenze	3/25/2009
			Lualaba	2/28/2009
Fungurume	3/25/2009			
Mutshatsha	4/7/2009			
Bunkeya	3/25/2009			
Dilala	4/2/2010			
Lubudi	4/18/2010			

	Type d'appui	Provinces	ZS	Année de Formation
ASF/PSI/CIDA	Formation des sites, approvisionnement en médicament et intrants dans les zones d'appui, appui logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	EQUATEUR	Ndage	9/12/2010
			Bokonzi	9/16/2010
			Bwamanda	8/8/2010
			Mawuya	10/7/2010
			Bolu	10/7/2010
			Tandala	8/8/2010
MSH/RPM+	Appui technique en gestion des médicaments au niveau des sites, appui logistique et financier dans l'organisation des sites, appui financier dans les formations et suivi post formations, appui technique, logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	EQUATEUR		Depuis le début, jusqu'à la fin du projet.
		KASAI OCC.		
		KASAI OR.		
		KINSHASA		
BASICS & MCHIP/USAID	Appui technique au Ministère et Partenaires : Elaboration des modules des formations, outils de gestion, outils de suivi et supervision, planification, formation des formateurs encadreurs et relais, suivi post formation, conception d'une application informatique pour la gestions des données, introduction de LQAS, introduction synergie avec le PF et CCC, appui technique, logistique et financier dans l'organisation des réunions et ateliers	Dans les 10 Provinces du pays depuis le début	Toutes les ZS	Depuis le début
13		10	94	

Annexe 7. Fiche de prises en charge des cas au niveau des sites

DATE _____ / _____ / _____ NOM DU RELAIS DE SITE _____
 ZONE DE SANTE DE _____ CENTRE DE SANTE DE _____ SITE DE _____

1. IDENTIFICATION

VERT ou **JAUNE** ou **ROUGE**

Noms _____ Nom de la mère _____ Adresse _____
 Sexe M / F Age _____ Poids _____ Statut nutritionnel de l'enfant _____

2. PLAINTES

(cocher NON ou OUI)	NON	OUI	Depuis combien de Jours	Traitement reçu à domicile
Fièvre				
Diarrhée				
Toux ou Rhume				
SPECIFIER pour les autres plaintes				

3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)

DEMANDER, RECHERCHER cocher	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	NON	OUI	Anémie ou pâleur palmaire	NON	OUI
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	NON	OUI	Respiration difficile avec tirage ou sifflement	NON	OUI
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	NON	OUI	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	NON	OUI
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	NON	OUI	L'enfant est souvent malade	NON	OUI
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	NON	OUI	L'enfant est très affaibli	NON	OUI
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	NON	OUI	L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	NON	OUI

4. FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) (Cocher) OUI NON

à REFERER si :		NON	OUI	
<ul style="list-style-type: none"> Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile <ul style="list-style-type: none"> avec Artésunate + Amodiaquine et Paracétamol, (ou SP + paracétamol en l'absence de Art + AQ) ou fièvre avec éruptions cutanées généralisées 		NON	OUI	FIEVRE à REFERER
FIEVRE à traiter au site	<ul style="list-style-type: none"> Tous les problèmes ci-haut sont absents 	NON	OUI	PALUDISME

5. DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) (Cocher) OUI NON

à REFERER si :		NON	OUI	
<ul style="list-style-type: none"> Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou Sang dans les selles, ou Diarrhée trop liquide (comme de l'eau) 		NON	OUI	DIARRHEE à REFERER
DIARRHEE à traiter au site	<ul style="list-style-type: none"> Tous les problèmes ci-haut sont absents 	NON	OUI	DIARRHEE simple

6. TOUX ou RHUME (Cocher) OUI NON

	Mvts respiratoires= Nbre par Minute (Ecrivez)	NON	OUI	
La RESPIRATION est RAPIDE	<ul style="list-style-type: none"> 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus 	NON	OUI	PNEUMONIE
La RESPIRATION est NORMALE	<ul style="list-style-type: none"> moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus 	NON	OUI	TOUX ou RHUME

7. MALNUTRITION (les points 7, 8, 9 sont à rechercher chez tout enfant)

MALNUTRITION SÉVÈRE à referrer		NON	OUI	
<ul style="list-style-type: none"> Amaigrissement visible et sévère, ou oedèmes aux membres inférieurs. 		NON	OUI	MALNUTRIT° Sévère
MALNUTRITION légère Ou enfant à risque	<ul style="list-style-type: none"> Poids faible pour l'âge : <ul style="list-style-type: none"> Dans la bande JAUNE, ou poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives 	NON	OUI	MALNUTRITION
PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> Poids normal (Zone VERTE), pas de signes de malnutrition 	NON	OUI	PAS de MALNUTRITION

8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE. (Cocher) OUI NON

	NON	OUI	Rattrapage	Non	Oui
<ul style="list-style-type: none"> L'enfant a-t'il un problème avec les pesées 	NON	OUI	Rattrapage	Non	Oui
<ul style="list-style-type: none"> L'enfant a-t'il un problème avec la vaccination 	NON	OUI	Rattrapage	Non	Oui
<ul style="list-style-type: none"> L'enfant a-t'il un problème avec la Vit A 	NON	OUI	Rattrapage	Non	Oui

9. AUTRE PROBLEME

TOUT AUTRE PROBLEME (à référer)

AUTRE : Référez

10. CAS REFERE CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CAS INTEGRE

Si l'enfant peut téter ou boire, continuer à téter en route (ou lait exprimé à la tasse) ou donner de l'eau sucrée si enfant sevré - NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois : le maintenir au chaud	SI FIEVRE : Paracétamol (½ Co à moins de 3 ans, ¾ Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.
	SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)
	NB : REMPLIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER

11. TRAITEMENT

<p>TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) ANTI PALUDIQUÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> Enf 2-6 mois : QUININE gtttes 20%(1 gttte/kg de poids, 3 fois par jour, pdt 7 jours) Enf 7-11 mois : Art ½ Co + AQ ½ Co, pdt 3 jrs (TOT 1½ Co Art + 1½ Co AQ) Enf 12-59 mois : Art 1 Co + AQ 1 Co, pdt 3 jrs <p>Remarque : en cas d'absence d'ART+AQ, donner la SP selon la posologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> Enf 2-11 mois : SP ½ Co à dose unique, 1 seul jour Enf. 1-2 ans : SP ¾ Co à dose unique, 1 seul jour. Enf. 3-5 ans : SP 1 Co à dose unique, 1 seul jour <p>b) Paracétamol Co 500 mg : (4 fois/jour).</p> <ul style="list-style-type: none"> Enf de moins de 3 an : ½ Co, pdt 2 jours (TOT 4 Co) Enf plus de 3 ans, ¾ Co, pdt 2 jours (TOT 6 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 1</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>	<p>TRAITEMENT DE LA DIARRHEE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) SRO (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ½ verre de SRO à chaque selle : Enfant < 2 ans 1 verre de SRO à chaque selle : Enf. 2 ans et plus (Si Vomissement : attendre 10 min. puis redonner) <p>b) Mébandazole : ou 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jours (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ½ Co 20 mg, enf de moins de 6 mois (TOT : 5 Co) 1 Co 20 mg, enf de 6 mois et plus (TOT : 10 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 2</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>
<p>TRAITEMENT DE Pneumonie et de Toux/rhume</p> <p>1) PNEUMONIE :</p> <p>a) COTRIMOXAZOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Enf 2 mois-6 mois : ¼ Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 2½) Enf 6 mois-3 ans : ½ Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 5 Co) Enf 3 ans -5 ans : 1 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 10 Co) <p>b) Remède contre la toux : Jus de citron (dilué) ou miel</p> <p>c) Si fièvre : Voir traitement de paludisme.</p> <p>2) TOUX OU RHUME SIMPLES :</p> <p>a) Remède contre la toux jus de citron ou miel dilué)</p> <p>b) Si fièvre : Voir traitement de paludisme.</p> <p>3) Conseils : Voir CARTE 3</p> <p>4) RDV après 2 jours</p>	<p>PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) Mébandazole : 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jrs (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>b) Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)</p> <p>2) Conseils : Voir CARTE 4</p> <p>3) RDV après 2 jours pour vérifier l'application des conseils donnés, puis RDV après 7 jours</p>

12. RATTRAPAGE (Voir Statut vaccinal & CPS & Vit A, et conseils pour rattrapage si nécessaire)

Dans tous les cas, encourager la mère à poursuivre les pesées, la vaccination et la supplémentation en Vit A au CS

13. VISITE DE SUIVI EFFECTUEE ? OUI NON INSTRUCTIONS POUR LE RDV DE SUIVI.

A.	POSSIBILITE n°1 : La mère de l'enfant est revenue		POSSIBILITE n°2 : La mère n'est pas revenue	<input type="checkbox"/>	OUI
	<p>Cocher si :</p> <ul style="list-style-type: none"> Revenue selon le RDV fixé <input type="checkbox"/> Revenue immédiatement suite à l'aggravation de la santé de l'enfant <input type="checkbox"/> 		<p>Cocher pourquoi elle n'est pas revenue :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Consultation de tradi-praticien ou traitement traditionnel <input type="checkbox"/> b. Manque d'argent <input type="checkbox"/> c. Enfant amélioré <input type="checkbox"/> d. Activités de mère : vendeuse, champs, travail, maladies en famille... <input type="checkbox"/> e. Décès <input type="checkbox"/> f. Autres causes : <input type="checkbox"/> 		
B.	L'ETAT DE L'ENFANT EST-IL AGGRAVE ? (Demander à la mère) (cocher)	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	SI OUI, REFERER	
C.	L'ENFANT A-T-IL UNE NOUVELLE PLAINTÉ ?	NON	<input type="checkbox"/> OUI	SI OUI, PRENDRE UNE NOUVELLE FICHE	
D.	RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER et d'ALERTE REFERER SI PRESENCE D'UN SEUL SIGNE				
	• L'enfant incapable de boire ou de têter	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Fièvre qui persiste malgré traitement	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
	• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
	• A convulsé ou convulse maintenant	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Signes de déshydratation	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
	• Inconscient ou très affaibli	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Sang dans les selles	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
	• Respiration difficile (tirage ou sifflement)	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
	• Pâleur palmaire (anémie)	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	• Ou autre phénomène anormal	NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI
E.	SI L'ENFANT AVAIT TOUX OU RHUME, Nbre de Mvts		Resp/minute Respiration rapide ? REFERER SI OUI	NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
F.	VERIFIER SI L'ENFANT A RECU SES MEDICAMENTS COMME PRESCRIT. A reçu sa dose ?			NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI
	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier la quantité restante des médicaments dans le sachet de la mère. 				
G.	CONSEILLER DE CONTINUER LE TRAITEMENT DE L'ENFANT				
	<ul style="list-style-type: none"> Demander à la mère de rappeler comment elle a administré les médicaments (revoir les «3 COMBIENS») Si la mère a bien administré les médicaments, FELICITER ET ENCOURAGER A CONTINUER Si la mère a mal administré les médicaments, démontrer la dispensation (revoir les «3 COMBIENS») puis demandez-lui de répéter et d'administrer une dose en votre présence. Vérifiez sa compréhension 				

Annexe 8. Tableau de bord de la PCC en RDC, de janvier à décembre 2006

ANNEE 1

PROVINCE	DISTRICTS	PARTENAIRE	KASAI OCC.				KINSHASA				KASAI OR.		EQUATEUR		SUD KIVU		TOTAL					
			BDD	Lulua	Tshi mbullu	Haut Lomami	Kasai	Lukunga	Funa	Muene Ditu	Mband	Sud Ub	Nord Ub	Katana	Malungu							
			GTZ	IRC	HEALTH Net	ECC	UNICEF et Rotary	CFS														
ZONE DE SANTE			Demba	Mutoto	Lukonga	Bilomba	Ndeke sha	Dibaya	Kabondo	Dian Bukama	Mt Ngafula2	Binza Meteo	Sele mbaio	Mt Ngafula1	Makala	Makota Kanda	Mba	Gem	Gbado	Kalehe	Kabare	
Prévisions et réalisations																						
-	Nbre Centres de Santé		15	22		14					14	11	18	16	14					10	15	149
-	Sites projetés		25	20		8					16	13	15		13							110
-	Sites ouverts		8	5		8					8	7	7		7							50
-	Relais projetés		44	40		16					32	20	30		26							208
-	Relais formés		14	10		16					15	14	14		14							97
-	Date formation		Dec 05	Jan 06		Sep 06					Fev 06	Juin 06	Juin 06		Juin 06							
-	Date ouverture sites		Déc. 05	Mars06		Sep-06					Mars 06	Sep 06	Sep 06		Sept 06							
Suivis post-formation																						
Janvier 2006																						
Février 2006			S1, 26																			
Mars 2006			-																			
Avril 2006			S2, 2																			
Mai 2006			-	S 1, 24							S1, 25											
Juin 2006			S3, 20	S2, 27																		
Juillet 2006				S3, 25							S3, 8											
Août 2006																						
Septembre 2006				S 4, 28							S 4, 22											

ANNEE 2

PROVINCE	BDD	KASAI OCC.						KINSHASA				KASAI OR.			EQUATEUR			SUD KIVU		TOTAL				
		Kwango	Lulua	Luiza	Tshi mbulu	Haut Lomami	Kasai	Lukunga	Funa	Muene Ditu	Mband	Sud Ub	Nord Ub	Katana	Walungu	Mba	Gem	Gbado	Kalehe		Kabare			
PARTENAIRE	GTZ	HEALTH Net						UNICEF et Rotary				CRS			Unicef			IRC						
ZONE DE SANTE	Kenge	Demba	Mutoto	Lukonga	Bilomba	Ndeke sha	Dibaya	Kabondo	Dian	Bukama	Mt Ngafula 2	Binza Meteo	Sele mbao	Mt Ngafula 1	Makala	Makota	Kanda	Mba	Gem	Gbado	Kalehe	Kabare		
Prévisions et réalisations																								
- Sites projetés	25	22	15	15	15	15	7	7	7	7	5	15	6	6	5	6	5	7	7	7	20	20	20	226
- Sites ouverts												7									14			21
- Relais projetés												30									32			62
- Relais formés										2		13									14			29
- Date formation										Oct 06		Oct 06									Oct 06			
- Date ouverture sites										Nov 06		Dec 06									Nov 06			
Suivis post-formations																								
Octobre 2006																								
Novembre 2006												S1, 22	S1, 21											
Décembre 2006										S5	S2, 2	S2, 2	S2, 2											
....																								

Annexe 9. Aperçu de la base de données informatique sur la PEC-c en RDC

Ecran d'accueil



Bienvenue dans l'Application de Gestion des Sites de Santé Communautaire de la République Démocratique du Congo

Entrez votre identifiant et votre Mot de Passe dans les champs ci-dessous

Nom d'utilisateur:

Mot de passe :

Choix des tâches

Que voulez-vous faire?

Requête de dépeillement

Veillez choisir l'entité pour laquelle vous souhaitez voir les résultats de dépeillement

Echantillon de résultat

RapSupMedic

Résultats sur la Disponibilité / Rupture de stock aux Sites

Veillez Spécifier la Période (date) de suivi:

1. Proportion des sites avec disponibilité des médicaments lors des visites de suivi

	Disponibilité (N=	Sites)
ACT		%
Quinine		%
Paracétamol		%
SRO		%
Zinc		%
Mébendazole		%
Cotrimoxazole		%
Fer		%

2. Proportion des sites avec disponibilité des Matériels lors des visites de suivi

	Disponibilité (N=	Sites)
Fiches de prise en charge		%
Balance fonctionnelle		%
Minuteur fonctionnel		%
Note de référence et de contre référence		%
Fiches de rapport mensuel		%
Emballage pour les médicaments		%

3. Proportion des sites avec rupture de stock de médicaments d'au moins 5 jours

	Rupture de stock (N=	Sites)
ACT		%
Quinine		%
Paracétamol		%
SRO		%
Zinc		%
Mébendazole		%
Cotrimoxazole		%
Fer		%

Annexe 10. L'équipe de la documentation et les acteurs-clés de la PEC-c en RDC

EQUIPE DE LA DOCUMENTATION :

RAHARISON Serge de MCHIP, CYAKA Yves de PSI, TALL Fatim de l'OMS, SWEDBERG Eric de Save the Children, MPANYA Alain et KABEYA Duda

LISTE DES ACTEURS CLES DE LA MISE EN ŒUVRE DES SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES EN RDC

Phase de conception, plaidoyer et decision

Dr MIAKA, Dr KANZA NSIMBA Maurice, Dr BAKUKULU Jean Tony, Dr Jean fidèle ILUNGA, Dr KABUYA Willy, Dr KINI Brigitte, Dr NGOIE Pascal, Dr MATSHIFI Denis, Dr MUBIALA Joachim, Dr Diana Van DAELE

Phase initiale/d'apprentissage

Dr MAKWENGE KAPU, Dr Daniel VERNA, Dr Célestin TRAORE, Dr Papy LUNTADILA, Dr DIANKENDA Flore, Dr Want ILUNGA, Dr NDELA Britou, Dr MIBULUKINI Benoit, Dr NGOIE MUTAMBAY Bernard, Dr MPETI Emmanuel, Dr MUKINDA Valentin, Dr MAYAKASA Charles, Dr SWELE Micheline, Dr BELEWETE Elias, Mme ZIKUDIEKA Lucie, Dr BITIKA Alain, Dr MOLINDA Pélagie, Mme Brigitte NSAKA, Dr Francis LITONGU, Mr TSHITSHI, Mr MUELA, Mr EMPELE, Mr BUKASA Gabriel, Dr Freddy (Kenge), Mr DOSITE, Mr FENELON TSHIYOYO, Dr PETELO, Mr KANZA Jonathan, Mr MONGABA Blaise, Dr MUKENDI Didier.

Phase d'extension/Passage a echelle

Dr KALUME TUTU, Dr Albert KALONJI, Prof Dr TSHEFU Antoinette, Dr OTSHUDIEMA John, Dr LUKANU Philippe, Dr JD NLANDU, Dr NGOY MUKUTA Bernard, Dr NSIALA Adrien, Dr MBO Marie-Louise, Dr MONGANZA Claudine, Mme WEMBODINGA Chantal, Dr Deddy NTUMBAK, Dr Charles KAZADI, Dr Nelson BAMBWELO, Dr TSHAMALA Freddy, Dr BITIKA Alain, Dr SUMBA Jean Pierre, Dr Gisèle KALEND, Dr MOLOWAYI Willy, Mr MUKADI Jeanpy, Dr BOLANTEYI Leopold, Dr KALEND Gisèle, Dr MUAMBA Josué, Dr TSHAMALA Freddy, Mme YUMA, Mme TSHALA Béatrice, Dr LUBUKU Polycarpe, Dr TONDA André, Dr EMBEKE Narcisse, Mr KAHONGO Derek, Dr BATUBENGA Crispin, Dr MANDJA, Dr BOLA Jean-Claude, Dr BURHOLE Manu, Mr MPURUTA.

Appui Technique

WANSI Emmanuel

