

République Démocratique du Congo
Eglise du Christ au Congo
Projet SANRU III

Rapport du Colloque National SANRU III

Thème :
« Rebâtissons les Soins de Santé Primaires en RDC »

Equipe de rédaction

Sous la supervision administrative de SANRU III représenté par Dr Félix MINUKU et Dr Casimir MANZENGO, la coordination pédagogique pour la finalisation du rapport a été assurée par :

- Mr. Raoul KAMANDA : Chef de Division de Coordination des IEC et Participation Communautaire au PNCPS / Ministère de la Santé
- Mr. Puis MBWESS/ CCAS-CNONGD
- Dr. KANZA NSIMBA/ PLMD
- Dr. BWALUTI NIANGI/ PNSR
- AG. NGANDU KATALA/ DDSSP
- Dr. Laurent KAPESA/ FOMETRO
- Dr. Jules MPOKAM/ Secrétariat Général à la Santé
- Mlle Fifi LUTETE/ SANRU III
- Mr. Valéry MATOTO/ SCRIPT & PAO - Maison La MANNE.

TABLE DES MATIERES

Introduction

I. Termes de références du Colloque

II. Déroulement du Colloque

- Les orientations générales et pédagogiques
- Les communications essentielles

III. Les faits saillants

IV. Recommandations

V. Conclusion

VI. Annexes

INTRODUCTION

Du 18 au 22 août 2003 s'est tenu au Centre Catholique Nganda de Kinshasa, le Colloque National organisé par le Projet SANRU III, sur le thème « **Rebâtissons les SSP en RDC** ».

Les expériences de SANRU I et II ont démontré que les conférences annuelles organisées par le passé étaient porteuses d'enseignements pour la réalisation de ces projets, ce qui a motivé SANRU III de réfléchir sur les SSP.

Il convient de situer dans ce cadre la tenue du Colloque National SANRU III, qui a planché sur le thème « **Rebâtissons les Soins de Santé Primaires en République Démocratique du Congo** ».

Cette réflexion intervient à une période délicate où la RDC sort d'une crise multiforme qui l'a placée dans une situation d'urgence avec la rupture de la coopération structurelle, les différentes guerres et rebellions qui ont détruit le tissu socio-économique du pays, voir même tout le système sanitaire national. On assiste à présent à une mortalité infantile de 127 sur 1000 (¹), une mortalité maternelle de 1837 sur 100.000 naissances vivantes. Les résultats du MICS I en 1995, les états de lieux du secteur de santé en 1998 et MICS II en 2001 ont montré que la situation sanitaire des populations congolaises est en dessous de normes indiquées pour l'OMS.

En outre, cette crise a accentué l'état de morbi-mortalité due aux facteurs suivants :

- pandémie du VIH/SIDA ;
- maladies à potentiel épidémique et d'autres états de santé;
- recrudescence des maladies jadis éradiquées et réémergence d'autres maladies ;

¹ Etat de lieux RDC/ OMS 1998

- degré de pauvreté des populations ;
- non participation des communautés aux soins de santé primaires.

En effet, la République Démocratique du Congo sur décision du Comité Central en 1981, a adopté les SSP comme une stratégie de base pour le développement du secteur de la santé, cheval de bataille actuelle du ministère de la Santé.

Par ailleurs, les SSP qui, vers les années 1980-1990, ont connu un grand essor, subissent une dégradation assez prononcée et méritent d'être réhabilités et rebâtis.

Ainsi, le Colloque a posé la problématique de réhabilitation des SSP sur un fondement communautaire, une gestion améliorée, un leadership dynamique et l'intégration des interventions qui sont les sous thèmes qui sous-tendent le thème général évoqué ci-haut.

Ce colloque a connu la participation des différents délégués venus des Ministères, des Agences de coopération bilatérale et multilatérale, des ONG nationales et internationales, des Délégués du secteur privé, des Confessions religieuses et d'Experts internationaux des divers horizons.

Nous voulons clarifier ici que SANRU III, contrairement à ce que certains pensent, n'est pas une institution, mais plutôt le nom d'un projet des Soins de Santé Primaires qui apporte un appui global et structurel à 57 zones de santé pour une durée de cinq ans (2002-2006).

C'est un projet de l'Eglise du Christ au Congo « ECC » en partenariat avec l'IMA (Interchurch Medical Assistance) et financé par le Gouvernement américain à travers son Agence de développement international l'USAID.

I. LES TERMES DES REFERENCES

1. But du colloque SANRU III

Réfléchir sur la reconstruction des SSP avec les différents partenaires et acteurs du système national de santé en RDC.

2. Objectifs

- Présenter la situation actuelle des SSP dans les différents axes d'interventions ;
- Echanger les expériences concrètes vécues sur terrain dans la mise en œuvre des stratégies des SSP ;
- Réfléchir sur les voies et moyens de rebâtir les SSP en RDC;
- Adopter les stratégies d'action pour la reconstruction des SSP ;
- Formuler des recommandations pour la reconstruction des SSP en RDC.

3. Contenu du Colloque SANRU III

Le Colloque SANRU III avait comme thème central « Rebâtissons les SSP » avec quatre axes thématiques ci-après :

- Rebâtissons les SSP avec un fondement communautaire ;
- Rebâtissons les SSP avec une gestion améliorée ;
- Rebâtissons les SSP avec un leadership dynamique ;
- Rebâtissons les SSP avec un mécanisme d'intégration efficace et coordonnée.

4. Méthodologie d'animation du Colloque

L'approche méthodologique adoptée pour ce colloque consistait à organiser les exposés en plénière et en panel.

En plénière, il s'agissait de présenter les communications essentielles des intervenants, édictant les grandes orientations de la réflexion sous forme des exposés.

En panel, il s'agissait de la poursuite des travaux où les participants échangeaient sur des questions spécifiques à base des expériences réalisées sur terrain.

Une synthèse pour tous ces travaux tant en plénière qu'en panel, était faite à l'intention de tous les participants par l'équipe des rapporteurs chaque jour en début des travaux.

5. Organisation du Colloque

La gestion du Colloque était assurée par les membres du Comité de gestion SANRU III pour des questions générales et spécifiques, secondés par une équipe pédagogique composée des rapporteurs et des modérateurs plus celle de logistique et reporteurs.

N.B. : Exposition

Tout au long des assises, les partenaires professionnels de santé ont exposé dans des stands érigés pour la circonstance leurs différentes réalisations en matière de SSP.

II. DEROULEMENT DU COLLOQUE



Mgr. MARINI BODHO, Président National de l'ECC et Président du Sénat



Dr. Jean YAGISITOLO, Ministre de la Santé



Mr. MIAKA mia BILENGE, Secrétaire général du Ministère de la Santé



Entretien Ministre de la santé et le Gouverneur de la Ville Province De Kinshasa avant la cérémonie de clôture.



Dr. Léon NGOMA KINTAUDI, Directeur du projet SANRU III



Mr. Tony GAMBINO, Représentant de l'USAID en RDC



Mr. Pascal MUNKATU, Coordonnateur administratif et financier
Au projet SANRU III



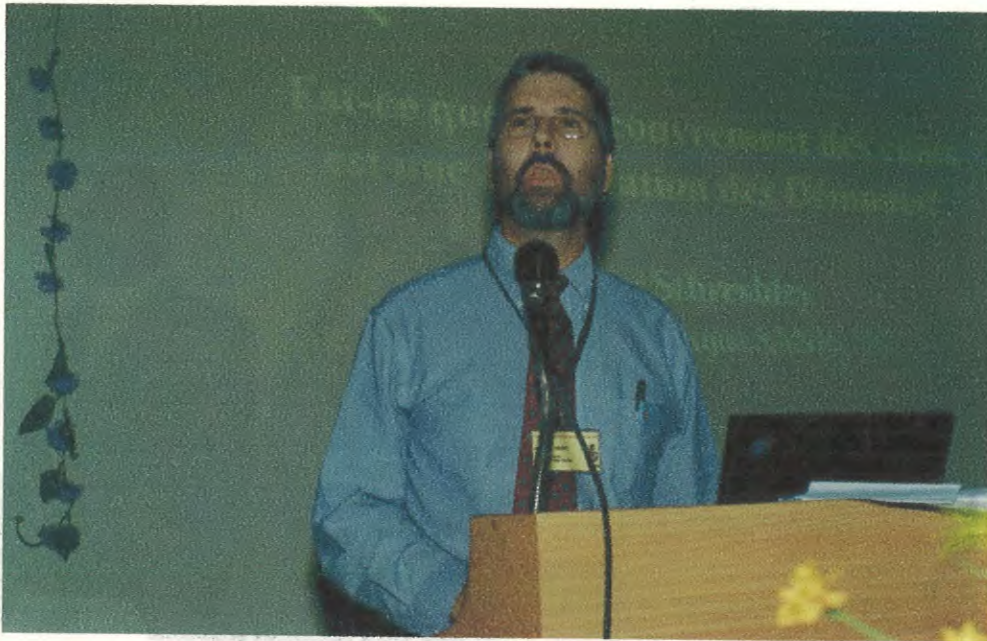
Les membres du Comité de gestion du projet SANRU III :
- Dr. Felix MINUKU, Coordonnateur technique - Mr. Pascal MUNKATU,
Coordonnateur administratif et financier - Dr. Bil CLEMER, représentant
IMA - Dr. Léon NGOMA KINTAUDI, Directeur



De g à dr. : Dr. Léon NGOMA KINTAUDI, Directeur du projet SANRU III, Mgr. MARINI BHODO , Président de l'ECC et du Sénat, Dr. Jean YAGISITOLO, Ministre de la Santé



Dr. Bil CLEMER, Représentant IMA au projet SANRU III



Mr. LARRY, Conseiller au projet SANRU III



Dr. Frank BEAR, Conseiller principal au projet SANRU III



Dr. Maurice KING et Sam FERHSEN d'Afrique du Sud



De g. à dr. : Prof. André MASIALA ma-solo, Conseiller à la Présidence de la Rép. et Membre du Comité de gestion de l'ECC et Mme Rév. Pasteur NZEBA, Présidente du Mouvement des Femmes Protestantes de la RDC et Membre du Comité de gestion de l'ECC



En avant plan : Dr. CISSE MOHAMED, représentant du département santé à l'UNICEF en RDC, Dr. KALAMBAY, représentant de l'OMS aux Iles Comores et ancien Directeur du projet SANRU I, Dr. Jacques WANGATA, expert en santé publique à la Direction d'Etudes et Planification au Ministère de la Santé, Coordonnateur du projet PMURR/SANTE



De g. à dr. : Dr. Frank BAER, Conseiller principal au projet SANRU III et ancien manager des projets SANRU I et II, Prof. KIDINDA, Gouverneur de la province de Bandundu, Dr. GAYE, Délégué de l'OMS en RDC.

Le déroulement du Colloque a connu trois temps forts qui sont : le cérémonial officiel, Les communications essentielles en plénière et en panel et des faits saillants intervenus tout au long des travaux.

a) Le cérémonial officiel

- Mot du Directeur de SANRU III ;
- Mot de circonstance de Son Excellence Mgr MARINI BODHO, Président National de l'ECC et du Sénat de la transition ;
- Discours du Directeur de l'USAID ;
- Mot d'ouverture et de clôture du Colloque par son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé.

➤ **Du mot du Directeur de SANRU III**

Par Dr Léon NGOMA KINTAUDI

Après la brève prière d'action de grâce, le Directeur de SANRU III a d'emblée souhaité la bienvenue aux invités et à tous les participants au Colloque. Il a remercié IMA, le Gouvernement américain par le biais de l'USAID, l'ECC ainsi que le Gouvernement de la République Démocratique du Congo à travers le Ministère de la santé pour leurs divers appuis qui ont rendu possible la tenue du présent Colloque.

Le Directeur de SANRU III demandera aux participants, pour conclure son mot de circonstance, d'observer une minute de silence en mémoire de Mr NLABA NSONA, premier Directeur de SANRU I et un des pionniers des SSP en RDC, décédé.

➤ **Du mot de circonstance de Son Excellence Mgr MARINI BODHO, Président National de l'ECC et du Sénat de la transition**

Prenant la parole à son tour, son Excellence a attiré l'attention des participants sur le choix du thème principal du Colloque qui n'est pas un fait de hasard. Il a comparé la reconstruction du mur de Jérusalem par les enfants d'Israël en captivité à l'époque (Néhémie 2 :17) à la situation sanitaire actuelle de la RDC dont on doit rebâtir les SSP.

➤ **Du discours du Directeur de l'USAID**

Mr Tony GAMBINO

Le Directeur de l'USAID a rappelé que la RDC est un partenaire privilégié pour le Gouvernement américain, qui finance chaque année les différents projets à concurrence de 100.000.000 \$US. Il a relevé que le projet SANRU est le plus grand projet financé par l'USAID dans le secteur de la santé en RDC.

➤ **De l'allocution d'ouverture et du clôture de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé**

Dr Jean YAGISITOLO

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé a, à son tour, remercié les participants et les partenaires impliqués dans le secteur de la santé. Il a relevé que le partenariat est un atout majeur de la réussite des SSP. La coordination et l'évaluation annuelle sont les fonctions de management qui doivent guider toutes nos actions et toutes nos activités. Il a enfin émis le vœu de voir pareilles rencontres s'organiser dans l'arrière pays.

Orientations pédagogiques du Colloque

Par le Dr Félix MINUKU, Coordonnateur Technique de SANRU III

Annonçant le Colloque, le Coordonnateur technique de SANRU III a commencé par présenter les invités et les participants au Colloque, le Comité de gestion de SANRU III, les partenaires, l'équipe pédagogique et technique du Colloque. Cette présentation sera suivie des grandes orientations du Colloque relatives :

- aux informations générales sur le déroulement du Colloque ;
- aux buts, objectifs et résultats attendus du Colloque ;
- à la pédagogie d'animation du Colloque.

Le contenu de ce thème et ces sous-thèmes devront, dira-t-il permettre aux participants d'avoir une vision claire du futur des SSP en RDC, à savoir :

- l'évolution des SSP en RDC ;

- la nécessité de la réforme sanitaire face aux grandes mutations ;
- la contrainte majeure de l'expansion démographique au développement ;
- les différentes approches d'appui aux zones de santé dans le contexte actuel ;
- quelques expériences de terrain ;
- les approches et mécanismes d'engagement communautaire.

Communications des membres du Comité du Projet SANRU III

Après ces grandes lignes d'orientation pédagogiques, le Coordonnateur Technique a fait présenter SANRU III par les différents membres de l'équipe dirigeante. Tour à tour, ceux-ci ont chacun présenter SANRU au regard de la fonction et de son domaine privilégié.

Thème : Origine et partenaires de SANRU

Par le Dr Frank BAER

- *Les origines* : étymologie et évolution à travers les différentes appellations du Projet SANRU ou santé rurale;
- *Les partenaires* : présentation des initiateurs et des bailleurs financiers du projet, à savoir : IMA et ECC comme initiateurs et USAID en tant que bailleur financier ;
- *Présentation de IMA et ECC comme deux églises partenaires* :
 - IMA une agence parapluie de douze églises protestantes américaines, chargées de la coordination des activités suivantes :
 - approvisionnement en médicaments ;
 - réponses aux urgences médicales : Yumbi et Goma
 - contrôle des maladies endémiques ;
 - gestion des projets : SANRU III.
 - ECC : Eglise Protestante au Congo, composée de :
 - 60 communautés membres ;
 - 80 hôpitaux et 60 centres de santé ;
 - cogestionnaires de 50 zones de santé ;
 - gestionnaires des projets : SANRU III.

Thème : Pourquoi les zones de santé continuent-elles à survivre ?

Par Dr Léon KINTAUDI, Directeur de SANRU III

Quatre raisons justifient cette assertion :

- 1) Le concept zone de santé est basée sur les soins de santé primaires tel que conçus à Alma ATA (1978) avec un paquet minimum d'activités (PMA) intégrées ;
- 2) Les zones de santé sont des entités décentralisées. Elles étaient géographiquement délimitées par un processus participatif au niveau local avec une planification et gestion décentralisée ;
- 3) La zone de santé fonctionne sur base de la co-gestion, 50% de celles-ci sont co-gérées avec les ONG et les églises. Les infrastructures des églises et ONG ont beaucoup contribué à la survie des zones de santé ;
- 4) L'autonomie de gestion : les appuis reçus par les zones de santé sont gérés de manière autonome. Pour preuve, il a présenté le résultat de l'évaluation SANRU II (août 1991) :
 - SANRU a réussi avec beaucoup de succès dans la promotion des SSP en RDC ;
 - Le concept de la ZS est une fondation solide pour le développement futur du système sanitaire du Congo ;
 - En gardant ce concept viable, SANRU peut offrir au Congo un modèle du système sanitaire qui est soutenable, effectif et efficace.

Thème : Rebâtissons les SSP malgré les crises journalières

Par Mr William BILL CLEMER

Il existe plusieurs types des crises auxquelles on devrait faire face :

- 1) Conflits et guerres ;
- 2) Calamités naturelles.

La RDC, ajoutera-t-il, connaît plusieurs crises :

- Les épidémies (choléra, maladies recrudescents)

- La pauvreté de notre population (la malnutrition, l'enclavement de nos institutions, la détérioration de nos routes et de nos infrastructures, ...)

A ce sujet, il a relevé que le Projet SANRU III avait pour mission de rebâtir les SSP en RDC en dépit des obstacles et des crises actuels.

Mr. William a démontré que malgré les crises que connaît la RDC, l'expérience de certaines zones de santé appuyées par SANRU III en situation de conflit (2001 à 2003) est prometteuse.

Cette réussite est due aux attitudes suivantes :

1. ne pas mettre nos partenaires en danger ;
2. écouter et respecter leurs avis et leurs recommandations sur terrain ;
3. donner des réponses appropriées à chacune des situations courantes, observées ou rencontrées ;
4. accorder secours au staff ainsi qu'aux malades ;
5. être flexible dans l'assistance ;
6. réévaluer à chaque fois la situation.

Au-delà de ces attitudes, il a dégagé que les stratégies d'action à adopter peuvent être résumées en :

1. évaluation et premier contact ;
2. réponse aux besoins cités par les autorités locales ;
3. livraison du matériel de vaccination ;
4. livraison des médicaments essentiels ;
5. organisation des équipes sanitaires traitants ;
6. établissement des centres de santé provisionnels ;
7. construction des centres de santé permanents ;
8. maîtrise des problèmes prioritaires ;
9. appui global renforcé.

Thème : Rebâtissons les SSP avec un fondement communautaire

Par le Dr Félix MINUKU, Coordonnateur Technique de SANRU III

Son exposé était orienté vers les axes ci-après :

1) Conception de l'appui global résumé en ces termes :

- une clé pour l'assistance aux ZS (post-crise)
- l'appui à tous les éléments de la ZS
- couvrir toute la population avec PMA
- un contenu basé sur l'appui à la supervision, les médicaments, la formation, l'équipement, la réhabilitation, les interventions des SSP partant de l'aire de santé jusqu'à l'hôpital général de référence. L'orateur a soulevé quelques préoccupations sur l'appui global :
 - l'appui global a une ZS suscite des inquiétudes si les ressources humaines ne sont pas prises en charge efficacement par l'Etat (durabilité des actions) ;
 - la place de l'HGR doit être redéfinie (besoins hypertrophique) ;
 - comment concilier l'appui aux ZS avec les impératifs de suivi du niveau central et intermédiaire (programme, MIP, MID) ;
 - agencement entre l'appui global et la résurgence des endémies et des épidémies.

2) Les acteurs de l'appui global

- Ministère de la Santé : coordonner les partenaires
- Partenaires fournir des appuis
- Zone de santé : planification et gestion locale
- La communauté : participation à la gestion, à l'utilisation et l'appropriation des services.

3) Rebâtir les SSP avec un fondement communautaire, basé sur:

- RC : Relais communautaire
- CAC : Cellule d'animation communautaire
- CODESA : Comité de Développement de l'aire de Santé
- PCIME communautaire/ Nutrition à assise communautaire
- Relais communautaire
- Soins communautaires, stratégies avancées de CPS, SURVEPI, accoucheuses traditionnelles

- Contributions en nature, aménagement des sources
- Recherches et paiements des soins par l'épargne sanitaire et mutuelle de santé
- Communication et participation communautaire.

L'orateur va conclure en stigmatisant l'importance de l'appui global qui permet :

- une prise en charge globale des problèmes
- la complémentarité des interventions et des acteurs
- la coordination de cette complémentarité, clé du succès et d'une garantie efficiente
- l'importance de l'engagement et de la responsabilité communautaire dans le développement des SSP.

Thème : **Financement communautaire et recouvrement des coûts**

Par Mr Larry STHRESHLEY

Il a abordé son intervention sur la question, en partant du constat selon lequel historiquement une grande portion des Soins de Santé en RDC a été financée au moyen du recouvrement des coûts. Vers le milieu des années 80, le paiement de la population locale représentait environ 80% du financement de la santé dans ce pays.

L'orateur a distingué trois phases dans le système de financement des Zones de santé à savoir :

	Phase 1 Crise aiguë	Phase 2 Endémique après la crise	Phase 3 Développement
Index de la vulnérabilité	5	3-4	1-2
Stratégie	Aide humanitaire	Transitionnel	Revitalisation
Structure du paiement	Service gratuit	Partage du coût limite	Recouvrement des coûts
Partenaires	Agences humanitaires	Humanitaire et développement	Projet de développement

Ainsi donc, le niveau de l'autofinancement des dépenses d'exploitation au Congo se présente comme suit :

	1986	Aujourd'hui
Centre de santé	95%	70%
Bureau de la zone de santé	39%	Environ 25%
Hôpitaux	79%	65%

Il a ensuite procédé à l'analyse des facteurs responsables de la hausse des coûts des soins qui sont :

- la charge du personnel qui représente 50 à 60% de l'ensemble des coûts des structures de santé. Ces institutions présentent une pléthore de personnel qui dépasse les normes de l'OMS de 30 à 100% ;
- les médicaments représentent jusque à 40% des coûts. Mais une bonne partie de ces médicaments est perdue suite au gaspillage dû à la mauvaise gestion et à une prescription inappropriée ;
- la plupart de maladies traitées au niveau des structures sanitaires peuvent en effet être évitées au moyen de mesures appropriées de santé publique ;
- les obstacles à l'utilisation efficace des médicaments.

En conclusion, pour SANRU, le recouvrement des coûts n'est pas une exploitation des démunis, il est plutôt un moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité du système.

Thème : Rebâtissons les SSP avec un leadership dynamique

Par l'Administrateur Pascal MUNKATU

Après avoir défini le profil d'un leader, l'orateur a précisé que l'exercice du leadership doit s'appliquer à tous les niveaux du système de santé à savoir :

- Ministère de la santé
- Organisations non gouvernementales
- Partenaires du secteur santé
- Equipes des zones de santé
- Communauté

A titre indicatif, le leadership du Ministère de la santé fut remarquable au :

- Colloque 1975 : première formulation d'une politique sanitaire orientée vers une approche communautaire en RDC ;
- Plan d'action 1982-1986 : orientations sur une stratégie nationale des SSP basée sur le concept zones de santé et l'objectif de créer 300 zones de santé.

Quant aux ONG, leur leadership s'exerce au travers de leurs interventions en terme de croissance de nombre des ZS cogérées et présentées selon les évolutions ci-après :

Année	Nombre ZS fonctionnelles	Co-gestion ZS avec ONG	
		Nbre	%
1981	8	6	75%
1982	41	32	78%
1983	64	44	69%
1984	87	61	70%
1985	112	74	66%
1987	220	130	59%
1990	179	117	65%
2000	100	60	60
2003	Données non connues	non connu	non connu

Le Projet SANRU a exercé son rôle de leader à travers :

- l'appui global en nombre important des ZS ;
- le développement de la stratégie PCIME communautaire ;
- le développement de la composante hygiène de PCIME-C ;
- la formation des coordonnateurs en eau/assainissement ;
- la contribution à la création du site web du Ministère de la santé ;
- le développement des logiciels pour la gestion financière ;
- la cartographie des ZS et système GIS ;

- CAC au niveau communautaire par la mise à jour de l'approche :
 - CACA
 - RC
 - CODESA
 - PCIME communautaire et des relais communautaires
 - Développement intégrée avec des autres secteurs.

Au niveau de la zone de santé par le soutien de :

- Planification et budgétisation
- Conseil d'administration de la ZS
- Conseil de gestion du BCZS
- Formation et supervision
- Gestion transparente des ressources.

En conclusion, pour l'intervenant « Rebâtir les SSP en RDC se repos sur les piliers suivants :

- un fondement communautaire
- une gestion améliorée
- un leadership dynamique
- intégration coordonnée et efficace.

Thème : Activités du Projet SANRU III

Par Dr Félix MINUKU

L'intervenant a exposé sur :

- la carte postale SANRU III
- expérience de SANRU III deux ans après
- évolution des indicateurs de 2001 au 1^{er} trimestre 2003.

1. La carte postale SANRU III

Le projet SANRU III appuie 63 zones :

- Bandundu : 15 zones de santé
- Equateur : 10 zones de santé
- Kasai-Oriental : 3 zones de santé
- Kasai-Occidental : 4 zones de santé

- Katanga : 4 zones de santé
- Nord-Kivu : 5 zones de santé
- Sud-Kivu : 3 zones de santé
- Province orientale : 7 zones de santé
- Bas-Congo : 12 zones de santé.

Objectif général

Renforcer les capacités des 63 zones de santé cogérées par l'Etat et les Organisations non gouvernementales afin de leur permettre d'assurer à la population des interventions prioritaires dans le domaine des soins de santé primaires pour réduire la forte mortalité et morbidité en République Démocratique du Congo.

Objectifs spécifiques

L'appui SANRU III vise à :

- rendre fonctionnel les bureaux centraux des zones de santé ;
- augmenter la couverture des interventions curatives, préventives et promotionnelles dans les aires de santé ;
- assurer la participation communautaire à la gestion des services et programmes.

Dans le passé, SANRU a accompagné le processus de la mise en œuvre et consolidation des activités des soins de santé primaires en République Démocratique du Congo.

De 1981-1991 : SANRU I et II comme projet bilatéral d'appui à 100 zones de santé (1 zone de santé type).

Stratégies

Le Projet SANRU III s'appuie sur l'approche intégrée et conforme au paquet minimum défini par le Ministère de la Santé et aux priorités identifiées à Nairobi (2001).

Ainsi, ce paquet s'adresse à la survie et croissance de l'enfant, vaccination, soins prénatals, natals et postnatals, planning familial, les problèmes prioritaires : malaria, nutrition, IST-

SIDA, eau et assainissement/hygiène, les maladies réémergentes (tuberculose, trypanosomiase, onchocercose).

Structures appuyées

- Bureau central de la zone de santé
- Centre de santé
- Hôpital général de référence
- Institut technique médical
- Bureau de district médical/Inspection médicale (Conseil d'administration, redéfinition des zones de santé, supervisions)
- Centrale d'achat.

Domaine d'intervention

- appui au fonctionnement des bureaux centraux des zones de santé (subsidés, équipement, supervision, réhabilitation)
- formation
- lutte contre les maladies
- microprojet
- recherche
- médicaments
- communication pour le changement de comportement
- planning familial
- système d'information
- supervision épidémiologique ;
- participation communautaire.

Coût par zone

- 100-120.000\$/an Zone A (avec SANRU III comme seul intervenant)
- 40.000\$/en Zone B (20, présence d'un partenaire).

N.B. : 18 autres zones de santé sont prévues dans le cadre du programme multisectoriel d'urgence de réhabilitation et reconstruction à partir de décembre 2002.

Contact : www.sanru.net ce site web comprend les informations passées et courantes sur le Projet SANRU ;
www.sanru.net ce site web offre la possibilité de s'informer sur la situation de chacune de 306 zones de santé de la République Démocratique du Congo ⁽²⁾ ;
www.interchurch.org celui-ci est le site web officiel de Interchurch Medical Assistance (IMA).

LES COMMUNICATIONS ESSENTIELLES

(plénière et panel)

1. Thème : Evolution et historique des soins de santé primaires en RDC

Par le Dr MIATUDILA MALONGA

L'intervenant a d'abord relever les motivations qui ont conduit à l'organisation des soins de santé en RDC avant l'indépendance.

Pour lui, cinq motivations sont à la base :

- pêcher les âmes et apporter la lumière de l'Evangile dans un continent plongé dans la barbarie (Luc 10:9 ; Mat.24:14) ;
- fournir un appui aux membres des expéditions chargées d'apporter le lumière du capitalisme et de la civilisation au Congo ;
- assurer un bon niveau de stabilité et de productivité des travailleurs indigènes et autres ;
- gagner sa vie par la pratique de l'art de guérir ;
- rehausser le niveau sanitaire des frères humains vivants au Congo.

Ensuite, dans son évolution historique, le système sanitaire de notre pays a été développé par les intervenants ci-après :

1. Sociétés sans but lucratif (avant 1908, de 1924 à 1960)

- Croix-rouge du Congo
- Congrégation des Pères Blancs, Compagnie de Jésus, CCIM, Sœurs de Gand et autres congrégations catholiques masculines et féminines ;
- Livingtone Inland Mission (LIM) et ses successeurs dont AFBMS, BMS et autres missions protestantes ;
- FOMULAC, CEMUBAC, FULREAC, GANDA-CONGO
- Aide aux dispensaires indigènes de la Province Orientale (ADIPO) ;

- Fondation TABACONGO pour l'amélioration du bien-être indigène et autres fondations des sociétés privées à but lucratif ;
- CARITAS, secours international
- Catholic Relief Services
- OXFAM
- Fonds Médical Tropical
- Fondation Père Damien
- Etc, ...

2. Pour les sociétés d'Etat

- Service Médical de l'Etat indépendant du Congo (1888-1908) ;
- Service Médical du Ministère Belge des Colonies (1908-1960) ;
- Fonds de la reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes (FOREAMI, 1937-1960) ;
- Fonds du Bien-être Indigène (1947-1960) ;
- Œuvre de la Reine Astrid pour la Mère et l'Enfant indigènes (ORAMEI, 1955-1960) ;
- Ministère de la Santé
- Etc, ...

3. Pour les sociétés à but lucratif

- Société des Chemins de fer de Matadi à Léopoldville ;
- Office des Transports du Congo
- Union Minière du Haut Katanga (UMHK) ;
- Société des Chemins de fer du Bas-Congo au Katanga ;
- Société de Chemins de fer du Congo Supérieur aux Grands lacs (CFL) ;
- Usine textile de Léopoldville ;
- Etc, ...

Les différents intervenants ont eu chacun les motivations personnelles pour organiser les soins de santé :

- refus de plusieurs missionnaires de collaborer avec le Diable (entendu comme le pouvoir et les sociétés à but lucratif)
- méfiance du pouvoir public à l'égard des missions religieuses
- guerres de religion, notamment entre les chrétiens catholiques et les chrétiens protestants
- traitement discriminatoire des missions « étrangères » par les autorités coloniales
- etc, ...

Et ces efforts d'engagement étaient entrepris à tout moment, depuis l'ancienne époque :

- 1888 : le Roi Léopold II signe un décret qui permet aux associations religieuses d'obtenir un statut intéressant
- 1894 : le Roi Léopold II signe le décret du 24 juillet 1894 portant sur l'Art de guérir
- 1906 : le 26 mai, l'Etat indépendant du Congo signe une convention de coopération avec le Vatican
- 1908 : l'Etat étend les faveurs de la Convention du 26 mai 1906 à toutes les entreprises qui tendent à faire apprécier les avantages de la civilisation aux indigènes
- 1916 : l'Etat met des crédits à la disposition des missionnaires qui, au terme d'une formation à l'Ecole de Médecine tropicale de Léopoldville, acceptent, de contribuer à la lutte contre la trypanosomiase et la variole
- 1920 : l'Etat envoie une lettre circulaire à toutes les ASBL à caractère confessionnel (pour solliciter leur participation à la lutte contre la trypanosomiase et d'autres grandes endémies)
- 1921 : l'Etat crée le programme d'assistance médicale aux indigènes à titre bénévole (AMIB) et le charge d'apporter un appui financier aux actions médicales menées par les organisations non gouvernementales
- 1931 : lancement par le FOREAMI, de la stratégie des sous-secteurs sanitaires (SSS) dans le Bas-Congo

- 1952 : amendement, le 19 mars 1952, du décret du 24 juillet 1894 sur l'Art de guérir
- 1974 : adoption sous le leadership du Professeur Ngwete, du concept du centre de bien-être communautaire (CEBEC)
- 1974-1985) : lancement des Zones de santé à Vanga, Kisantu, Kasongo, Bwamanda sur un modèle révisé des SSS de FOREAMI
- 1985 : délimitation des 306 Zones de santé du Congo
- 1987 : adoption de la Charte de Mbanza-Ngungu
- 1999 à ce jour : réformes sanitaires.

Il y a lieu de noter aussi que le système de santé du Congo a connu plusieurs réformes tout au long de son histoire, dont :

- Les réformes sanitaires du Congo (ère des pionniers, avant 1908)
- Les réformes sanitaires au Congo entre 1908 et 1914
- Les réformes sanitaires au Congo (entre 1915 et 1924)
- Les réformes sanitaires au Congo (entre 1940 et 1954)
- Les réformes sanitaires au Congo (entre 1955 et 1959)
- Les réformes sanitaires au Congo (entre 1960 et 1964)

Enfin, le bilan sanitaire du Congo peut être résumé en ce terme :

- établissement des équipes médicales mobiles chargées d'appuyer les corps expéditionnaires (Dr Arnold Maes ; Dr Dutrieux ; Van Den Heuvel ; etc.)
- création des premiers établissements médicaux (hôpitaux de Boma, de Léopoldville, de Kinkanda, Office vaccinogène de Goma, Laboratoire de recherche de Léopoldville, Ecole Médicale Tropicale, Services Médicaux de sociétés, Services médicaux des missions religieuses, etc.)
- création du corps médical du Congo (par le décret du 22 août 1888)
- adoption des premières mesures d'hygiène (arrêté du 7 décembre 1887) portant sur police sanitaire, ordonnance du 22 août 1888 portant sur le dépistage des porteurs de germes, ordonnance du 24 juillet 1894 portant sur l'Art de guérir, affectation du Dr E. Etienne au contrôle sanitaire de Banana)

- 1908 : mortalité très élevée (du fait, notamment de la trypanosomiase, du paludisme, de la variole, des dysenteries, des infections respiratoires aiguës, des travaux forcés, des accouchements et des opérations de conquêtes et de « pacification »)
- 1960 : recul très net de la mortalité et de la morbidité au Congo
- 2000 : remontée de la mortalité (du fait de la recrudescence de certaines maladies traditionnelles, de l'émergence de nouvelles maladies et de la guerre).

En conclusion, notre passé, c'est notre fondation et sur cette fondation se situe notre présent et se construit notre futur. Bâtissons de façon à ce que demain soit meilleur qu'hier.

2. Thème : Pièges démographiques au Congo

Par le Professeur Maurice King

Le Professeur Maurice King a introduit son exposé par la préoccupation que devrait avoir le gouvernement, celle de demander aux agences de l'ONU :

*« Ce qu'est le piège démographique »
« Pouvez-vous nous conseiller »*

Avec humour, il a défendu qu'une communauté est démographiquement piégée si elle dépasse :

- la capacité de charge de son écosystème local, trop de monde à nourrir par rapport à la terre disponible ;
- son pouvoir de migration : nulle place pour aller ;
- les capacités de son système économique local à produire suffisamment des produits d'exportation de façon à pouvoir imposer ses besoins essentiels, surtout la nourriture.

Le résultat du piège démographique dira-t-il est :

- la pauvreté plus grave
- le rabougrisme (stunting)
- la famine

- la violence
- la dégradation de l'environnement
- la non maîtrise du système de protection sociale et sanitaire.

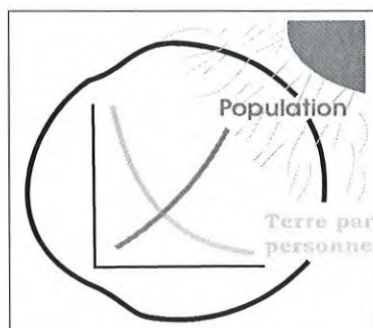
Toute communauté est également piégée si l'augmentation de sa population ne se rallie pas avec les disponibilités de son état.

Démonstration graphique de cette situation

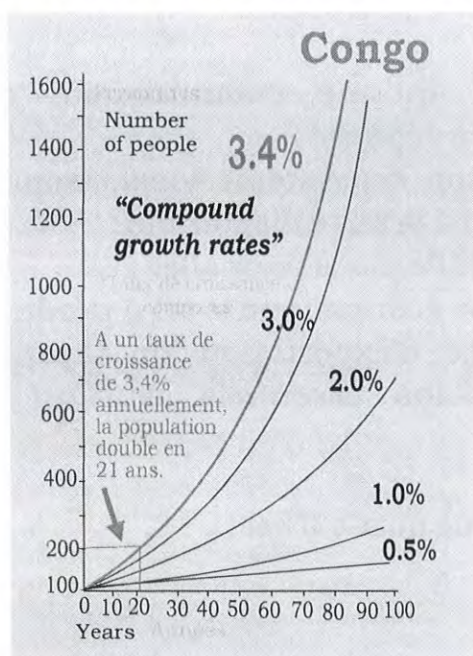
Une famille crée beaucoup d'autres familles dans la mesure où la population augmente, la parcelle de terre diminue par personne.

Il y a 40 ans que j'ai tracé un diagramme qui montre l'effet de divers taux d'augmentation annuelle sur la croissance de la population. Il commence par 100 personnes et vous montre ce qui se produira les années suivantes.

Notez le grand écart produit par seulement 1% sur une période de 50 ans.



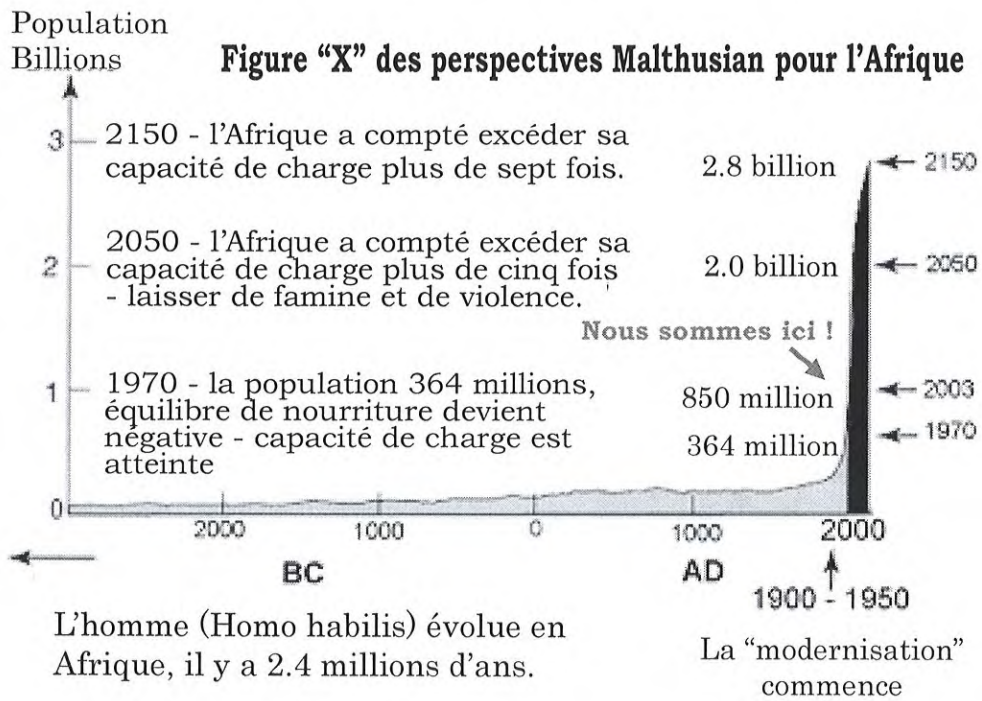
Où est le Congo dans ce diagramme ?



La population au Congo augmente encore plus rapidement que n'importe laquelle de ces lignes que j'ai tracées, 3.4% par année doublera dans 21 ans. Si vous divisez le taux de croissance en 70, vous avez le temps doublant.

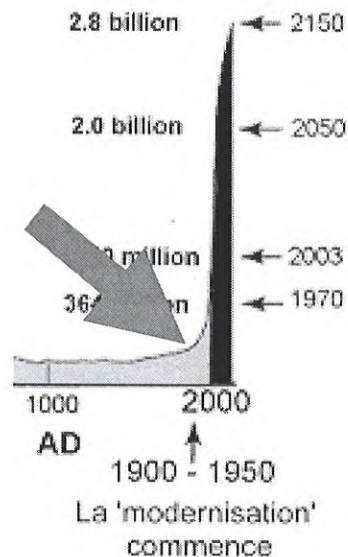
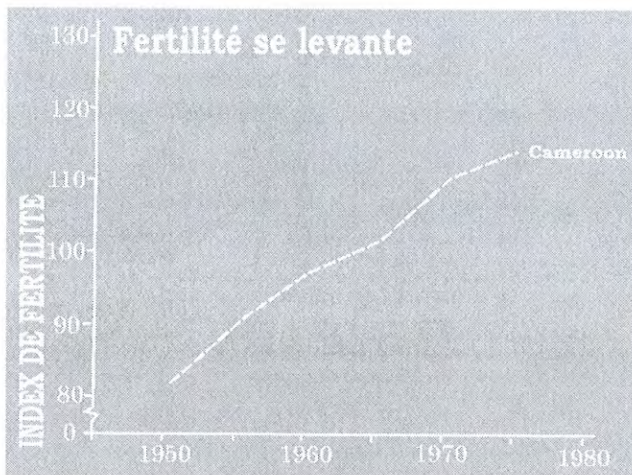
Par exemple un taux de croissance de 1% provoque la multiplication par deux de la population en 70 ans.

L'orateur a poursuivi en se posant la question de savoir si l'Afrique n'est pas démographique piégée?

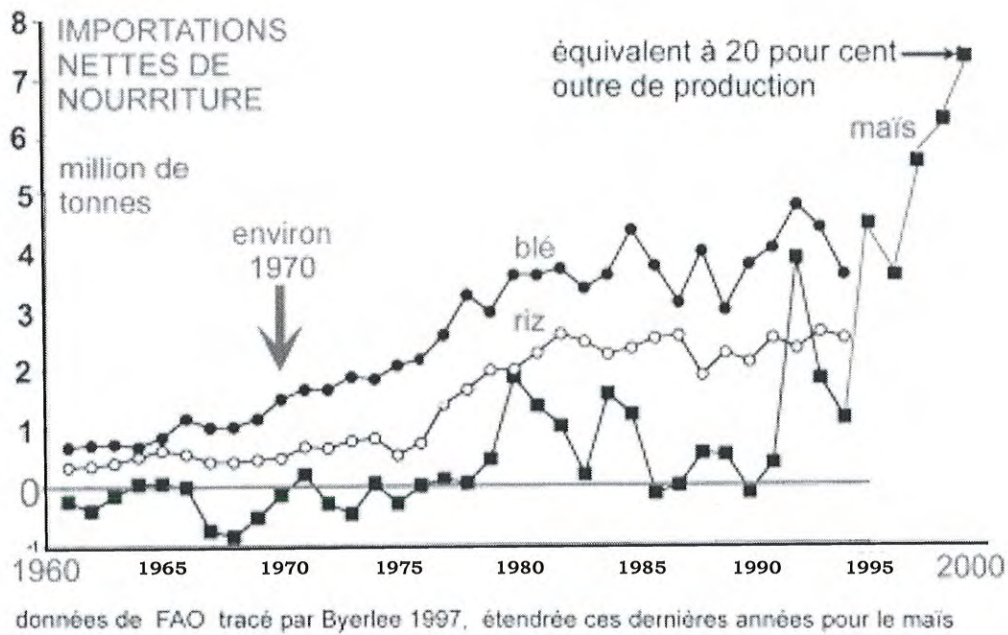


Qu'arrive-t-il maintenant ?

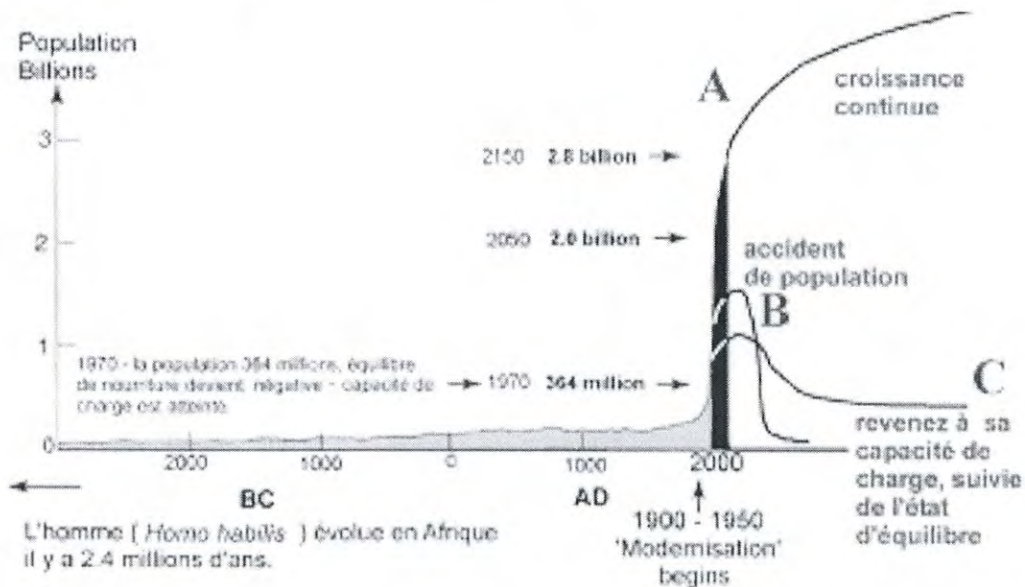
- la mortalité est tombée
- la fertilité a augmenté



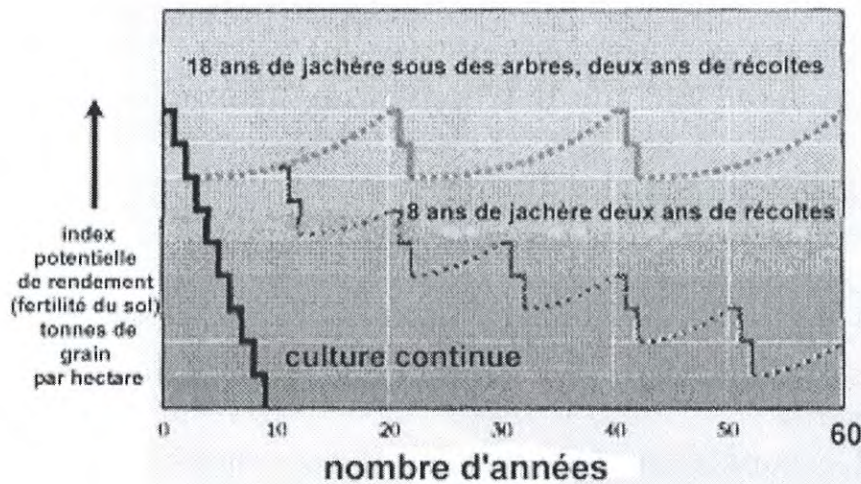
L'Afrique est tombée dans l'équilibre négatif de nourriture



Quel futur de population pour l'Afrique ?

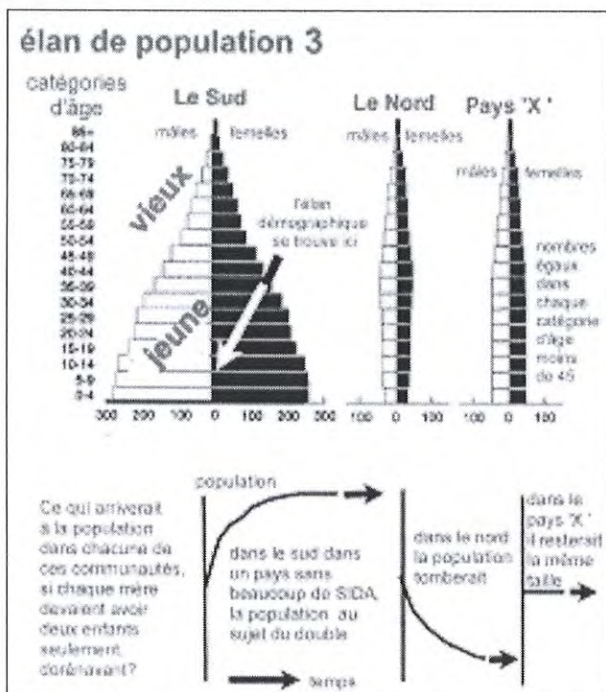


Productivité de sol sous de diverses méthodes FAO



Qu'arrive-t-il maintenant ?

Il arrive le rabougrisme, la famine, la violence et le piège démographique. Une communauté est également piégée parce que sa population augmente. Il faut s'attendre à cet état malheureux bientôt en RDC.



Le tiers des pays africains, la RDC incluse, la fertilité n'a même pas commencé à tomber.

La première condition pour la dépiégeisation est d'augmenter la pratique de planification au moins à 80%.

La RDC doit devenir aussi la République Démographique du Congo. Lever le tabou sur les pièges démographiques.

3. Thème : La réforme sanitaire en RDC

Par le Dr MIAKA mia BILENGE, Secrétaire Général à la santé

Introduisant son exposé, l'intervenant a fixé l'opinion sur les attributions et objectifs du Ministère de la santé.

1. Les attributs globales du Ministère de la Santé

- La conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays
- L'organisation de la prestation des services de santé
- L'organisation de la production des ressources pour la santé
- L'organisation du système de financement des services de santé
- L'organisation de l'administration générale du système de santé.

2. Objectif du Ministère de la santé

Promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté.

3. Raison de la réforme sanitaire

- Défaillance et inefficacité du système de santé actuel avec comme conséquences visibles:
 - Réémergence des anciennes endémies
 - Ecllosion facile et propagation des maladies à potentiel épidémique.
 - Taux élevé de morbidité et de mortalité
 - Besoins sanitaires essentiels non couverts pour une grande partie de la RDC.
 - Vétusté des infrastructures et équipements.
 - Normes non adaptées, non connues et non appliquées.
 - Budget insuffisant (13% en 1958 et 1,6% en 1990 et < 1% actuellement).

- Fuite du personnel médical et paramédical vers l'extérieur

Contexte général de réforme dans le pays en vue de la reconstruction.

- Plan d'action minimum du gouvernement comprenant la réforme sanitaire.
- Disponibilité d'un financement du PNUD pour accompagner la réforme.

Le but final étant la mise en place des bases solides de développement sanitaire et de lutte contre la pauvreté.

Quant aux objectifs de la réforme, il y a lieu de retenir :

a) Objectif général

Mise en place des bases solides du développement sanitaire durable en RDC en vue de la lutte contre la pauvreté.

b) Objectifs spécifiques

- Elaborer une politique sanitaire nationale rationnelle.
- Adapter le système de santé en fonction des réalités et des priorités
- Mettre en place des mécanismes adéquats de gestion et déterminer les normes
- Elaborer un plan directeur cohérent.

4. Résultats attendus

1. Le profil sanitaire de la RDC est connu
2. La loi cadre régissant la production des soins est promulguée
3. La politique sanitaire nationale est définie
4. Le plan directeur est disponible

5. Stratégies

Démarches

- Travaux des experts en groupes par sous-secteurs.
- Validations des travaux des experts: 17 documents.
- Enquêtes ménages & profils zones de santé.

- Elaboration 4 documents de base.
- Ateliers en provinces.
- Amendements 4 documents.
- Elaboration des normes: 4 tomes.
- Révision SNIS: canevas, instructions et modules de formation.
- Sensibilisation du public sur la reforme.
- Tenue des états généraux de la santé.

6. Structures et organisation

- Projet d'appui au développement des services de santé, assistance préparatoire zai/97/004/a/01/14.
- Comité de pilotage.
- Comité technique d'études.
- Comité technique des politiques.
- Comité technique du SNIS
- Commission des normes .
- Comité technique du consensus national.

7. Opportunités

1. 1987 : Élaboration de la Charte de Mbanza-Ngungu en sur la collaboration intrasectorielle pour la Santé.
2. 1987 : Revue du secteur par la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement BAD en 1989
3. 1992 : Tenue de la conférence Nationale Souveraine (CNS) et ses recommandations.
4. 1995 : Programme d'action pour le développement du Système National d'Information Sanitaire.
5. 1995 : Dépôt au Parlement d'une Proposition de Loi instituant et fixant le statut juridique de la Zone de Santé.
6. 1996 : Elaboration du Code Congolais de la Santé annoté par GTDS.
7. 1996 : Elaboration de la Politique Pharmaceutique Nationale.
8. 1997 : Elaboration des priorités de développement.
9. Réformes sanitaires dans la Région d'Afrique initiées par l'OMS.
10. Volonté politique des nouveaux dirigeants.

11. Analyse et recommandation de la conférence nationale souveraine

- Consensus politique sur une République démocratique, décentralisée et à économie sociale de marché
- Confirmation du développement sanitaire tel que défini depuis la Charte Africaine de Développement sanitaire en 1981 et Initiative de Bamako en 87
- Identification et analyse des problèmes concernant la politique et le système de Santé après la revue du secteur par la Banque Mondiale en 1987 et la Banque Africaine de Développement BAD en 1989
- Nécessité affirmée de tenir des Etats-Généraux de la Santé. Comme Débat intersectoriel et multidisciplinaire.

8. Résultats obtenus

- Recueil de tous les textes législatifs et réglementaires régissant la Santé depuis 1960 et avant ;
- Etat des lieux de la santé établi en 1998 suivi de MICS 2 ;
- Tenue des états généraux de la santé du 13 au 18 déc 1999;
- 17 politiques sous-sectorielles définies ;
- Loi-cadre votée mais non encore promulguée: elle est soumise à la seconde lecture au parlement ;
- Politique nationale de la santé, plan directeur de développement sanitaire , politique pharmaceutique nationale adoptés par le conseil des ministres du 21 février 2001 ;
- Cadre organique provisoire mis en place par arrêté du ministre de la fonction publique en mars 2003 ;
- 13 directions centrales et 52 services et programmes spécialisés créés pour le développement des différentes politiques sous-sectorielles ;
- Organisation du partenariat pour la mobilisation des ressources (vade-mecum du partenariat élaboré) ;
- Définition des appuis globaux et des coûts unitaires indicatifs moyens ;

- Normes de la santé établies ;
- Document pour le SNIS révisé et diffusé ;
- Elaboration de la cartographie du pays pour certaines patho-logies (onchocercose, trypanosomiase, paludisme, choléra, ...);
- Révision de la carte sanitaire de 7 Provinces ;
- Elaboration des plans provinciaux en collaboration avec la Territoriale et les différents partenaires ;
- Mobilisation des ressources pour les urgences et catastrophes;
- Mobilisation des ressources pour la réalisation du PDDS;
 - *Financement du PEV de routine par le GAVI et autres partenaires;*
 - *Plaidoyer pour le financement au fonds mondial pour la lutte contre le VIH/ SIDA, la Tuberculose et le Paludisme;*
 - *Intensification de la lutte contre la lèpre ;*
 - *Financement des médicaments antituberculeux par le GDF: gratuité de prise en charge des tuberculeux;*
 - *Renforcement du programme de formation dans les ITM;*
 - *Financement des trypanocides pour cinq ans par Aventis via l'OMS;*
- Elaboration des stratégies standardisées de lutte contre les diverses maladies;
- Mise en œuvre d'un système de surveillance intégrée des épidémies;
- Mise en place d'un centre de documentation ;
- Mise à la disposition du public d'un site web pour l'information pertinente ;
- Mise en place des mécanismes de concertation avec les différents partenaires de la santé;
- Développement d'une stratégie de réadaptation à base commu-nautaire ;
- Développement d'une stratégie de réhabilitation nutritionnelle à base communautaire ;
- En négociation \$: MAP (100 Mios) et GFATM (167mios), BAD (60 Mios).

9. Moyens et actions

- Promulguer de la loi cadre sur la santé;
- Promulguer des textes de la réforme sanitaire: Politique, PDDS, PPN et Cadre organique;
- Mettre en place du personnel selon les données du nouveau cadre organique;
- Former le personnel sur la gestion des soins de santé primaires et corollaires;
- Poursuivre la négociation pour les ressources financières supplémentaires pour l'appui au développement de trois niveaux de la pyramide sanitaire auprès de : BAD, Manque mondiale, bi et multilatérales ;
- Parachever la cartographie des ZS ;
- Obtenir le Décret de création du fonds de promotion de la santé;
- Multiplier les différents documents du Ministère;
- Diffuser et vulgariser ces documents;
- Gérer le site web du Ministère;
- Connecter tous les services du Ministère (du central à la base) à L'Internet à partir de la connexion autonome au satellite ;
- Continuer la réforme sanitaire: réforme hospitalière, hygiène du milieu et des frontières (Q.I)... ;
- Mettre en œuvre le système d'approvisionnement en médica-ments ;
- Intensifier la surveillance épidémiologique intégrée ;
- Réaliser les JNV rougeole pour les Provinces non couvertes l'année passée ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre.

10. Autres actions

a) Atténuer les effets de la guerre:

- Réhabiliter les infrastructures endommagées (bâtiments-équipements-médicaments) ;
- Prendre en charge les traumatisés de guerre, civil et militaires;

- Assurer un minimum aux populations sinistrées: (Alimentation-Abris-Habillement-Eau potable et santé mentale).
- b) Continuer la mise en œuvre de la réforme sanitaire
 - Appui aux programmes spécialisés: Santé de la Reproduction, Mutuelles, Santé Mentale, Mob. Sociale, ...
 - Intensification de la lutte contre les grandes endémies : Oncho, Trypano...
 - Intensification de la lutte contre le VIH-SIDA, TBC et Paludisme.

4. Thème : Stratégies d'appui aux zones de santé

Par le Dr MAKAMBA, Directeur de la DEP

Le Docteur a circonscrit d'abord la politique de santé comme une manière de garantir par les soins de santé primaires à tout habitant de la ZS un état de bien être complet (physique, social et mental) quelle que soit son appartenance sociale, géographique ou de genre.

La politique nationale de santé est :

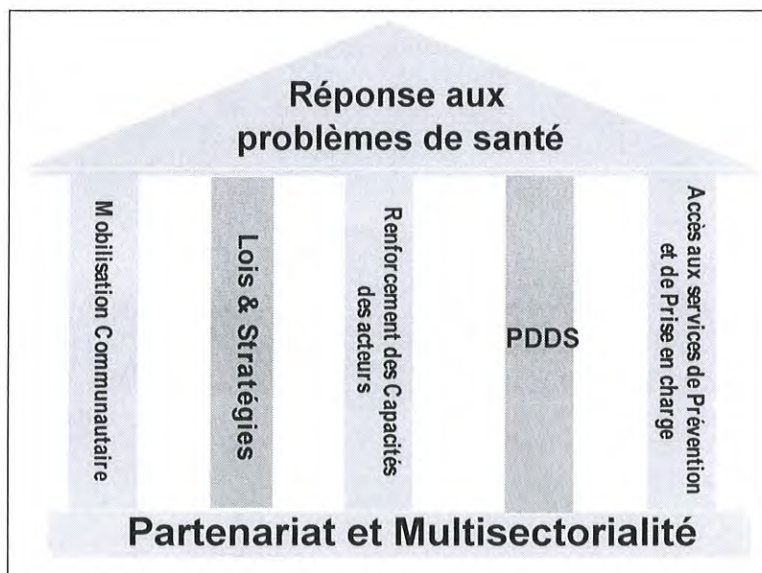
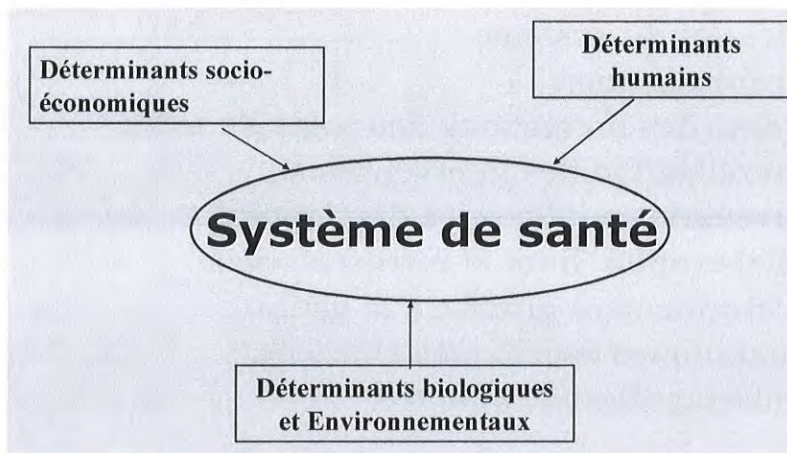
- La réaffirmation de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme option fondamentale de la politique nationale de santé ;
- La réaffirmation de la zone de santé réalisant un paquet minimum d'activités comme unité opérationnelle ;

Pour ce faire, les principes directeurs de la reconstruction sont :

- Rendre accessibles les soins de santé de qualité à chaque citoyen quelle que soit son appartenance ;
- Développer un système de santé solide quelle que soit la situation ;
- Respecter les principes directeurs des soins de santé primaires ;

- Favoriser le partenariat public privé;
- Respecter les règles de bonne gouvernance politique, économique et sociale ;
- Développer les axes stratégiques prioritaires du Gouvernement ;
- Choisir une porte d'entrée pour le développement de toutes les interventions prioritaires ensuite. Par ex. Le PEV a servi à la formation des cadres des ZS et servi de modèle d'intégration des vaccinations dans les activités des ZS.

L'orateur a ensuite développé les stratégies d'appui aux zones de santé en se servant du schéma suivant :



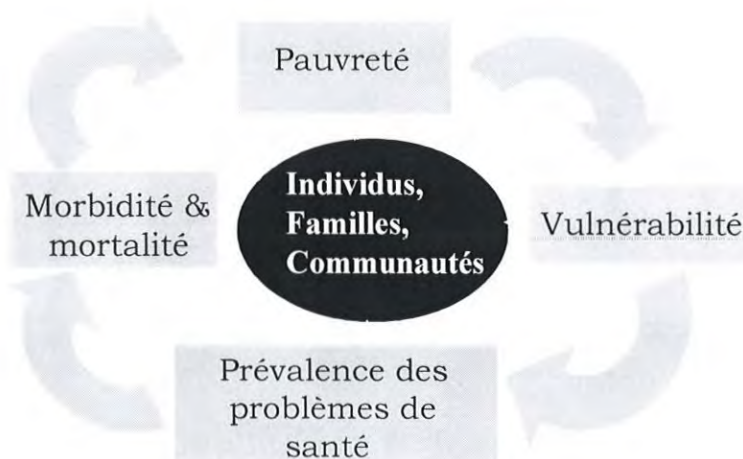
Le système de santé tel que présenté par l'orateur :

- Système national à trois niveaux: stratégique, d'appui et opérationnel;
- Système à trois composantes;
- Système à trois types des soins: préventif, curatif et promotionnel;
- Système à trois dimensions humaines: physique, mental et socio-économique;
- Système à trois types des partenaires: Régulateur, financier et prestataire.

Les orientations stratégiques étant :

- accessibilité aux soins.
- efficacité du système.
- décentralisation
- qualité des prestations des soins de santé.
- pérennisation des interventions.
- partenariat public-privé développé.
- collaboration inter et intrasectorielle.
- environnement propice à la santé.
- programmes spécifiques efficaces.
- politique salariale adaptée.

Le cycle de la santé en RDC peut se présenter par le schéma ci-après



L'importance des problèmes de santé a été traité en termes de prévalence des problèmes de santé :

- manque d'accès à l'eau potable pour une grande partie de la population qui a en plus ;
- une insuffisance de production agricole ;
- fonctionnement insuffisant des ZS (qualité et quantité);
- logements habituels détruits, car une bonne partie de la population s'est réfugiée dans la forêt et se retrouve quasi nue ;
- destruction des infrastructures sociales (hôpitaux, écoles, Centres de Santé) et des infrastructures économiques (voies de communication, unités de productions...)

Cette situation peut être observée par :

1. Déplacements de populations : plus de 2.500.000 personnes ;
2. Personnes vulnérables : 20.000.000 enfants de 0-5 ans, femmes enceintes ou allaitantes, déplacés de guerre et réfugiés (FAO/OCHA 2001) ;
3. Taux de malnutrition des femmes et des enfants : 30 à 50 %.
4. Malnutrition des enfants de moins de 5 ans
 - a) sévère : 1.400.000 ;
 - b) modérée : 1.250.000 ;
 - c) chronique : 5.000.000.

Morbidité et mortalité : indicateurs au rouge

1. Nombres de personnes touchées par la malaria : 30.000.000
2. Survenue de nombreuses épidémies à cause des conditions précaires des populations déplacées ou regroupées (choléra, rougeole, coqueluche, gastro-entérites etc...)
3. Traumatisés de guerre
4. Personnes exposées aux troubles mentaux : 50.000.000
5. Blessés de guerre : supérieur à 100.000.

6. Décès dus à la malaria : 500.000
7. Nombre de personnes exposées à la maladie du sommeil : 12.500.000
8. Mortalité Maternelle pour 100.000 naissances vivantes : 3000 contre 600 en Afrique. C'est à dire 200 à 300 femmes qui meurent chaque jour
9. Mortalité infantile : 200 pour mille naissances vivantes
10. Aggravation de la pauvreté humaine, monétaire et sanitaire.

Morbidité et mortalité

Enquête 1998 :

- Mortalité maternelle: 1.837%000 NV.
- Mortalité infantile: 127% NV.
- Couverture vaccinale: 29%.
- Malnutrition sévère: 10,6%
- Retard de croissance élevé : 57 % enfants < 5 ans
- Anémie chez la femme enceinte: 60%.
- Anémie chez l'enfant < 5 ans : 55%
- Grossesses non désirées: 30%.
- Accessibilité à la contraception: 4,6%.
- Accessibilité aux MEG: 34%.

Réunion de septembre 2001 à Nairobi :

Constat

- Mortalité journalière de plus de 1 sur 10.000 habitants;
- Surtout les mortalités infantile et maternelle qui sont les plus élevées;
- Les criminels sont 5: IRA, Paludisme, Rougeole, problèmes de santé de la reproduction et malnutrition.

Décisions

- Lutte contre les 5 criminels: IRA, Paludisme, Rougeole ; problèmes de santé de la reproduction et malnutrition, maladies diarrhéiques ;
- Trois situations ;

- crise aiguë ;
- crise chronique ou de transition et
- Développement ;
- Mobilisation communautaire des ressources pour ce fait.

Cette réunion a préconisé certaines actions à savoir entre autres actions prioritaires pour l'accessibilité aux soins :

- Approvisionnement en médicaments;
- Recouvrement des coûts variable: de 0 à 75%.
- Paludisme: Moustiquaire et SP (Fansidar).
- Rougeole: Vaccination de 9 mois à 15 ans.
- IRA, Tuberculose: Sensibilisation, actions spécifiques et médicaments spécifiques.
- VIH/SIDA: Prévention, Prestations et accompagnement.
- Malnutrition: Réhabilitation nutritionnelle et Sécurité alimentaire;
- Santé de la mère: Contraception, CPN, accouchements assistés et prise en charge des avortements.
- Couverture totale des zones de santé là où l'on développe le PMA et le PCA.

Le processus de partenariat s'appuie sur les pistes suivantes

- Personnes décidées à atteindre
 - un objectif commun
 - dans un environnement donné
 - suivant certaines règles (approche contractuelle).
 - avec des apports de chacun
 - avec respect mutuel.

Rôle de l'Etat

- normalisation
- définition de la politique.
- détermination des stratégies.
- mobilisation des ressources.
- coordination
- contrôle et suivi.
- supervision.
- évaluation.

- information.
- protection
- facilités d'action.

Rôles des partenaires

- s'impliquer dans la politique de l'Etat.
- intégrer les activités dans le plan directeur de développement de la santé.
- mobiliser les ressources.
- mener les activités convenues.
- informer l'Etat sur ses activités.
- travailler en collaboration avec les autres intervenants et la population .
- veiller a la pérennisation de l'action.

Pour conclure, l'orateur a exposé sur :

- les types d'appui pour une ZS :
 - appui structurel ;
 - appui global
- les étapes de revitalisation des ZS ;
- le contenu de l'appui d'un BCZS ;
- le modèle d'un budget de lancement d'une ZS (en USD)

5. Thème : Comment bâtir la santé et la vie ?

Par Dr Daniel E. FOUTNTAIN

Le thème développé partant des :

1. Actions de santé à deux niveaux, à savoir :
 - le niveau des services et les programmes verticaux de prise de décision et de la mise en place des stratégies pour rendre opérationnelles les stratégies ;
 - le niveau de la communauté et les programmes horizontaux ;
 - l'action en chaîne complémentaire ; car il faut les deux, l'un sans l'autre, cela ne marche pas.

Comment bâtir la santé dans la communauté, va-t-il s'interroger ?

2. Par la motivation de la population, en expliquant que :

- La santé est la responsabilité de la population
- Notre rôle est de motiver la population et collaborer avec eux

3. Que faire ? Il faut commencer par :

a) la préparation

A ce niveau, voici ce qu'il faut savoir :

- Nous médecins devons comprendre l'importance de la santé communautaire
- L'enfant Malade
- Le calcul de la mortalité
- Sans promotion de la santé, la médecine curative est insuffisante
- Sans participation de la population, la santé communautaire ne marche pas.

b) gagner la confiance de la population

Pour cela, il faut :

- La médecine curative de bonne qualité
- Attitudes de respect, compassion et service
- Bonnes relations avec la population
- Connaissance de la langue

c) étudier de la population

- Culture, traditions, habitudes
- Esprit de fatalisme tout est la volonté de Dieu ou des ancêtres
- Sources arbitraires de sagesse magie, sorcellerie
- Peur: de la nature, des ennemis, de la mort

d) identifier une structure communautaire

Pour cela :

- Il faut trouver ceux dans la communauté qui ont une influence et l'église est la structure idéale, il faut un esprit de dynamisme et considérer que La Bible explique la base de la santé ;

- On peut travailler avec d'autres structures communautaires aussi, telles que les associations locales, ONGD et comités de développement.

e) la relation étroite entre le service de santé et la communauté

Cela passe par :

- La collaboration franche
- Le dialogue engageant
- La formation de chefs, pasteurs, enseignants, femmes, jeunes comment faire l'éducation de la population pour une meilleure santé
- La responsabilisation de la communauté.

Partant de son expérience personnelle de relation avec les populations, la démarche méthodologique ci-après nous a été proposée pour réaliser les SSP, en tenant compte des croyances traditionnelles, obstacles éventuels.

L'intervenant a abordé les problèmes sur les croyances traditionnelles de la population concernant l'hygiène en posant la question : Comment expliquer l'hygiène à ceux qui croient en la sorcellerie ?

- Au fond, ils croient aux causes spirituelles
- Les explications scientifiques ne suffisent pas pour croire
- Comment expliquer les latrines aux habitants?

La réponse à cette question est :

- Ma boîte à images semblait inutile.
- J'ai prié à Dieu pour m'aider.

Pour des éléments d'approche efficace à utiliser :

- Il faut commencer avec leurs propres croyances
 - Chercher la vérité dans leurs croyances
 - Chercher les liaisons entre leurs croyances et la réalité scientifique.
-

Cependant, les affirmations ont été évoquées en ces termes

- Je les ai remerciés
- Vos ancêtres étaient sages
- Ils avaient les systèmes de diagnostic, traitement et prévention comme nous médecins
- Une personne donne la maladie à une autre
- Je suis 100% d'accord car c'est vrai!

Il a établi la liaison entre sorcellerie et science comme suit :

- La contamination du sol sème les vers aux autres
- Ceux qui ne suivent pas l'hygiène sont les vrais sorciers
- La défécation sur le sol est comme une malédiction le vrai ennemi du village
- Ils ont compris.

La démonstration des comportements de la population au regard de leurs croyances se traduit par la peur des ancêtres :

- Nos ancêtres n'avaient pas de latrines
- Si nous faisons les trous dans le sol ancestral, ils peuvent être mécontents

Il leur a posé les questions ci-après :

- Qui a créé vos ancêtres?
- Qu'est-ce que Dieu a dit concernant les latrines?
- Deutéronome 23 :13-15

Esprit de fatalisme qui se développe dans la population par des considérations ci-après :

- Nous avons toujours eu des vers
- C'est la volonté de Dieu!
- Nous ne pouvons rien faire
- Nous sommes victimes de la nature et de la volonté de Dieu
- Avec cette croyance le développement est impossible a-t-il conclu.

L'orateur a enfin démontré le lien entre la santé et la vie en se référant aux messages bibliques parlant de l'origine de la vie

dans Genèse 1 et qui dit :

- Dieu a créé tous
- Tout était bon et en ordre
- Pas de maladies dans le Jardin d'Eden
- Car la maladie n'est pas la volonté de Dieu
- D'où vient alors les maladies?

A cette question, il a expliqué l'origine des maladies selon la Bible, à savoir :

- Genèse, chapitre trois
- L'homme a choisi le désordre
- Les conséquences: maladies, désastres, la mort
- La faute alors est à nous et non pas à Dieu
- Le fatalisme est notre responsabilité

Selon lui, la volonté de Dieu est :

- Notre santé
- Obéissance à tous ces commandements
- Ceci favorise la santé et la prospérité
- Quelques lois dans la Bible
- Toutes les lois scientifiques hygiène, nutrition, etc. viennent de Dieu car la science étudie ce que Dieu a créé.

Propositions de bâtir à Mayoko la santé et la vie :

- Etablir un comité de développement pour la surveillance de la situation sanitaire
- Enseigner les gens de vos communautés
- Appliquer le règlement sanitaire
- Protéger les sources d'eau
- Une fois terminé, nous traiterons tout le monde par des vermifuges

Il a démontré enfin les résultats obtenus comme suit :

- Un village a complété l'application après quatre mois et a reçu le traitement
- Grâce aux améliorations dans ce village, d'autres villages ont suivi cet exemple

- Maintenant plus de 300 villages ont amélioré la situation sanitaire
- Tous ont un comité de développement
- Ils participent aux autres activités de santé.

Conclusion

Il faut pour réussir :

- Une bonne relation de confiance entre le service de santé et les communautés
- La compréhension des coutumes et croyances dans la communauté
- Commencement par leurs croyances
- Affirmation de leur histoire
- Des liaisons entre science et croyances
- Une approche spirituelle
- Une autorité commune

- La Bible est bonne car elle donne une base spirituelle à la santé
- Elle est une excellente source de motivation
- La prise de responsabilité par la communauté
- Une structure communautaire de développement
- Une collaboration permanente est essentielle.

6. Thème : Paquet minimum d'activités au Centre de santé

Par le Dr Pierre LOKADI, 5^{ème} Direction des SSP

La RD Congo est caractérisée par une charge excessive de la mortalité et de la morbidité liée aux maladies et états de santé ci dessous :

- Paludisme
- Rougeole,
- IRA
- Diarrhées (y compris le choléra, la dysenterie bacillaire)
- Malnutritions,
- VIH/SIDA-IST,
- Tuberculose,
- Problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement,

- Onchocercose et
- Trypanosomiase humaine africaine

Concept Paquet Minimum d'Activités (PMA)

Le concept PMA peut être compris comme :

Paquet d'interventions intégrées, essentielles pour la survie des individus (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes), des familles et des communautés vivant dans une Aire de santé (AS).

Constats pour le PMA

- PMA partiel dans la grande majorité de centre de santé (CS) et au niveau commu-nautaire
- Il y a faible intégration dans l'aire de santé
- il y a accès limité de la population au PMA
- Il y a manque des médicaments essentiels sous nom générique pour le Paquet Minimum d'Activités, outils de gestion dans les CS
- Il y a difficulté d'approvisionnement et de la conservation de vaccins au CS
- Beaucoup de villages ne bénéficient pas du PMA
- Frais administratifs augmentent le coût du PMA au CS
- Il n'y a pas d'accès des personnes vulnérables au PMA
- Rôle des populations très faible dans la gestion du PMA
- Il y a faible responsabilisation de la population
- Les appuis ne tiennent pas compte de la population à couvrir
- Existence des hôpitaux et zones de santé immatriculés aux appuis
- Il y a le manque des mécanismes de durabilité et pérennité des actions de PMA
- L'équipe CS n'est pas très bien engagé et démotivée surtout sur les aspects préventifs
- Il y a mauvaise gestion (comptabilité pas claire) au CS
- Il y a grande distance à parcourir en milieu rural pour accéder au PMA
- Il y a l'organisation inadéquate des services du PMA
- Méthodologie de la formation en PMA non adaptée

- L'équipe CS ne bénéficie pas de suivi ni de supervision de qualité
- Le monitoring des interventions très limité à quelques zone de santé (ZS)
- Il y a sous information des communautés sur le PMA
- La santé n'est pas considérée comme bien public (affaire individuelle)
- Il y a des mauvaises conditions de l'environnement sur la santé pas bien appréhendées par la population.

Objectifs

- Améliorer l'état de santé des populations
- Répondre aux attentes de la population
- Assurer une équité financière aux soins de santé.

Stratégies

- Renforcement des capacités du personnel de santé
- Renforcement des capacités de services de santé
- Renforcement des capacités des communautés

Cibles

- Les individus (enfants de 0-5 ans, les femmes en age de procréer, les adolescents)
- Les familles
- Les communautés

Niveau d'implantation du PMA

- Centre de Santé
- La communauté

Définition de niveaux de crises

Il a défini les niveaux de crises comme suit :

1) Crise aiguë caractérisée par :

- Les zones silencieuses avec nombre élevé de déplacés internes;
- Les personnes presque ou totalement démunies.
- La forte morbidité et mortalité (>1 Décès / 10,000/j)
- L'infrastructures détruites ou non fonctionnelles
- Le personnel aussi affecté que la population elle même

2) Post crise est caractérisée par :

- La population est stabilisée mais encore démunie
- La morbi-mortalité
- Les structures commencent à fonctionner, mais elles manquent l'essentiel dans beaucoup de cas.

3) Phase de développement par :

- Une réhabilitation physique
- Une réhabilitation fonctionnelle
- Une réhabilitation sociale
- Une réhabilitation économique

Contenu du PMA selon le niveau de crise.

L'intervenant a développé le contenu ci-après du PMA selon le niveau de crise:

- 1) le paludisme
- 2) la rougeole
- 3) la diarrhée
- 4) l'IRA
- 5) la malnutrition
- 6) la grossesse
- 7) l'accouchement le VIH/SIDA et TBC
- 8) les activités de soutien
- 9) système d'infrastructures sanitaires

Il a pour conclure, présenté les perspectives 2003, Il faudra

- La contractualisation des relations population-équipe CS et population-intervenants
- La détermination coût PMA pour l'AS
- La répartition de charges entre les partenaires, l'état et les communautés(PMA bien public)
- Un document de plaidoyer au gouvernement pour la cession de certaines taxes locales pour la santé de l'as(accès universel aux soins)
- Prise d'arrêté ministériel pour le PMA opposable aux acteurs sanitaires
- Formation équipe CS et RC en PMA
- Renforcement suivi, supervision de qualité, monitoring et du SNIS
- Meilleure intégration du financement communautaire

- Promotion de l'engagement communautaire et du rôle de la population dans la gestion à travers Cellules d'animation communautaire (CAC) et Comités de développement de l'aire de santé (CODESA)
- Actualisation plans de couverture de ZS
- Révision de la liste de Médicaments essentiels sous noms génériques (MEG) au CS
- Couverture d'au moins 80 % AS dans la ZS.

7. Thème : Vaccination : Routines et campagnes

*Par Dr Pierre KANDOLO WENYE, Directeur du Programme
Elargi de Vaccination (PVE)*

Grandes lignes de la politique en matière de vaccination

Dans le but d'immuniser les enfants, la République Démocratique du Congo a mis en place un programme spécialisé chargé d'organiser la lutte contre les maladies justiciables de la vaccination, c'est le Programme Elargi de Vaccination, PEV en sigle.

Aussi, le Ministère de la Santé a promulgué une politique nationale dans ce domaine.

Au terme de cette politique, tout enfant congolais ou vivant sur le territoire congolais devra être complètement vacciné avant d'atteindre son premier anniversaire. La vaccination est un droit pour chaque enfant et un devoir pour les parents, la communauté et le gouvernement. Ce dernier doit tout faire pour mobiliser les ressources nécessaires à la vaccination de tous les enfants.

En plus de la vaccination systématique, le pays doit organiser des activités supplémentaires de vaccination en vue d'accélérer l'immunisation des enfants dans le cadre des programmes spécifiques de contrôle, d'élimination et d'éradication des certaines maladies.

Trois stratégies de base sont définies :

- la vaccination de routine ;

- la vaccination supplémentaire ;
- la surveillance.

Enfin, un système efficace de surveillance doit être mis en place dans le but de mesurer l'impact des deux interventions citées ci haut.

Ensuite la situation actuelle du programme. La crise multiforme que connaît le pays depuis plus d'une décennie a eu un impact négatif considérable sur le secteur de la santé en général et sur la vaccination en particulier. Plus de la moitié des centres de santé ont cessé de vacciner suite notamment au pillage du matériel de la chaîne de froid et à l'insécurité consécutive à la guerre qu'a connu le pays. Cet état de chose s'est traduite par la baisse très sensible de la couverture vaccinale.

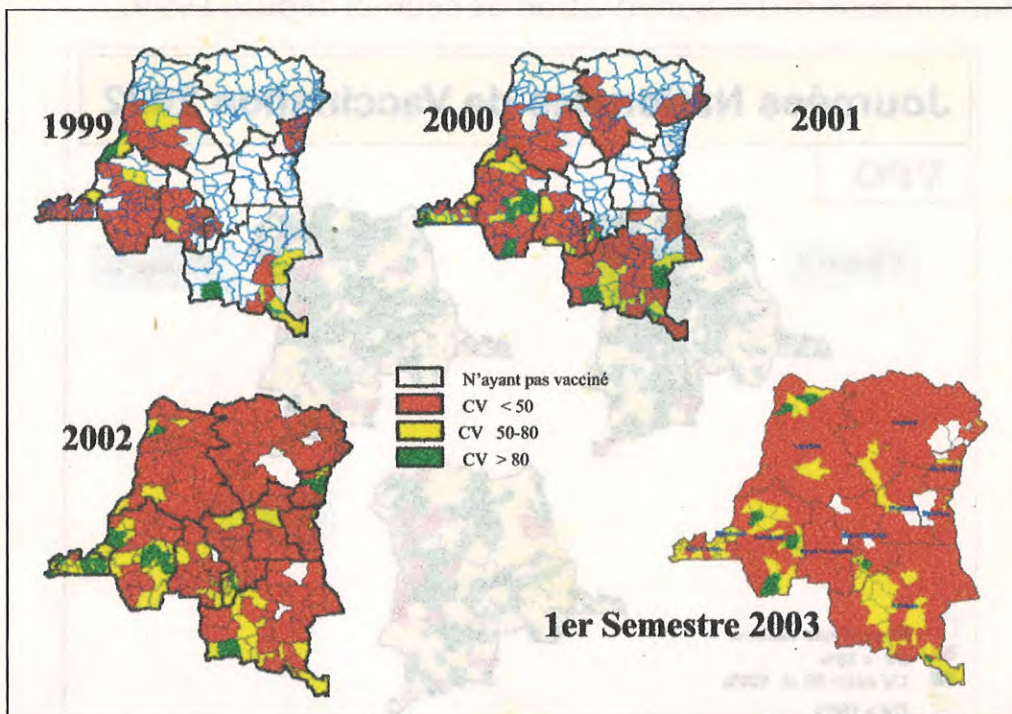
Les épidémies de la fièvre hémorragique Ebola à Kikwit et de poliomyélite à Mbuji Mayi en 1995 ont été un élément essentiel dans la prise de conscience du gouvernement et des partenaires dans la revitalisation du PEV-LMTE. A ces deux facteurs, il faut signaler l'opportunité offerte au programme dans le cadre de l'Initiative de l'Eradication de la Poliomyélite. Depuis lors, le programme reçoit de plus en plus d'appui pour le renforcement des activités sur le terrain. A ce jour, plus de 70% des centres de santé organisent, à des degrés divers, les activités de vaccination de routine.

De même, le pays organise, depuis 1998 des journées de vaccination dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite avec des résultats très encourageants.

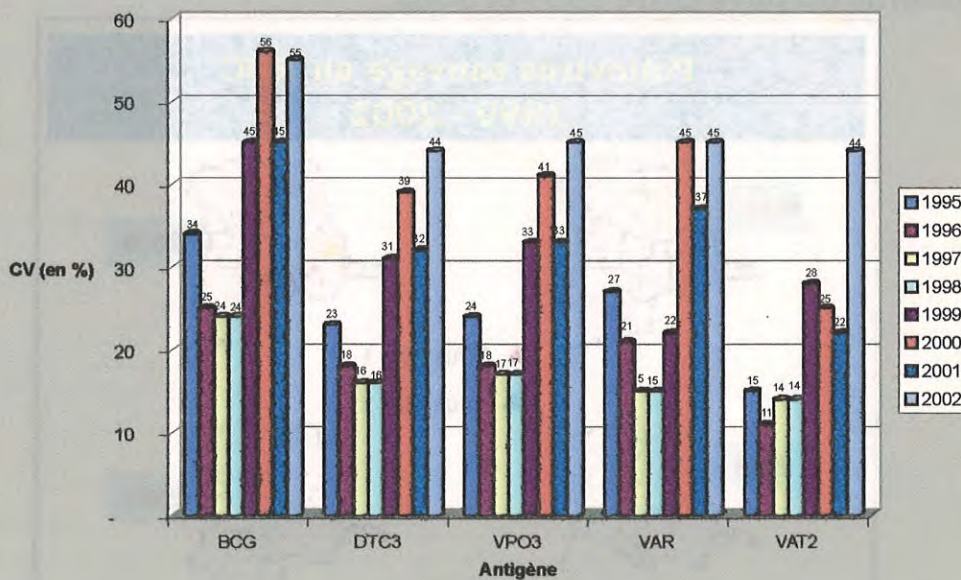
Depuis l'année 2002, des campagnes de vaccination contre la rougeole sont organisées dans le cadre du contrôle de cette maladie.

La situation actuelle de la couverture vaccinale est présentée dans les cartes et graphiques qui suivent.

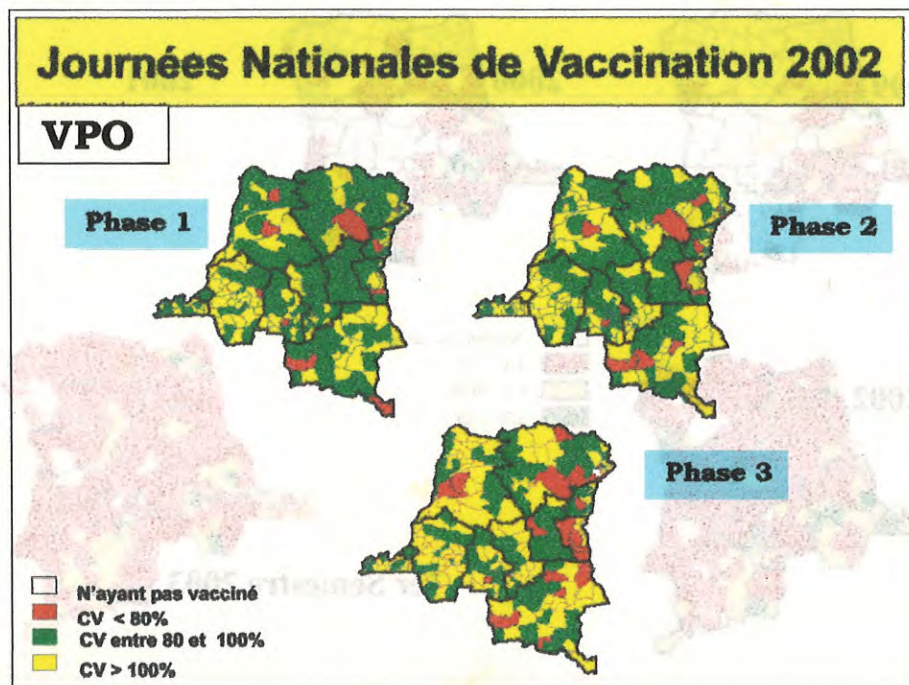
Couverture des ZS en DTC, en RDC



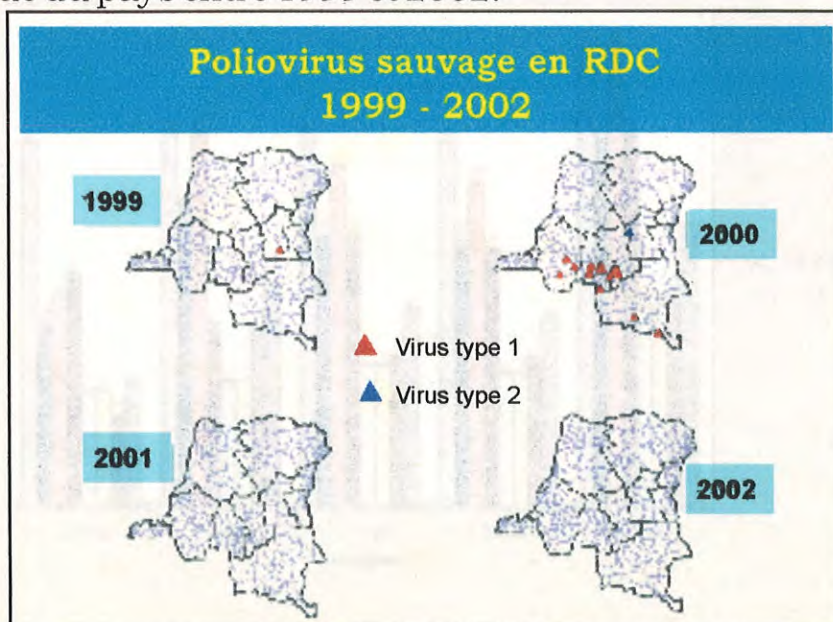
Couverture Vaccinale en PEV DE ROUTINE par Année et par Antigène RDC, 1995-2002



Bien que la couverture vaccinale reste faible, un effort a été fait dans le sens de l'augmentation de celle-ci depuis 1999.



Malgré la situation de guerre, la RDC a organisé, avec succès, des Journées nationales de vaccination (JNV) sur toute l'étendue du pays entre 1999 et 2002.



Ces cartes signalent que la RDC n'a pas notifié des cas de polio sauvage depuis 2000.

Les principaux problèmes et contraintes rencontrés

Principaux problèmes et contraintes rencontrés sur terrain:

- a. La guerre et l'insécurité qui en découle n'ont pas permis d'atteindre certaines zones de santé et aires de santé pour la vaccination des enfants ;
- b. L'insuffisance de la chaîne de froid ne permettant pas de conserver les vaccins au niveau de certaines zones de santé et aires de santé;
- c. Une logistique des vaccins insuffisante ;
- d. L'insuffisance de la formation et la supervision du personnel de santé chargé de la vaccination ;
- e. Une implication insuffisante de la communauté dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- f. L'insuffisance des ressources financières pour appuyer les activités de routine ;
- g. La faible motivation du personnel ;
- h. Approches communautaires faiblement appliquées.

Les propositions des solutions

En dehors de la guerre pour laquelle nous n'avons pas de solutions, nous pensons que l'application combinée des stratégies qui suivent peut être une solution pour améliorer la couverture vaccinale et immuniser ainsi la majorité des enfants congolais. Il s'agit de :

- a. Une micro planification au niveau de chaque zone de santé en vue de déterminer les ressources nécessaires (humaines, matérielles et financières) en tenant compte des réalités de chaque aire de santé ;
- b. La revitalisation de la stratégie avancée de vaccination. D'autres stratégies telles que la stratégie mobile, les campagnes d'accélération ou des journées spéciales de vaccination peuvent être retenues pour répondre aux situations diverses rencontrées dans les zones de santé ;
- c. Le renforcement de la supervision formative du personnel chargé des activités de vaccination. Chaque centre de

santé qui vaccine doit être supervisé mensuellement. Des sessions de formation en gestion du PEV devront être organisées pour renforcer les capacités du personnel ;

- d. Le monitoring pour action doit être renforcé en vue d'analyser les données et de dégager des actions correctrices nécessaires ;
- e. Renforcer l'implication de la communauté à chaque niveau de la réalisation des activités du programme ;
- f. Renforcement du partenariat à tous les niveaux ;
- g. L'amélioration de la logistique pour le renforcement de la vaccination ;
- h. Développement des nouvelles approches à base communautaire pour le renforcement de la vaccination ;
- i. Développement de la vaccination à base communautaire.

La contribution de la communauté dans l'identification des solutions

La communauté doit être au centre de l'action ; elle doit être impliquée dans la micro planification où se planifient notamment les stratégies vaccinales. Elle participera aussi aux séances de monitoring des activités pour la prise des actions correctrices. Dans la mise en œuvre des activités, la communauté doit notamment contribuer à la récupération des enfants qui ont raté leurs séances de vaccination.

- participation à la micro-planification ;
- participation à l'organisation de la communauté par la segmentation de l'aire de santé et de la population cible ;
- organiser les séances vaccinales ;
- identifier et rechercher les cas d'abandon ;
- participer au monitoring, suivi et évaluation.

Perspectives

1. PEV de routine

Pour la vaccination systématique, nos perspectives consistent à :

- Atteindre une couverture vaccinale DTC3 à 50% d'ici la fin de l'année 2003 ;
- Introduire le vaccin contre l'hépatite B à partir de janvier 2005 ;
- Atteindre une couverture vaccinale DTC3 à 80% d'ici la fin de l'année 2007.

2. Activités supplémentaires de vaccination

- Couvrir l'ensemble de 11 provinces du pays par la campagne de vaccination contre la rougeole d'ici la fin de l'année 2005 ;
- Démarrer les activités de vaccination supplémentaire dans le cadre de l'élimination du TMN en 2004.

8. Thème : Situation de PEV de routine dans les ZS appuyées par SANRU III

Par le Dr Jean KASEYA

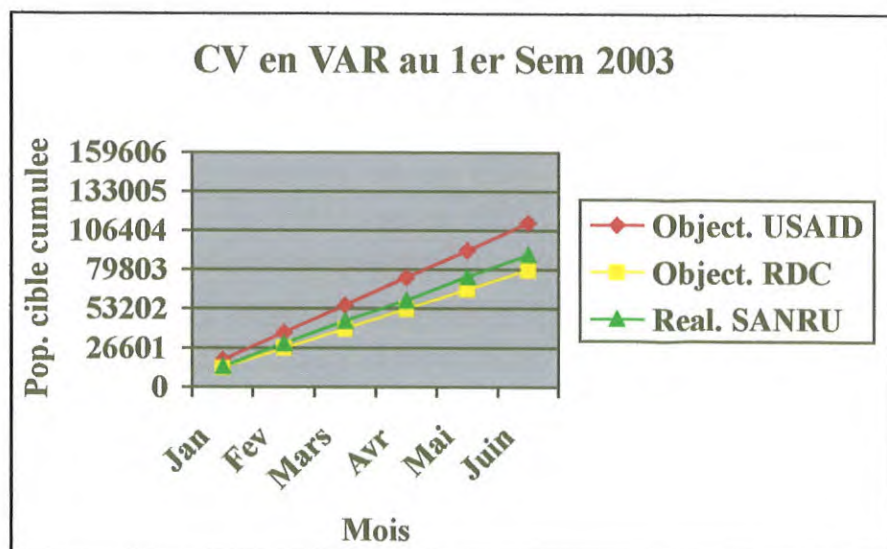
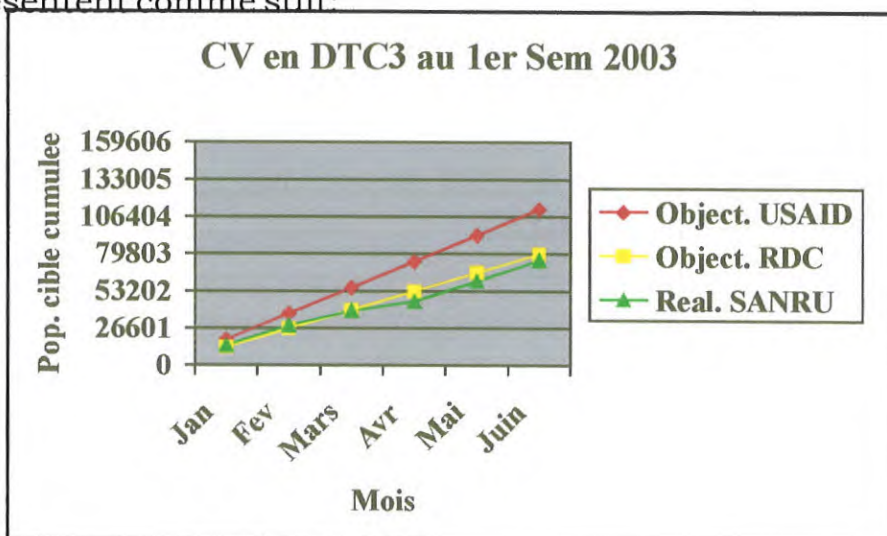
Introduction

- L'objectif du Projet SANRU est de réduire considérablement la morbi-mortalité dans les ZS où il intervient
- Les tranches d'âge dans lesquelles cet objectif se matérialise le plus sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer
- Ainsi, le Projet a décidé de faire de la couverture vaccinale en différents antigènes et de la supplémentation en Vitamine A
- Il faudrait noter que cette couverture vaccinale (CV) surtout celle en DTC3 et en VAR sont des indicateurs majeurs d'évaluation du Projet par son bailleur des fonds.
- En plus, la RDC s'étant inscrite dans l'initiative Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (global alliance for vaccine and immunisation (GAVI), elle compte sur près de 150 ZS "substantiellement appuyées" en PEV pour relever sa CV. Sur ces 150, le Projet SANRU/PMURR appuie plus de la moitié, c'est-à-dire 63 zones de santé.

Présentation des couvertures vaccinales

- Au mois de Juillet à MATADI, il avait été présenté des résultats qui couraient de Janvier a Mai 2003 sur une complétude de 67% des ZS SANRU et qui attribuaient 37% en DTC3 pour le Projet au 1er Semestre
- La “PRESENTE” présentation s'échelonne de Janvier à Juin 2003 et concerne une complétude de 93% pour toutes les ZS SANRU d'après la liste arrêtée pour l'an 3 du Projet.

Les courbes en DTC3 et VAR pour le 1er Semestre 2003 se présentent comme suit:



Réflexions

L'orateur a présenté quelques résultats ci-après pour animer la réflexion :

1. Si pour le VAR, les ZS du Projet sont au-delà des objectifs nationaux, il n'en est pas encore le cas pour le DTC3 pour lequel nous avons une CV à 48%.
2. Hormis des raisons valables liées à l'accessibilité ou l'utilisation des services de vaccination, la principale raison expliquant ce résultat en DTC3 est la non-disponibilité en vaccins pendant près de 3 mois et, malheureusement, cela court encore dans certains coins du pays comme le Nord-Equateur ;
3. Du point de vue interne du Projet, ce sont les ZS à forte démographie qui ont réalisé les plus mauvais scores
4. Il faut noter que 1/3 des ZS contrôle plus de 3/4 de la Pop. Totale du Projet et seules 3 Provinces (Bandundu, Nord-Kivu et Equateur) sur les 9 où le Projet est présent, en maîtrisent plus de la moitié avec des scores mitigés

Rebâtissons le PEV

L'intervenant a conclu en proposant des solutions suivantes pour rebâtir le PEV. C'est en :

- renforçant la coordination de tous les partenaires intervenant dans le domaine du PEV autour du Programme national
- réorganisant les services de vaccination dans toutes nos ZS pour de meilleures performances dans le futur
- organisant l'accélération dans toutes les ZS à faible CV surtout les ZS à forte démographie d'ici la fin de l'année pour récupérer tous les enfants que nous avons perdus
- écoutant, à tous les niveaux, les cris de détresse des MCZ afin d'obtenir d'eux beaucoup plus d'engagement dans leur travail quotidien; gage du succès pour tous
- renforçant et développant les approches à base communautaire visant l'amélioration de la couverture vaccinale par l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination.

9. Thème : Paludisme / Fonds mondial Partenariat durable

Par Dr José ZINGA NKUNI de l'OMS



Faits

- Plus d'un million de morts par an dont 90% sur le continent
- Plus de 200.000.000 d'attaques cliniques dont 70% enfants de <5 ans et perte de production estimée à 12 M
- Pauvreté - insécurité et prise en charge incorrecte des cas de paludisme dans les service de santé et à domicile
- Résistance aux médicaments
- Hésitation des femmes enceintes de prendre SP
- Survenue des nouveaux outils (Moustiquaire imprégné d'insecticide « MII », Couvertures...) mais coût associé
- MII, < 10% d'utilisation correcte et population déshéritée veut offrir moins de \$1 (quel type de message faut il pour un changement de comportement; relais communautaires; créer la demande; hésitation de certains États à baisser ou supprimer les taxes à l'importation).

Réponses

- Mobilisation des individus, institutions et des ressources financières
- Sources de financement (Individu et autres Communautés brisées par la pauvreté; Etats ayant des Priorités; Bilatéraux; Multilatéraux; Institutions comme Fonds Mondial
- Depuis 2002, Fonds Mondial (FM) apporte des fonds supplémentaires en millions de dollars, sans intérêt et non remboursable
- Depuis Juillet 2003, pour mieux cerner la tuberculose (TBC), le Paludisme et le Sida, l'OMS crée un nouveau cluster.

Les exigences du Fonds Mondial

Les éléments ci-dessous ont été exposés par l'orateur comme exigences du FM :

- Proposition techniquement cohérente et préparée par une large délégation d'acteurs public et privé au niveau national
- Priorité aux pays à faible revenu et revenu moyen inférieur et forte morbidité, cofinancement-concentration sur PPV-dépendance Ressources Intérieures à long terme
- CCM=groupe de consensus national et responsable d'une large diffusion d'informations (Appel à Proposition)
- Membres du CCM sont des partenaires à part entière avec droits de participation, d'expression et d'engagement dans les PD
- Proposition est recevable :
 - Validité de l'approche
 - Faisabilité: proposition avec dispositions solides et transparentes de gestion et de contrôle financier
 - Potentiel de durabilité du programme
 - Évaluation et Analyse
- Activités prioritaires: meilleur accès aux S de S; renforcement des capacités; changement de comportement et proximité; fournitures des produits sanitaires et recherche opérationnelle

- Proposition orientée vers les résultats, reliant les ressources à la réalisation d'un ensemble clair et mesurable d'indicateurs pour les activités du programme
- PR, LFA; TRP, Board, Accord de Fiducie.

Partenariat

Eléments pour l'application du partenariat :

- Groupe d'individus ou organisations:
 - Harmonie
 - Principes et Stratégies bien établis
 - Expertise et Ressources
 - Valeurs
- Structure souple et dynamique
- But : apporter un soutien rapide et efficace sur le terrain
- Applique des normes reconnues à l'action internationale
- Reste soucieux de la garantie de la sécurité sanitaire.
F(X) QI, QT, Intensité
- Pourquoi le partenariat:

L'orateur a développé en répondant à la question, pourquoi le partenariat en ces termes :

- réduire le risque et les coûts
- augmenter la chance des solutions viables
- assurer l'utilisation effective des ressources
- apporter des connaissances et aptitudes pour une synergie
- éviter la duplication, élever la crédibilité
- accroître le champ d'activités et son contenu
- accroître l'influence et niveau du plaidoyer
- savoir mieux rendre compte.

Pièges / Changement

Avant de terminer, il évoquera les éléments suivants qui constituent les pièges à trois niveaux :

- *Opérationnel:*
 - Tradition - Technologies - Intérêts personnels
 - Succès et Echecs; Gestion et Bureaucratie

- *Comportemental:*
 - Cela ne peut pas se faire et il n'y a pas d'alternative
 - Absence de clarté - Peur et Anxiété
- *Autres:*
 - Absence de promesses tenues et des outils pour mesurer les engagements
 - Naissance des rivalités et conflits d'intérêts
 - Absence de chauffeur pour un vrai leadership

La réussite est possible

- Dans la Gestion de la lutte contre le Paludisme
- Dans la Gestion des fonds alloués par le GFATM
- Dans la Gestion d'un partenariat durable

*Ce qu'il faut toujours éviter :
Gestion piteuse... Conflit... Coma... Morgue*

*Ce qu'il faut toujours promouvoir :
Volonté... Compétence... Ouverture... Flexibilité*

*Car les Générations Futures porteront un jugement :
Engagement - Priorité - Sens de la Justice / Droits de l'Homme
imprégnés dans l'une ou l'autre gestion.*

10. Thème : Le Développement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance à base communautaire (PCIME-C/ SANRU en RDC)

*Par Dr Albert KALONJI, Point focal PMURR et PCIME-CE /
Projet SANRU III*

1. Historique de la PCIME-C en RDC pour les zones de santé appuyées par SANRU

L'historique de la PCIME-C tire ses origines dans l'identification des besoins en hygiène. En effet, en janvier 2002, le projet SANRIU a amorcé son programme de revitalisation du secteur de l'eau et de l'assainissement. Avec l'appui du projet de santé

environnementale (EHP) de Washington, cette revitalisation a consisté en la redynamisation de l'ancienne équipe ENFEA (Equipe Nationale des Formateurs en Eau et Assainissement) afin d'évaluer les besoins en formation pour les coordinateurs en eau et assainissement des zones appuyées par SANRU.

Lors de ces ateliers de formation, trois conclusions ont été tirées des observations faites sur les activités dans le domaine de l'eau et assainissement sous SANRU I et II :

- l'insuffisance des ressources (principalement financières) empêchait le développement dans le secteur, l'approche actuelle est basée sur les conclusions suivantes :
- pour changer le comportement des mères, les messages de santé (hygiène) devraient leur être transmis là où elles ont leurs activités quotidiennes ;
- pour contourner le problème de « motivation », il faut exploiter la motivation existante dans la communauté.

Cette stratégie donc, essaie d'utiliser les partenaires communautaires qui sont déjà motivés. Par exemple, un prêtre ou un enseignant pourrait intégrer certains messages clés dans son travail quotidien (soit un sermon ou une leçon). En même temps, ils peuvent organiser les gens qui viennent vers eux pour transmettre les messages de santé à la population. Par exemple, un prêtre pourrait travailler avec un groupement de femmes dans sa congrégation pour faire passer certains messages clés et simples dans les ménages du village. Pendant deux, trois semaines, une mère peut transmettre un message à ses voisins ou aux autres femmes aux points d'eau au marché, etc.

Cette stratégie s'articule sur quatre éléments :

1. intégration de la nouvelle approche de l'hygiène dans la stratégie de la PCIME-C
2. identification des messages clés sur base d'une recherche qualitative
3. plan de formation pour 10 zones de santé pilotes
4. évaluation et extension dans toutes les zones SANRU

La stratégie nécessite la collaboration horizontale de tous les

acteurs impliqués dans sa mise en œuvre, c'est-à-dire du médecin chef de zone de santé jusqu'à la population.

L'approche de la stratégie SANRU se présente de la manière suivante :

- a) «L'équipe PCIME-C» du bureau central de la zone composée du médecin chef de zone de santé, du superviseur de soins de santé primaires, du coordinateur en eau et assainissement (ce membre pourra changer en fonction du thème) et d'une personne hors santé. L'importance de cette personne hors santé est capitale parce que la recherche a démontré que la population dispose de plusieurs canaux d'informations en matière de santé ;
- b) Deux « animateurs » au niveau des aires de santé dont un agent du centre de santé et une personne hors santé. Un de ces animateurs doit être une femme pour la simple raison que le problème de la santé est d'abord l'affaire des femmes et des enfants. Aussi, les femmes ont un contact facile avec leurs pairs et elles exigent moins de « motivation » que les hommes ;
- c) Au niveau de la communauté, on a deux types de relais communautaires : le relais institutionnel et le relais volontaire. Les deux relais acceptent de consacrer volontairement une partie de leur temps aux activités de la santé. Le relais institutionnel provient d'une institution dans la communauté. Il est une personne (homme ou femme) habitant l'aire de santé qui :
 - a déjà démontré une motivation dans ce qu'il fait ;
 - n'attend pas une motivation (par exemple, un prime ou un salaire) de la part du centre de santé ;
 - est disposé à collaborer avec le centre de santé en intégrant des notions de santé dans son travail quotidien ou hebdomadaire.

Le relais volontaire est une personne (mère ou élève) habitant dans une communauté qui est à mesure de :

- apprendre les messages auprès du relais institutionnel

et les transmettre à sa communauté, à ses voisins et à sa famille

- transmettre ces messages sans attendre d'être motivée pour le faire.

Donc le concept du relais communautaire est large et flexible. Les guérisseurs, les chefs de village, les groupements de femmes, les groupements de jeunes, les prêtres, les pasteurs, les retraités, les membres de la communauté influents, les citoyens modèles, les enseignants, les vieux du village, les commerçants, les coopératives agricoles, les comités de santé, les comités d'eau et les comités du développement sont aussi d'autres exemples des relais communautaires.

La mise en œuvre de cette stratégie a consisté à former les équipes PCIME-C. Cette formation incluait la présentation de l'approche et aussi une formation de formateurs pour qu'elles soient en mesure de former les animateurs dans leurs zones respectives. Après leur formation, les animateurs se mettent au travail pour entrer en contact avec le relais institutionnel. La relation entre les animateurs et les relais institutionnels doit être une relation d'amitié avec comme objectif le bien-être de la population qu'ils desservent.

Dès que les relais institutionnels acceptent ce travail, ils organisent les relais volontaires qui, à leur tour, transmettent les messages clés dans les ménages. Un message est transmis pendant deux ou trois semaines avant qu'un autre ne soit introduit. L'objectif est de couvrir la population à au moins 80% avant d'introduire un nouveau message.

Cette stratégie a commencé avec 10 zones de santé pilotes afin de tirer les leçons sur lesquelles elle pourrait être améliorée avant d'étendre sur l'ensemble des zones assistées par SANRU.

2. Hygiène dans la PCIME-C

Par Paulin KALONJI, Point focal Eau, Hygiène et Assainissement au Projet SANRU III

La diarrhée est la deuxième cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans à travers le monde. La RDC à l'instar de tous les

autres pays en voie de développement, se trouve confronter au problème des maladies diarrhéiques. Selon le rapport de l'enquête MICS, l'incidence de la diarrhée est estimée à 24% en milieu rural et à 19% en milieu urbain avec mortalité autour de 30%.

Les résultats de l'évaluation de la couverture en soins de santé et du niveau des connaissances, attitudes et pratiques de la population des zones de santé rurale par rapport aux maladies diarrhéiques (étude de base réalisée dans les zones de santé assistées par SANRU en 2003) indiquent que 70% des ménages n'ont pas accès à l'eau potable. Les ménages boivent l'eau des sources non aménagées, des mares, des ruisseaux, rivières et puits non aménagés. On note également que 28 à 30% des ménages n'ont pas de toilettes. En outre, si des toilettes existent, la plupart d'entre-elles sont non hygiéniques.

Dans le passé, le projet SANRU a financé plusieurs infrastructures d'eau et d'assainissement (aménagement des sources d'eau, creusement et réhabilitation des puits munis des pompes, construction des systèmes d'adduction par gravité, construction des latrines à fosses ventilées, etc). Ces infrastructures avaient pour but essentiel, l'amélioration de la santé des personnes vivant en milieu rural par la réduction de la morbidité et de la mortalité due à la diarrhée provoquée par la consommation d'eau souillée et la présence du péril fécal.

Malgré ces efforts combien louables consentis pour la construction de ces infrastructures d'eau et d'assainissement, les bénéfices sur la santé sont restés médiocres à cause de plusieurs facteurs dont entre autre la non association avec les aspects de l'hygiène. Parmi ces facteurs, il y a ceux qui sont liés au changement de comportement dans les communautés où les infrastructures ont été mise en œuvre. Ces facteurs qui sont à la fois internes et externes pour le changement de comportement d'une personne sont en étroite liaison avec chacun des domaines suivants :

- lavage des mains
- évacuation des excréments
- gestion de l'eau de boisson.

Par ailleurs, les recherches ont provoqué que l'amélioration de la qualité et de la quantité d'eau ainsi que l'évacuation correcte des excréments et le lavage des mains ont un impact très significatif sur la prévention des maladies diarrhéiques particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans. Ces recherches sont également révélés que les interventions d'hygiène les plus efficaces sont l'accès aux installations sanitaires, suivi de lavage des mains, la quantité et la qualité de l'eau. Toutefois, si en plus, ces interventions sont doublées des mesures d'hygiène domestique, l'impact serait encore plus grand. Il est donc clair qu'un programme de réalisation des infrastructures d'eau et d'assainissement accompagné de la promotion de l'hygiène peut donner des résultats durables sur la santé.

Pour intégrer la recherche dans la PCIME-C, une recherche qualitative a été menée pour identifier les comportements actuels et désirs en rapport avec l'hygiène domestique dans les zones de santé de Kangu et de Kabondo Dianda. La collecte des données a été faite en utilisant les méthodes suivantes : discussion de groupes dirigée, interviews approfondies, observation participative et observation des centres de santé. Au total, 11 discussions de groupes dirigées avec les mères A, 11 observations et interviews approfondies avec les mères B, 11 interviews approfondies avec les infirmiers, 39 interviews avec les MCZ et CEA et 11 observations avec les centres de santé.

3. Les résultats majeurs de cette recherche qualitative indiquent que :

Par Mr YAN, Consultant au Projet SANRU III

Pour les mères A :

- ne lavent pas les mains à tous les moments critiques
- ne lavent pas les mains de leurs enfants
- ne se lavent pas les mains après avoir été à la toilette
- laissent l'accès à la réserve à tout le monde
- ne couvrent pas l'eau potable au ménage sauf dans une cruche
- placent le récipient de l'eau par terre
- utilisent des toilettes non hygiéniques et non entretenues
- laissent les excréments des enfants par terre pour les cochons.

Pour les mères B :

- lavent les mains des enfants de moins de 5 ans avant de manger
- se lavent les mains après avoir utilisé la toilette
- sèchent les mains à l'air libre
- limitent l'accès à l'eau potable aux adultes
- gardent les récipients couverts
- utilisent l'eau bouillie pour les enfants
- mettent les récipients sur un plan surélevé
- utilisent les latrines hygiéniques et entretenues
- laissent les excréments des enfants pour les cochons
- n'utilisent pas des latrines pendant la nuit.

Pour les infirmiers et centres de santé :

- se lavent les mains avec de l'eau déjà utilisée pour laver les mains
- utilisent souvent le savon
- n'utilisent pas la blouse de service
- les centres de santé ne disposent pas des latrines hygiéniques
- les centres de santé n'ont pas de récipients suffisants pour garder l'eau nécessaire
- les centre de santé disposent des surfaces de travail sales.

Les canaux utilisés sont essentiellement la communication interpersonnelle pendant les CPNS, CPSS visites à domicile par l'infirmier ou encore le pasteur pendant la culte. Sur base de ces résultats, un nombre limité de comportements faisables a été retenu pour asseoir la stratégie de communication pour le changement de comportement.

Le but poursuivi par SANRU III est d'améliorer l'état de santé de la population congolaise, particulièrement celui des groupes les plus vulnérables constitués par les enfants de moins de 5 ans. Ceux-ci constituent notre groupe cible. Mais pour atteindre les enfants de moins de 5 ans, l'on se propose d'agir sur la mère ou gardienne d'enfants et aussi l'infirmier. Ces personnes représentent le public cible primaire. Il est clairement établi que le comportement de la mère influence directement l'état de santé de l'enfant de moins de 5 ans.

En effet, c'est la mère qui garde l'enfant et le nourrit à longueur de la journée. Agir sur la mère surtout promouvoir son comportement dans les 3 domaines cibles devrait favoriser un meilleur état de santé de l'enfant. Les 3 comportements faisables, réalistes et moins chers dans les 3 domaines sont retenus pour les public-cibles primaires les mères/gardiennes et le personnel de santé. Le message clé et une promesse clé ont été développés pour soutenir les comportements voulus.

« Protégeons nos enfants l'hygiène pour la santé de l'enfant »

Message et promesse clé	Public cible	Comportement voulus dans les 3 domaines	Matériel développé
Protégeons nos enfants	Mère / gardienne d'enfants de moins de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - la mère se lave correctement les mains avec du savon avant et après le repas de l'enfant; - la mère donne de l'eau potable gardée dans un récipient auquel l'enfant n'a pas accès. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 affiches 1 dépliant 1 boîte à images
L'hygiène pour la santé de l'enfant	Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - le personnel se lave les mains de façon hygiénique avant et après les soins; - le personnel stocke l'eau de boisson et l'eau propre au centre de santé; - le personnel utilise des latrines hygiéniques du centre de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 affiches 1 dépliant 1 pamphlet

Les messages ont été testés en deux tours dans les zones de santé différentes pour s'assurer de la compréhension et de l'adaptabilité des illustrations.

Il faut noter que la composante hygiène ne pourrait pas évoluer seule, elle a été intégrée dans la PCIME-Communautaire où elle se trouve avec les autres composantes qui intéressent l'enfant de moins de 5 ans au plus haut point : Paludisme, Nutrition, etc. Cette approche PCIME-C considère (voit) l'enfant comme un tout. SANRU à travers la composante hygiène a donc donné la première impulsion à la PCIME-C.

11. Thème : Situation nutritionnelle et actions essentielles de nutrition en République Démocratique
Par Dr Théophile NTAMBWE, Directeur du Programme national de la nutrition (PRONANUT)

1. Conséquences de la malnutrition

- Diminution de l'immunité
- Forte mortalité liée aux maladies diarrhéiques, infectieuses et parasitaires
- Réduction des capacités physiques et intellectuelles
- Difficultés d'apprentissage
- Diminution de la force de travail et de la productivité
- Pauvreté
- La malnutrition, même légère, peut accroître les risques de mortalité due à certaines maladies et contribuer à plus de 50% de la mortalité infantile.

2. Situation nutritionnelle en RDC

(Sources : MICS2, PRONANUT, PRIFILES)

Indicateurs actuels de nutrition en RDC :

- 10 % de nouveaux-nés ayant un faible poids à la naissance ;
- 24 % d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 6 mois ;
- 16,1 % d'enfants de 0-5 ans avec malnutrition aiguë modérée et sévère ;
- 38,2 % d'enfants de 0-5 ans avec retard de croissance modéré et sévère ;

- 31,4 % d'enfants de 0-5 ans avec insuffisance pondérale modérée et sévère ;
- 17,3 % de mères ayant une malnutrition ;
- 61,1 % d'enfants (6 à 36 mois) avec hypovitaminose A ;
- 57,6 % d'enfants de moins de 5 ans ayant une anémie ;
- 57,2 % de femmes enceintes ayant une anémie ;
- moins de 1000 calories d'apport journalier moyen dans la plupart des ménages.

La malnutrition est la cause sous-jacente de 48 % de décès des enfants de moins de 5 ans en RDC. La malnutrition, même légère, peut accroître les risques de mortalité due à certaines maladies et contribuer à plus de 50 % de la mortalité infantile.

3. Grandes lignes de la politique nationale de nutrition

1. But de la politique nationale de nutrition

Contribuer au développement du pays par un potentiel humain en bonne santé, en garantissant les conditions d'une bonne nutrition.

2. Objectifs de la politique nationale de nutrition

Elimination de la malnutrition

Intégration d'un paquet d'actions essentielles de nutrition dans les soins de santé

3. Principes directeurs de la politique nationale de nutrition

Le développement de la politique nationale de nutrition s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- la coordination,
- la décentralisation,
- l'intégration,
- la collaboration intersectorielle,
- le partenariat,
- la participation communautaire.

4. Actions essentielles de nutrition en RDC

- Promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
- Promotion de l'alimentation complémentaire appropriée

en plus de l'allaitement maternel, à partir de l'âge de 6 mois et jusqu'à 24 mois

- Promotion de l'alimentation de l'enfant malade, de la femme enceinte et de la femme allaitante
- Prévention de la carence en vitamine A
- Prévention de l'anémie ferriprive
- Prévention des troubles dus à la carence en iode
- Prise en charge correcte de la malnutrition aiguë
- Suivi de la croissance des enfants de moins de 5 ans
- Promotion de l'hygiène de l'eau et des aliments
- Promotion de la sécurité alimentaire des ménages

5. Niveau actuel de la mise en oeuvre

- Promotion de bonnes pratiques de l'allaitement :
- Promotion du suivi de la croissance des enfants :
- Promotion de la lutte contre la carence en vitamine A :
- promotion de la consommation des aliments riches en vitamine A ;
- Promotion de la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes et en post-partum
- Promotion de la consommation du sel iodé (> 90 % de ménages avec sel iodé).
- Promotion de la prise en charge correcte de la malnutrition aiguë (suivant le protocole national ad hoc)

6. Contraintes

- Faible prise de conscience sur l'importance de la nutrition à tous les niveaux ;
- Faible taux de couverture des Zones de Santé en Centres de santé opérationnels
- Faible taux d'utilisation de la CPS, en particulier après le calendrier vaccinal
- Insuffisance de ressources
- Faible pouvoir d'achat des ménages.

7. Proposition de solutions

- Renforcer les capacités en nutrition des équipes des BCZS ;
- Développer la Nutrition à Assise Communautaire dans chaque Aire de Santé ;

- Assurer la mise en œuvre des 10 conditions de l'IHAB dans tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveaux-nés ;
- Renforcer les capacités des HGR pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ;
- Renforcer les capacités des prestataires des ONG de nutrition pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Renforcer la coordination des activités de nutrition à tous les niveaux ;
- Renforcer le partenariat à tous niveaux ;
- Promouvoir le jardinage, le maraîchage, le petit élevage, la pisciculture...

8. Place de la communauté dans la recherche des solutions en nutrition

- Le PRONANUT fonde l'amélioration de l'état nutritionnel de la population sur le développement de la nutrition à assise communautaire (NAC).
- Dans la mise en œuvre de la NAC, la communauté est associée à toutes les étapes : analyse de la situation, identifications des problèmes nutritionnels, recherche des solutions, exécution des activités, suivi et évaluation.
- La NAC constitue la porte d'entrée d'autres activités (vaccination, planning familial, éveil, protection...)

9. Perspectives

- Intégration des actions essentielles de nutrition dans chaque Zone de Santé,
- Passage à l'échelle de la NAC dans chaque Aire de santé

12. Thème : Approche de déviance positive

Par le Prof. Marie-Claire YANDJU du BASICS

Les causes de la malnutrition chez les jeunes enfants qui sont

- complexes
- interconnectées
- source des difficultés supplémentaires

Dans la communauté

- Permettre aux communautés vulnérables de surmonter le problème de malnutrition avec leurs propres moyens d'une manière durable.
- Réhabiliter tous les enfants malnourris dans la communauté sur une période donnée
- Permettre à leurs familles de maintenir ces enfants en bonne santé à la maison par eux même
- Empêcher la malnutrition dans la future génération.

Acteurs de cette approche

- Communautés pauvres et vulnérables
- Plus ou moins 30% de taux de malnutrition des enfants en dessous de 3 ans.
- Possibilités pour les femmes de devenir volontaires
- Des leaders communautaires, chefs des villages ou des quartiers engagés et ONG.

Par où commencer la mise en œuvre ?

En appliquant l'approche de la déviance positive. Cette approche va permettre à la communauté d'identifier des solutions aux problèmes communautaires à l'intérieur de la communauté.

Comment?

En recherchant les modèles positifs. Ce sont quelques familles pauvres avec des enfants bien nourris dans une communauté des pauvres. C'est-à-dire, on doit se poser la question suivante: qu'est ce qui permet à ses familles d'avoir des enfants bien nourris?

Démarches

- 1) Enquête sur les modèles positifs
- 2) L'établissement des normes de la communauté:
- 3) Identification des enfants Modèles positifs
- 4) Recherche: Que faut il découvrir?
- 5) Analyser les résultats de l'enquête sur les modèles Positifs

Programme des foyer d'apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle "Les enfants identifiés malnourris et un membre

de leur famille participent à une session journalière de réhabilitation nutritionnelle pendant 15 jours tenue chez une mère identifiée comme Modèle Positif”

Organisation d'un foyer d'apprentissage et de réhabilitation.

- Préparation du repas en commun
- Contribution quotidienne de nourriture par les familles
- Interaction entre les participants (démonstration et jeu de question réponse)
- 6 jours par semaine; 2 semaines par mois.
- Observer l'évolution dans leur famille (peser les enfants Poids/age
- Les repas doivent être riches en calorie
- Les enfants non réhabilités reviennent pour une autre session le mois suivant.

Contribution alimentaire des familles

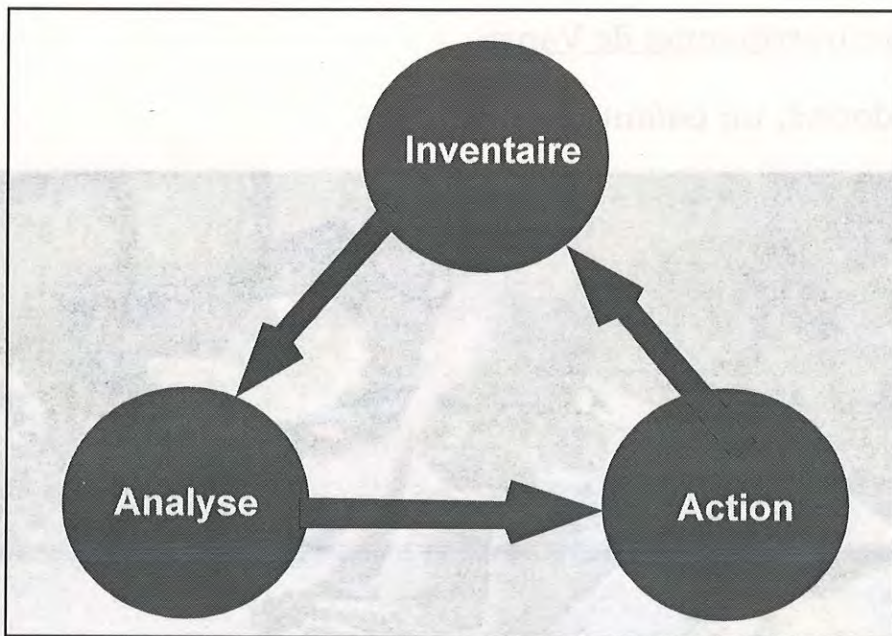
- Réhabilitation durable
- Contribution alimentaires des participants
- Sauf les aliments thérapeutiques
- L'apprentissage pour le changement de comportement.

Conclusion

L'approche Déviance Positive comprends:

- L'apprentissage par la pratique répétée de nouvelles habitudes dans un environnement sécurisant.
- Support affectif des autres participants pour faciliter l'acquisition d'une habitude nouvelle
- La contribution journalière de nourriture
- Être témoins du changement physique et psychologique de l'enfant au cours d'une session.
- La surveillance de croissance par la pesée régulière de tous les enfants du groupe cible permet :
- à chaque famille de suivre la croissance de l'enfant
- L'identification des enfants malnourris pour leur réhabilitation
- À la communauté de suivre toute la population cible, 2 ans minimum

- L'intégration d'autres interventions préventives et curatives
- La gestion du projet par la communauté (monitoring & évaluation).



13. Thème : Les assises nutritionnelles à Vanga

Première expérience

*présentée par frère Dr Friedhelm FORSTER, Pédiatre/ Hôpital
et Zone de santé de Vanga*

Centre nutritionnel de Vanga

Dieudonné, un enfant inoubliable !



L'intervenant a présenté les éléments de la situation de Vanga en développant les points suivants :

- Les années passées parfois 800 enfants gravement mal nourri par ans (poids/age < 60% du poids moyens ou Kwarshiorkor
- De plus en plus des jeunes femmes gravement mal-nourries arrivent à l'hôpital pour se faire soigner.

Les mamans Bongisa de Mutanga



Comment enseigner les mamans bongisa ?

Il a montré comment les mamans Bongisa enseignent !



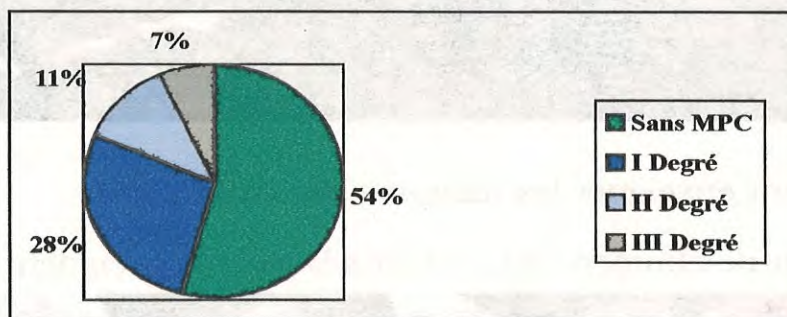
L'enseignement des mamans Bongisa (Nutrition à assise communautaire « NAC »)

- 2 semaines: 1 Maman Bongisa + 7 mères avec des enfants avec malnutrition protéique chronique (MPC) sévère préparent ensemble chaque jour 1 repas;
- Aucun support extérieur, ni argent, ni nourriture;
- Sauf la supervision et la formation des Mamans Bongisa par le CN.

Etat de lieu

46% des enfants sous courbe

1705 enfants pesés de porte à porte



Résultat du dépistage actif:

Les enfants cibles pour le NAC

- 315 Enfants avec MPC sévère ou très sévère ont été dépistés et invités pour la participation aux NAC/HEARTH ;
- Cela représente 18% des enfants dans la région pilote de 15 villages.

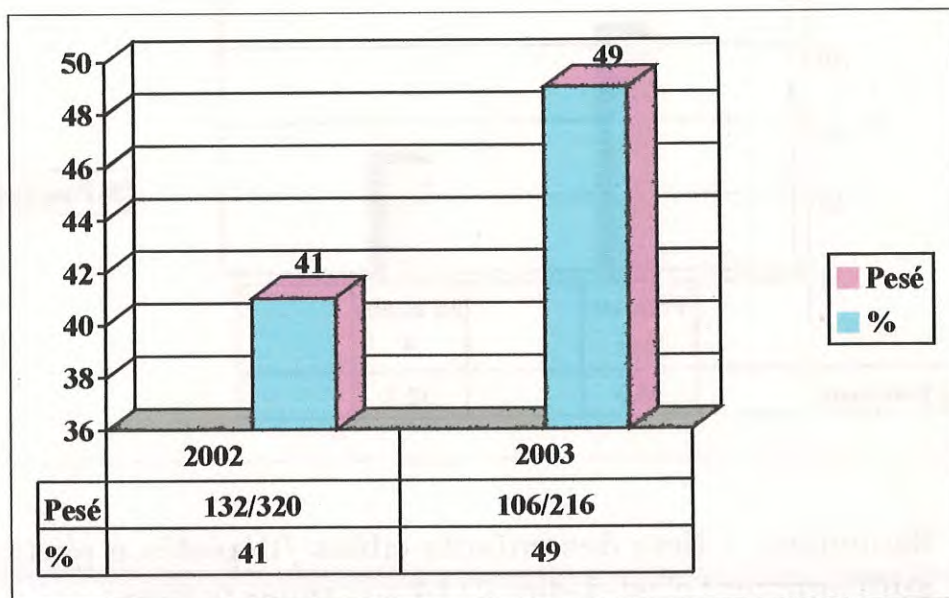
Est ce que Hearth (NAC) est une approche faisable?

- NAC : une maman Bongisa prépare chaque jour pour 14 jours un repas supplémentaire avec les mamans des enfants atteints ;
- Nous ne travaillons que avec des aliments locaux. Aucun payement aux mères volontaires ;
- Mesurer combien des enfants ont participé au moins à 9 repas sur 14 repas prévu.

Mutanga

Résultat Impact sur la santé: Mutanga 2002 et 2003

La situation nutritionnel du village s'est sérieusement empiré (49% sous courbe sur 220 enfants pesés.



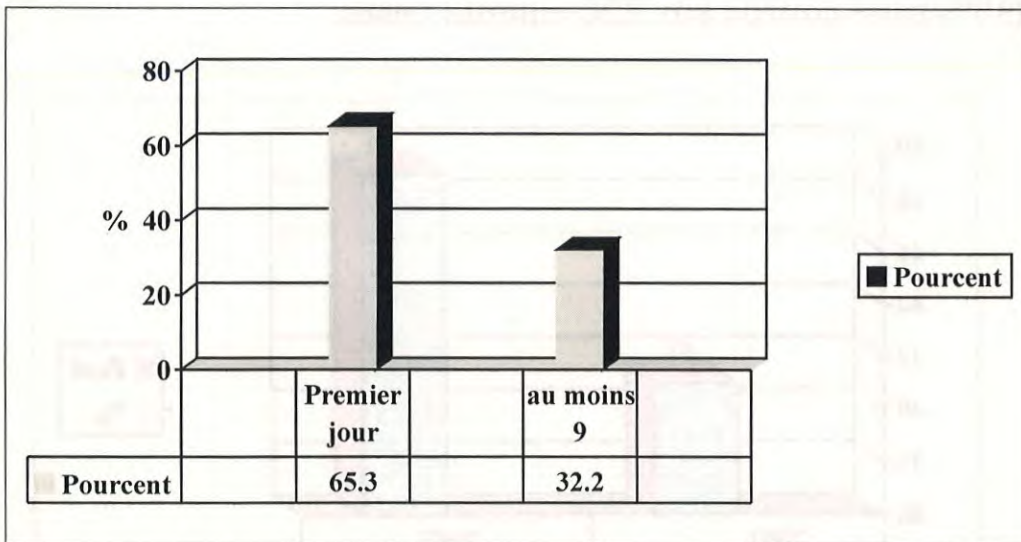
- Les mamans Bongisa sont allées aux champs avec des mamans cibles ;
- Les mamans ont commencé à fabriquer le savon après un don de soude de démarrage ;
- Les mamans Bongisa ont parfois transféré des enfants gravement malade à l'hôpital de Vanga ;
- Elles ont sacrifié parfois leur propre argent

Comment procéder ?

- Nous allons d'abord continuer, à suivre ces villages pour compléter cette étude d'implantation ;
- Mais nous pensons, qu'il faut ;
- Une approche intégrée ;
- Projet de jardinage ;
- Family planning..... etc.

Résultat faisabilité

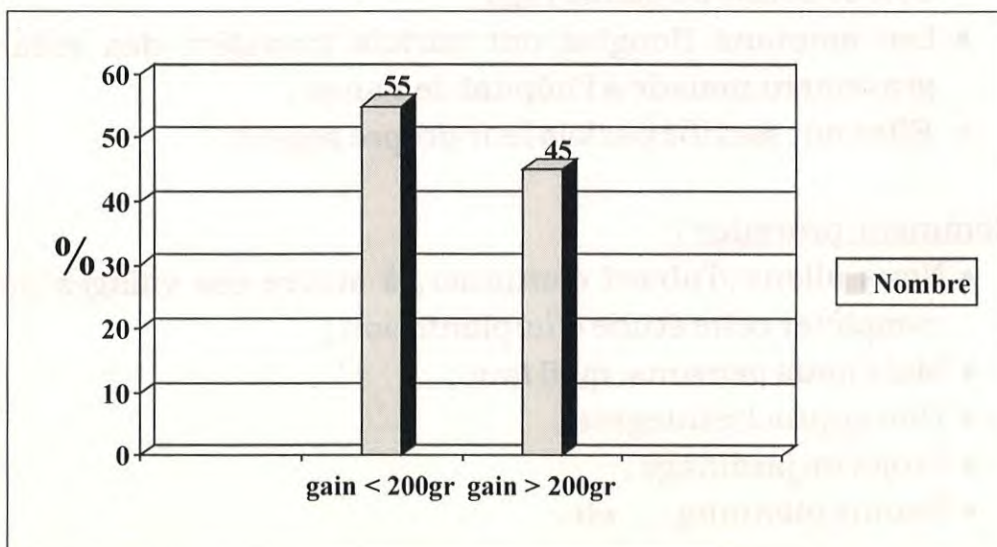
Participation de 311 enfants dépistés en %



- Seulement 1 tiers des enfants ciblés /dépistés a participé suffisamment c'est-à-dire 9/14 aux repas prévus ;
- (Vurhonga 80%)

Résultat: Impact sur la Santé

Évolution de poids des bons participants après 14 jrs de NAC



Action essentielle en nutrition (AEN) : c'est quoi ?

- Ensemble d'actions et interventions nutritionnelles à intégrer dans le travail des structures de santé, de développement et de la communauté ;
- But : permettre aux responsables de la santé et des autres secteurs d'aider les prestataires de service, les membres de la communauté et les familles à prendre en charge eux-mêmes leur nutrition ;
- Guide pour le renforcement des volets nutrition des programmes de santé et de développement des autres secteurs qui offre aux utilisateurs :
 - Les justifications techniques pour une concentration sur certains résultats et activités de nutrition
 - De nouvelles idées pour la résolution de certains problèmes courants
 - Des protocoles et directives techniques récentes pour les programmes de nutrition
 - Des listes de contrôle adaptables au contexte local.

Quels domaines sont couverts par les AEN ?

- les justifications scientifiques, techniques et programmatiques des interventions nutritionnelles prioritaires ;
- six interventions peu coûteuses et ayant fait leurs preuves avec les cibles prioritaires et comment les mettre en oeuvre.

Voici les domaines couverts par les AEN

1. pour les bébés : allaitement maternelle exclusif jusqu'à 6 mois
2. à partir du 6ème mois, fournir une alimentation complémentaire appropriée et continuer à allaiter jusqu'à 24 mois
3. pour les mères et les enfants : consommer des aliments

riches en vitamine A et/ou une supplémentation de vitamine A

4. prise en charge nutritionnelle adéquate de l'enfant malade et l'enfant malnutri
5. supplémentation en fer/acide et alimentation appropriée pour la femme enceinte
6. consommation de sel iodé par tous les ménages
 - il faudra faire en sorte qu'au moins 75% des ménages de la zone d'intervention de l'agent formé aient accès aux services et produits et pratiquent les comportements souhaités
 - les étapes clés et les principales tâches pour l'élaboration d'un plan de renforcement
 - les processus et les contacts clés au niveau des services de santé pour l'intégration des activités de nutrition ainsi que les aides mémoires requis
 - prénatal
 - accouchement
 - postnatal
 - vaccination
 - consultation des enfants sains
 - consultation des enfants malades

AEN : Comment l'utiliser dans la formation ?

Il a aussi montré comment intégrer les AEN dans le programme de formation des gestionnaires des programmes de santé et des agents de terrain

Autres profils :

- Nutritionnistes de terrain de tous les secteurs (santé, agriculture, développement communautaire et social)
- Agents socio-sanitaires qui sont appelés à oeuvrer au niveau des structures sanitaires et sociales

Eléments de contenu théorique

- données de base et fondements scientifiques des

interventions nutritionnelles

- stratégies d'intégration de la nutrition dans les autres activités de santé et développement
- stratégies d'implication de la communauté dans la gestion des interventions nutritionnelles
- élaboration d'un plan de communication pour la nutrition.

AEN : Comment l'adapter aux différents besoins et cibles ?

Organisation modulaire adaptable

- module d'introduction aux notions fondamentales de nutrition
- module sur la conception et la mise en oeuvre de programme intégré de nutrition
- module sur la gestion des activités de nutrition
- module sur l'approche communautaire en nutrition
- module sur la communication pour le changement de comportements
- module : exercices pratiques et stages en nutrition.

Les outils de cette approche regroupent :

- le paquet d'activités essentielles dans les programmes de nutrition : description des activités nutritionnelles prioritaires, le ciblage des six activités liées à la mère et à l'enfant et doivent être intégrer dans les structures sanitaires et au niveau communautaire
- la liste de contrôle des interventions en nutrition pour les services de santé au niveau du district.

Les modules de formation en nutrition

Les six interventions concernant la promotion, la protection et le soutien des éléments suivants

- allaitement maternel exclusif pendant environ six mois
- alimentation complémentaire adéquate de 6 à 24 mois environ avec allaitement continu
- prise en charge nutritionnelle adéquate pour les enfants malades et mal nourris

- niveau suffisant de fer
- niveau suffisant d'iode
- niveau suffisant de vitamine A.

Les six catégories de contacts sanitaires ont lieu généralement dans les communautés et les centres de santé

- contacts prénatals
- contacts au moment de l'accouchement et de suite au début du post-partum
- contacts postnatals
- contacts vaccination
- consultations d'enfants malades
- consultations d'enfants bien portants.

14. Thème : Présentation de résultats des activités de santé de reproduction et planning familial dans les zones de santé appuyées par SANRU III

Par Mmes Yvette MUNONGO de SANRU III & TENLEY de l'USAID

1. Situation générale et indicateurs de base en santé de la reproduction et planning familial en RDC

- Taux de mortalité maternelle 1837/100.000NV
- Taux enfant faible poids à la naissance 15%
- Taux mortalité infantile 127‰
- Taux mortalité néo natale 83‰
- Taux malnutrition chez les enfants 35%
- Taux de mariages précoces chez la jeune fille (15 à19 ans) 24%
- Age moyen 1ere expérience sexuelle 14 ans
- Taux accouchement assistés 54%
- Taux prévalence contraceptifs 3%
- Taux avortement clandestin 30%
- Taux des grossesses non désirées 30%
- Taux de prévalence VIH chez la femme enceinte 40%.

2. Justifications

- Crise multiforme que traverse la RDC
- Délabrement du tissu économique
- Femme et enfant vulnérables dans cette crise
- Mortalité maternelle croissante
- Faible prévalence contraceptive
- Accroissement des taux des grossesses non désirées
- Accroissement des taux des avortements criminels avec tous les risques sur la morbidité et la mortalité maternelle
- Infanticide et abandon des enfants des enfants
- Transmission du VIH de la mère et enfant
- Faible taux des accouchements assistés
- 4 trop : grossesses trop nombreuses, trop précoces, trop tardives, trop rapprochées
- Mortalité infantile très élevée
- Enfants naissant avec faible poids
- Malnutrition des enfants de 5 ans
- Rupture régulière des produits contraceptifs

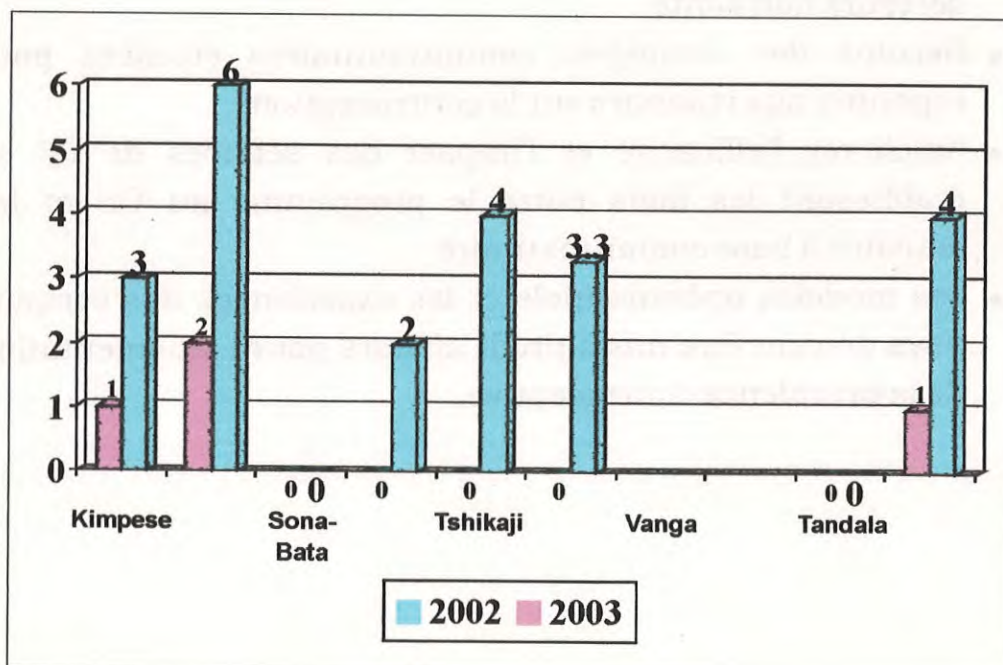
3. Objectifs stratégiques

Réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles en intégrant et améliorant les activités de la santé reproductive et le planning familial dans le paquet minimum des soins de santé primaires dans les différentes zones ciblées par le programme.

6. Résultats

- 11 sites identifiés
- 130 prestataires cliniques formés dans l'organisation des activités de la santé reproductive
- 160 accoucheuses traditionnelles formées dans la prise en charge correcte des accouchements à la base
- 11 sites approvisionnés en contraceptifs et fournitures de base
- Suivis et supervisions faits dans quelques sites
- Kimpese de 1% au départ à 3% troisième trimestre 2003
- Nsona Pangu de 2% à 6%
- Sona Bata 0%
- Massa de 0% à 2%
- Tshikaji
- Dibindjide 0 à 3.3%
- Vanga
- Monkala
- Tandala de 0% à 0%
- Karawa de 1% à 4%

% de la prévalence contraceptive dans les ZS appuyées



6. Contraintes

- L'utilisation des services demeure faible
- Conflits des valeurs culturelles, religieuses et traditionnelles sur le thème de l'espacement des naissances
- Les valeurs et les bénéfices du planning familial sur le bien être de l'enfant et de la mère non intériorisés par les prestataires cliniques
- Pas encore d'activités communautaires organisées sur la promotion et les bien fait du planning familial sur la santé de l'enfant, de la mère et de la famille entière
- Les valeurs du planning familial méconnues et non encore intégrées dans l'éducation de l'école de base
- Ignorance des couples pour recourir aux vrais méthodes contraceptives
- recours à l'avortement comme méthodes de contraception et à d'autres méthodes traditionnelles non maîtrisées.

7. Les Recommandations

- Les bénéfices et les valeurs du planning familial doivent être vulgarisés à tous les niveaux en relation avec les autres secteurs non santé
- Besoins des stratégies communautaires étudiées pour répondre aux rumeurs sur la contraception
- Améliorer l'efficacité et l'impact des services de PF en établissant les liens entre le programme au CS et les activités à base communautaire
- Les modèles opérationnels et les expériences des certains pays doivent être mis à profit ailleurs pour l'augmentation de la prévalence contraceptive.

15. Thème : Santé de la reproduction au niveau communautaire

Par Dr MUSUAMBA Gertrude, Directeur au Programme national de santé de la reproduction (PNSR)

1. Les grandes lignes de la politique nationale en SR

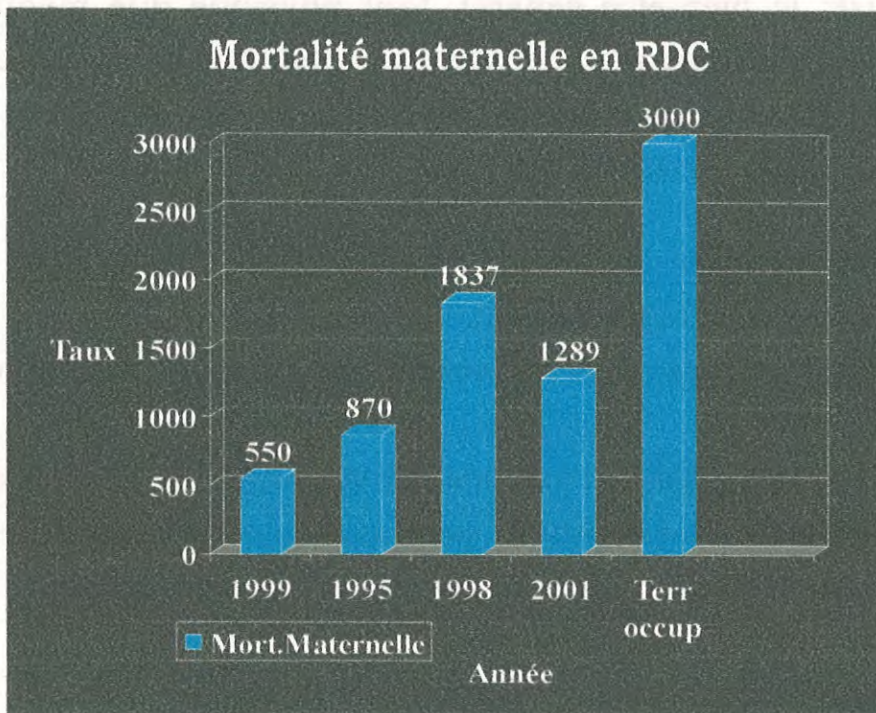
- Vise: le bien-être général, tant physique que mental et social des hommes et des femmes pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement tout au long du cycle de la vie.
- Elle est basée sur :
 - La parenté responsable ;
 - La liberté de choix individuel, en couple, et au sein de la famille
 - Le choix éclairé et informé sur la stabilité de la génération actuelle et l'évolution vers une génération future, en bonne santé sur le plan sexuel et de la reproduction.

Les objectifs globaux de la politique nationale en SR

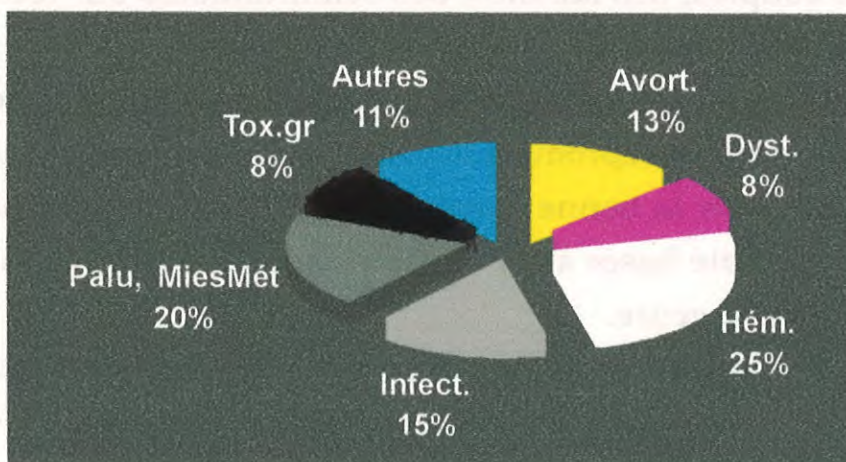
- Assurer l'amélioration de la qualité de vie des individus, des couples, des familles, des communautés sur tout ce qui concerne la SR
- Lutter contre la mortalité de la mère et de la femme due à sa capacité de se reproduire et contre la mortalité infantile.
- Promouvoir la bonne santé en matière de reproduction et de sexualité basée sur l'équité et la justice entre les sexes, l'approche genre.
- Lutter contre tous les effets morbides qui fragilisent le corps humain dans le domaine de la sexualité et de la reproduction.

2. Situation actuelle de la SR

- Faible utilisation de la contraception moderne 4,4%
- Prévalence du VIH/SIDA, 15% chez les femmes enceintes
- Prévalence élevée du VIH/SIDA, 8% chez les jeunes et adolescents
- Transmission Mère-Enfant du VIH/ 30%.
- Mortalité maternelle élevée 1289 ‰ N.V. (MICS2)



Causes directes



3. Au niveau de la communauté

- Considération de l'enfant diminue avec le phénomène des enfants abandonnés
- Prévalence élevée des avortements provoqués estimée à 30% avec toutes les conséquences chez les jeunes et les adolescents

4. Contraintes rencontrées sur terrain

- Pesanteurs socioculturelles dans la communauté et surtout chez le personnel de santé qui empêchent la réalisation des activités Planification familiale (PF)/Maternité à moindres risques (MMR).
- Non respect des normes par les partenaires et intervenants du terrain : plusieurs partenaires s'improvisent sur terrain et se mettent à faire la distribution à base communautaire (DBC) de leur façon ou forment les accouchements traditionnels (AT) de leur façon.
- Fonctionnement insuffisant du cadre de concertation entre le PNSR et les différents partenaires.
- Manque d'appui aux activités d'IEC/SR au niveau de la communauté.
- Collecte insuffisante des données SR.
- Difficulté d'approvisionnement en commodités SR.

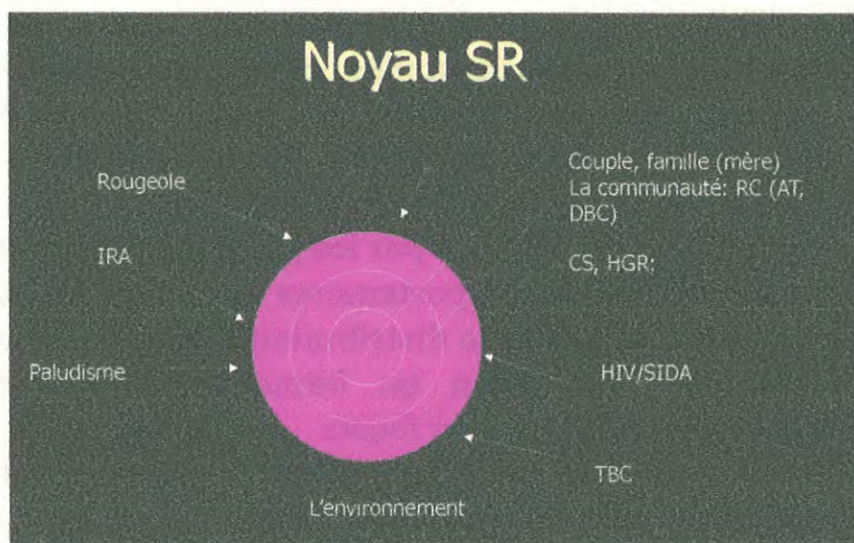
5. Propositions de solutions

- Appui à la conception et adaptation des matériels d'IEC par le PNSR ;
- Mise en place par tout partenaire en SR, d'un programme d'IEC à réaliser dans les familles avec des matériels adaptés ;
- Renforcement de la coordination de tous les partenaires intervenant dans le domaine de la SR sur le plan national, provincial et zones de santé ;
- Appui des actions de recherche opérationnelle et de la gestion de l'information SR ;
- Diversifier les sources d'approvisionnement en commodités SR.

6. Place de la communauté

La communauté est au centre de nos actions, nous devons l'encadrer et la stimuler à agir ;

- Distributeur à base communautaire des contraceptifs (DBC) ;
- Accoucheuses traditionnelles (AT) ;
- Création des centres des jeunes (pairs éducateurs).



7. Questions

- Comment harmoniser toutes les interventions en matière de la SR afin d'aider la famille à faire face aux problèmes de santé?
- Comment contourner les pesanteurs socioculturelles chez les cadres de la santé dans la réalisation des certaines activités SR (PF)?

16. Thème : Projet de planification familiale - PSI/ASF

Par Madame Zozo, Point focal/ASEF

Synopsis

- Association de santé familiale (ASF)/PSI et ses partenaires en RDC sont embarqués dans un projet de Planification Familiale depuis février 2003.

- Le projet vient en soutien au Plan Stratégique du Programme National de Santé de la Reproduction pour 2002-2006
- Le projet est financé par l'Agence Américaine du Developpement International (USAID)

Les Partenaires

- L'agence principale d'exécution est PSI/ASF.
- Les autres partenaires indispensables sont:
- L'Association pour le Bien être Familial « ABEF » - naissance désirable « ND »
- Eglise du Christ au Congo (ECC)
- Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)
- La Direction Nationale de la Pharmacie du Ministre de la Santé(3ème Direction)

Le But du Projet

Le but de ce projet est de contribuer à améliorer la santé de reproduction des congolaises en réduisant les risques de morbidité et mortalité maternelles liées aux grossesses.

Les Stratégies

- Augmenter l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale auprès des femmes en âge de procréer.
- Diminuer les risques des grossesses non désirées et les avortements chez les adolescentes et les jeunes.

Les Interventions

- Améliorer la qualité des services de planification familiale, en - 100 -rendant disponible des produits contraceptifs dans les cliniques ciblées ;
- Augmenter l'accès aux services et à l'information ayant trait à la planification familiale chez les jeunes universitaires ou non ;
- Le marketing social des produits contraceptifs de haute qualité au prix abordable (oral, injectable, stérilet).

Les Activités

- Formation des formateurs et des prestataires cliniques et des pharmacies;
- Supervision des prestataires formés;
- Réhabilitation des centres ciblés;
- Remise du matériel et équipement médicaux
- Promotion des produits contraceptifs
- Communication interpersonnelle
- Communications media de masse (radio, groupes de théâtre, affiches ...)

Niveau actuel

- Formation des 23 formateurs, 42 prestataires cliniques et 99 prestataires des pharmacies.
- Réhabilitation des centres de santé ciblés.
- Finalisation de matériel d'IEC et de promotion
- Mise sur marché des produits confiance à partir du 22 Septembre 2003.
- Sélection des candidats mobilisateurs communautaires pour le projet.

Difficultés rencontrées

- Niveau des prestataires formés en pharmacie
- Module national de formation en PF incomplet
- Limitation des services disponibles à la communauté selon l'éthique de certains centres de santé ciblés.
- Très forte demande d'information et de formation sur la planification familiale.
- Demande d'une prime pour le renforcement des activités de PF par les prestataires de service.

Proposition des solutions

- Exploitation des résultats de la formation par l'ECP et la 3ème Direction afin de mettre de l'ordre dans ce secteur ;
- PNSR: Actualisation et enrichissement pour le PNSR du module national de formation en se référant au module Pathfinder et autres disponible dans le pays;
- Inventorier toutes les méthodes contraceptives utilisées

dans les différentes provinces afin de les intégrer dans le curriculum national à réaliser ;

- Travailler avec d'autres ONG pour voir qui peut répondre à tel ou tel autres besoins sur terrain ;
- Pour la motivation des prestataires, les responsables des centres ont estimé que les activités de PF existaient déjà dans les centres et qu'ils ne méritaient pas une prime spéciale.

Place de la communauté

- Dans l'avenir, car pas encore sur terrain à ce stade du projet ;
- Nous souhaiterions tout de même que la communauté puisse ;
 - Faciliter la communication interpersonnelle ;
 - S'approprier des services mis à leur disposition.

Perspectives

- Compléter la gamme des méthodes de planification familiale de l'ASF avec la méthode naturelle "standard days";
- Possibilité d'ajouter d'autres sites d'intervention(centres de santé et pharmacies).

17. Thème : Rebâtissons les SSP avec l'intégration de la PCIME

Par le Dr KANZA NSIMBA, Directeur du Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD) et Animateur principal de la PCIME-C

Pourquoi la PCIME-C ou prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ?

a) Excès de morbidité et mortalité:

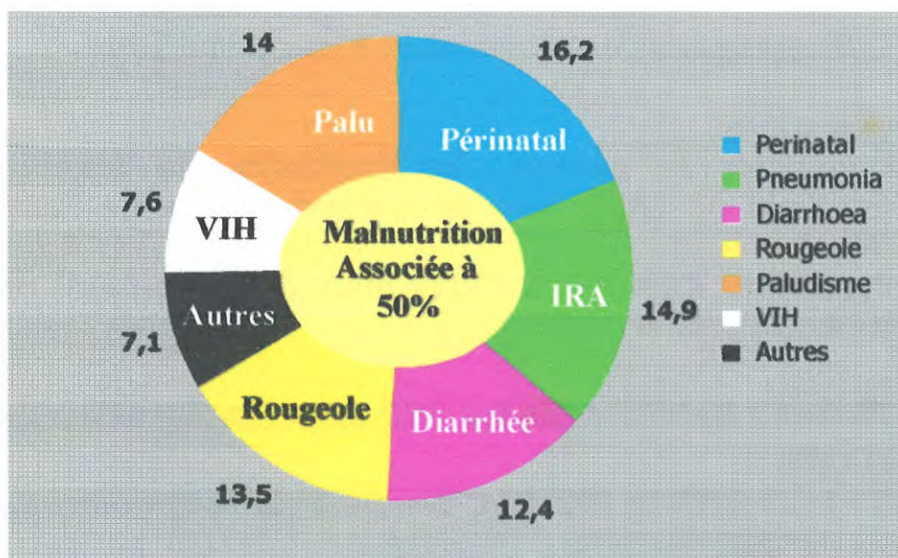
- Mortalité infantile: 127 °/(762.000 enfants 0-1 an / an)
- Mortalité juvénile:213 °/(1.278.000 enfants 1-5 ans / an)

B) Causes : 70% de ces décès sont dus à l'une ou à la combinaison des :

1. IRA
2. Diarrhée,
3. Rougeole
4. Paludisme
5. Malnutrition
6. VIH/SIDA

C) Faible taux d'utilisation des services de santé ($\pm 20\%$):
conséquence, 60-80 % d'enfants meurent à domicile ou
dans les 30 minutes d'arrivée au CS.

Répartition des causes des décès des enfants de moins de 5 ans



Objectifs de la PCIME

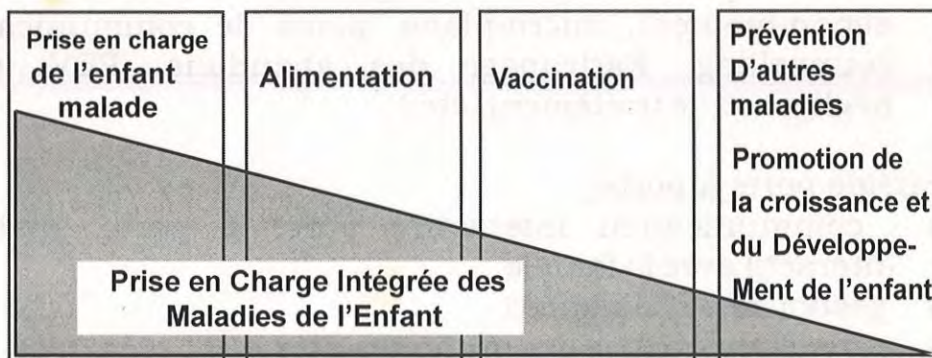
- Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des enfants de <5 ans
- Par
 - L'amélioration de la qualité des soins offerts aux enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires de 1er niveau
 - L'amélioration des pratiques familiales et communautaires.



Attitude d'une prise en charge pour le développement intégré du jeune enfant

Approche intégrée :

Visant à traiter les maladies ciblées, leur prévention et la promotion de la santé et le développement de l'enfant, tant au CS qu'à domicile.



3 Volets ou composantes qui forment un tout :

- L'amélioration des compétences des agents de santé
- L'amélioration du système de santé
- L'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

Liens entre les trois composantes

- trois composantes interdépendantes qui s'appuient simultanément. :
- ex : les conseils aux mères au CS = promotion des pratiques clés.(carte-conseil de la mère) ;
- les Relais renforcent ces conseils dans les familles et communautés ;

- La recherche des soins hors de domicile (pratique-clé) augmente l'utilisation des CS, si ces soins sont disponibles, accessibles et de qualité.

Accréditation de la PCIME-C par l'amélioration de la qualité des services (donner un crédit aux relais et à la stratégie)

Satisfaire un besoin qu'on a créé :

Ex : quand l'on veut créer un besoin pour la moustiquaire imprégnée, il faut la rendre aussi disponible et accessible.

Rôle des Relais dans la PCIME-C :

- Renforcement des liaisons entre CS et communauté (utilisation des services fixes et avancés) ;
- Communication pour adoption des 15 pratiques;
- Surveillance communautaire active des pratiques-clés (fiches techniques ou ordinogrammes simples pendant visites à domicile) ;
- Autres prestations : diagnostic communautaire, dénombrement, micro-plans, plans de communication, counselling, Rattrapage des abandons (PEV, CPN, négligence de traitement, etc.).

Stratégie porte à porte :

- communication interactive porte à porte, dialogue interactif avec la famille
- gestion des résistances
- surveillance active des pratiques-clés.

Stratégies pour le passage à l'échelle

- Groupe de travail multisectoriel à tous les niveaux.
- Renforcement du Partenariat
- mobilisation des ressources (locales, Etat, Partenaires)
- politiques et directives claires, définition PMA-C, ...)
- appropriation par la population (CODESA et Relais)
- Renforcement des capacités managériales
- Supervision intégrée
- Monitoring mensuel avec population (nécessité de Documentation régulière)
- Accréditation par l'amélioration de la qualité des services
- Application des principes de pérennisation

- Approche d'extension par District (unité de planification, Pool des formateurs...)
- Extension dans toutes les ZS fonctionnelles ou appuyées
- Développer les 3 composantes dans les ZS : Porte d'entrée soit PCIME-Clinique, soit PCIME-C(intégration progressive).

Approche de coordination

- Groupe de travail à tous les niveaux
- 3 Sous-groupes (PCIME-Clinique, PCIME-C, enseignement)
- Groupe de travail restreint
- consolidation des points focaux à tous les niveaux
- concertation de toutes les parties impliquées
- circulation et échange d'informations
- planification concertée et l'allocation de ressources
- Suivi mixte
- Intégration au niveau communautaire, des différentes ONG et organisations à assise communautaire (OAC) comme partenaires dans la mise en oeuvre de la PCIME-C.

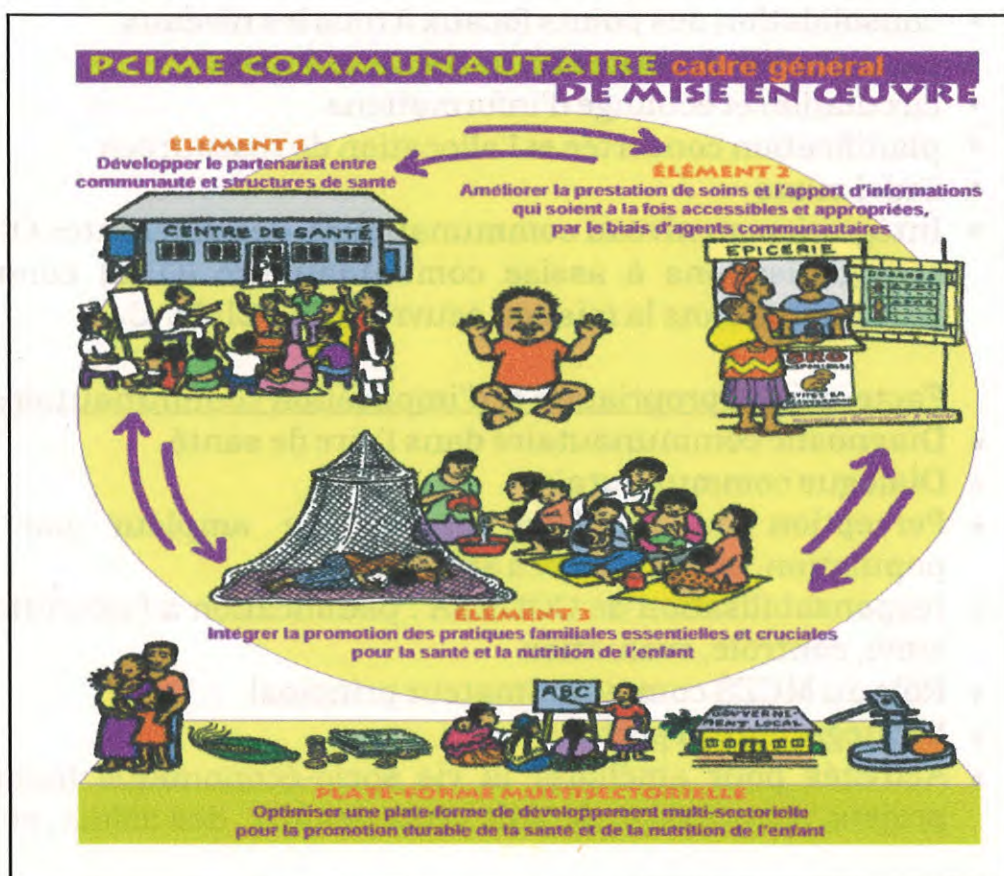
Facteurs d'appropriation et d'implication communautaire

- Diagnostic communautaire dans l'aire de santé
- Dialogue communautaire
- Perception du problème et de son ampleur par la population, et de l'intérêt à adhérer
- responsabilisation de CODESA : planification à l'exécution, suivi, contrôle, évaluation
- Rôle du MCZS comme animateur principal
- Stratégie porte à porte
- Activités pour améliorer la vie socio-économique (micro-projets, rétrocession de % de vente des MII, des média, etc.

4. Principes de pérennisation pour la PCIME

- Cadre national de planification (continuité, ne s'arrête pas avec le projet)
- Partenariat actif à tous les niveaux
- Coordination par un groupe de travail actif et multisectoriel
- Intégration des 3 composantes de PCIME

- Prise en compte des ressources disponibles (bâtir sur l'existant)
- Approches participatives
- Renforcement des capacités techniques et *managériales* (Cadres, IT, relais)
- Appropriation communautaire, co-financement, co-gestion...
- Stabilité des agents formés
- Transfert des connaissances par ceux qui sont formés auprès de leurs collègues de travail
- Passage à l'échelle sur base des expériences acquises....



Situation actuelle de la PCIME en RDC

Etapes parcourues (3 phases) :

1. Phase d'introduction avec adaptation des modules(1999 à 2001)

2. Phase de mise en œuvre initiale (2001 à 2002)

- a) 3 ZS pilotes (PCIME-clinique): Kisantu (rurale), Lemba (urbaine), Nsele (urbano-rurale)
- b) Formation des équipes cadres
- c) Phase pilote terminée par une Revue/évaluation.

3. Phase d' extension depuis 2003

- a) Visites d'orientation en Provinces : Bas Congo, Province Oriental, Nord Kivu, Kasai Oriental, Maniema , Katanga
- b) Extension PCIME-Clinique dans d'autres ZS,
- c) Introduction dans le cursus de formation de base dans 4 Institutions cette 1^{ère} année 2003 :
 - Faculté de Médecine/ UNIKIN (pédiatrie),
 - ISTM/ Kinshasa
 - ITM Mont Amba (Kinshasa) et ITM-Kisantu (Bas-Congo)
- d) PCIME-C.

Pour la PCIME-Communautaire

- a) 15 pratiques clés adoptés
- b) Analyse de la situation faite au niveau national
- c) Plan stratégique de PCIME-C élaboré
- d) Expérimentation de la PCIME-C dans 10 ZS (SANRU III)
- e) 3 Formateurs nationaux en PCIME-C (1 au Ministère, 2 chez les Partenaires
- f) Opportunités des comités NAC (et autres) comme porte d'entrée pour la PCIME-C

Place de la communauté dans la mise en œuvre de PCIME-C

a) Dans la Composante 1 et 2 :

- renforcer l'utilisation des services par la population (services fixes et avancés)
- cogestion des finances, Médicaments, équipements
- Surveiller la qualité des soins
- Implication dans le système de référence et contre-référence
- Monitoring mensuel et semestriel, évaluation
- Aider au recouvrement des coûts,
- Mobilisation sociale et des ressources locales.

B) Dans la PCIME-C

- Responsabilisation dans le suivi des foyers
- Prestations en PCIME-C
- Autres rôles cités dans la PCIME-clinique.

18. Thème : Organisation et structure de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST an RDC

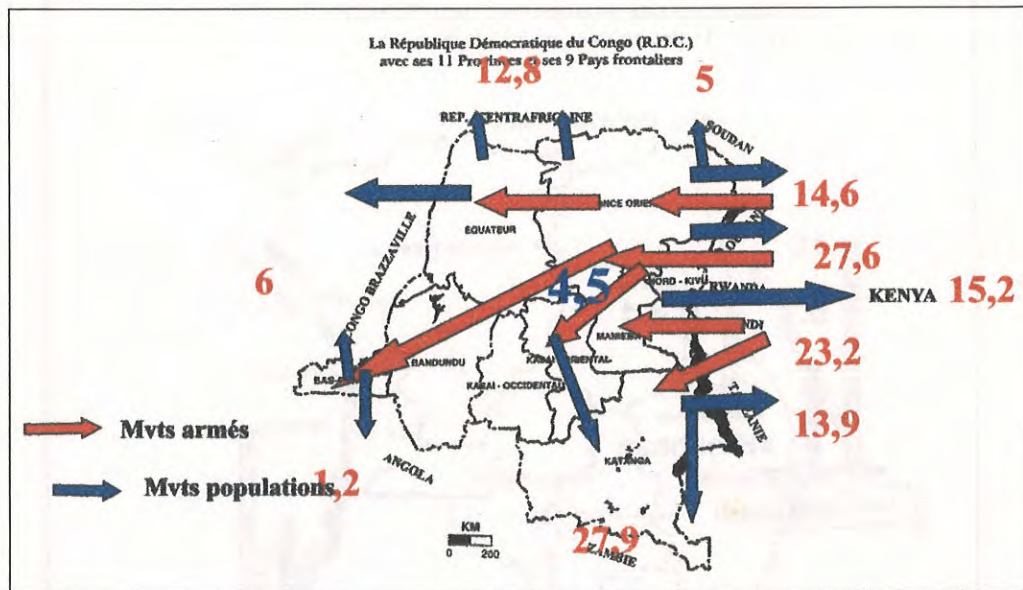
Par le Dr LEPIRA François, Directeur du PNLIS

Situation de l'infection à VIH dans le monde et en Afrique décembre 2002:

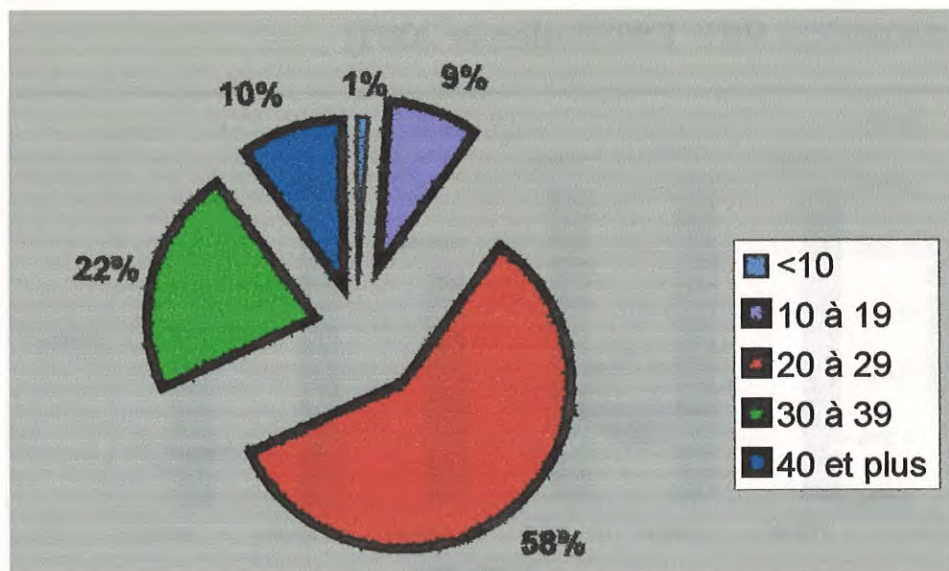
Monde : 42.000.000
Afrique Subsaharienne : 29.500.000



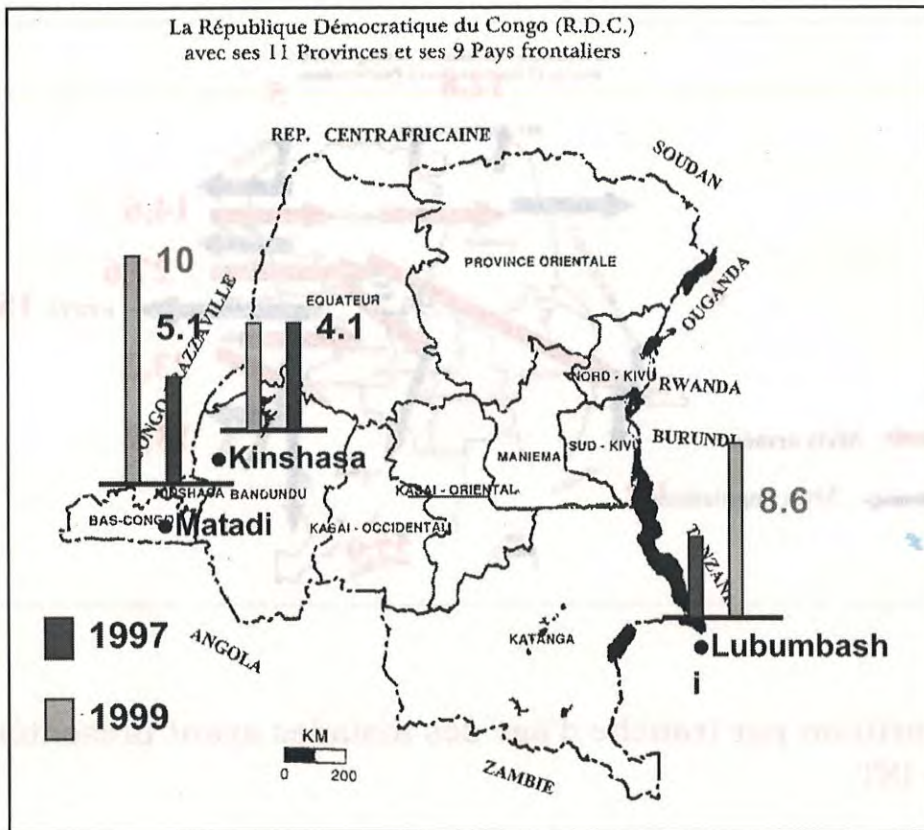
Situation actuelle de l'infection à VIH en RDC
Mouvements consécutifs à la guerre



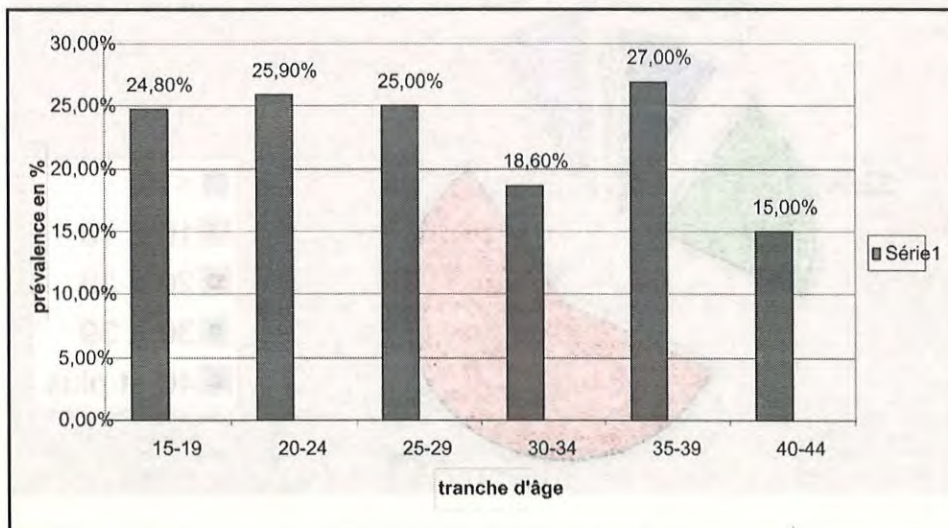
Répartition par tranche d'âge des malades ayant présentés une IST



Prévalence du VIH Ouest



Prévalence du VIH- EST (Kalemie 2001)

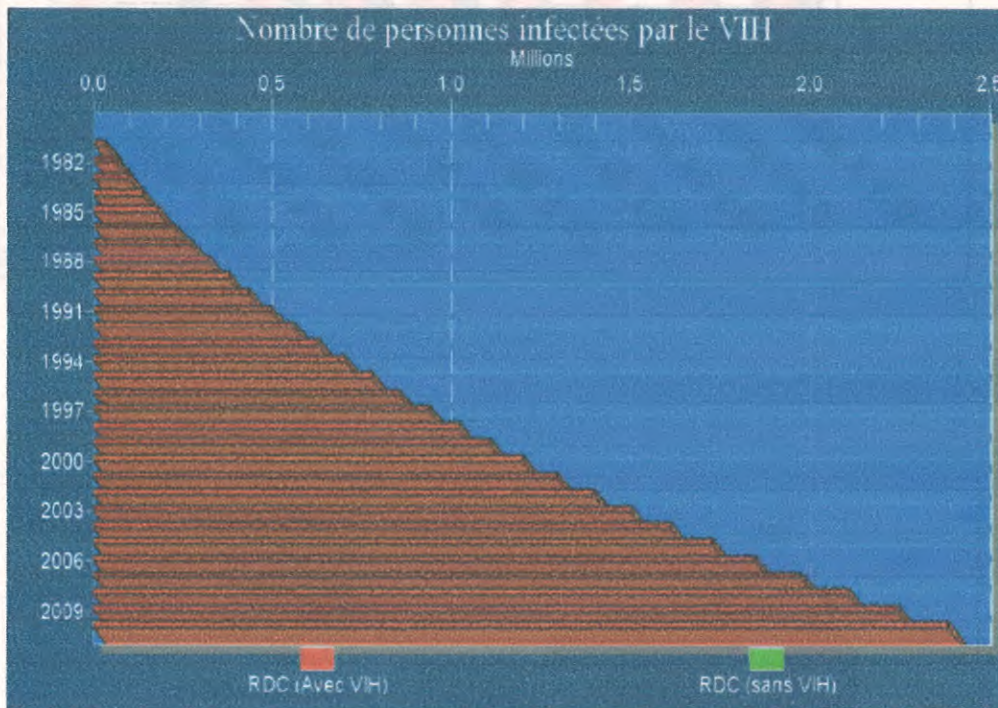


Quelques chiffres sur la RDC

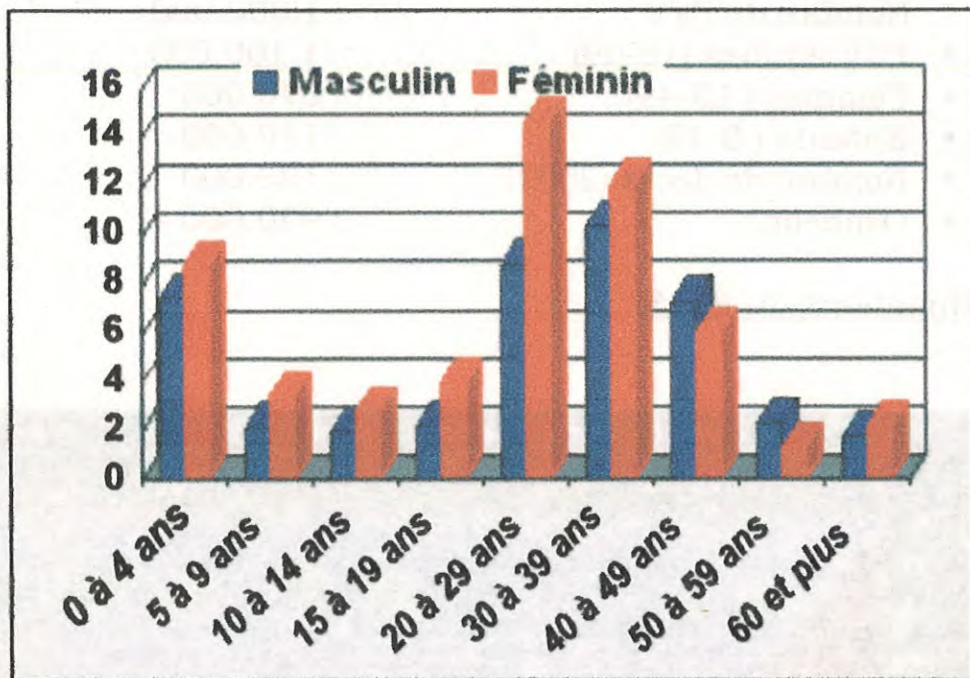
Estimations de l'ONUSIDA (fin 2001)

Prévalence	: 4,9%
▪ Nombre de PVV	: 1.300.000
▪ PVV adultes (15-49)	: 1.100.000
▪ Femmes (15-49)	: 670.000
▪ Enfants (0-15)	: 170.000
▪ Nombre de décès (2001)	: 120.000
▪ Orphelins	: 930.000

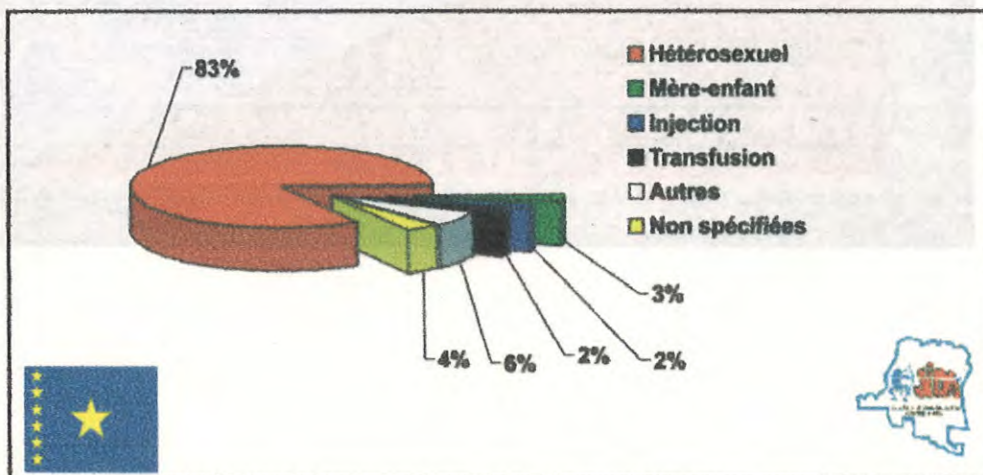
Estimations du PNLS



Répartition de la proportion des cas de SIDA par tranches d'âge et par sexe

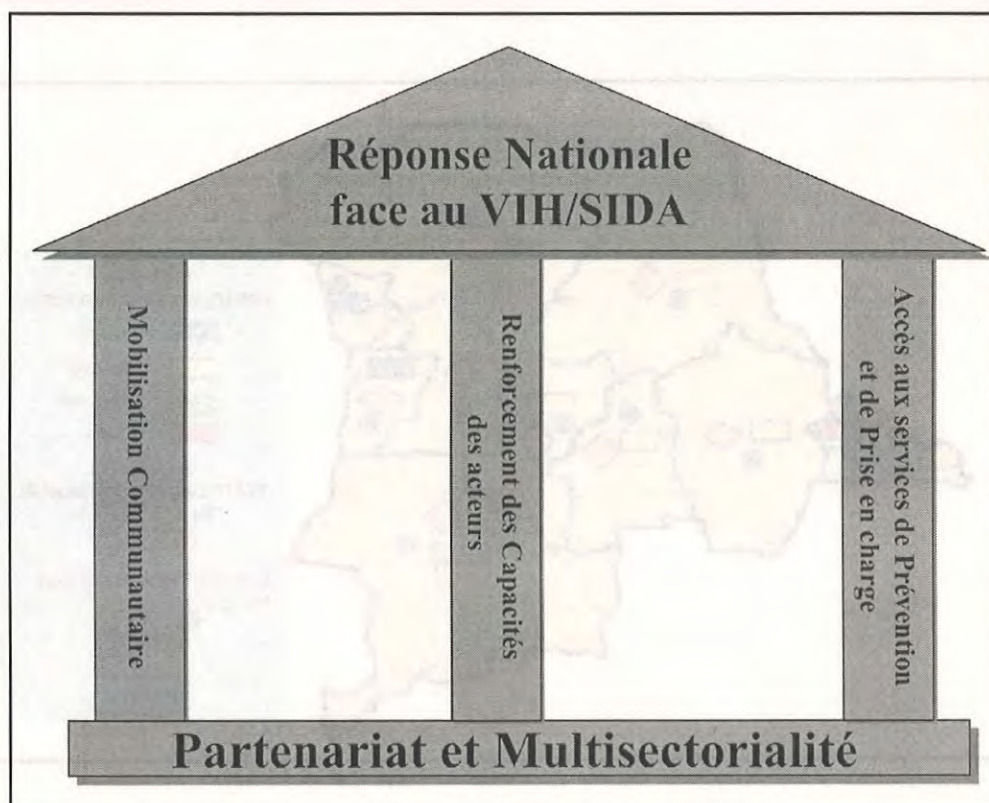
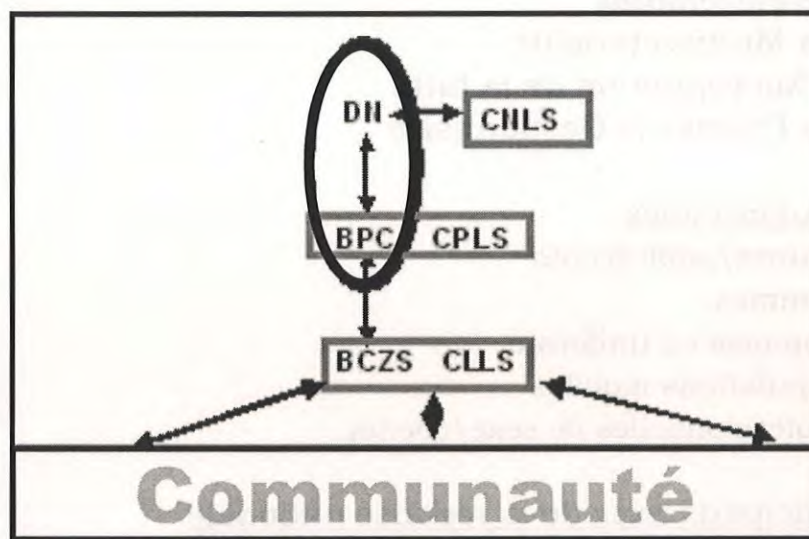


Mode probable de contamination



Cadre institutionnel

Le cadre organique (actuel)



Les principes directeurs

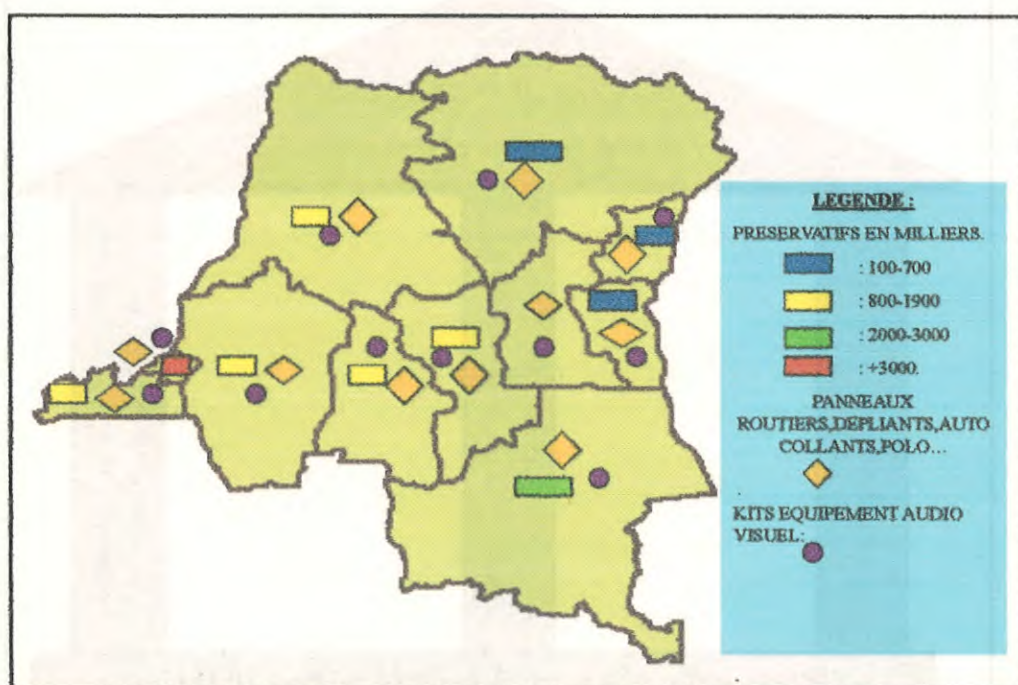
- La Coordination
- La Décentralisation
- L'Intégration
- Le Partenariat
- La Multisectorialité
- L'Appropriation de la lutte
- Le Processus Gestionnaire

Les groupes cibles

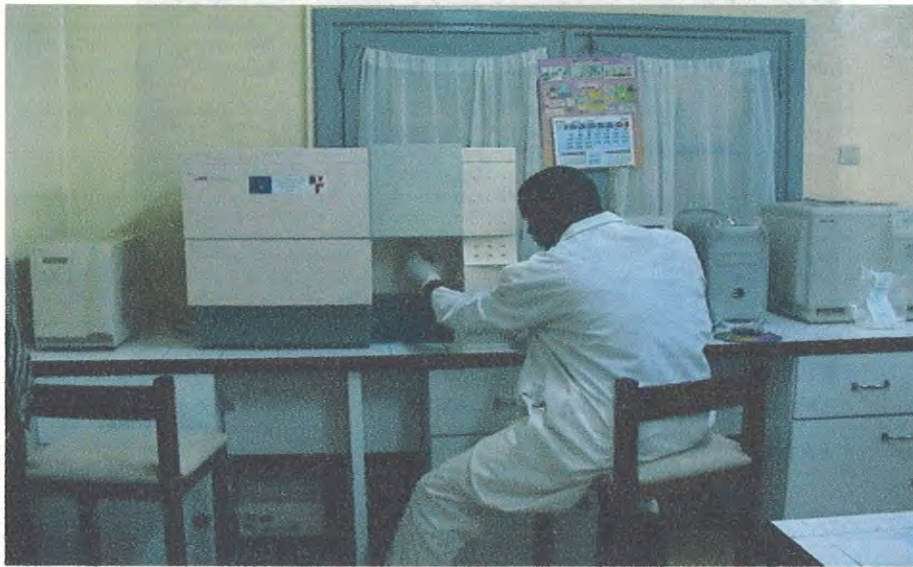
1. Jeunes/adolescents
2. Femmes
3. Hommes en uniforme
4. Populations mobiles
5. Professionnelles de sexe/clients.

Les principaux axes de la réponse nationale

Mobilisation sociale



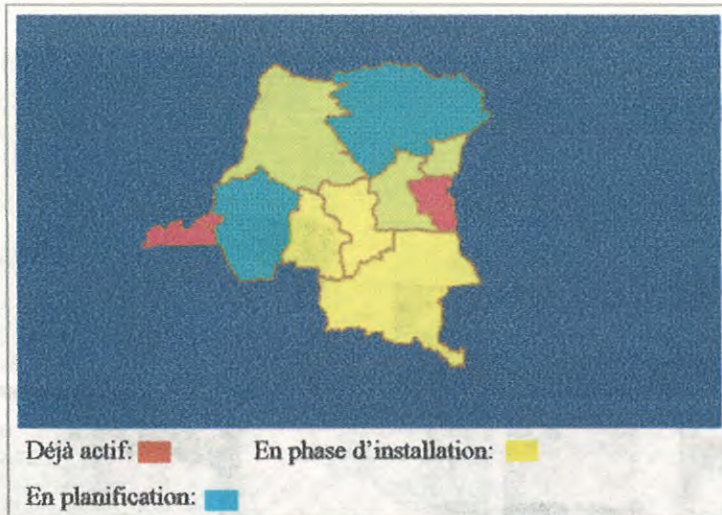
Prise en charge médicale (Labo)



Laboratoire nationale du Congo de l'INRB



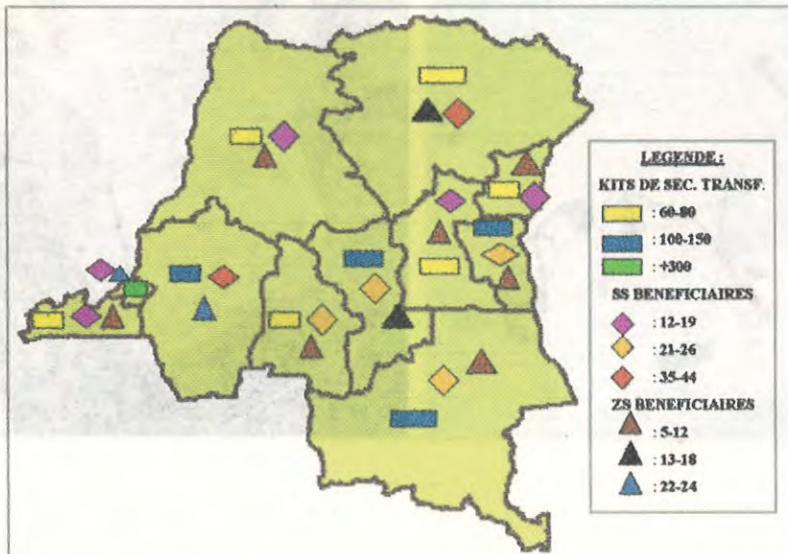
Location des sites de PTME en RDC



Recherche

- Sérotypage (Université Montpellier, IMT/Anvers)
- ARV : Résistance (IMT/Anvers)
- HTA, Detuned... (Johns Hopkins University)
- Vaccin VIH (OMS/ONUSIDA/NIH/HVTN/AAVP)
- Azythromycine (UNC/ IMT/Anvers)
- Surveillance des IST (Johns Hopkins University)

Sécurité transfusionnelle et des injections

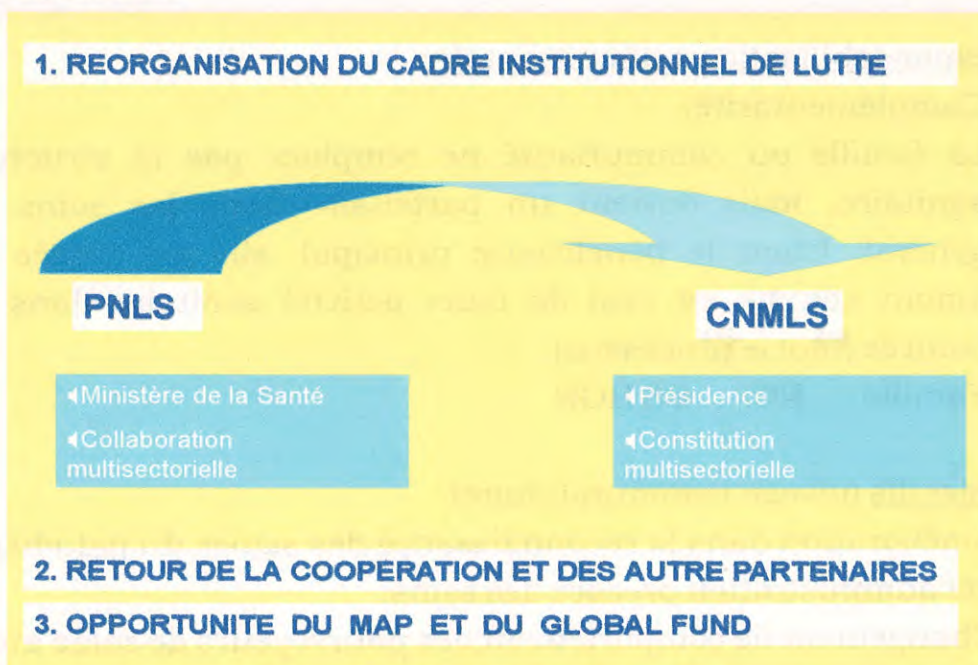


Centre national de transfusion sanguine de Kinshasa



Bâtiment du Programme national de transfusion sanguine
à Bandalugwa/ Kinshasa

Perspectives



Approche multisectorielle : Rôles/ Responsabilités des acteurs.
Considération et extension des programmes en milieu rural/
renforcement des capacités communautaires.

19. Thème : La lutte antipaludique au niveau communautaire

Par le Dr NSIBU, Directeur du PNL

Politique nationale

- PEC: - responsabilisation communautaire
 - système de référence
 - capacitation diagnostique
 - nouvelle politique des médicaments
- Prévention multiple:
 - MII (moustiquaire imprégnée d'insecticide)
 - TPI (traitement présomptif intermittent)
 - Assainissement péridomiciliaire
- Surveillance épidémiologique:
 - Sites sentinelles
- Renforcement institutionnel

Responsabilisation communautaire

- Complémentarité:

La famille ou communauté ne remplace pas la structure sanitaire, mais devient un partenaire dans les soins en général. Etant le bénéficiaire principal, elle est placée en amont comme en aval de toute activité sanitaire dans sa contrée (tout le processus).
- Famille RC CSHGR

Objectifs (niveau communautaire)

- Amélioration dans la reconnaissance des signes du paludisme et l'administration précoce des soins;
- Changement de comportement des pourvoyeurs de soins aussi bien pour les signes de danger, les premiers soins que la référence;
- Amélioration dans la couverture et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée par les cibles;

- Promotion du traitement présomptif intermittent de la femme enceinte dans les régions à haute transmission;
- Promotion de la lutte antivectorielle en incluant les autres méthodes comme l'assainissement du milieu.

Principes pour l'action

- Participation communautaire: CLAP
 - prise de décision et l'allocation des ressources : sous l'influence de la communauté
 - danger: la crise avec conflit de compétence.
- Renforcement du partenariat: GT/FRP
 - échange des ressources, compétences avec une coordination des activités
 - 3 secteurs: public, privé et société civile.
- Expérience comme mode d'évidence
 - bâtir sur ce qui existe et éprouvé : OAC, ONG, Pouvoir coutumier,...
- Promotion des canaux de développement
 - identification des leaders d'opinions ou groupes d'intérêt ou pression existants et leur implication dans le processus.
- Amélioration des liaisons entre la communauté et la zone de santé: - des relais, des médiateurs
- Renforcement des capacités du BCZS: en vue d'appuyer les actions communautaires de la planification à l'évaluation.
- Renforcement des capacités communautaires pour l'auto-évaluation et la prise de décision: appropriation des indicateurs, monitoring continu.
- Communication efficace pour le changement de comportement: amélioration de la communication au niveau des structures des soins/ dissémination des messages clés/ élaboration des supports.

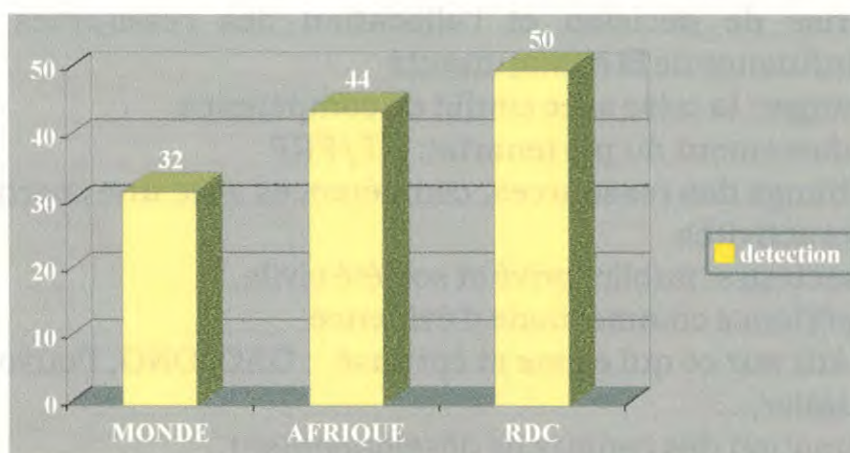
Recommandations

- Renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources
- Réaffirmer le rôle primordial de l'Etat
- Promouvoir les actions par le marketing social
- Accorder des détaxations, exonérations et autres facilités
- Agir en privilégiant l'équité.

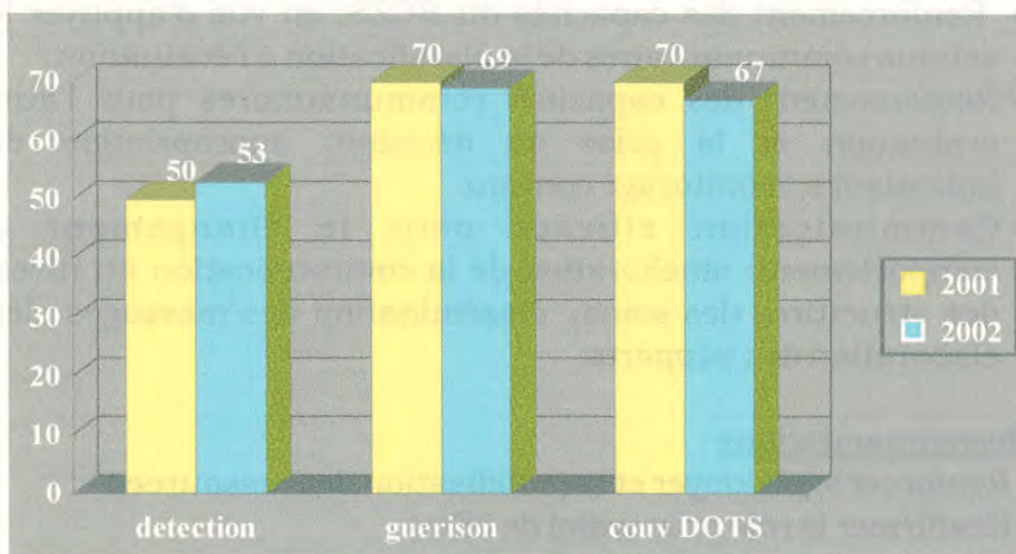
20. Thème : Programme de lutte contre la TBC et le SIDA au Projet SANRU III

Par le Dr Casimir MANZENGO, Point focal SIDA et TBC au
Projet SANRU III

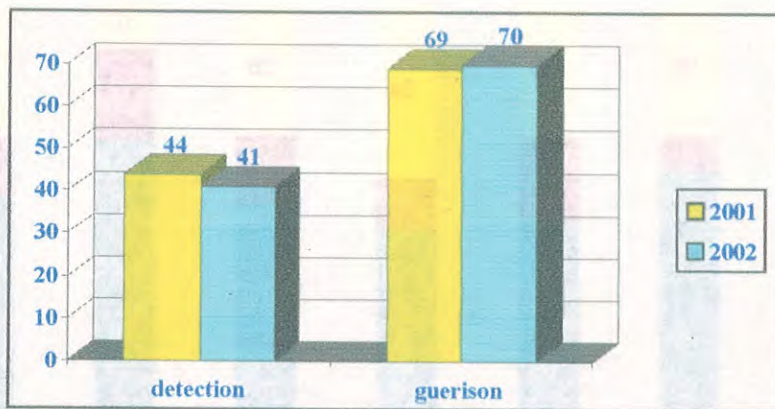
Taux de détection dans le monde



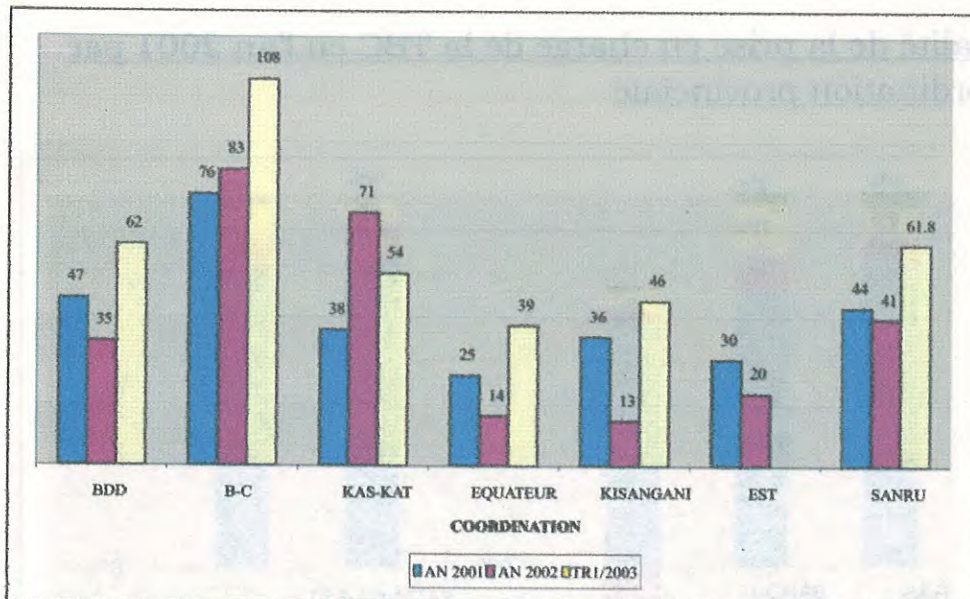
Situation du pays



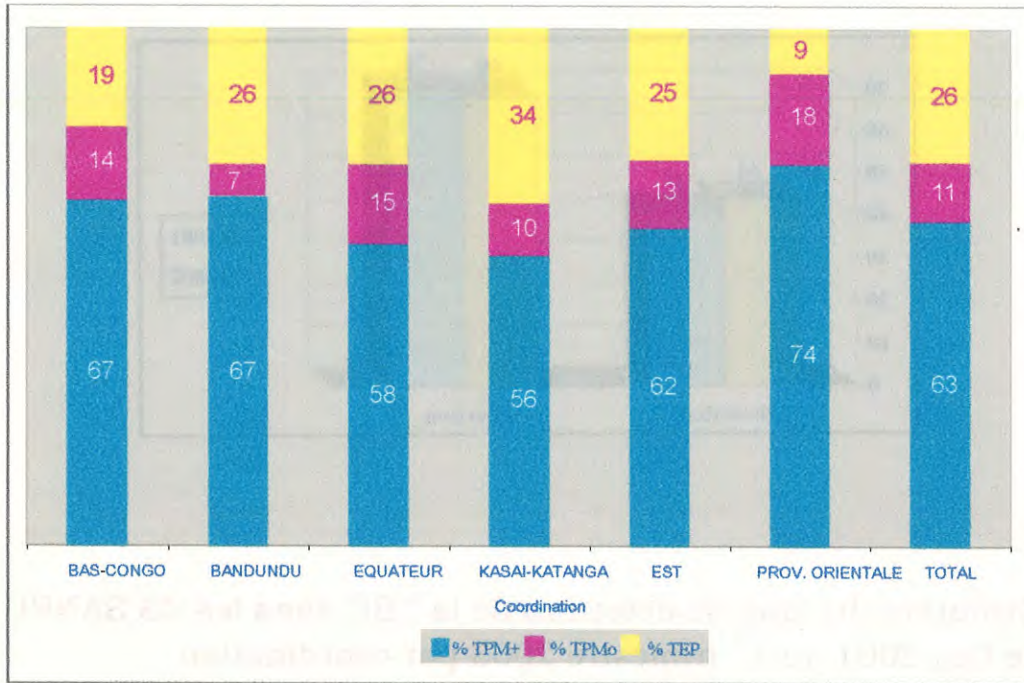
Situation des ZS SANRU III



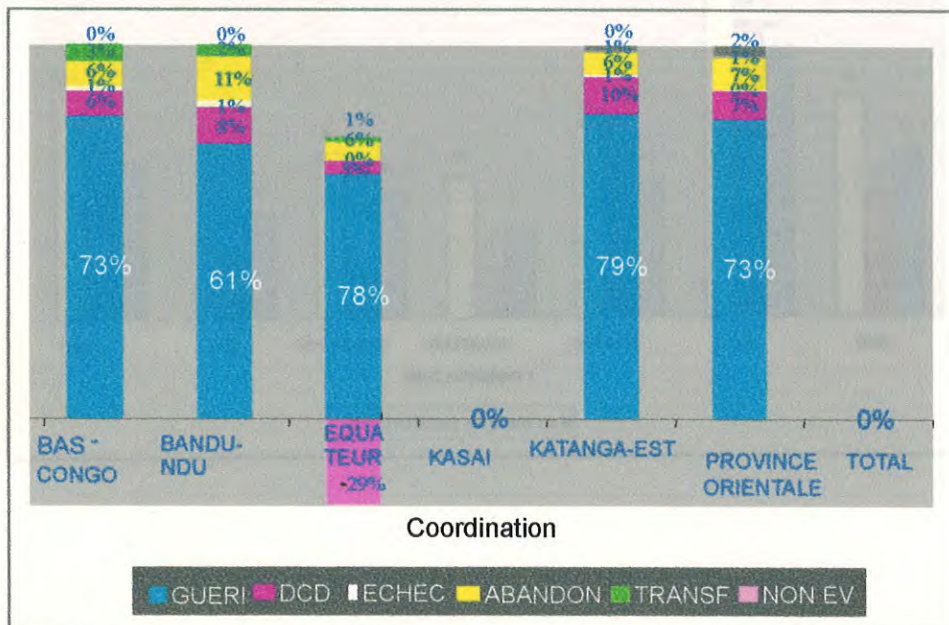
Evolution du taux de détection de la TBC dans les ZS SANRU de l'an 2001 au 1^{er} trimestre 2003 par coordination



Qualité du dépistage de la TBC en 2001



Qualité de la prise en charge de la TBC en l'an 2001 par coordination provinciale



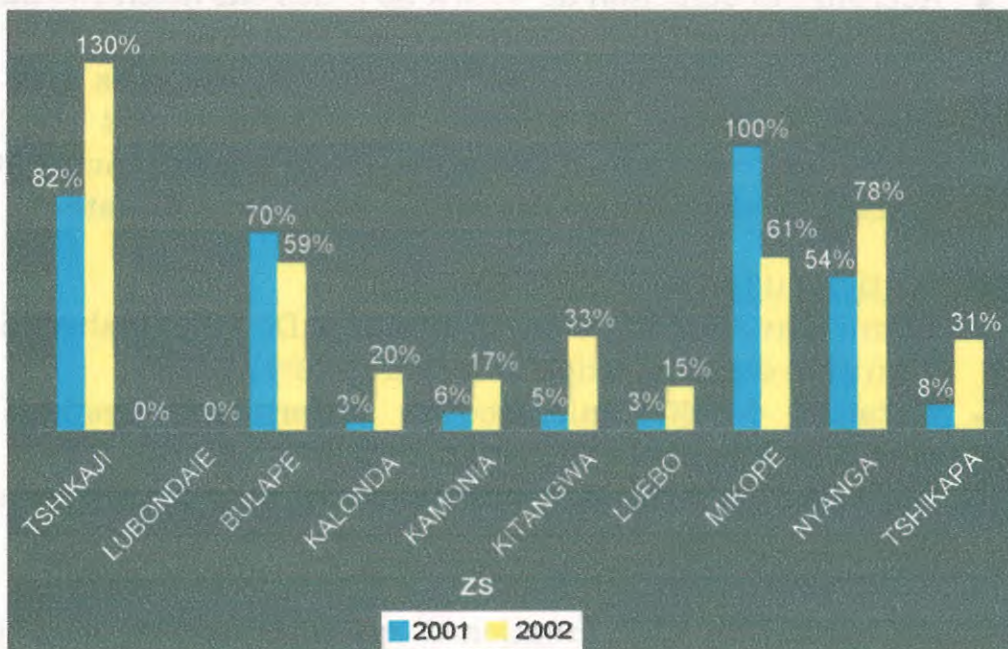
Problèmes

- Faible taux de détection:
 - tendance a la hausse au Bas-Congo, Kasai-Katanga
 - tendance a la baisse dans d'autres coordinations
- Faible taux de guérison surtout dans le BDD et le KKT

Causes de faible détection au B-C, BDD, KKT

- Faible couverture DOTS dans les ZS
 - 1 CDT pour 65560 habitants à Sona Bata (42%)
 - 1 CDT pour 227000 habitants à Kahemba (17%)
 - 2 CDT excentriques 146000 habitants à Bibanga (5%)
- Non intégration PATI dans certaines ZS
 - 0% détection à Lubondaie
- Faible sensibilisation de la population (info sur les services, stigma...)

Evolution du taux de détection de la TBC dans les ZS appuyées par ECC-IMA dans la province du Kasai-Occidental de l'an 2001 à l'an 2002



Causes de faible détection à l'Est, Kisangani et Equateur

- Diminution de la couverture DOTS suite à l'agression
 - Destruction des infrastructures
 - Faible utilisation des services
- Autres:
 - Manque de recyclage du personnel (laborantins et infirmiers)
 - Rareté des supervisions des Coord. L-TBC...

Causes de faible guérison TBC

- Non réalisation du C5 et C7 au niveau de toutes les coordinations (TT > 10%)
- Taux de décès élevé à l'Est = 10% (co-infection, guerre)
- Beaucoup de malades abandonnent à BDD et KKT
- Discordance entre le nombre des malades évalués et le nombre des malades mis sous traitement en Equateur
- Des ruptures de stock des tuberculostatiques sont parfois notées : BDD
- Dans certaines ZS, les tuberculostatiques sont encore vendus (très chers) : K.Oc.

Objectifs de l'an III

- Accroître la détection de 41% à 50% des cas attendus dans les ZS SANRU III (réduction des cas TPMo et des cas TEP)
- Accroître la guérison de 69% à 80% des malades pris en charge dans les ZS SANRU III (réduction des cas de traitement termine, d'abandon et de discordance entre malades pris en charge et malades évalués en Equateur)

Intervention du Projet SANRU III en l'an II

- Formation des cadres de 31 ZS sur le DOTS et élaboration d'un plan d'amélioration de la couverture DOTS
- Dotation de 300 microscopes performants destinés à toutes les ZS (pièces de rechange en vue)
- Organisation de la JMT dans les 63 ZS dont Massa pour le niveau national
- Supervision des ZS
- Au niveau du PNT: création d'une coordination Katanga-Ouest.

Intervention du Projet SANRU III en l'an II

- Restitution de la formation aux IT (620)
- Mise en place des réseaux d'amis des tuberculeux dans 31 ZS
- Formation des laborantins provinciaux (CDC-Atlanta)
- Restitution aux laborantins des ZS
- Appui des activités de monitoring trimestriel
- Dotation des livres PATI 4
- Construction des incinérateurs

Contraintes et opportunités

- Contraintes:
 - Persistance de l'insécurité dans les ZS a faible performance
- Opportunités:
 - Signature de l'accord global et inclusif pour la Paix en RDC
 - Bonne collaboration avec le PNT
 - Création d'une troisième coordination au BDD (Kwango) en vue
- Appui des partenaires: GDF,...

Secteurs appuyés par le Projet SANRU III

- Communication pour le changement de comportement
- Sécurité transfusionnelle
- Prévention de la transmission mère-enfant
- Prise en charge des IST
- Protection du personnel en milieux hospitaliers.

La PTME après deux mois d'expérience au Bas-Congo

	MASA	KPSE	LUOZI	KMBA	TOTAL
Cas CPN	313	383	285	61	1042
Fe testée	284	362	221	61	928
Taux d'acc.	91%	95%	77%	100%	89%
Testées +	5	3	0	1	9
Sero prévalence	2%	1%	0%	2%	1%

Perspectives : PTME-FULL

- Promotion de la nutrition chez la femme enceinte
- Supplémentation en fer
- Traitement présomptif intermittent en SP
- Déparasitage de la femme enceinte
- Test RPR (syphilis)
- Moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Vaccination au VAT
- Supplémentation en vitamine A en CPON
- Allaitement maternel exclusif au sein
- Promotion du Planning familial

Deux fondements

Technique:

- Amélioration de la prise en charge de la femme enceinte
- Correction des facteurs de risque de transmission: palu, malnutrition...
- Réduction du risque de la transmission de la mère à l'enfant
- Accès aux ARV/PTME+

Managerial:

- Secteur SIDA est bien financé actuellement
- En profiter pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte
- Réduire la mortalité maternelle qui est actuellement de 1837%

Contraintes et opportunités

Contraintes:

- Persistance de l'insécurité dans les ZS a faible performance
- Intenses échanges avec les 9 pays limitrophes
- Extrême pauvreté de la population

Opportunités:

- Signature de l'accord global et inclusif pour la Paix en RDC
- Bonne collaboration avec le PNLS

- Renforcement des bureaux provinciaux de coordination du PNL: plan de coordination
- Appui des partenaires: Global Fund, MAP, Coop belge, BAD, promesse des USA pour Afrique...
- Approche régionale de lutte contre le SIDA: GLIA...

21. Thème : Éléments et principes de gestion améliorée

Par Dr SAMBE DUALE de l'OMS/ Genève

L'intervenant a commencé son exposé par citer les principales maladies du Congo et définir le concept gestion.

Pour lui, un gestionnaire doit planifier, doser, manipuler les intrants et procédures dans le temps pour produire des extrants qui auront un impact appréciable et permettre une gestion rationnelle des médicaments essentiels au niveau des ZS ;

Les ressources dans le système de santé constituent une série d'activités de planification, de suivi, d'évaluation qui sont des activités interconnectées.

Pour résoudre un problème, il est souhaitable de tenir compte des aspects suivants :

- efficacité
- efficience
- équité.

Gestion d'information

L'intervenant a présenté quelques domaines qui entrent dans ce secteur notamment : le système d'info sanitaire (SIS/SIM), surveillance intégrée des maladies, la recherche, gestion d'info sanitaire, enquêtes socio-démographiques, revue scientifique, soutien informatique.

Gestion des ressources financières

Voici pour le présentateur, les domaines ou secteurs à considérer :

- le budget (budgétisation des activités des ZS)
- le financement des services
- le contrôle des finances

En ce qui concerne le financement des services, il faut tenir compte des éléments ci-après :

- allocation budgétaire de l'Etat
- recouvrement des coûts (initiative de Bamako)
- subvention des partenaires
- mutuelles
- financement du secteur privé

Un gestionnaire doit savoir mobiliser les ressources

Gestion des ressources humaines

Trois aspects à considérer pour l'intervenant : la qualité, la quantité et la motivation, qui ont été schématisés de la manière suivante :

En ce qui concerne la motivation, il faut :

- le paiement régulier des salaires
- le supplément de salaire et autres allocations
- la formation continue
- la supervision
- la promotion
- la délégation des responsabilités
- la dotation en moyens pour le travail : soutien moral, appréciation.

Gestion des relations entre les partenaires est une arme efficace pour l'intérêt général de la population.

22. Thème : Gestion du partenariat au niveau de l'inspection provincial de la santé

Par Dr MIAKALA mia NDOLO, MIP/ Kinshasa

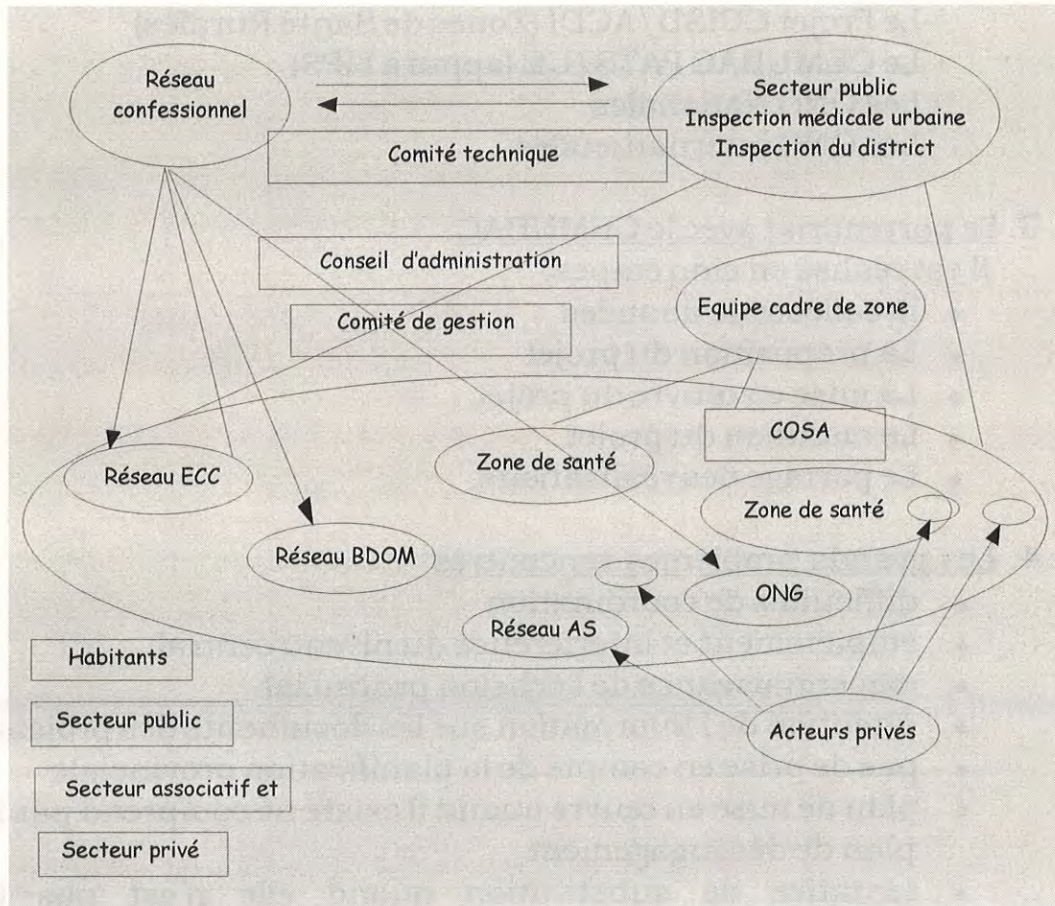
1. Partenariat

Après avoir introduit l'importance du partenariat pour le bien-être de la population, le présentateur a défini ce concept comme étant une association de personnes décidées à atteindre un objectif commun dans un environnement où chacun fait des apports selon certaines règles et dans le respect mutuel.

2. Objectif du partenariat

- le bien-être de la population
- la promotion de la santé
- la pleine participation des individus , des familles et des communautés.

Les différents axes de cet objectif ont été appuyés par le schéma ci-après :



3. Les différents appuis

Les appuis formels

1. Avec les organismes des Nations Unies :

UNICEF : - PEV de routine

- Nutrition

- Revitalisation

- Eau, hygiène et assainissement

FNUAP : Santé de la Reproduction

OMS : Surveillance épidémiologique (PFA)

2. Avec les autres organismes

- Le PMURR
- Le Projet CCISD / ACDI (Zones de Santé Rurales)
- Le CEMUBAC PATS / UE (appui à l'IPS)
- Les ONG Nationales
- Les ONG internationales.

3. Le partenariat avec le CEMUBAC

Il est réalisé en cinq étapes:

- la collecte de données
- La proposition du projet
- La mise en œuvre du projet
- Le maintien du projet
- Le partage des réalisations.

4. Les grands problèmes rencontrés

- difficultés de coordination
- empiètement et interférence du niveau central
- méconnaissance de l'échelon provincial
- rétention de l'information sur les documents des projets
- pas de prise en compte de la planification provinciale
- plan de mise en œuvre quand il existe ne comprend pas le plan de désengagement
- tentative de substitution quand elle n'est pas la substitution
- non respect des politiques nationales.

5. Les leçons tirées

Pour un partenariat fructueux, il faut qu'il y ait :

- Coordination
- Concertation
- Non substitution.

6. Les défis à relever

Les solutions à envisager sont de trois ordres :

- la décentralisation
- l'équité
- la mise en place de l'approche contractuelle.

23. Thème : Cogestion et partenariat des ZS

Par Dr LOKONGA NZEYABE, Directeur des Services des hôpitaux

Les orientations politiques et bases juridiques

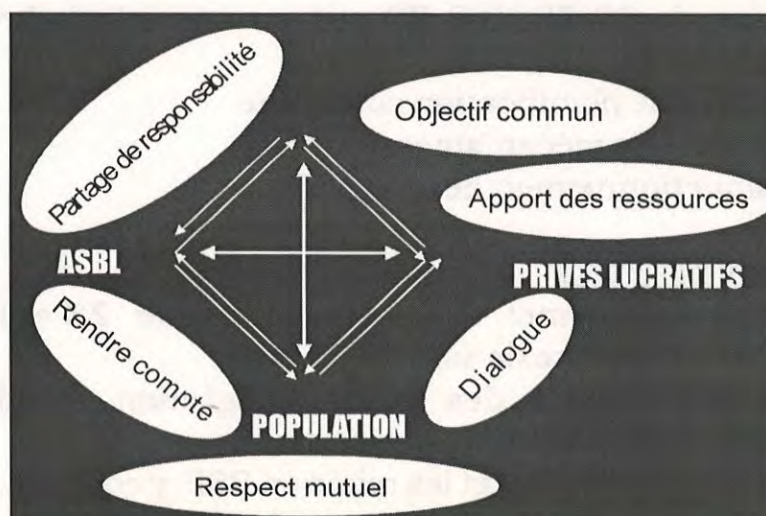
L'orientation politique et bases juridiques, ont été définis par les différents problèmes caractérisant la situation actuelle, tels que le personnel en conflit de compétence, la multiplicité d'outils de gestion dans les ZS, l'opacité de gestion de finances devenue sujet tabou, l'absence des mécanismes de suivi, le dysfonctionnement des CODESA, le manque de planification commune, et moins de 10/100 ont un conseil d'administration fonctionnel.

Gestionnaires

Acteurs/ Gestionnaires

- Etat
- ASBL
- Privés lucratifs
- Population

Partenariat



Le partenariat est fondé sur les bases juridiques que voici :

- ordonnance 071-199 du 24 juillet 1971 participation des personnes privées à l'action médicale de l'état
- la charte de Mbanza Ngungu
- conférence de Dakar 1998
- la constitution de la transition 5 avril 2003
- bases juridiques
- loi sur les asbl portant sur la décentralisation confirmée par l'article 4 de la constitution de transition
- PDDS partenariat et mobilisation sociale comme un des axes prioritaires.

Que doit-il gérer ensemble ?

- personnels
- matériels
- infrastructures
- finances
- activités

La situation actuelle

- personnel conflits de compétence, substitution
- multiplicité d'outils de gestion dans les ZS
- opacité de gestion des finances
- privatisation de fait des établissements de soins cédés en gestion
- multiplicité des établissements de soins non conformes
- moins de 10 ZS/100 ZS ont un conseil d'administration fonctionnel
- manque de planification commune
- absence des mécanismes de suivi
- dysfonctionnement des CODESA

Solutions possibles

- rendre fonctionnel le C.A. dans chaque ZS et le CODESA dans chaque aire de santé
- mettre en place des outils de gestion standardisés et règlement d'utilisation des matériels
- former le personnel et les relais en SSP y compris en gestion
- actualiser le plan de couverture des ZS

- actualiser la réglementation sur l'implantation des Ets des soins
- doter les MCZ du pouvoir coercitif
- systématiser le monitoring dans les ZS en associant la population
- renforcer les fonctions d'appui par le MID, MIP et le niveau central par :
 - évaluation
 - supervision
 - inspection

Les contraintes dans l'application du partenariat

- budget de l'Etat consacré à la santé < 1 / 100
- non diffusion des statut et règlements d'administration dans les ZS
- impaiement et sous paiement du personnel
- pauvreté de la population et faible mobilisation des ressources locales
- inadaptation des programmes de formation
- manque d'appui au niveau intermédiaire et central

Perspectives

- gestion des ZS par des équipes formées en management des SSP, avec outils de gestion standardises ;
- implication effective de la population dans les organes de gestion, volonté politique pour accroître le budget de l'Etat pour la santé.

23. Thème : Améliorer la gestion des informations sanitaires

Par Mr Michel OTHEPA, Représentant de BASICS/ RDC

1. Principes de base

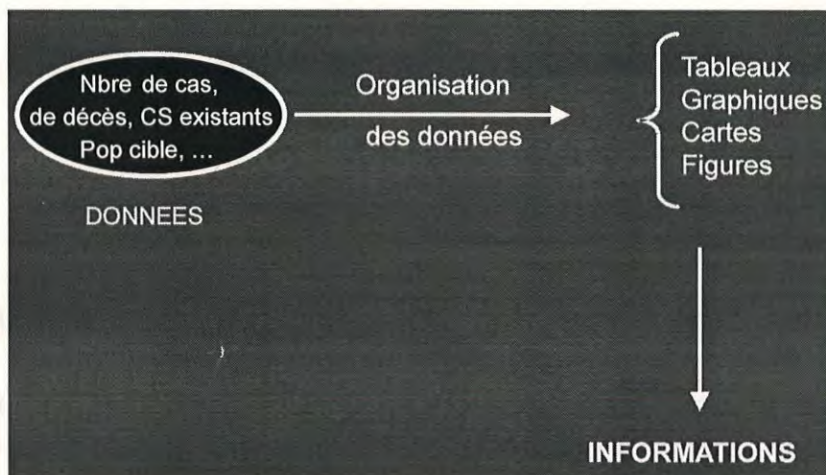
- Ne collectez que les données dont on a besoin pour améliorer la gestion du programme
- Les données collectées doivent servir d'abord pour les gens qui les collectent avant de servir les services du niveau supérieur.
- Utilisez les données pour une prise de décision.

2. Outils de collecte des données

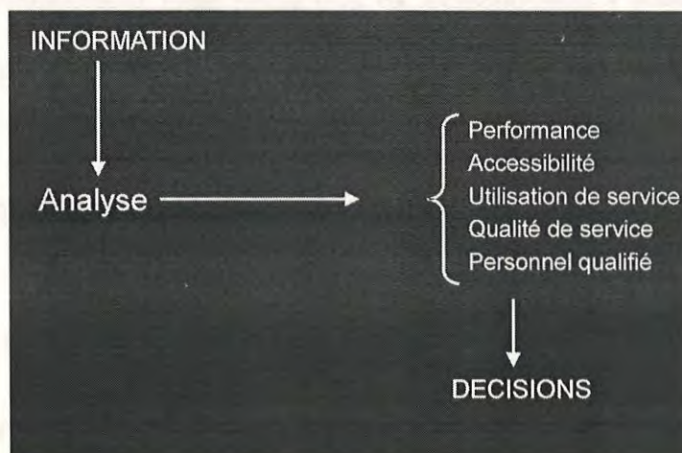
- Les outils de collecte des données et canevas de rapports doivent être:
 - Simples
 - Clairs
 - Faciles à utiliser
- Les outils / canevas doivent être disponibles au niveau des centres de santé

Le schéma ci-après illustre l'organisation et l'analyse des données

Organisation des données ...



3. Analyse de l'information



Pour une meilleure gestion des informations, les indicateurs de suivi ci-après sont indispensables :

Indicateurs de suivi

- Indicateurs de performance
 - Couverture
 - Taux d'abandon
 - Taux de complétude
- Indicateurs de processus
 - Nombre personnes formés
 - Nombre supervision réalisées
- Indicateurs d'impact
 - Réduction de l'incidence des maladies,
 - Réduction de la mortalité, etc.

4. Transmission de l'information

- Circuit de l'information
 - Doit être bien défini
 - Doit tenir compte des réalités locales
- Complétude des rapports
 - Suivi de complétude des rapports
 - Suivi des structures qui n'ont pas encore transmis
- Promptitude des rapports.

Feed-back au niveau inférieur

- Feuillet de rétro-information en insistant sur
 - Les faiblesses observées
 - Les actions correctrices à envisager

5. Améliorer la gestion des informations sanitaires

La gestion des informations sanitaires reste, à l'heure actuelle, un des domaines prioritaires dans le processus de l'amélioration de performance d'un programme de santé. Le niveau de performance des soins de santé primaires dans un endroit donné dépend, entre autres, de la qualité des décisions à prendre pour améliorer le niveau de réalisation des activités.

Pour y arriver, les étapes suivantes sont conseillées :

- a) Collecter les données pertinentes, susceptibles pour clarifier le niveau des activités réalisées. Ne collectez donc, que les données dont on a besoin de connaître pour améliorer la gestion du programme ;
- b) Pour collecter les données, on a besoin des outils de collecte des données. Ces outils doivent être simples, claires et faciles à utiliser. Les outils très compliqués et mal compris par les agents du terrain ont été à la base de nombreuses erreurs susceptibles de diminuer la fiabilité des données ;
- c) Les données collectées devront, d'abord, servir les gens qui les collectent avant de servir les services au niveau supérieur. Pour cette raison, les agents de santé qui les collectent doivent faire des analyses simples à leur niveau et obtenir une information qui peut les orienter pour une décision locale dans le sens de l'amélioration.
- d) Les données collectées doivent être transformées à une information. Pour y arriver, il faudra organiser les données sous formes de tableaux, de graphiques, des cartes, etc. Les données organisées de cette façon deviennent une information ;
- e) Utiliser cette information pour une prise de décision.

Un point important à définir ici : les indicateurs de suivi. Ces indicateurs peuvent aider à suivre :

- a) la performance atteinte dans un programme donné
- b) les repères vers les atteintes des objectifs fixés (indicateurs de processus)
- c) l'impact de la performance atteinte.

La transmission des données / information vers la hiérarchie reste également important. Quelques points importants à préciser ici :

- a) Complétude et promptitude des rapports au moment de la transmission peuvent influencer le niveau de performance
- b) Le circuit de l'information qui doit être bien défini. En plus, ce circuit doit être adapté aux réalités locales du milieu.

- c) Feed-back du niveau supérieur vers la base permet également d'améliorer les performances du Programme.

25. Thème : Systeme National d'information sanitaire SNIS

Par Dr Sandrine & SALUMU / PAGIS

1. Bref rappel historique

Le SNIS a commencé à l'époque coloniale avec le cahier bleu.

- En 1987, le Ministère de la Santé organise une évaluation du SNIS à travers le pays Avec l'appui de la BAD ;
- En 1990, le Projet ETRI reçoit la mission de mettre en place un système national d'information sanitaire en RDC ;
- De 1990 à 1994, arrêt de la Coopération structurelle. Période de vide s'installe ;
- En 1996, le projet ISA voit le jour grâce au consortium des partenaires Fondation Damien, MEMISA-Belgique et MSF-Belgique ;
- En 1997, le Ministère de la Santé relance le noyau dur du SNIS avec l'appui de l'OMS à la suite de la recommandation du Comité Régional de l'OMS
- En juillet 2001, PAGIS est créé dans la continuité du projet ISA et est terminé en fin juillet 2003.

2. Situation actuelle du SNIS

a) Huit étapes de mise en place du SNIS

1. Obtention d'un consensus sur les besoins en information (indicateurs) de chaque niveau. Réflexion menée par les partenaires institutionnels et opérationnels.
2. Définition des items à collecter et de la périodicité, préparation des canevas de transmission (rapports périodiques)
3. Préparation des outils utilisés au niveau des structures et des manuels d'instructions
4. Formalisation de la pyramide sanitaire : nom, code des zones, des structures. Population
5. Développement des outils de compilation et d'analyse (logiciel)

6. Mise en place d'une phase test
7. Evaluation et adaptation (outils, logiciel)
8. Généralisation
 - Multiplication des outils de collecte
 - Formations (collecte, saisie, analyse)
 - Installation des outils informatiques
 - Supervision
 - Marketing, visibilité du SNIS

Si l'on se réfère aux huit étapes d'implantation du SNIS, on peut dire que les étapes 1 et 2 n'étaient réalisées que partiellement que déjà l'étape 8 était initiée (multiplication du canevas et distribution dans toutes les provinces).

b) Grandes activités et résultats

Évaluation de la situation du SNIS au niveau central et dans trois provinces(BC,KN et KT)

Niveau central:

- Tous les acteurs rencontrés soutiennent l'idée du renforcement du SNIS ;
- Le fonctionnement du SNIS ne répondait pas à leurs attentes;
- La diffusion de l'information était déficiente ;
- Plusieurs circuits de collecte de données coexistent ;
- Un travail important d'élaboration des canevas de récolte des données et des manuels d'instruction a été élaboré ;
- Il n'existe pas de lien entre les sous systèmes du SNIS.

Au niveau des provinces :

- Etat de développement du SNIS fort variable entre les provinces. Les provinces les plus avancées sont celles qui bénéficient d'un appui structuré ;
- Les fonctions autres que la fonction de collecte ne sont jamais assurées ;

- Les informations collectées sont très nombreuses mais ne couvrent néanmoins pas tous les besoins en informations ;
- Le canevas de collecte des données initié au niveau national est lourd .et jugé contraignant par les prestataires ;
- Les outils de gestion ne sont pas compatibles au canevas SNIS;
- Les manuels de procédures de collecte n'existent pas au CS et à l'hôpital;
- Les données sont transmises au niveau central sur un rapport papier présentant les résultats annuels des zones de santé ;
- Canaux de transmission des données ne sont pas bien définis entre la province et le niveau central ;
- Les opportunités du modernisme ne sont pas exploitées pour améliorer la promptitude ;
- Une codification claire et unique de la pyramide sanitaire n'existe pas ;
- Discussions avec le Ministère et obtention d'un consensus pour initier une réflexion sur la mise au point d'un plan de renforcement du SNIS dans son ensemble (au niveau central et des provinces).

3. Atelier sur le plan de renforcement du SNIS en RDC

- Les grands axes de la stratégie proposée par la Direction des Soins de Santé Primaires pour le renforcement du SNIS de routine ont été tracés.
- Le consensus sur les besoins en information du SNIS au niveau central et sur la relation entre le SNIS de routine et les autres sous systèmes du SNIS ont été obtenus.
- Le plan stratégique de renforcement du SNIS 2003-2008 a été élaboré.

4. Publication des annuaires sanitaires

- Les annuaires sanitaires 2000 et 2001 sont disponibles et ont été présentés à la hiérarchie du Ministère. Les différentes

missions de récolte des données organisées à travers le pays ont permis d'améliorer la complétude.

- Malheureusement, elle reste encore faible pour l'année 2002.

EVOLUTION DU RAPPORTAGE ENTRE 2000 ET 2002									
Provinces	Rapportage 2000			Rapportage 2001			Rapportage 2002		
	Nb Rap. Reçus	Nb Rap. Attendus	%	Nb Rap. Reçus	Nb Rap. Attendus	%	Nb Rap. Reçus	Nb Rap. Attendus	%
Bas-Congo	27	27	100 %	24	27	89 %	31	31	100 %
Bandundu	30	38	79 %	31	38	82 %	0	38	0 %
Equateur	11	34	32 %	17	34	50 %	0	34	0 %
Kasai-Ori	9	27	33 %	14	27	52 %	15	27	56 %
Kinshasa	22	22	100 %	34	34	100 %	35	35	100 %
Katanga	30	40	75 %	26	40	65 %	24	44	55 %
Kasai-Occ	27	31	87 %	28	31	90 %	0	31	0 %
Nord-Kivu	18	19	95 %	19	19	100 %	0	19	0 %
Maniema	0	8	0%	0	8	0%	0	8	0%
Province-Ori	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%
Sud-Kivu	0	14	0%	0	14	0%	0	14	0%
TOTAL	174	307	57 %	193	319	61 %	105	342	31 %

Cependant, les rapports attendus de zones de santé en 2003 seront conformément au nouveau découpage des zones.

RAPPORT DE DECOUPAGE DES ZONES DE SANTE					
N°	Province	Province ré découpee	Anciennes ZS	Nouvelles ZS	Nbre ZS ajouté
1	Bas-Congo	Oui	27	31	4
2	Bandundu	Oui	38	52	14
3	Equateur	Oui	34	69	35
4	Kasai-Oriental	Oui	27	49	22
5	Kinshasa	Oui	22	35	13
6	Katanga	Oui	40	66	26
7	Kasai-Occidental	Oui	31	43	12
8	Maniema	Non	8	8	0
9	Province Orientale	Non	47	47	0
10	Nord-Kivu	Non	19	19	0
11	Sud-Kivu	Non	14	14	0
			307	433	126

5. Contraintes

Les obstacles à la mise en place et au fonctionnement d'un système d'informations sanitaires sont nombreux en RDC.

- L'extrême étendue du pays
- la disparité des situations provinciales.
- Les ressources nécessaires pour assurer la généralisation du SNIS sont très importantes, qu'elles soient matérielles, financières ou humaines. Pour réussir à les réunir, il est indispensable de pouvoir compter sur plusieurs partenaires.
- Enfin, même si le Congo est un pays particulièrement riche en ressources humaines spécialisées dans le domaine médical, les personnes ayant des compétences développées dans le domaine du SNIS en général et de l'analyse des données en particulier, restent relativement rares.

6. Stratégie de renforcement

Le défi est de mettre en place un SNIS réellement fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Stratégie proposée

La responsabilité de l'organisation opérationnelle du SNIS confiée aux Provinces.

C'est en effet ce niveau qui semble réunir le meilleur compromis entre les points suivants :

Le niveau central jouera un rôle normatif, régulateur et d'appui.

Le « cadre normatif » est le document qui va régir les règles de fonctionnement du SNIS au niveau provincial.

7. Perspectives

- Réflexion amorcée avec la plate-forme des ONG qui soutient le Ministère dans le domaine de l'information sanitaire (MEMISA-B, FONDATION DAMIEN, CEMUBAC, FOMETRO et LOUVAIN DEVELOPPEMENT) pour concevoir un nouveau projet d'appui à l'information sanitaire qui sera coordonné par le CEMUBAC.

- Ce nouveau projet débute prochainement et devra évoluer différemment du PAGIS actuel en appuyant également les Provinces/districts.

8. Conclusion

- Le fonctionnement du SNIS n'a pas entièrement donné satisfaction.
- La maison « SNIS » a été construite par la toiture seulement.
- La Direction des Soins de Santé Primaires du Ministère de la Santé, appuyée par ses partenaires pense à une autonomie poussée de chaque province, mais suivie et supervisée par le niveau central.
- Cette entreprise ne pourra réussir que si les autorités sanitaires du pays mais aussi les partenaires parvenaient à considérer le SNIS comme leur défi personnel à relever.

26. Thème : Etude KPC dans les ménages des zones de santé rurales appuyées par SANRU III

Prof OKITOLONDA WEMAKOY, Directeur de l'Ecole de santé Publique

1. Introduction

- Etude initiée pour mieux circonscrire la situation sanitaire de base des ménages dans les zones de santé appuyées par SANRU III en vue de la comparer à celle qui est en cours et celle qui vient ;
- Son but était d'évaluer en 3 phases, l'état de santé de la population dans les ZS appuyées par SANRU III ;
- Elle s'est déroulée du mois de mai au mois de novembre 2002.

2. Objectif général

Evaluer l'état de santé ainsi que le niveau des connaissances, attitudes et pratiques à adopter face à la maladie de la

population des zones de santé rurales qui sont appuyées par SANRU III.

Objectifs spécifiques

- a) Mesurer le niveau CAP des ménages en rapport avec la santé maternelle et infantile et les mesures promotionnelles pour la santé;
- b) Déterminer le coût des soins par épisode-maladie dans les ménages ;
- c) Déterminer le taux d'utilisation des services et les facteurs y relatifs ;
- d) Mesurer l'accessibilité aux soins;
- e) Proposer des recommandations aux autorités de santé du pays pour une meilleure prise en charge de la population.

3. Méthodologie

Type d'étude

Etude transversale : menée au niveau de la communauté (ménages) dans les zones de santé rurales appuyées par SANRU III. Elle constitue la première série de 3 qui doivent se dérouler en 3 phases.

Echantillonnage

En grappe de 3 degrés : aire de santé, village et ménage

Regroupement des zones de santé

SANRU III appuie au total 63 zones de santé couvrant une population de 9.675.969 habitants.

- Vu leur dispersion à travers le pays, les zones de santé ont été regroupées en 10 groupements tenant compte du rapprochement géographique : Bas-Congo, Bandundu 2 (Sud et Nord), Kasai Occ 1, Kasai Or + Katanga 1, Prov. Or + Ikela 1, Equateur 2, Nord Kivu + Est Prov. Or 1 et Sud Kivu + Maniema 1 ;
- Toutefois, pour des raisons d'accessibilité géographique, l'évaluation actuelle a été faite dans 6 regroupements couvrant 44 ZS : Bas-Congo, Bandundu Sud, Bandundu Nord, Equateur Nord, province Orientale et Kasai Katanga.

Groupement Bas-Congo (11 ZS)

Kangu, Kibunzi, Kimpese, Kinkonzi, Kuimba, Luozi, Mangembo, Masa, Nselo, Nsona Mpangu et Sona Bata.

Groupement Bandundu Sud (9 ZS)

Djuma, Kahemba, Kajiji, Kasongo Lunda, Kikongo, Moanza, Mokala, Mukedi et Vanga

Groupement Bandundu Nord (6 ZS)

Kiri, Bokoro, Bosobe, Bolobo, Bolenge et Bikoro

Groupement Equateur Nord (6 ZS)

Banga Bola, Karawa, Loko, Pimu, Tandala et Wapinda

Groupement Province Orientale (4 ZS)

Isangi, Kabondo, Opala et Yakusu

Groupement Kasai-Katanga (8 ZS)

Bulape, Lubodayi, Tshikaji, Bibanga, Dibindi, Kabongo, Kapanga et Songa

• Choix des aires de santé/ quartiers

- Pour chaque groupement, on a élaboré la liste de toutes les AS des ZS + populations par ordre alphabétique
- On a procédé à un tirage systématique et proportionnel à la taille des AS
- Total = 30 aires de santé ont été retenues par groupement.

• Choix des villages/ rues

- Sur base de la liste de tous les villages des AS retenus, on a procédé :
- Choix au hasard à l'aide d'un extrait de la table des nombres aléatoires à raison de 1 village à enquêter par AS
- Total = 30 villages ont été tirés dans les AS choisies

• Choix des ménages

- Dans chaque village, on a fait une sélection aléatoire de 7 premiers ménages à enquêter

- Critère de choix des ménages = celui avec au mois un enfant de moins de 24 mois
- Si dans les 7 ménages choisis aléatoirement, ce critère n'est pas réuni, on complète les ménages de proche en proche de manière à totaliser 7 enfants âgés de 12 à 23 mois dans ce village pour le calcul de la couverture vaccinale

Au total au plus 210 ménages par groupement ont été interviewés.

Taille réelle : 1237 ménages

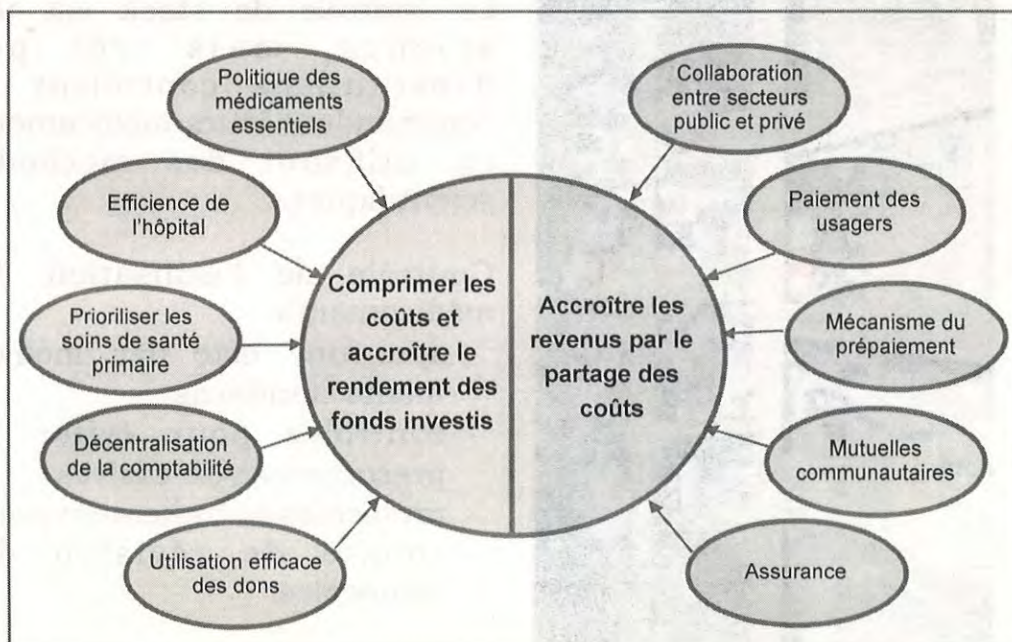
Collecte des données

Collecte des données a été réalisée au moyen d'un questionnaire prétesté.

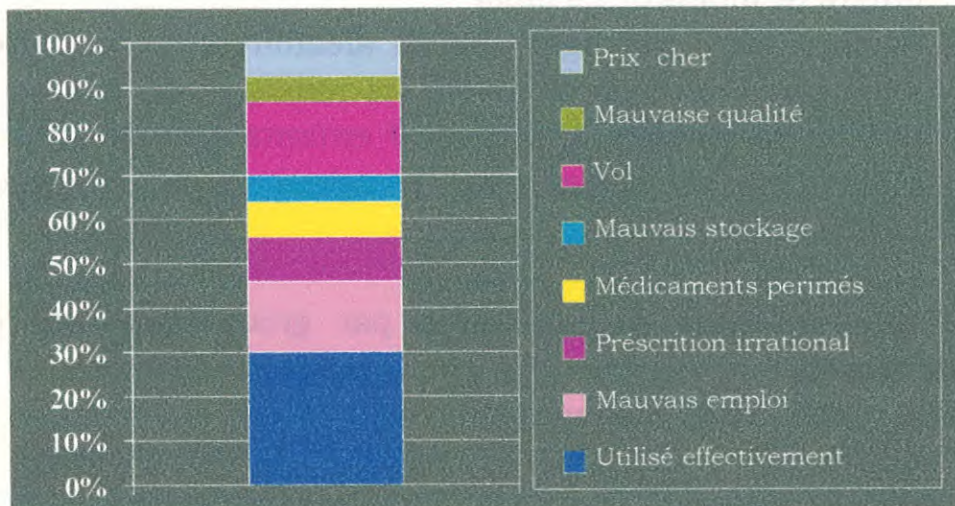
26. Thème : Améliorer la gestion avec les stratégies de contrôle des coûts

Par Mr. Larry STHRESHLEY

Mécanismes pour améliorer le financement du système de santé



Obstacles à l'utilisation efficace des médicaments



Politique des médicaments essentiels

- mettre en place un système efficace de suivi de la gestion des stocks
- contrôler l'utilisation des médicaments
- effectuer des achats groupés pour baisser le coût.

Contrôle de stock

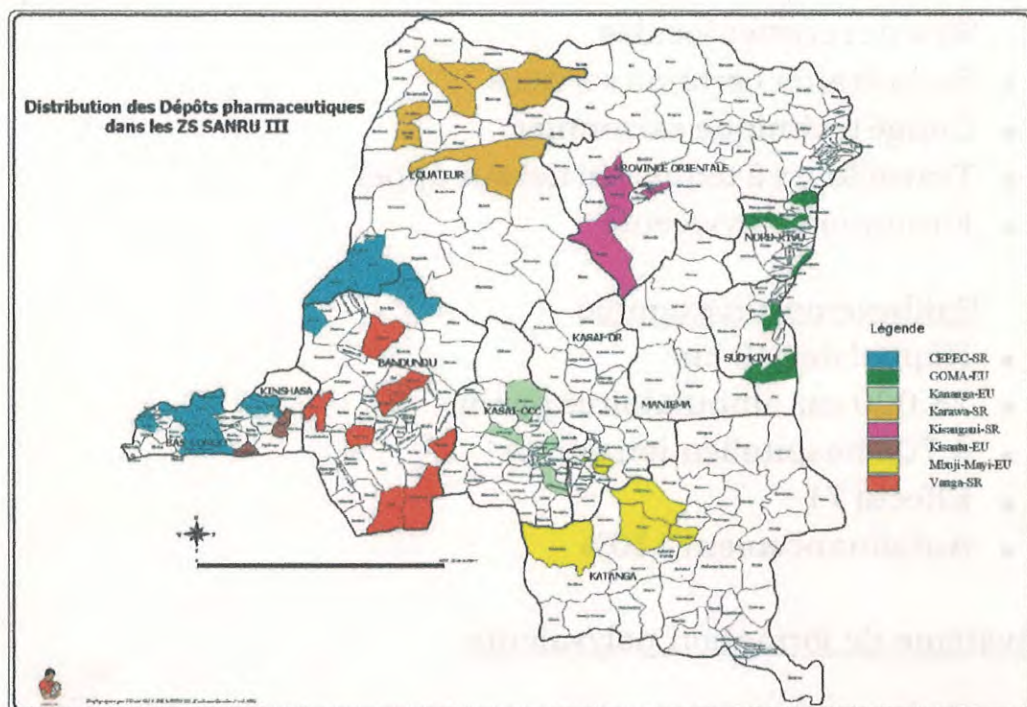


Le contrôle de stock est une science, mais très peu d'institutions contrôlent ou commandent leurs médicaments en utilisant des méthodes scientifiques.

Contrôle de l'utilisation des médicaments

- ayez une liste des médicaments standards
- contrôlez pour éviter les prescriptions excessives
- protocoles de traitement précis
- comité de révision des protocoles.

Groupement des zones par dépôt



Efficienc e de l'hôpital

- Effectif approprié
 - La majorité des hôpitaux en RDC ont des effectifs qui surpassent les normes OMS
 - Souvent plus de 60% des recettes sont dépensées pour les salaires
- Système intégré de gestion
 - Comptabilité analytique liée avec les statistiques
- Protocole d'accueil.

Les normes de l'OMS sur les effectifs

- Un médecin par 32 cas ambulatoires et hospitalisés par jour
- Un laborantin par 20 cas ambulatoires et hospitalisés par jour
- Une Infirmière (Hôp) par 6 lits occupés par rotation
- Une Infirmière (Amb) par 50 cas ambulatoires par jour.

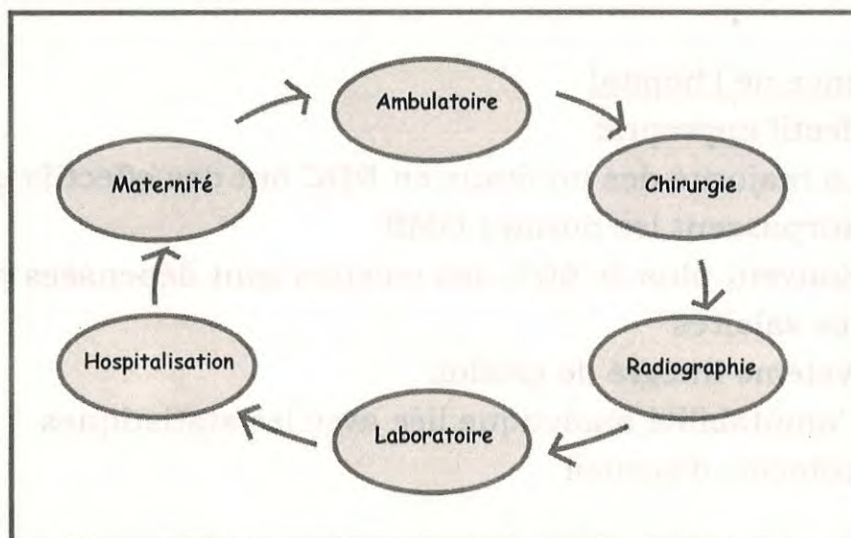
Avoir un effectif approprié

- Ajustez le personnel afin que les salaires soient moins que 50% de recettes locales
- Sous-traiter certains services
- Congé technique saisonnier
- Travailleurs à temps partiel sur appel
- Formation polyvalente

Sakbeyeme: un exemple

- Hôpital de 210 lits
- 28.000 cas ambulatoires par an
- 4.700 hospitalisation par an
- Effectif 71
- Autofinancement 110%

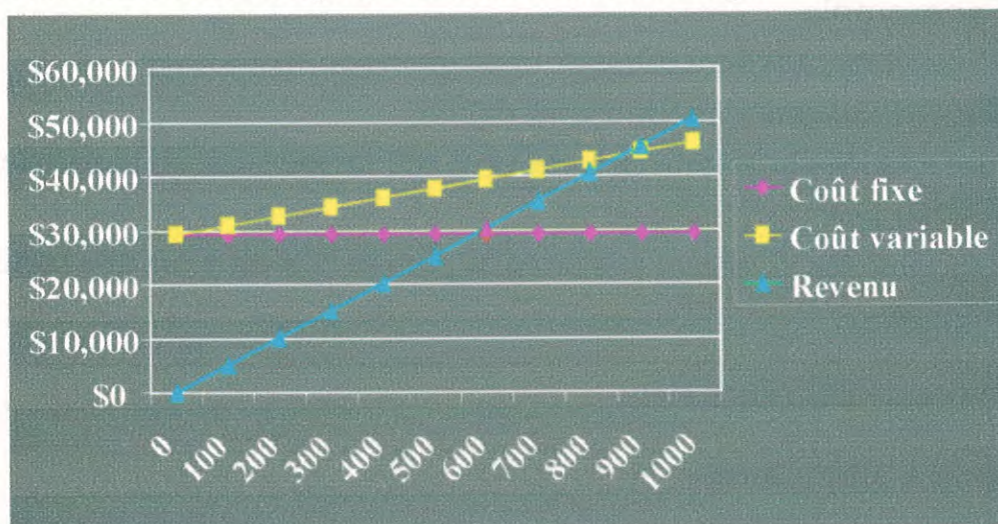
Systeme de formation polyvalente



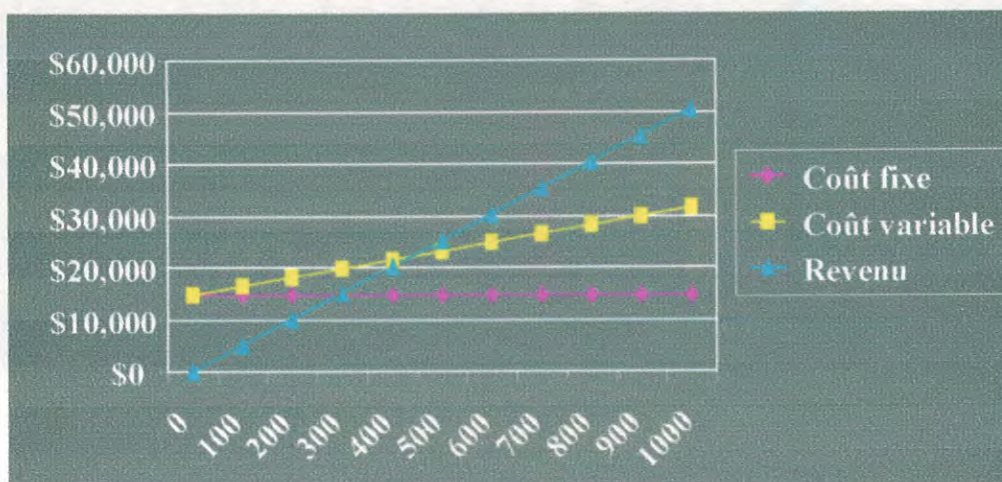
Systeme intégré de gestion

- comptabilité basée sur les centres des coûts
- les statistiques analysées ensemble avec l'information de la comptabilité
- les prix basés sur les vrais coûts et avantages sociaux.

Quand les coûts fixes sont élevés
Seuil de rentabilité pour le service de chirurgie



Quand les coûts fixes sont normaux
Seuil de rentabilité pour le service de chirurgie



Impact de la diminution des coûts pour un hôpital avec 700 interventions chirurgicales

Coûts fixes	Dépense	Revenu	Dépense total
Haut	\$ 41.119	\$ 0	\$ 41.119
Bas	\$ 26.485	\$ 8.931	\$ 17.554
Différence			\$ 23.565

Protocole d'accueil

Par exemple

Chaque malade sera consulté dans moins de 45 minutes

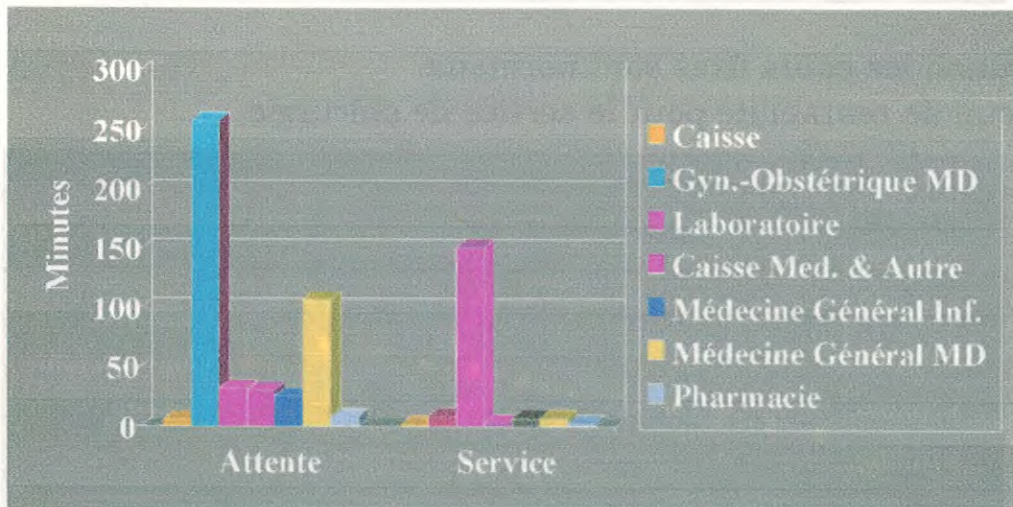
Chaque malade sera traité avec dignité

Les malades hospitalisés seront vus par un médecin au moins deux fois par jour

Les malades ne seront pas retenus plus de 3 jours pour une facture impayée

Problème d'attente élevé

Service ambulatoire



Donnez la priorité aux soins de santé primaires

- suppléments de la vitamine A
- utilisation des moustiquaires imprégnés
- accroissement de la couverture vaccinale
- traitement préventif intermédiaire avec SP

Effacité de coût des interventions de la santé

Intervention	Coût par décès évité
Vitamine A	\$67 - \$144
Moustiquaires Imprègnés	\$167 - \$243
Vaccinations	\$89 - \$351
Traitement Préventif Intermédiaire (TPI)	\$79 - \$352
Traitement avec SRO	\$700 - \$800
Cancer	\$3470 - \$42940

Décentralisation de la comptabilité

- les meilleures décisions financières sont prises par ceux qui sont le plus affectés par la décision
- les éléments et le suivi du budget doivent venir de la personne qui va diriger le programme ou le service.

Utilisation efficace des dons

- investir dans le capital qui augmente la capacité ou la qualité des services
- couvrir la charge des indigents et pas les frais opérationnels
- maintenir vous-mêmes ce qui était financé par les donateurs.

27. Thème : Programme SIG ou l'information géo-spatiale au service de la santé et du développement en milieu rural

Présenté par Ir. MANO NTAYINGI de SANRU III

Le système d'information géographique (SIG): atouts et applications

L'avènement des technologies émergentes et singulièrement leurs applications dans les activités humaines ont engendré un nouveau contrat entre l'homme et son environnement immédiat.

Au titre de ces technologies, se trouvent les Systèmes d'Information Géographique et dont l'un des champs de prédilection est la planification.

On ne peut mieux gérer que ce que l'on connaît et parfois on ne connaît bien que ce que l'on voit!

1. Quid SIG ?

Le Système d'Information Géographique ou S.I.G est un outil d'aide à la planification et la prise des décisions dans la gestion. La particularité du SIG est qu'il permet par l'intégration des données géo-spatiales issues de différentes sources, de résoudre un problème précis lié à un environnement donné et ce le plus souvent dans une approche prospective.

Les informations croisées à partir du SIG peuvent être représentées sous forme graphique (cartes...) et/ou descriptives (statistiques), permettant aux décideurs de prendre des décisions efficaces, conciliant gestion rationnelle et besoins primaires des populations.

Ses moyens sont:

- la cartographie numérique,
- la télédétection
- les différentes banques des données publiques et privées.

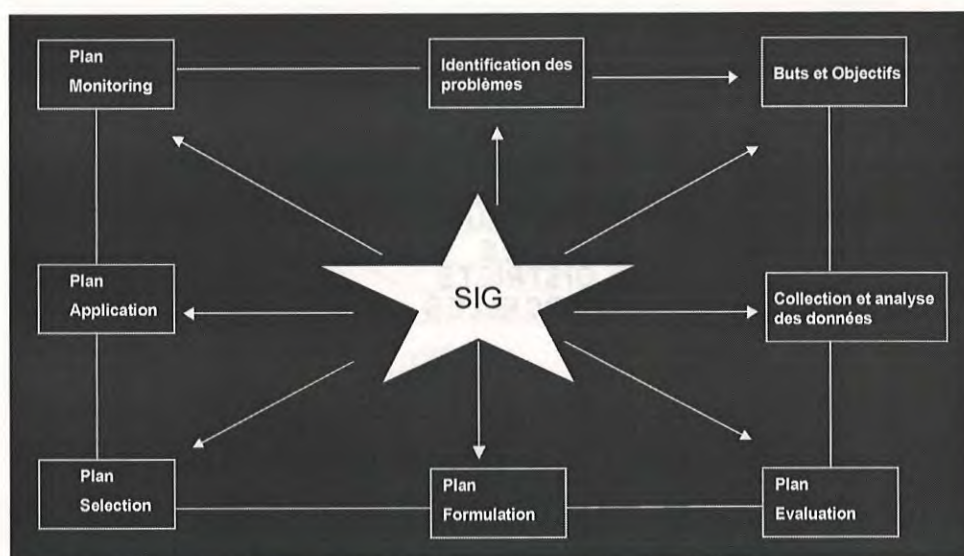
2. La planification

La planification est un outil de gestion qui permet une vision future de la situation, la définition des actions à mener et l'élément moteur (un individu ou une organisation) pour l'exécution d'un plan. (Lebreton & Henning 1961).

La planification classique nécessite au préalable:

- l'identification des problèmes
- la définition des objectifs
- la collection et le traitement des données
- l'évaluation des alternatives
- l'adoption des plans et politiques préférentiels
- leurs applications
- le monitoring et l'évaluation des résultats
- le Feedback.

Schéma fonctionnel d'application du SIG dans le processus de la planification



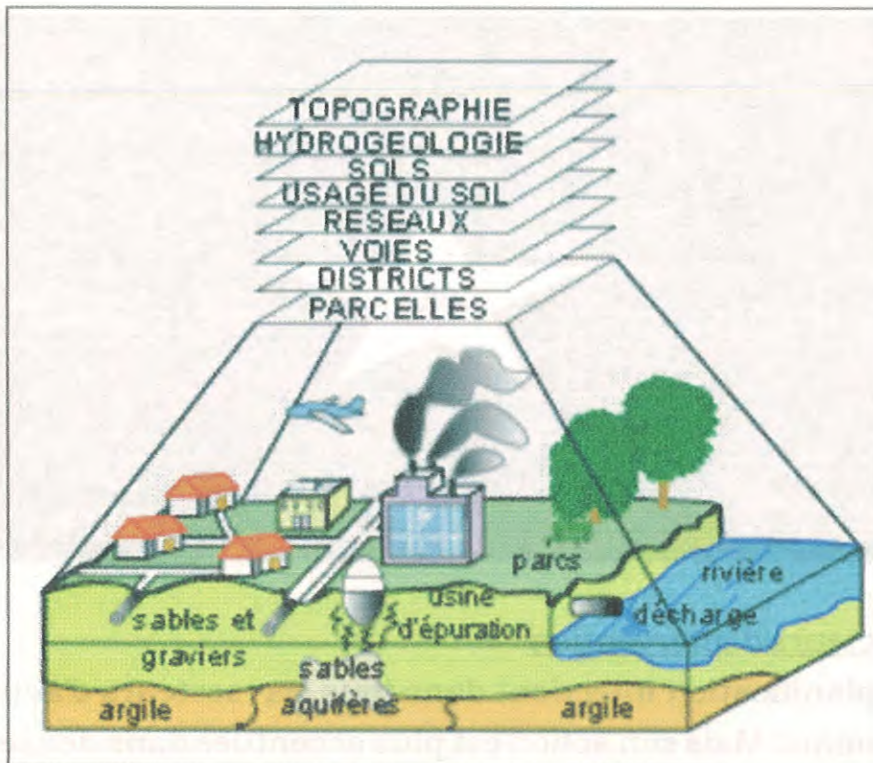
3. Secteurs d'intervention

La planification intervient dans tous les secteurs d'activité de l'homme. Mais son action est plus accentuée dans des secteurs aussi sensibles que :

- l'aménagement du territoire,
- la gestion des ressources naturelles
- la santé
- l'économie
- l'éducation.

A ce jour avec les limites et l'inefficacité avérées de l'approche Sectorielle, l'approche systématique qu'intègre le SIG, préconise la considération des relations existantes entre les éléments spatio-temporels dans la recherche des solutions aux différents problèmes.

Multiplicité et interrelation entre les informations sur un territoire



Le SIG permet l'intégration et la création des relations entre les différents types d'informations dans un territoire.

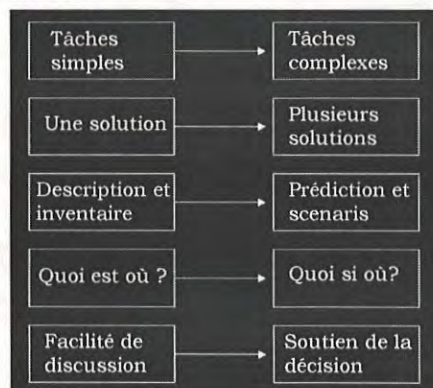
Quelques applications du SIG dans la planification et la prise des décisions

Le SIG favorise une grande capacité d'inventaire, d'analyse, de modélisation et de présentation .

Ces applications se situent à plusieurs niveaux, tels:

- Gestion des ressources naturelles (occupation et utilisation des sols, aménagement et inventaire forestiers, monitoring)
- Planification environnementale (impacts et risques d'aménagements, le monitoring,...)
- Planification des catastrophes naturelles (Séisme, Eruption volcanique, Inondations, Cyclones, Incendies et accidents,...)
- Gestion des ressources minières (Exploration, productivité, monitoring, inventaire,...)
- Planification des systèmes de transport (tracé des routes, gestion de trafic, réseaux, monitoring,...)
- Usages Publics (travaux de génie civile, alimentation en eau et électricité, gaz, télécommunication plan de transport..)
- Développement socio-économique et applications privées (santé publique, production agricole, industrielle, commerce, éducation, tourisme, élections, recensement, marketing)

Avantage d'un SIG comparé à un système classique de gestion d'informations.



Apport du SIG dans la gestion d'une zone de santé

Le SIG appliqué à une zone de santé permet :

- de générer des données et informations importantes

susceptibles d'être mises à jour régulièrement pour un suivi de la couverture sanitaire dans une zone donnée ;

- de cartographier la zone et donc de présenter les relations spatiales entre les différents éléments (villages, routes, cours d'eau, végétation et autres);
- Connaître le milieu afin d'identifier les problèmes de santé qui s'y posent et de planifier les actions à mener par la délimitation des aires d'intervention, mise en place des plans de contingence pour les régions à risque sur la base des informations fiables et précises;
- Stocker ces données produites dans un système unique qui d'une part leur assure une analyse systémique et d'autre part permet de réaliser des modélisations dans l'optique d'orienter une prise des décisions conséquente .

Illustration de l'apport du SIG dans l'étude des facteurs pouvant influencer la santé.

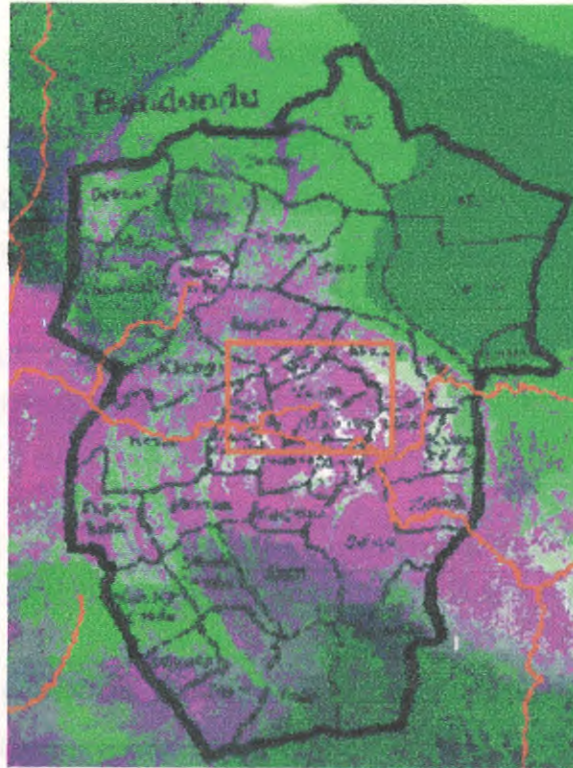
Cas de la province du Bandundu

Limites des zones de santé du Bandundu



Dans le cadre d'une étude systématique, tous ces facteurs peuvent être associés pour comprendre pourquoi un problème particulier se pose dans une zone de santé donnée plutôt que dans d'autres.

Ainsi, les activités à mener, peuvent être planifiées en tenant compte de la particularité de cette zone.



SANRU III Programme GIS

Pour renforcer ses capacités dans la gestion, la planification, à la prise des décisions au niveau des zones de santé sous sa tutelle, le Projet SANRU III a initié un programme SIG au sein de sa coordination technique.

Cette Unité a pour objectifs:

1. Mise en place d'un Système d'Information Géographique susceptible d'être utilisé comme instrument de gestion et d'analyse de la base des données générées par les activités du Projet ;
2. Production sur base des images satellitales et autres données géoréférencées, des documents cartographiques à différentes échelles comme support aux différents thèmes exploités par le Projet (santé, agriculture, développement en milieu rural);
3. Monitoring par une analyse systémique et dynamique des problèmes;
4. Création d'une bases des données accessibles au large public et aux décideurs politiques.

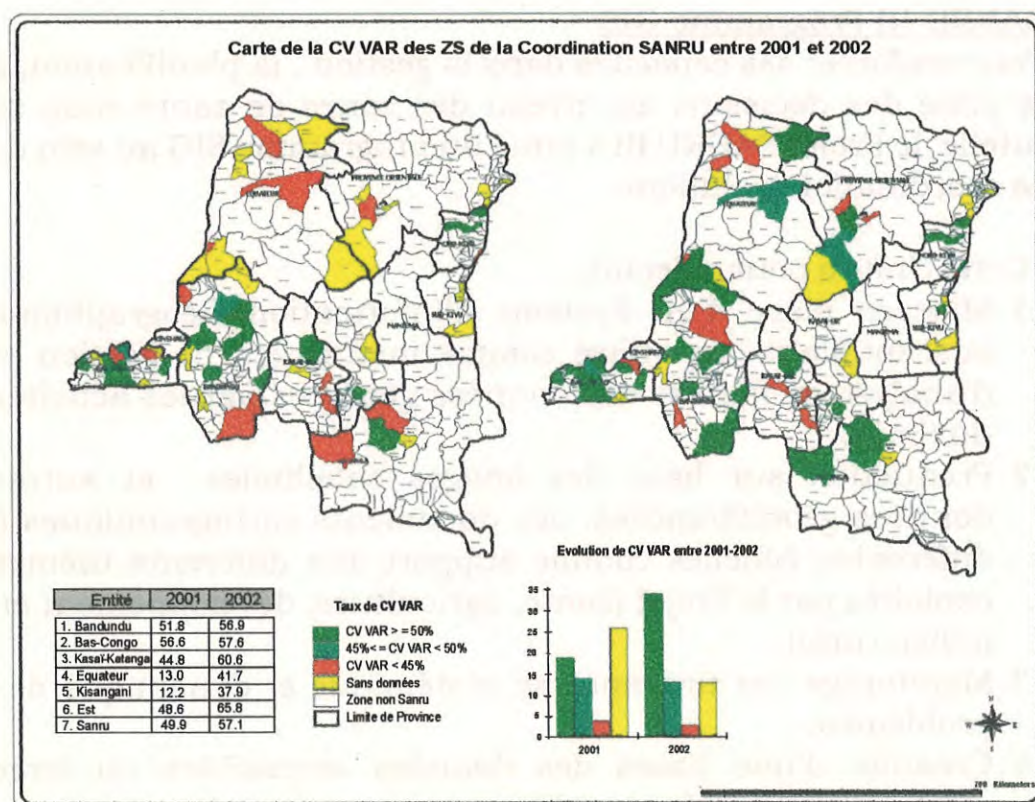
Réalisations à ce jour

Cartographie thématique

- Plusieurs documents cartographiques comme supports aux différents rapports sur l'évolution des indicateurs de performance dans les Zones de Santé appuyées par SANRU III
- La carte des partenaires de Santé
- La carte des Zones d'intervention du Projet Livelihoods
- Diverses cartes thématiques des zones de Santé.

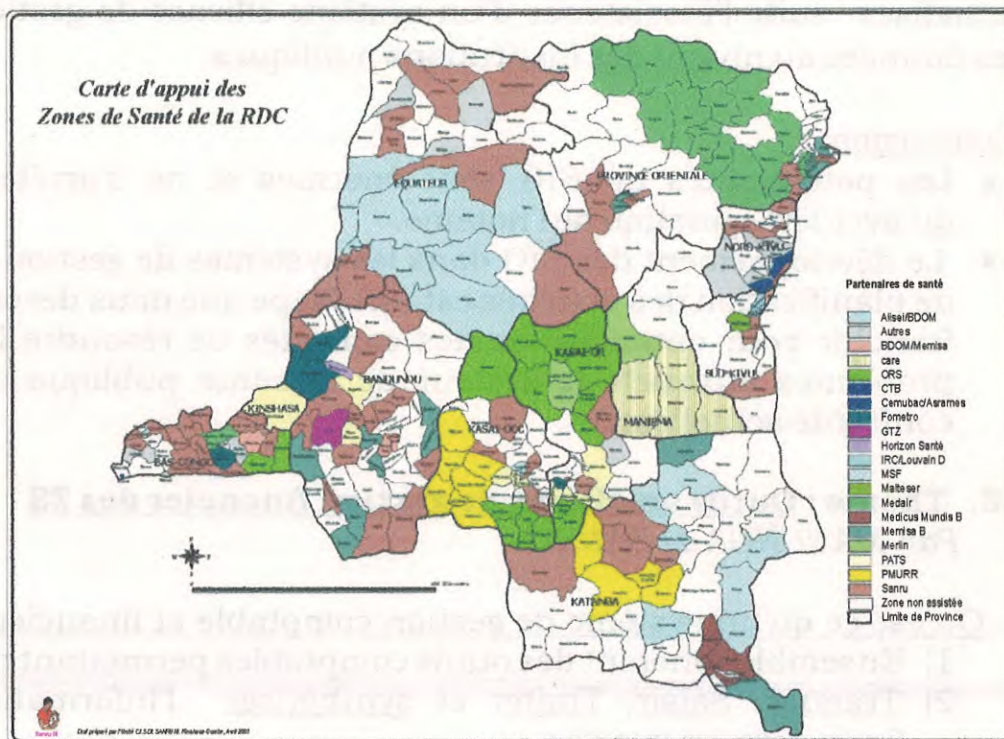
Illustration des réalisations de l'unité GIS SANRU III de mars à août 2003

Plusieurs documents cartographiques pour montrer l'évolution des soins de santé primaires dans les ZS SANRU III



Dans le cadre de planification des activités de SANRU III

Carte des partenaires de santé en RDC



Partenariat

❑ Institutions internationales:

- Université de Maryland (Département de Géographie)/ USA
- Ecole Régionale Post-Universitaire d'Aménagement et de Gestion Intégrée des Forêts et Territoires Tropicaux. UNESCO-RDC
- Observatoire Satellital des Forêts d'Afrique Centrale (OSFAC). USAID-RDC
- Central African Regional Program of Environment (CARPE). USAID-RDC

❑ Institutions nationales:

- Ministère de la Santé publique (DEP)
- Ministère de l'Agriculture
- Institut Géographique du Congo (IGC)
- Institut National de la Statistique (INS)

Contrainte

Difficulté de trouver les documents cartographiques détaillés et actualisés suite l'inexistence d'un système efficace de gestion des données au niveau des institutions publiques

Conclusion

- Les potentialités du SIG sont énormes et ne s'arrêtent qu'avec l'imagination de l'homme.
- Le développement des SIG dans les systèmes de gestion et de planification des activités est une étape que nous devons franchir pour optimiser de nos capacités de résoudre les problèmes auxquels le secteur de la santé publique est confronté actuellement.

28. Thème : Outils améliorés de gestion financier des ZS

Par MANUNGA de SANRU

1. Qu'est-ce qu'un système de gestion comptable et financier ?

- 1) Ensemble cohérent des outils comptables permettant de:
- 2) Traquer, Saisir, Traiter et synthétiser l'information financière en vue de :
- 3) Déterminer la situation financière d'une organisation à un moment précis pour :
- 4) Orienter la prise de décision à tous les niveaux (structure, national; international).

2. Différence d'entre le système de gestion comptable

Secteur Entreprise

- efficacité
- efficience
- rentabilité financière (bénéfice le plus grand possible)

NB: bénéfice est une fin

Secteur de la santé

- efficacité
- efficience
- équité
- gain social

NB : bénéfice éventuel = moyen

3. Etat des lieux des systèmes existants

1. Diversité
2. Caractère sectoriel (caisse uniquement)
3. Simple exercice académique
4. Pertinence douteuse
5. Fiabilité douteuse (contrôle interne insuffisant voire inexistant)
6. locaux.

4. Caractéristiques d'un bon système de gestion financière et comptable des I.S.

1. Base standardisée
2. Caisse et exercice
3. Outil de prise de décision
4. Information pertinente
5. Contrôle interne renforcé
6. Possibilité d'intégration à l'échelle nationale et internationale
7. S'organiser autour des stratégies et des objectifs de la politique sanitaire nationale et servir d'étalon de suivi et évaluation de sa mise en œuvre :

5. Le cas des SSP inspirés de l'initiative de Bamako (IB)

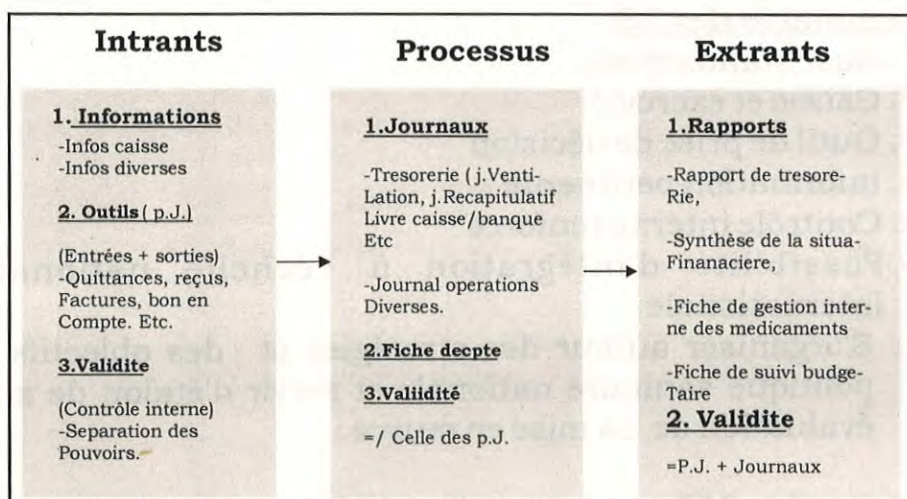
Objectifs visés/ib	Stratégies/conditions	Informations comptables necess.
1. Couverture sanitaire pour tous	<ul style="list-style-type: none">• Mieux répartir les ressources (ville-campagne)• Mieux investir les ressources (priorité au préventif + promotionnel)	<ul style="list-style-type: none">• Les sources• Les agences de financement• Les prestataires• Les prestations• Qui a accès aux prest.• Qui paie et combien• Le coût des prestations
2. Couverture des besoins sanitaires des indigents	<ul style="list-style-type: none">• Partage communautaire des coûts	<ul style="list-style-type: none">• Coûts des prestations aux indigents
3. Viabilité financière des institut. Sanitaires	<ul style="list-style-type: none">• Part. Communautaire des coûts• Minimisation des coûts	<ul style="list-style-type: none">• Saisie des produits et charges par section/activité

6. Les composantes du nouveau système

1. Domaines couverts

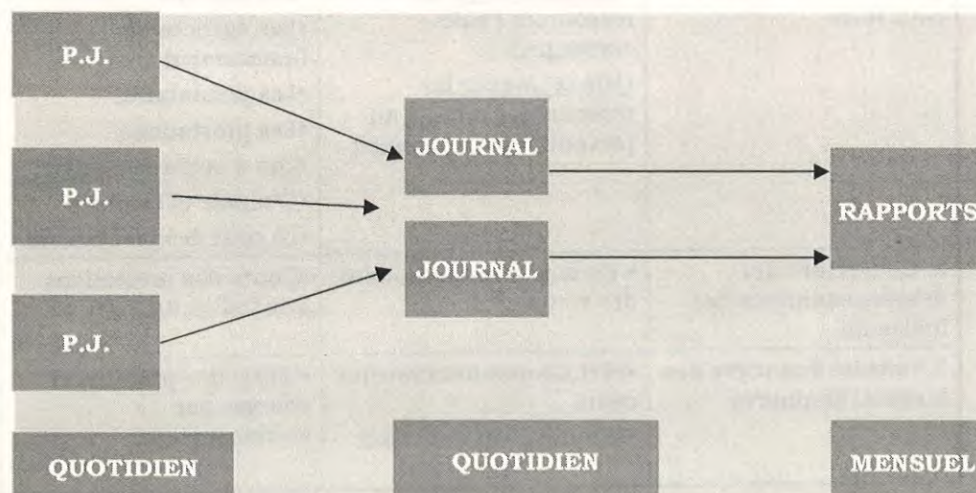
- a) Module de gestion comptable et financière
- b) Module de gestion budgétaire
- c) Module d'analyse des coûts
- d) Module de gestion de stocks

2. Mode opératoire du nouveau système



7. Demande entonnoir

Possibilité d'assurer le suivi en temps réel



8. Revue de quelques outils auxiliaires à la prise de décision

RAPPORT DE TRESORERIE

	RECETTES	SOM.		DEPENSES	SOM.
	<u>1.SUBVENT.EQUI.</u>	X		<u>1.MAT.+ EQUIP.</u>	X
	<u>2.EMPRUNTS</u>	X		<u>2.REMBOURS.</u>	X
	<u>3.RECOUVREMEN</u>	X		<u>3.STOCK</u>	X
	<u>4.VENTES</u>	X		<u>4.CONS.SERV.</u>	X
	<u>5.PRESTAT.MED.</u>	X		<u>5.AUT.CONS</u>	X
	<u>6.AUT.PREST.</u>	X		<u>6.ENTR + REP.</u>	X
	<u>7.CONTRIBUT.</u>	X		<u>7.ADMINIST.</u>	X
	<u>8.SUBVENT.EXPL.</u>			<u>8.TRANSFERTS</u>	
	<u>9.TRANSFERTS</u>				
		X			
	TOT. RECETTES	X		TOT.DEPENSES	X
	SOL. MOIS PAS.			SOLDE DU MOIS	X
	BALANCE	X		BALANCE	X

9. Synthèse de la situation financière

RECET PERC.	CONV.	PREST. INDIG.	PREST. PERS.	TOT. REC.N.C OUV.	TOT. PROD.	% REC. N. COUV.	DETTES	DONS MED.	VAL. STOCK	
1	2	3	4	2+3+4=5	1+5=6	5/6 X100				

10. Quelques indicateurs de suivi pour la prise de décision

1. Pourcentage des grandes masses des recettes et des dépenses dans le total de la période
2. Cohérence interne de la gestion financière (comparer les postes ayant des liens intrasequels entre eux)
3. % Couverture charge du personnel
= $\frac{\text{charge du personnel}}{\text{recettes fonct. V.Med}} \times 100$
4. % de marges/ventes médicaments
= $\frac{\text{Ventes med.} - \text{Ca med. Cons}}{\text{Coût achat (ca) med. Cons}} \times 100$

$$5. \text{ Point mort} = \frac{\text{Prod. Interne} \times \text{cf}}{\text{Marge s/ cout var.}}$$

$$6. \text{ Recettes/nc} = \frac{\text{Tot. Recettes fonct}}{\text{Tot. Nc/per.}}$$

$$7. \text{ Dépense/nc} = \frac{\text{Tot. Depesnes fonct}}{\text{Tot.Nc/per}}$$

11. La fiche de gestion interne des médicaments

MED.	ST.IN.	ACHAT	DONS RECUS	ST.TOT	VAL.ST. TOT.	JRS RUPT.	CONS.	PERTE	VAL.SO	ST.FIN.	ST.SE
TOT											

29. **Thème : Etat des lieux et conséquences de la redélimitation des ZS**

Par Dr LOKADI, Directeur des SSP/ 5^{ème} Direction

1. Justification

- difficulté de coordination
- besoin de restaurer
- l'unité de commandement
- besoin d'intégrer le plan sanitaire dans le plan global du Territoire
- difficulté de superviser
- difficulté dans la référence
- souci d'améliorer la couverture du PMA

2. Résultats

- Bas-Congo : 31 ZS
- Ville de Kinshasa : 35 ZS
- Bandundu : 52 ZS

- Equateur : 69 ZS
- Kasai Oriental : 49 ZS
- Kasai Occidental : 43 ZS
- Katanga : 67 ZS

3. Problèmes

- Augmentation de nombre des ZS dans le territoire
- Augmentation de nombre des ZS dans les districts
- Difficultés de coordination, de supervision pour les territoires ou les districts où le nombre des ZS est augmenté
- Besoin de mobilisation des ressources
- Difficulté pour les partenaires existant dans les ZS
- Besoin de révision des AS
-

4. Propositions

- Etablir la différence entre les MCZ au chef-lieu du territoire avec les autres MCZ du territoire
- Différencier le rôle du Médecin de district avec le Médecin provincial
- Création de nouvelles structures d'appui et d'encadrement
 - Antenne PEV
 - District sanitaire
 - Central d'achat des médicaments
- Atelier de révision de plans de couverture de ZS
- Poursuivre la révision de la carte sanitaire à l'Est
- Organiser l'Atelier National de consolidation de la nouvelle carte du pays.
- Elaboration d'un plan d'appui aux nouvelles ZS
- Définition des stratégies de financement par intervention dans les ZS

5. Situation socio-sanitaire en RDC

- Morbidité infantile : 200 pour mille naissances vivantes
- Survenue de nombreuses endemo-épidémies : Malaria, VIH/SIDA, Rougeole, Tuberculose, Méningite, Coqueluche, Diarrhée Rouge, Trypanosomiase, Choléra, Ebola, Mankeypox, etc... ;

- Aggravation de la pauvreté humaine, monétaire et sanitaire ;
- Infrastructures délabrées ou détruites ;
- Equipements vétustes ou absents.

30. Thème : Rebâtissons les SSP avec un leadership dynamique

Par Dr KALAMBAY de l'OMS

1. Comment promouvoir le leadership à tous les niveaux ?

L'intervenant a déclaré qu'il existerait une centaine des définitions du concept Leadership. Tout le monde en parle mais il serait très difficile que tous disent la même chose et de la même manière.

Parlant du Congo, où la situation est peu reluisante en matière des SSP, il a reconnu qu'il existe un écart entre la situation actuelle et la situation désirée.

Les concepts clés suivants ont été expliqués en vue de mieux faire comprendre le sous thème : Comment promouvoir le leadership à tous les niveaux.

Promouvoir

Pousser, faire avancer le leadership à tous les niveaux :

- communautaire ;
- du poste de santé ;
- de zone de santé
- du district ;
- provincial ;
- national ;
- régional ;
- international

Avoir une vision

- saisir les circonstances ;
- amortir le choc émotionnel

Savoir analyser la situation

Ceci exige d'avoir un rêve ou une vision. Et pour transformer ce rêve en réalité, il faut avoir de l'énergie, l'inspiration, la créativité, la révélation.

Avoir la passion, et pour y arriver, il faut parcourir un chemin, c'est-à-dire un processus de changement.

Savoir minimiser les risques, parce qu'il arrive souvent qu'on se bute :

- à la peur d'échec
- à la critique
- à la perte de sécurité
- au prestige

Minimiser les risques en impliquant :

- les autorités sanitaires
- les autorités politiques
- les autorités religieuses
- les autorités civiles ou communautaires

dans tout cela, il faut éviter des pièges.

La communication

Si vous avez des adhérents précoces qui partagent votre vision soit 25%, quelque soit le pourcentage des endurcis qui restent, vous devez avoir la maîtrise de la communication.

Il faut avoir une vision partagée avec les adhérents.

Les résultats

Le développement du système de santé

- masse critique, personnel de santé
- école de santé publique du RDC
- stratégies : concertation des partenaires
- outils : instruments juridiques
- techniques : résolutions des problèmes
- participation aux centres de décisions à tous les niveaux.

Les facteurs de succès

L'étude des personnalités

- Communicateur
- Analytique
- Conducteur d'homme
- Aimable

Les combinaisons des talents

La combinaison des ressources provenant des partenaires

La combinaison des stratégies

Comment promouvoir le leadership à tous les niveaux, il faut :

- la connaissance de soi-même
- la vision
- la passion
- le goût du risque
- savoir communiquer
- produire des résultats.

31. Thème : Etude sur la fonction ou le système de stewardship dans les SSP en RDC

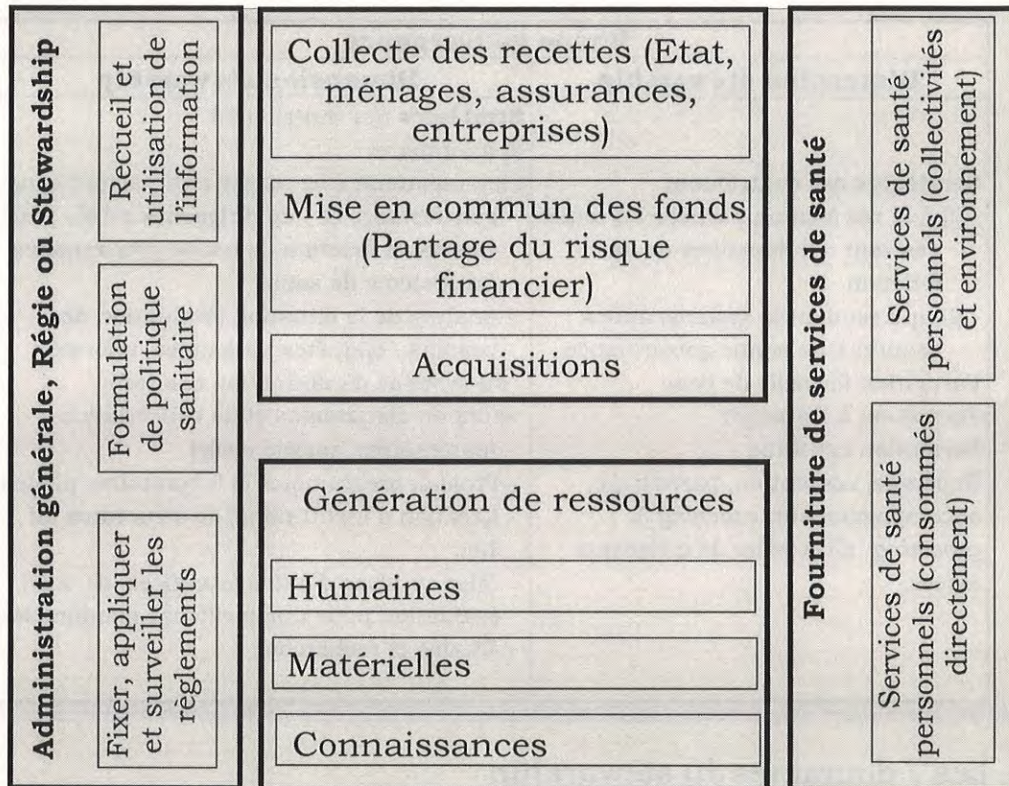
Par Dr Jacques WANGATA, Expert de la DEP/MINISANTE

1. Introduction

Cadre de référence

- Fonctions d'un système de santé selon l'OMS = Identification du stewardship ou administration générale comme principale fonction du système de santé
- Programme Aids Impuls Funds (fond d'impulsion en matière de Sida financé par la DGCD(Belge) a mis en place le projet Human Resources in Developing Health Systems mis en œuvre par l'IMTA
- Réunion de Rabat . Févr 2002. Décision de faire une étude multicentrique dans 7 pays du Sud = Burkinafaso, Mali, Maroc, RCA, Tunisie, RDC, Haïti .

2. Fonctions d'un système national de santé selon l'OMS



NB : Le stewardship englobe la supervision des autres fonctions sans contenir les autres fonctions

Définition

Stewardship signifie

- Gestion consciencieuse et avisée d'un bien confié aux soins de quelqu'un.
- Ce bien est le corps et l'argent des gens versé dans le cadre de l'impôt, c'est à l'Etat que revient la priorité de cette fonction.
- Le stewardship apparaît comme la fonction la plus importante qui englobe la supervision des autres fonctions et a des effets directs ou indirects sur tous les résultats. Elle commande les autres fonctions ne le contient pas.

3. Fonctions stewardship

Bonne gouvernance	
Dimension stewardship	Dimension stewardship
<p>Stratégies qui contribuent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (I) à la réalisation partielle ou totale des sept (7) domaines de la fonction - (II) qui rendent le système apte à assurer une bonne gouvernance. <p>Formation formelle de base Formation à l'étranger Formation continue Repérage, cooptation, parrainage, accompagnement, <i>coaching</i> & <i>grooming</i> d'un vivier de dirigeants avisés.</p>	<p>Stratégies qui contribuent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) à former et (ii) à maintenir une masse critique de bonne gouvernance et de dirigeants avisés pour exercer la fonction de bonne gouvernance du système de santé <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la situation (évaluation des besoins), enquêtes nationales, réforme du système d'information sanitaire - Fora de discussions et de concertation. (partenaires, société civile) - Projets, programmes & laboratoires pilotes - Création d'institutions/de structures ad hoc - Mise en place d'outils (exercices) de suivi évaluation pour une meilleure planification - Etudes et recherche.

4. Les 7 domaines du stewardship

- la capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision
- La capacité de formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires et /ou établir des priorités cadre stratégique
- La capacité de disposer les outils nécessaires à l'implantation : pouvoir, incitatifs et sanctions
- La capacité de construire des relations (alliances et partenariats)
- La capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle et ou adapter les structures aux objectifs et orientation politique
- La capacité d'assurer la « recevabilité »
- La capacité d'assurer la protection de consommations.

5. La dimension steward

Principales caractéristiques personnelles.

Hormis la compétence, l'expérience de gestion, l'ensemble des stewards présentent les traits ci-après :

- écouter et faire confiance aux autres
- susciter des autres de l'enthousiasme
- intégrer dans la réflexion des éléments de motivation
- engagement au delà des aspects techniques
- détenir un charisme, une autorité
- le cheminement indique que le fait d'avoir fait sa carrière à l'intérieur du pays (5 des 7), travailler sur terrain ou dans un cabinet ministériel préparé à la fonction de stewardship
- détermination de soi, créativité, visionnaire ;
- oubli de soi, se faire violence, travail sans relâche, ...

6. Le fonctionnement des actions ayant permis aux stewards de mieux exercer la fonction

- Présences fréquentes sur terrain
- Relations (contact humain) gagner la confiance
- Personnalité (autorité)
- Travail en équipe
- Travail dans un projet de coopération
- Esprit coopératif, créatif, stratégiques, ...

7. Les 3 domaines non couverts par les stewards

- Recevabilité
- Protection de consommateurs
- Adaptation des structures aux objectifs et orientation politique.

8. Les contraintes et opportunités des stewards

Contraintes	Opportunités
<ul style="list-style-type: none">- Réticence, voire le refus des médecins d'aller en brousse- Budget insuffisant	<ul style="list-style-type: none">- soutien de la part des professionnels de santé- encouragements des collègues du gouvernement (et la sympathie au président)
<ul style="list-style-type: none">- durée du mandat- résistance face au changement du personnel de l'Etat- regain de régionalisme	<ul style="list-style-type: none">- « la sympathie du Président de la République »- appui des institutions internationales et des partenaires extérieurs

9. Les actions actuelles susceptibles de créer des stewards dans l'avenir

Actions, interventions citées
1. L'Ecole de santé Publique (elle ne crée pas des stewards mais forme des stewards)
2. Le Cabinet du Ministère de la Santé ; avoir un poste au niveau du Ministère de la Santé à condition que les nommés comprennent et profite de leurs positions (une bonne école).
3. La DEP si elle remplissait véritablement son rôle
4. La DEP si elle remplissait véritablement son rôle
5. Des réunions annuelles avec le personnel du terrain ; permettent d'identifier les personnes et de leur donner des opportunités susceptibles de les faire émerger
6. Pas de stratégie durable, car l'environnement actuel de la RDC marqué par la lutte pour la survie au quotidien, ne le permet pas.

32. Thème : Leçons apprises dans le développement des zones de santé

Par Dr Dan FOUTAIN, Ancien médecin Chef de ZS de Vanga

1. La confiance mutuelle

- On se confie l'un à l'autre
- La confiance dépend de l'intégrité, la responsabilité, et la vérité en paroles et en actions
- Une transparence en paroles et actions
- Une communication claire et sincère

2. Multiplication de connaissance et des capacité

- La formation du personnel de santé à tous les niveaux:
- Une formation formelle et non-formelle
- Une formation continue
- Une formation pratique et théorique

3. Délégation de responsabilités

- Une fois formé, le personnel doit pouvoir mettre en pratique ce qu'on a appris
- Il faut déléguer aussi l'autorité d'agir
- Il faut l'équipement nécessaire pour mettre en pratique ce qu'on a appris
- Une supervision régulière avec évaluation, correction éventuelle et formation continue

4. Décentralisation de soins

- Tout le monde à droit aux soins primaires
- Supervision à la base
- Approvisionnement local en médicaments
- Bonne gestion de ressources

5. Une bonne relation avec la communauté

- Un respect mutuel
- Une connaissance de leurs croyances, coutumes et habitudes
- Une éducation adaptée à leurs croyances
- Le transfert à eux des responsabilités pour l'amélioration de leur propre santé
- Coopération pour la participation

6. Une éducation appropriée aux croyances coutumières

- Comment expliquer l'origine scientifique des maladies?
- On commence en examinant leurs idées
- On introduit les idées et les termes qu'ils peuvent facilement comprendre.

7. Engagement de la communauté aux actions de santé

- Analyse de la situation sanitaire du milieu
 - L'aménagement des points d'eau

- La bonne gestion des terrains et de la forêt
- La surveillance de la santé des mères et des enfants
- La collecte des données démographiques
- Dénombrement de la population
- Notre rôle en santé communautaire
 - La motivation
 - Le transfert de compétence technique
 - L'utilisation au maximum des ressources locales
 - Un encouragement continue

8. Une vision commune

- Tout le personnel doit partager la vision d'une amélioration de la santé
- Un esprit de communauté dans l'équipe
- Une bonne communication dans l'équipe
- Tout le monde sache ses responsabilités

9. Une gestion saine

- Transparente
- Participation
- Une gestion horizontale

10. Ordre et bonne organisation

- Un personnel compétent à la gestion
- Un système clair de comptabilité
- Un organigramme réaliste
- Descriptions des tâches claires et précises
- Une bonne discipline au travail

11. Attitudes correctes

- Engagement au service pour le bien-être des autres
- Attitude à apprendre de nouvelles idées
- Ouverture aux suggestions
- Sens d'humeur
- Respect et patience et aptitude pour les relations humaines

12. Direction par encouragement

- Consultations régulières du personnel
- Félicitations publiques pour un bon travail
- Les critiques et blâmes diminuent l'honneur et la valeur humaine
- Corrections faites en consultation privée

13. Compassion envers les malades

- Sans distinction économique, sociale ou religieuse
- A tout moment jour et nuit
- Nous représentons Jésus Christ, le Médecin Parfait

14. Confiance en Dieu

- Le travail de la santé vient de Dieu
- Jésus a montré l'exemple
- Il faut des consultations régulières en prière avec Dieu
- Et réunions régulières pour chercher la volonté de Dieu et les stratégies pour le travail

33. Thème : Leadership et recherche opérationnelle

Par Dr MUNKATU Pascal, DAF/ SANRU III

Définition

La Recherche Opérationnelle est une approche générale d'implantation et d'amélioration des activités des Soins de Santé Primaires.

La stratégie de recherche opérationnelle

La Recherche Opérationnelle fournit une méthodologie qui vous éloigne un peu du problème pour une meilleure perspective de : - Identifier/Analyser un Problème, Développer des Solutions, Tester/ Valider des Solutions -.

Les composants de la recherche opérationnelle sont :

- 1) Identification le problème ou la déficience critique qui freine l'activité d'atteindre la performance escomptée

- 2) Elaboration la(s) solution(s) optimale(s) par rapport à la déficience
- 3) Test ou validation la(s) solution(s) de manière à mesurer la faisabilité, la sensibilité et la capacité par rapport à la déficience.

Recherche opérationnelle

RECHERCHE OPERATIONNELLE
ANALYSER DES PROBLEMES
DEVELOPPER DES SOLUTIONS
VALIDER DES SOLUTIONS

La recherche opérationnelle permet aux leaderships de connaître le chemin

- est celui qui connaît le chemin
- qui montre le chemin
- qui parcourt le chemin.

En guise de conclusion, il a été dit que la recherche opérationnelle permet de trouver de solutions optimales aux problèmes observés dans son travail.

Les ZS leaders en recherche opérationnelle

ZS KANGU et KIBUNZI	Amélioration de la chaîne de froid et de la couverture vaccinale
ZS KIMPESE et KINKONZI	Augmentation de la fréquentation de CPS et CPN
ZS KUIMBA et VANGA	Réduction la malnutrition des enfants âgés de moins de 2 ans
ZS DJUMA et MASSA	Stratégies de villages assainis et réduction de la diarrhée Amélioration de rapportage des informations sanitaires par les CS.

34. Thème : Recherche opérationnelle, gestion et créativité

Par Dr Franck BAER

1. Planification et Gestion

RECHERCHE OPERATIONNELLE
ANALYSER DES PROBLEMES
DEVELOPPER DES SOLUTIONS
VALIDER DES SOLUTIONS

2. La Recherche opérationnelle et la Gestion

RECHERCHE OPERATIONNELLE	PLANIFICATION ET GESTION
ANALYSER DES PROBLEMES	IDENTIFIER LE PROBLEME
DEVELOPPER DES SOLUTIONS	INVENTORIER DES
VALIDER DES SOLUTIONS	DEVELOPPER DES
	PRIORISER DES OPTIONS
	METTRE EN OEUVRE
	SUIVRE ET EVALUER

3. La R.O. est un outil de gestion

RECHERCHE OPÉRATIONNELLE	PLANIFICATION ET GESTION
ANALYSER DES PROBLÈMES	IDENTIFIER LE PROBLÈME
	INVENTORIER DES RESSOURCES
DÉVELOPPER DES SOLUTIONS	DÉVELOPPER DES ALTERNATIVES
	PRIORITISER DES OPTIONS
VALIDER DES SOLUTIONS	METTRE EN ŒUVRE
	EVALUER

Pour être créatif, il faut adopter 4 attitudes

- explorateur
- artiste
- juge
- guerrier

Un explorateur, c'est celui qui cherche les informations pour mieux définir un problème et identifie des ressources pour le résoudre ;

Un artiste, c'est celui qui a la capacité d'analyser les informations disponibles pour générer beaucoup d'idées et des solutions ;

Un juge, c'est celui qui est capable de sélectionner et prioriser les meilleures idées, afin de développer des plans d'action autour de ces stratégies ;

Un guerrier, c'est celui qui est capable d'engager le combat pour la mise en œuvre de son plan, suivre son progrès avec monitoring, évaluation et révisions.



4. Les attitudes de créativité

<p>Un Explorateur <i>L'homme qui regarde le monde à cinquante ans la même façon qu'il a fait à vingt, a gaspillé trente ans de sa vie.</i> Muhammad Ali</p>
<p>Un Artiste <i>L'imagination est plus importante que la connaissance.</i> Albert Einstein</p>
<p>Un Juge <i>Il y a une bonne taille physique pour chaque idée.</i> Henry Moore</p>
<p>Un Guerrier <i>Je suis un marcheur lent, mais je ne marche jamais en arrière.</i> Abraham Lincoln</p>

Comparaison

RECHERCHE OPÉRATIONNELLE	LA CREATIVITE
ANALYSER DES PROBLÈMES	 SOIT UN EXPLORATEUR
DÉVELOPPER DES SOLUTIONS	 SOIT UN ARTISTE
	 SOIT UN JUGE
VALIDER DES SOLUTIONS	 SOIT UN GUERRIER

LA CREATIVITE	PLANIFICATION ET GESTION
 SOIT UN EXPLORATEUR	IDENTIFIER LE PROBLÈME
	INVENTORIER DES RESSOURCES
 SOIT UN ARTISTE	DÉVELOPPER DES ALTERNATIVES
	PRIORITISER DES OPTIONS
 SOIT UN JUGE	METTRE EN OEUVRE
	SUIVRE ET EVALUER

LA GESTION CREATIVE		
ANALYSER DES PROBLÈMES	 SOIT UN EXPLORATEUR	IDENTIFIER LE PROBLÈME
		INVENTORIER DES RESSOURCES
DÉVELOPPER DES SOLUTIONS	 SOIT UN ARTISTE	DÉVELOPPER DES ALTERNATIVES
		PRIORITISER DES OPTIONS
VALIDER DES SOLUTIONS	 SOIT UN JUGE	METTRE EN OEUVRE
		SUIVRE ET EVALUER

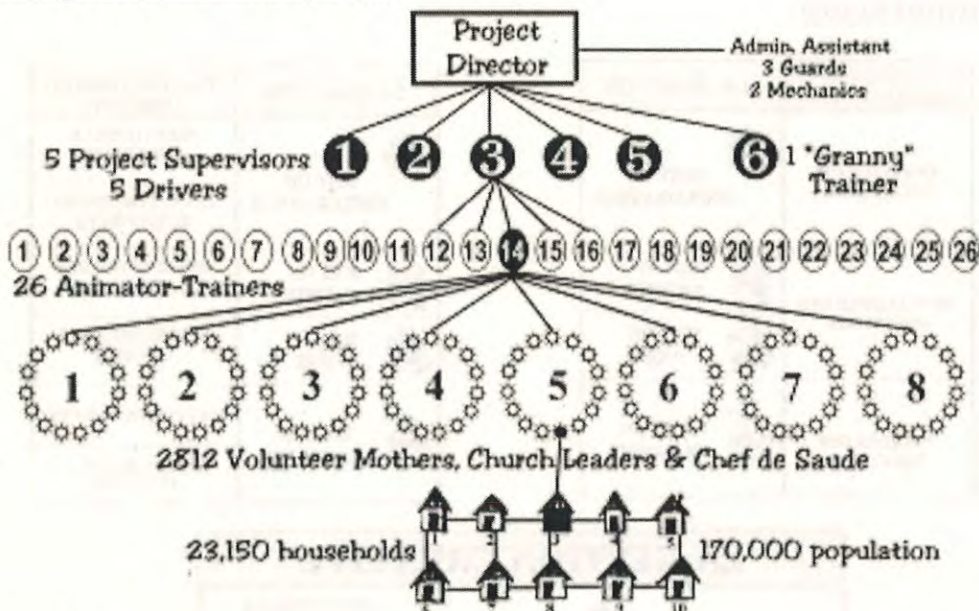
35. Thème : Expérience de Vurhonga au Mozambique

Par Dr MINUKU, BUALUTI et YANDJO

Carte de visite du projet Vurhonga

- ◆ District rural de Chokwe de 170 000 habitants
- ◆ Financement \$1 Million (USAID/World Relief)
- ◆ Interventions orientées vers la communauté
- ◆ Les centres de santé ne sont pas concernés
- ◆ Ressources humaines communautaires:
 - mères volontaires, les chefs de santé
 - les pasteurs des Eglises Équipe du projet

L'organisation du projet



Les interventions

- ◆ Introduction un thème chaque 3mois:
 - Subdivisée en leçons toutes les 2 semaines
 - Matériel : images, dessins
- ◆ Volontaires s'organisent en Groupe de Soins
 - 10-15 volontaires=(un groupe)
 - pour le suivi/supervision
 - formation continue
 - Interaction et support social

Les critères de choix d'un volontaire

- ◆ Femme choisie entre les 10 familles d'un bloc administratif
- ◆ Age moyen
- ◆ Ne buvant pas beaucoup
- ◆ Respectée dans la communauté
- ◆ Accepte le travail bénévole

Observation d'une séance Hearth

- ◆ Chaque Groupe de Soins désigne un lieu pour préparer un repas commun à tous les enfants concernés une fois par jour pendant 2 semaines.
- ◆ Les mères y contribuent en apportant un peu de pâte de trois couleurs:
 - Vert (légumes)
 - Blanc (céréales)
 - Jaune/Gris (arachides)
- ◆ > 70% enfants ont gagné +400grs en 14jours

Les résultats du Projet

- Mortalité infantile baissé de 50%
- Couverture vaccinale > 90%
- Prévalence contraceptive passé de 3 à 23%
- 70% enfants Hearth ont gagné +400grs après 14jours
- 65% des volontaires de phase 1 (1998) encore actifs 3 ans après l'arrêt du projet.

Système d'information

- ◆ Collecte quotidienne et simple
- ◆ Les volontaires donnent l'info verbalement aux chef de santé qui remplit un formulaire au CS
- ◆ Des mini enquêtes CAP tous les 3 mois:
 - Chaque animateur enquête un site hors de son rayon de travail
 - Les résultats sont rapportés sur graphiques qui montrent l'évolution des indicateurs.

Constats généraux

- ◆ Mozambique dispose d'une infrastructure routière remarquable + terrain plat
- ◆ Bonne organisation administrative (1 bloc=10 ménages = 1 volontaire)
- ◆ CS a 100% appui Etat. Donc, le projet peut se concentrer au niveau communautaire
- ◆ animateurs et superviseurs bien motivés
- ◆ Financement important concentrés dans une zone.
- ◆ Les volontaires femmes n'exigent pas une motivation financière
- ◆ Matériel didactique très simple (images)

Les leçons à tirer

- ◆ L'organisation de la PCIME-C à travers les relais communautaires est faisable.
- ◆ Le relais communautaire volontaire (RCV) peut assimiler différents thèmes si on peut les étaler dans le temps
- ◆ Le RVC femme est meilleur à utiliser pour les interventions qui ciblent mère et l'enfant
- ◆ Les leçons de nutrition sur base de couleur des aliments sont très efficaces
- ◆ Une bonne organisation du système sanitaire local est un atout pour réussir l'implantation de la PCIME-C

Les suggestions pour adaptation en RDC

- ◆ Deux superviseurs par équipe BCZS
- ◆ Deux animateurs par Aire Sanitaire avec un hors santé qui forment les relais institutionnels
- ◆ Relais Institutionnels (pasteurs, enseignants) formeront les relais volontaires
- ◆ Les enseignants utilisent les élèves/relais à qui ils donnent des pour les familles.

36. Thème : Medical Ambassador International

Par Dr KAZADI/ MEDAIR de l'Est de la RDC

1. Mission de MEDAIR

Notre mission consiste à transformer les actions à travers la combinaison sans soudure de la prévention de la maladie.

L'approche utilisée, c'est *SANTE EVANGELISATION COMMUNAUTAIRE* en abrégé ou « **CHE** » (anglais).

2. Evaluation de l'impact en RDC

Résultats de l'évaluation du travail

1) Changements de comportement spirituel

Il y a une différence significative dans le plus grand nombre de familles-CHE, qui participent à des séances d'études bibliques et prient fréquemment.

2) Concernant les fétiches et la sorcellerie

- Les familles non CHE font fréquemment usage des fétiches ;
- Les familles CHE prient le plus souvent pour se protéger contre la sorcellerie.

3) Conclusion : Croissance spirituelle

- Le programme CHE est entrain de produire un impact évangélique dans les familles qu'il sert ;
- Le programme-CHE a aussi réussi à véhiculer les composantes de la vie chrétienne et aider à faire naître une émergence de l'étude biblique, de prière, des rencontres avec les autres et le partage de l'Évangile.

4) Les découvertes

Dans le secteurs de la santé

Avec le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, pris pour étalon d'or pour la qualité de l'indicateur, les villages NON-CHE enregistrent deux fois plus de taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans que les villages-CHE.

a) Meilleure connaissance de la maladie

- faiblement contagieuse (maladie infectieuse la moins contagieuse)
- traitement efficace
- 48 heures de traitement coupe la transmission
- maladie guérissable
- un bon suivi prévient l'apparition des mutilations
- suivi n'exigeant pas une expertise particulière ;

B) La lèpre et la TBC en RDC

- niveau national (conception, directives)
- coordinations provinciales l/tb (intermédiaires) 20
- zones de santé (exécution des programmes)
- appui partenaires (mais politique nationale)

c) Contraintes

1. Peur du chômage (personnel spécialisé)
2. Résistance au changement
 - personnel, patients, handicapés, population
 - réhabilitation (CBR) nothing for us without us (rien pour rien)
3. Faible sensibilisation (détection tardive - infirmités parmi les nouveaux cas++)
4. Inaccessibilité (routes, ponts, guerre insécurité) .

d) Pistes de solution

- motivation du personnel
- réhabilitation socio-économique des personnes affectées par le lèpre
- éducation sanitaire vulgarisation (CCC)

e) Place de la population

L'acceptabilité de toute action visant les soins de santé primaires est liée à l'implication de la communauté :

- Communauté des personnes affectées par la lèpre ;
- Communauté comme population desservie.

Retenons ces messages

- La lèpre est guérissable
- Son traitement est gratuit
- Les mutilations sont évitables
- Rien pour nous, sans nous, pour la lutte contre la lèpre

38. Thème : L'intégration de la lutte contre la TBC

*Par Dr KONGAWI KINDA, Coordinateur Projet Lèpre,
Tuberculose/ Equateur Nord*

Il a dit que dans sa zone de santé, la TBC atteint les plus jeunes, c'est-à-dire les personnes à l'âge de travailler. La mortalité, cause de ce fait des pertes pour les familles et partant dans toute la société. Cette situation est d'autant alarmante que décriée, chaque année, les cas de TBC ne font qu'augmenter avec des conséquences suivantes :

- le SIDA
- la malnutrition
- la pauvreté.

Concernant le dépistage, le manque de microscope à objectifs rend le dépistage impossible. Les 75% des malades à microscopie positif constituent un danger parce qu'ils continuent plus tant qu'on ne les traite pas. A l'âge variant entre 25 et 34 ans, la tuberculose pulmonaire est un danger permanent.

Les problèmes qui se posent, sont :

- 1) détection insuffisante
- 2) diagnostic des TPM + plus faible.

Concernant le traitement

- rendre les soins accessibles ;
- équiper les formations sanitaires
- former les MCZ, etc... ainsi que des laborantins
- superviser régulièrement
- motiver
- accentuer la participation communautaire.

Bref,

- stopper la transmission de la TBC
- faire l'auto-évaluation (diagnostic, traitement)
- Tout passe par l'amélioration de la qualité du travail.

- De tous les secteurs et services de base de la province, seul le secteur de santé organisé en zones de santé dispose d'un cadre organisationnel adéquat et d'une expertise de gestion capables de relever le défi de développement à partir de la base ;
- Les efforts des zones de santé sont souvent amoindris et parfois annihilés par le manque de collaboration intersectorielle ;
- Compte tenu de la nouvelle mission de la territoriale de se constituer en administration de proximité et de développement, l'entité administrative de base à l'intérieur de laquelle peut se réaliser efficacement la collaboration intersectorielle, c'est le territoire ;
- D'après le nouveau découpage dans le Bandundu, chaque territoire englobe un nombre précis de zones de santé qui ne chevauchent plus comme auparavant ;
- La nouvelle loi organisationnelle de la territoriale prévoit un cadre de concertation appelé comité consultatif ;
- Le territoire est donc devenu le cadre le mieux indiqué pour donner à la fois un nouvel élan aux soins de santé primaires et servir de cadre de planification, d'organisation et de gestion des actions de développement à la base.

2. Problématique

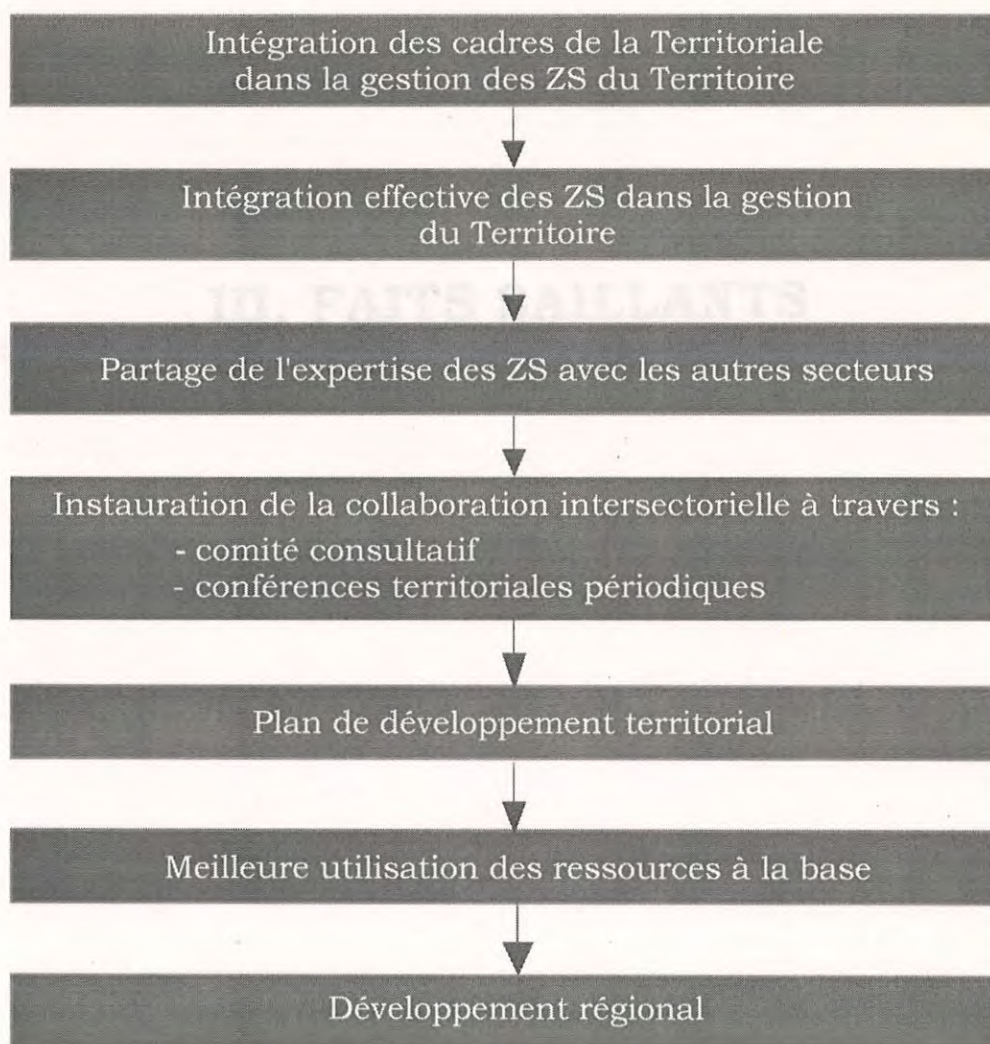
Le constat ci-haut permet d'affirmer que le développement régional dans le Bandundu est confronté à un problème fondamental, à savoir : comment faire profiter à d'autres secteurs vitaux le modèle de gestion qui existe déjà dans les zones de santé en vue de déclencher un processus réel de développement à partir de la base et dans un cadre de collaboration intersectorielle ?

Pour atteindre cet objectif, quelques actions prioritaires ont été retenues :

1. Associer les cadres de la territoriale aux actions majeures des zones de santé : tous les administrateurs de territoire et commissaires de district de la Province ont pris une part

active à l'atelier de découpage des zones de santé de la province ;

2. Formation des cadres de la territoriale et des opérateurs sociaux et économiques en s'appuyant sur l'expertise de la zone de santé ;
3. Mise en train des comités consultatifs territoriaux pour une participation effective et efficace des services territoriaux, de la population et des opérateurs sociaux et économiques au développement du territoire.



Prix remis aux lauréats



Néanmoins un fait saillant qui sort de l'ordinaire est que ce colloque fut une véritable preuve de la réunification effective du pays avec la participation des délégués venus de toutes les provinces (même des territoires occupés)

- la santé par ...
- Remise des jeeps et d'une Land Cruiser au Ministère de par les différents partenaires de santé ;
 - Les expositions dans les stands érigés pour la circonstance 10 ans ;
 - La remise des prix de mérite aux membres du Comité SANRU et autres professionnels des SSP ayant accomplis
- Tout au long des travaux, des événements spéciaux ont marqués le Colloque National SANRU III tels :



Mgr. MARINI BODHO remettant le prix d'excellence au Dr. Frank BAER



Dr. MINUKU recevant le prix de figures marquantes sur les SSP en RDC



De g. à dr : Dr. Jules MIANTUDILA MALONGA de la Banque mondiale
Dr. KALAMBAY de l'OMS et Dr. DUALE de l'OMS, tous anciens de
SANRU posant avec leurs prix de pionniers.



Exposition des équipements

IV. RECOMMANDATIONS



L'équipe pédagogique du Colloque, de g. à dr. : Mr Raoul KAMANDA MANGAMFU, Chef de division au Ministère de la Santé et Rapporteur général adjoint Dr Casimir MANZENGO, Superviseur au projet SANRU III, Coordonnateur technique du Colloque KEMBOLA, Chef des travaux à l'ISTM et Rapporteur général du Colloque.



De g. à dr. : Mme Dr Brigitte KINI de l'OMS, Modératrice au Colloque Mr Puis MBWES MADIANGA du CNONGD, Rapporteur du Colloque Dr Stéphane KWATA de SANRU III, Rapporteur du Colloque



Mr Raoul KAMANDA MANGAMFU, Rapporteur général adjoint présentant les recommandations finales du Colloque

1. Par rapport à l'engagement communautaire

- Soutenir la mise en place et le fonctionnement effectif des organes de participation de la population à tous les niveaux du système des SSP, notamment : Conseil d'administration de la ZS, COGE de la ZS, les CAC et les CODESA dans les aires de santé ;
- Développer les stratégies et les mécanismes solides de financement communautaire en soutenant la promotion du système d'épargne sanitaire et de mutuelle de santé dans l'optique de l'initiative de Bamako ;
- Développer les activités de nutrition à assises communautaires « NAC » dans une approche intégrée avec la PCIME-C dans toutes les aires de santé ;
- Elaborer les normes et directives pour la mise en place, le fonctionnement et la gestion coordonnée et intégrée des organes de participation communautaire à tous les niveaux : CAC, CODESA, COGE, CA, BTM, BTP et FORUM SSP ;

- Actualiser, promulguer la Charte de participation et célébrer la journée de participation communautaire le 11 novembre ;
- Instaurer et instituer le système des micro-projets générateurs des recettes pour les relais communautaires dans les aires de santé ;
- Elaborer et publier les normes et directives pour l'implantation du PMA-Communautaire dans les AS ;
- Renforcer les capacités des membres des organes de participation communautaire ;
- Mettre en place un plan intégré de communication pour la promotion du PMA-Communautaire.

2. Par rapport à la gestion des ressources et de l'information

- Appuyer la connexion de tous les services et les partenaires qu site web du Ministère de la santé (Directions Centrales, Programmes spécialisés, Inspections provinciales et les partenaires) ;
- Développer les mécanismes souples de circulation et distribution des informations sur les programmes, les priorités et les lignes budgétaires ainsi que le rayon d'intervention de chaque partenaire de façon périodique ;
- Renforcer les capacités du personnel et des institutions en SNIS à tous les niveaux.

3. Par rapport au leadership dynamique et partenariat

- Renforcer les mécanismes de concertation et de coordination pour la gestion intégrée du partenariat à tous les niveaux ;
- Introduire le système de contrat de performance par structure et par individu dans l'approche contractuelle ;
- Organiser des missions de supervision intégrée et conjointe ;

- Organiser un atelier national d'harmonisation avec les autorités politico-administratives sur les approches relais communautaires;
- Organiser une table ronde nationale pour l'harmonisation et l'intégration des zones de santé dans le plan de développement des entités territoriales décentralisées.

4. Par rapport à l'intégration coordonnée des activités

- Amener les partenaires à prendre en compte les aspects de supervision technique, monitoring, suivi et évaluation dans leurs paquets d'appuis ;
- Poursuivre la délimitation de la nouvelle carte sanitaire dans les provinces de l'Est ;
- Que le gouvernement joue son vrai rôle normatif ;
- Développer les stratégies d'appui aux activités de production locale des médicaments essentiels ;
- Renforcer la constitution de la banque des données sur les appuis des partenaires à différents niveaux ;
- Dégager sous forme d'un plan cartographique les aires de santé, zones de santé, les districts sanitaires, les directions et programmes sans appuis et ceux avec appuis ;
- Réviser le plan de couverture de zones de santé pour une meilleure implantation du PMA ;
- Réajuster le plan d'actions du Ministère de la santé en prenant en compte les recommandations de la revue annuelle 2002 et du présent colloque.

5. Par rapport à la formation continue :

- Organiser une table ronde nationale sur la reconceptualisation et réadaptation des approches méthodiques et les outils de formation en cours d'emploi ;
- Mettre en place un pool des formateurs ;
- Organiser les recherches opérationnelles sur les activités de SSP.

The first part of the paper discusses the importance of the...
The second part of the paper discusses the importance of the...
The third part of the paper discusses the importance of the...

The fourth part of the paper discusses the importance of the...
The fifth part of the paper discusses the importance of the...

- 1. The first part of the paper discusses the importance of the...
- 2. The second part of the paper discusses the importance of the...
- 3. The third part of the paper discusses the importance of the...
- 4. The fourth part of the paper discusses the importance of the...

IV. CONCLUSION

The first part of the paper discusses the importance of the...
The second part of the paper discusses the importance of the...
The third part of the paper discusses the importance of the...

The fourth part of the paper discusses the importance of the...
The fifth part of the paper discusses the importance of the...

- 1. The first part of the paper discusses the importance of the...
- 2. The second part of the paper discusses the importance of the...
- 3. The third part of the paper discusses the importance of the...
- 4. The fourth part of the paper discusses the importance of the...
- 5. The fifth part of the paper discusses the importance of the...

Enfin, il a été remarqué que les assises ont suscité un grand espoir dans l'opinion et la volonté unanime et affirmée de voir se rebâtir les SSP dans notre pays.

D'où le Colloque SANRU III constitue de nouveau une séquence d'un long processus qui ne s'arrête pas avec sa clôture mais restera toujours pour le Ministère de la santé un des mécanismes de coordination intégré au partenariat.

V. ANNEXES

Rapporteurs

- Superviseur de l'équipe pédagogique : Dr. MANZENGO Casmir
- Rapporteur général : C.T. KEMBOLA BETITI
- Rapporteur adjoint : Raoul KAMANDA MANGAMFU
- Rapporteurs des plénières : Mrs Bony NDEKE et Constant MBILIONZO
- Rapporteurs des panels :
 - Dr. Emmanuel MPANZU
 - Dr. Stéphane KWATA
 - Dr. Jean Baptiste EBUNABO
 - Mr. Pius MBWES MADIANGA
 - Mr. Guy NDONGALA
 - Mr. Egide BONKONDI.

Modérateurs des plénières

1. Dr. Félix MIKUKU
2. Dr. Frnak BAER
3. Prof. MAMPUNZA
4. Dr. Brigitte KINI
5. Dr. Emile BONGO
6. Dr. Audace MAKAMBA
7. Dr. Jacques WANGATA
8. Dr. Constantin MIAKA
9. Dr. Michel OTHEPA
10. Dr. Honoré MIAKALA
11. Dr. Pascal MUNKANTU
12. Dr. Cisse MOHAMED.

Modérateurs des panels

1. Dr. Pierre LOKADI
2. Dr. Cissé MOHAMED
3. Prof. Maurice KING
4. Dr. Jacques WANGATA
5. Prof. OKITOLONDA
6. Mr. Alexandre MANUNGA
7. Dr. Frank BAER
8. Pascal MUNKATU
9. ILUNGA WANT.

Logistique et reportage

Pool saisie informatique

- Mr. Thomas LELO
- Mr. Celestin DIANZOLA
- Mr. Celestin MAMPASI
- Mlle Fifi LUTETE
- Mr. MATOTO Valéry
- Mr. Papy MAVINGA

Pool reproduction des textes

- Mr. Mathieu MALEWO

Pool photographie et reproduction

- Mr. Jean YANGABALU
- Mlle Giselle LUMENGO.

Pool enregistrement, logement et transport des participants

- Mr. Donat BETAMONA
- Mr. Thomas LELO
- Mr. BOWALA Alain

Pool restauration

- Mlle Lylie DIATEZULUWA

Pool publication SANRU

- Mme Yvette MULONGO

Pool santé

- Dr. Jean Baptiste EBUNABO.

Liste des abréviations

ABEF : Association pour le bien être familial
AC : Animateur communautaire
ACDI : Agence canadienne de développement international
ADIPO : Aides aux dispensaires indigènes de la Province Orientale
AEN : Actions essentielles de nutrition
AMIB : Assistance médicale aux indigène à titre bénévole
AQS : Assurance et qualité des soins
ARV : Anti-retroviraux
AS : Aire de santé
ASBL : Association sans but lucratif
ASF : Association de santé familiale
AT : Accouchement traditionnelle
BAD : Banque africaine de développement
BCZS : Bureau central de la zone de santé
BDD : Bandundu
BTD : Bureau technique de district
BTP : Bureau technique provincial
CA : Conseil d'administration
CAC : Cellule d'animation communautaire
CAP : Connaissance aptitude et protège
CARPE : Central africain regional programme of environnement
CCC : Communication pour le changement des comportements
CCIM : Congrégation catholique immaculée de Marie
CDAF : Coordination administrative et financière
CDT : Centre de dépistage et traitement
CEBEC : Centre du bien être communautaire
CFC : Chemin de fer du Congo supérieur aux grands lacs
CLAP : Comité local anti-paludisme
CNMS : Comité national multisectoriel de lutte contre le SIDA
CNS : Conférence nationale souveraine
CODESA : Comité de développement de l'aire de santé
CODEV : Comité de développement
COGE : Conseil de gestion
CPN : Consultation prénatale
CPON : Consultation post-natale
CPS : Consultation préscolaire

CRS : Catholic Relief Services
CS : Centre de santé
CSR : Centre de santé de référence
CT : Coordination technique
CTS : Centre de traitement syndromique
CV : Couverture vaccinale
DBC : Distribution à base communautaire
DEP : Direction d'études et planification
DOM : Département des Oeuvres Médicales
ECC : Eglise du Christ au Congo
EHP : Projet santé environnementale de Washington
ENFEA : Equipe nationale des formateurs en eau et assainissement
ESP : Ecole de santé publique
FOMETRO : Fonds Médicaux Tropical
FOREAMI : Fonds de la Reine Elisabeth pour assistance médicale aux indigènes
FRP : Faire reculer le paludisme
GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
HGR : Hôpital générale de référence
IB : Initiative de Bamako
IEM : Institut d'enseignement médical
IGE : Institut géographique du Congo
IHAB : Initiative hôpital amis et bébés
IMA : Interchuch Medical Assistance
INS : Institut national des statistiques
IPS : Inspection provinciale de la santé
IRA : Infections respiratoires aiguës
ISA : Information sanitaire
ISD : Inspection sanitaire de district
IST : Infection sexuellement transmissible
ISTM : Institut supérieur des techniques médicales
IT : Infirmier titulaire
ITM : Institut technique médical
JJNV : Journées sous-nationales de vaccination
JNV : Journées nationales de vaccination
KKT : Kikwit
LIM : Livingtone Inland Mission
LMTE : Lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance

MAPEPI : Maladies à potentiel épidémique
MCZS : Médecin chef de zone de santé
MD : Médecin directeur
MEG : Médicament essentiel sous nom générique
MID : Médecin inspecteur de district
MII : Moustiquaires imprégnées insecticides
MIP : Médecin inspecteur provincial
MMR : Maternité à moindre risque
MPC : Malnutrition protéino-chronique
NAC : Nutrition à assise communautaire
ND : Naissance désirable
OAC : Organisation à assise communautaire
ODM : Objectifs de développement du millénaire
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONGD : Organisation non gouvernementale de développement
ONU : Organisation des Nations Unies
ORAMEI : Œuvre de la Reine Astrid pour la mère et l'enfant indigène
OSFAC : Observatoire satellital des forêts d'Afrique centrale
PAGIS : Projet d'appui à la gestion d'information sanitaire
PATS : Projet d'appui transitoire au secteur de la santé
PCA : Plan de couverture d'activités
PCIME-C : Prise en charge intégré des enfants à base communautaire
PDDS : Plan directeur de développement sanitaire
PEC : Prise en charge des cas
PEV : Programme élargi de vaccination
PF : Planning familiale
PFA : Paralysie flasque aiguë
PMA : Paquet minimum d'activités
PMURR : Programme multisectoriel pour la reconstruction et la réhabilitation
PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA et les IST
PNSR : Programme national de santé de la reproduction
PNT : Programme national de tuberculose
PNUD : Programme des Nations unies pour le développement
PRONANUT : Programme national de nutrition
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVV : Personne vivant avec le VIH
RC : Relais communautaire
RDC : République Démocratique du Congo
SANRU III : Santé rurale 3
SIDA : Syndrome déficitaire acquit
SIG : Système d'information géographique
SIM : Surveillance intégrée des maladies
SIS : Système d'information sanitaire
SNIS : Système national d'information sanitaire
SR : Santé de la reproduction
SSP : Soins de santé primaires
SSS : Stratégie des sous-secteurs sanitaires dans le Bas-Congo
SURVEPI : Surveillance épidémiologique
TBC : Tuberculose
TMN : Tétanos néo-natal
TPI : Traitement préventif intermittent
UCN : Université Caroline du Nord
UCODEV : Union des comités de développement.
UE : Union européenne
UNICEF : Fonds de Nations Unies pour l'enfance
UNIKIN : Université de Kinshasa
USAID : Agence de développement international des Etats Unies
d'Amérique
VAR : Vaccination anti-rougeole
VPO : Vaccination contre la polio
ZS : Zone de santé