



# Mise à échelle de la prise en charge intégrée des cas de maladies de l'enfant au niveau communautaire en République Démocratique du Congo

Février 2019

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

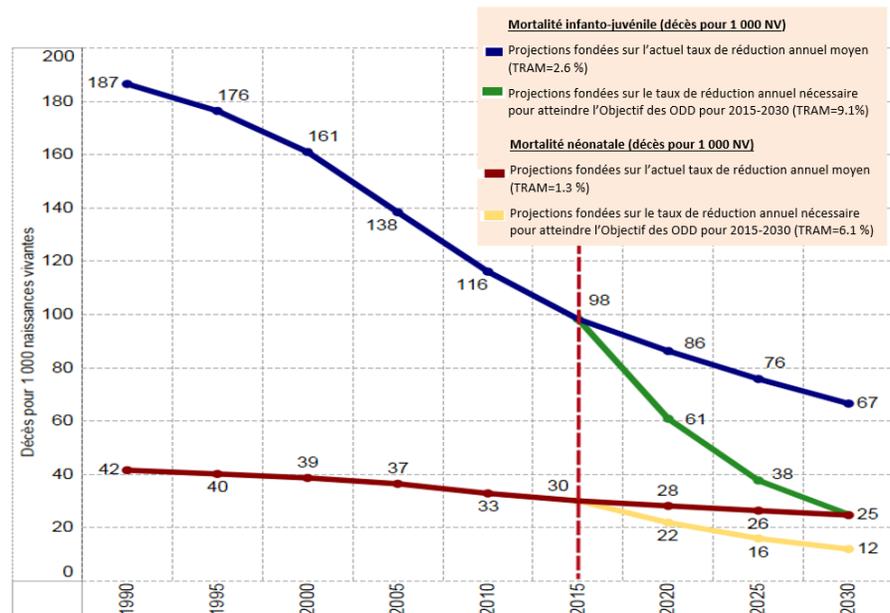
## Les soins au niveau communauté en République Démocratique du Congo

En Afrique, on estime qu'un décès d'enfants sur 10 se produit en République Démocratique du Congo (RDC), avec 304 000 décès d'enfants de moins de 5 ans estimés en 2016.<sup>1</sup> Afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de mortalité des enfants de moins de 5 ans (cible de 25 pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030) et de la mortalité néonatale (cible de 12 pour 1 000 naissances vivantes), le pays doit accélérer considérablement son taux de réduction annuel en adoptant des approches plus agressives (**Figure 1**).

Les principales causes de mortalité infantile en RDC sont les complications néonatales la diarrhée, la pneumonie et le paludisme.<sup>2</sup> Il est difficile d'assurer une couverture de services de santé infantile de haute qualité en RDC, en raison de l'étendue du territoire, d'énormes barrières naturelles, d'une faible couverture en établissements de santé et de l'insuffisance en ressources financières pour la formation et le déploiement du personnel de santé. Seuls 35% des 85 millions d'habitants du pays vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé.<sup>3</sup>

Enfin, une série de conflits armés, remontant à 1975, ont détruit une grande partie des

**Figure 1. Taux de mortalité infantile et de mortalité néonatale, RDC, 1990-2015 avec projections jusqu'en 2030**



Source: Groupe interinstitutions de l'ONU pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME), 2015<sup>5</sup>

<sup>1</sup> UNICEF. 2017. Rapport sur les niveaux et tendances de la mortalité infantile en 2017. Estimations établies par le Groupe Interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile.

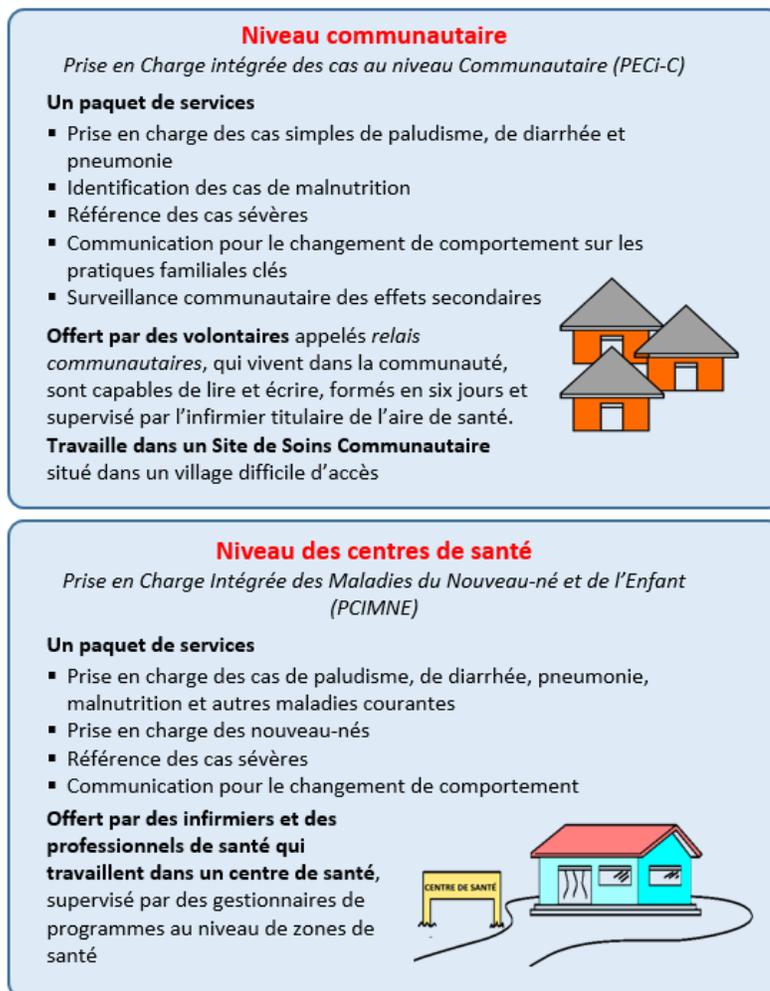
<sup>2</sup> Liu L, S Oza, Hogan D, et al. 2015. Causes mondiales, régionales et nationales de la mortalité infantile en 2000-13, avec des projections pour éclairer les priorités pour l'après-2015: une analyse systématique mise à jour. The Lancet 385 (9966): 430-40.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé Publique. 2017. Plan stratégique national de la PCIMNE 2017-2021.

infrastructures de la RDC -- y compris les centres de santé, ont provoqué des millions de morts, ont appauvri la majorité de la population et ont largement contribué à l'instabilité politique actuelle.

Amener les services auprès des communautés éloignées grâce à des approches communautaires est un élément clé des stratégies pour atteindre les ODD en RDC. La Prise en Charge intégrée des cas de Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PECi-C) amène des traitements proches des enfants pour leur sauver la vie contre des maladies infantiles mortelles. À travers l'approche PECi-C, les relais communautaires sont formés et soutenus pour prendre en charge et traiter les cas de diarrhée, de pneumonie, de paludisme de malnutrition et d'autres maladies. Afin d'offrir des services de qualité au niveau des villages éloignés, le gouvernement de la RDC a introduit et mis à échelle des approches communautaires des soins de santé depuis 2005. En RDC, le paquet complet de la PECi-C est défini par un relais qui prend en charge au moins quatre conditions au niveau des sites de soins communautaires: le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition (**Figure 2**). La PECi-C est une extension de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) offerte dans les centres de santé.

**Figure 2. Paquet de PCIMNE en RDC**



## Mettre à échelle la PECi-C pour atteindre le plus grand nombre d'enfants

L'engagement de la RDC en matière de soins communautaires remonte à l'époque coloniale lorsque le service médical de l'État Indépendant du Congo (1888–1908) et le service médical du Ministère Belge des Colonies (1908-1960) ont aidé les communautés à offrir des services aux populations des villages reculés.<sup>4</sup> Dans l'histoire contemporaine, le plaidoyer en faveur de la PECi-C a commencé en 2003 lors de l'intégration des pratiques familiales clés dans la stratégie PCIMNE.

En 2005, 12 sites de soins communautaires ont commencé à fournir la PECi-C pour accélérer la couverture des soins pour maladies de l'enfant comme pilote dans une zone de santé, grâce à des points de prestation de services supplémentaires au-delà des services cliniques de PCIMNE, qui a été lancé trois ans plus tôt. Les ajustements successifs des protocoles et des outils pour la PECi-C ont toujours été entrepris en parallèle avec ceux de la PCIMNE clinique afin de se conformer aux mises à jour des directives internationales en vigueur (**Figure 3**).

<sup>4</sup> MCHIP. 2012. Prise en charge communautaire intégrée des cas de maladies de l'enfant : Documentation sur les meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en œuvre du programme en République démocratique du Congo, disponible sur [www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/DRCLongFrench\\_FINAL.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/DRCLongFrench_FINAL.pdf)

Figure 3. Une longue histoire de mise en œuvre de la stratégie PCIMNE et PECi-C en RDC

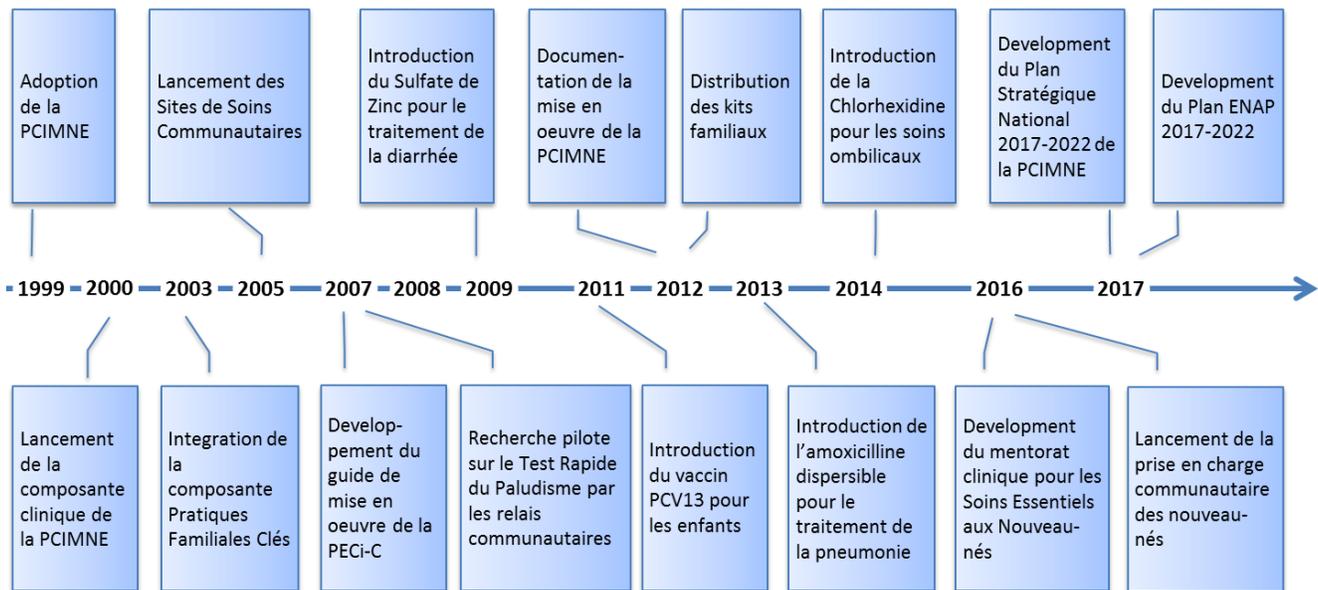
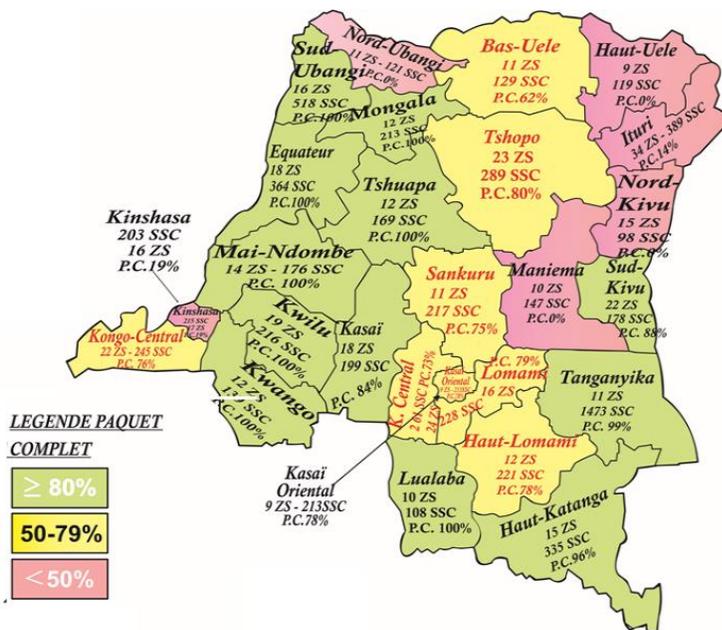


Figure 4. Couverture géographique des sites de soins communautaires et pourcentage des zones de santé qui mettent en œuvre le paquet complet de la PECi-C par province en 2017



Après 12 années d'efforts soutenus de mise à échelle, 6 968 sites de soins communautaires ont mis en œuvre de la PECi-C. Ils sont répartis sur 402 zones de santé (sur 461 éligibles) de toutes les 26 provinces, y compris Kinshasa. Malgré cette large couverture, la qualité et les types d'approches programmatiques varient considérablement par région géographique, par type de financement de partenaire, par disponibilité d'assistance technique et par priorité en matière de santé. De telles variations résultent souvent une mise en œuvre inégale et fragmentée. En 2017, seules 12 provinces sur 30 mettaient en œuvre le paquet complet de PECi-C dans au moins 80% de leurs zones de santé respectives (Figure 4).

### Approches actuelles pour assurer la réussite de la mise à l'échelle

Maintien du leadership national et renforcement de la coordination

Une unité nationale de coordination de la PCIMNE située au Ministère de la Santé Publique (MSP) dirige les programmes de santé de l'enfant en RDC. Tous les départements techniques impliqués dans la santé de l'enfant sont membres d'un groupe technique de travail sur la santé de l'enfant, y compris les programmes en charge des infections respiratoires aiguës, du choléra et de la diarrhée, du paludisme, de la nutrition et de la planification. Ils sont accompagnés par les partenaires gouvernementaux tels que l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), le Département Britannique pour le Développement International (DFID), l'Agence Coréenne de Coopération Internationale, l'Agence Japonaise de

Coopération Internationale (JICA), le Fonds Mondial, le GAVI et leurs partenaires de mise en œuvre comme le programme phare de l'USAID pour la survie de la mère et de l'enfant (MCSP), Save the Children, et Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (SANRU).

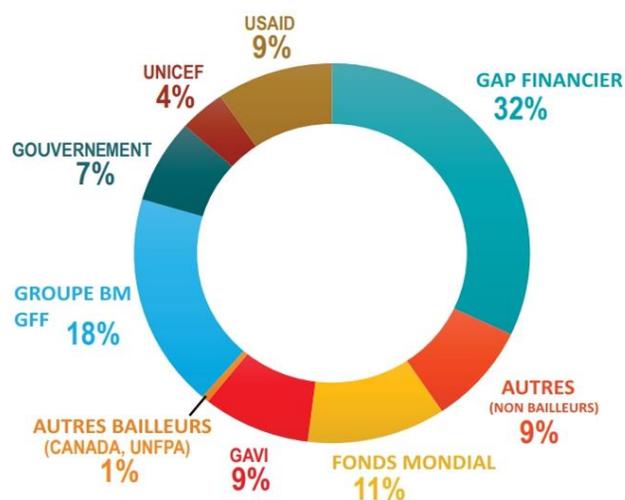
## Intégration du suivi et évaluation dans les systèmes existants

Depuis l'introduction du système national *District Health Information System* (DHIS2) en 2014, des informations clés sur la PECi-C y ont été intégrées. Au mois de Septembre 2017, les membres du groupe de travail sur la santé de l'enfant ont participé à un atelier régional intitulé "Améliorer les données de routine en santé de l'enfant dans les systèmes nationaux d'information sanitaire" qui s'est tenu en Afrique du Sud, et ont élaboré un plan d'action national pour relever les défis liés au système national d'information sanitaire (SNIS) de la RDC. Le plan d'action met l'accent sur l'amélioration de l'utilisation des données à la source, l'amélioration de la qualité des données, le renforcement de la gouvernance du SNIS à travers la décentralisation de certaines fonctions, la revue des plateformes de données existantes et le renforcement de la responsabilisation et de l'appropriation de la collecte et de l'utilisation des données au niveau communautaire. En guise de suivi, le groupe technique est en train de développer une base de données et un portail Web. Un ensemble d'indicateurs prioritaires de la santé des enfants, PCIMNE et PECi-C ont été sélectionnés au premier trimestre de 2018 pour constituer le tableau de bord, dont plus de la moitié sont basés sur des données directement extraites du DHIS2.

## Mobilisation et allocation rationnelle des ressources

Le processus de développement du dossier d'investissement pour le Mécanisme de Financement Mondial (GFF) de la RDC, qui a débuté en 2015, illustre bien la nouvelle stratégie coordonnée de mobilisation des ressources. Le dossier montre clairement la complémentarité des sources de financement pour faire face aux défis critiques de santé publique en RDC (**Figure 5**)<sup>5</sup>. Le plan national de développement sanitaire du pays a été l'un des premiers à être approuvé pour l'appui du GFF. Le processus a impliqué des responsables du cabinet du Premier Ministre et ceux de quatre ministères (Santé, Finances, Planification et Intérieur), ainsi que des membres de la Banque Mondiale et du groupe de travail sur la santé de l'enfant. Le dossier d'investissement a un budget de 2,6 milliards de dollar pour la période 2016-2020, et couvre 14 provinces (sur 26) dont les indicateurs sanitaires et socio-économiques sont les plus bas. Un budget total de près de 900 millions de dollar est prévu pour les services essentiels de santé de la reproduction, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et 84 millions de dollars pour étendre la couverture et la qualité des interventions nutritionnelles.

**Figure 5.** Complémentarité des sources de financement du dossier d'investissement de la RDC



Le groupe de travail sur la santé de l'enfant a joué un rôle essentiel de plaidoyer dans la programmation des ressources du GFF. Il a examiné de près le dossier d'investissement, a évalué les lacunes en matière de santé du nouveau-né et de l'enfant et a plaidé pour l'allocation de ressources supplémentaires afin de mettre à échelle la PECi-C et la PCIMNE et renforcer la coordination des chaînes d'approvisionnement.

<sup>5</sup> Mécanisme de financement mondial. 2017. PLEINS FEUX SUR LE GFF: RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. Consulté en février 2019. [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/files/Democratic-Republic-Congo\\_EN\\_Web.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/Democratic-Republic-Congo_EN_Web.pdf)

## Résultats et leçons apprises pour orienter les efforts de mise à échelle dans le futur

### Succès du mécanisme de coordination et de planification à tous les niveaux du système de santé.

Au niveau national, le Plan Stratégique National de la PCIMNE pour 2017-2021 a été approuvé au mois d'août 2017, sous la direction de l'unité de coordination de la PCIMNE. Ce plan élargi prévoit la prise en charge continue des enfants malades, du ménage à la communauté, en passant par les centres de santé et les hôpitaux. Avec un budget de plus de 223 millions de dollars, le plan stratégique de la PCIMNE comprend l'offre du paquet complet de PECi-C et de services de haute qualité sur les quelque 7 000 sites de soins communautaires existants, ainsi que l'établissement de 8 000 sites supplémentaires de PECi-C pour couvrir 70% des besoins du pays. Le groupe de travail sur la santé de l'enfant a également élaboré le Plan Stratégique National de Santé Communautaire. Le plan stratégique de la PCIMNE et le plan stratégique de santé communautaire sont des références essentielles qui aideront les équipes provinciales et des zones de santé à élaborer des plans opérationnels pertinents et réalistes.

Au niveau des provinces et des zones de santé, les partenaires du MSP devraient travailler main dans la main avec les autorités provinciales pour planifier, institutionnaliser et étendre la couverture de la PECi-C, dans le cadre du soutien au système de gestion décentralisé de la RDC. Par exemple, le soutien de MCSP dans les provinces de Tshopo et du Bas-Uélé a été axé sur l'extension du paquet de soins en ajoutant la prise en charge des cas de diarrhée, de pneumonie et de malnutrition à un programme communautaire existant qui couvrait uniquement la prise en charge du paludisme.

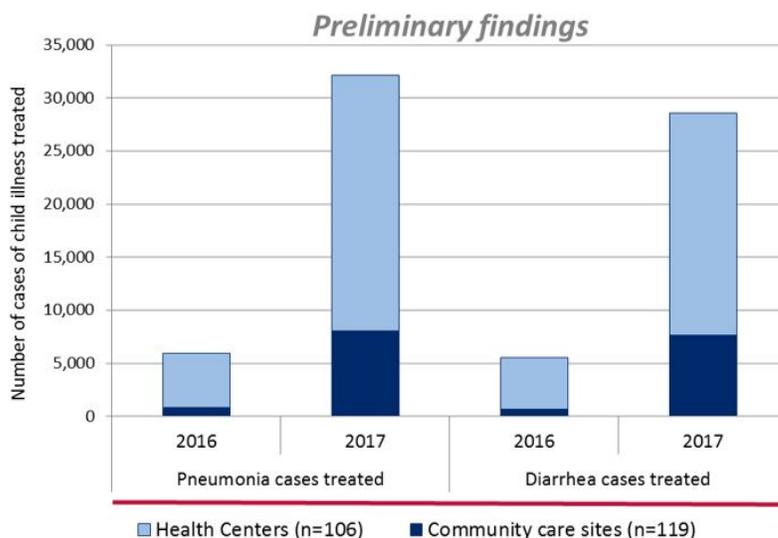
Le MSP et ses partenaires ont compris très tôt que le renforcement des mécanismes de coordination existantes était préférable à la création d'un groupe distinct pour diriger les efforts de mise à échelle de la PECi-C, et a décidé de soutenir l'unité de coordination PCIMNE pour diriger ces efforts. Une lettre officielle du secrétaire général du MSP a confirmé l'autorité de l'unité de coordination pour diriger le processus de passage à grande échelle à travers le groupe de travail préexistant sur la santé de l'enfant. En outre, le groupe de travail a optimisé les réalisations antérieures et a utilisé le système DHIS2 à son avantage pour mettre au point un outil de suivi des progrès en cours, et pour développer un système de suivi solide et durable.

### Résultats tangibles sur l'utilisation des services de santé de l'enfant.

Des résultats sont encourageants se font voir lorsque la mise à l'échelle de la PECi-C est correctement gérée et est intégrée dans une approche qui touche tous les aspects de la santé de l'enfant. À titre d'exemple, à la fin de l'année 2016 dans les provinces de Tshopo et de Bas-Uélé, MCSP a appuyé la mise en œuvre du paquet complet de la PECi-C dans 119 sites de soins communautaires et de la PCIMNE dans 106 centres de santé qui -- auparavant -- recevaient seulement des appuis pour fournir des services de prise en charge du paludisme.

Des analyses préliminaires, basées sur les données nationales du DHIS2, montrent que le nombre de cas de pneumonie et de diarrhée chez l'enfant traités au cours de l'année 2017 a augmenté de quatre fois plus dans les centres de santé et de neuf fois plus dans les sites de soins communautaires, par rapport au nombre

**Figure 6.** Cas de pneumonie et de diarrhée traités dans 106 centres de santé comparés aux cas traités dans 119 sites de soins communautaires des provinces de Tshopo et de Bas-Uélé avant (2016) et après (2017) le support de MCSP



de cas traités au cours de l'année 2016 avant le soutien technique de MCSP (Figure 6). Le soutien de MCSP comprenait la formation, la fourniture d'équipement et de médicaments et la supervision. Dans ces zones, environ 25% des enfants malades ont été soignés dans des centres de soins communautaires

Le soutien intensif fourni par les partenaires du MSP dans différentes régions de la RDC confirme que la réussite de mise en œuvre d'un programme PECi-C nécessite des interventions multiples et synergiques qui doivent être soigneusement conçues, budgétisées, et soumises à un suivi régulier. Ces interventions comprennent non seulement une formation adéquate, une supervision et une motivation appropriée des relais communautaires, mais également une stratégie solide de création de demande et de communication.

Le succès de la PECi-C dans de nombreuses régions de la RDC dépendait largement des médicaments fournis par des partenaires externes à titre gratuit ou à coût considérablement subventionné, ce qui constitue un défi majeur pour la pérennisation future.

## Les défis persistants de la RDC

Outre les difficultés posées par sa géographie étendue et le nombre important de population à couvrir, la RDC doit faire face à des défis spécifiques et à des incertitudes perpétuelles qu'il convient de souligner.

### La décentralisation de la RDC est encore très jeune et fragile.

La constitution de la RDC, adoptée lors d'élections en 2006, prévoit la délégation des pouvoirs aux provinces et une plus grande autonomie de gestion. Le pays a dû attendre jusqu'en 2015 pour réussir à mettre en place les structures de gouvernance de 26 nouvelles provinces. Bien que la décentralisation et les autres réformes en cours aient le potentiel de faire une différence profonde en renforçant l'appropriation locale et en influençant le bien-être de la population de la RDC, la plupart des divisions de santé provinciales nouvellement créées ne disposent pas des ressources humaines, des infrastructures de base et des ressources logistiques et financières adéquates pour être autonomes et en mesure de gérer efficacement son système de santé. Un appui solide du personnel du niveau central et des partenaires reste un nécessité.

### L'instabilité politique est une affaire quotidienne.

Les manifestations périodiques, les journées de *villes mortes* et les incidents liés aux manifestations ont affecté les activités quotidiennes du personnel, des partenaires et des communautés ces dernières années. Alors que le nouveau président de la RDC a appelé à la réconciliation nationale au mois de janvier 2019 lors du premier transfert du pouvoir par le biais d'une élection en 59 ans d'indépendance du pays, les litiges sur les résultats de l'élection de décembre 2018 persistent. En outre, les conflits en cours et les crises humanitaires dans plusieurs provinces de la RDC constituent des défis persistants.

### Les épidémies de maladies ré-émergentes constituent une menace permanente.

Les épidémies périodiques d'infection par le virus Ebola en RDC rappellent l'importance du renforcement de la préparation et la résilience du système de santé aux chocs et autres facteurs de stress, pour permettre au pays de développer sa capacité de réaction et d'adaptation. Des cas sporadiques et des épidémies de choléra sont également fréquents dans les provinces orientales du pays. Même Kinshasa a signalé des épidémies de choléra au cours des dernières années. Enfin, le pays a récemment connu une épidémie de Fièvre Jaune et a toujours été confronté à des épidémies de rougeole. L'année 2018 était particulièrement difficile avec un total de 5 366 cas de rougeole confirmés, le nombre le plus élevé signalé par l'OMS depuis 12 ans.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> OMS, données de surveillance de la rougeole et de la rubéole. Consulté le 11 févr 2019, [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles\\_monthlydata/en](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en)

## Conclusion

Le groupe de travail technique national sur la santé de l'enfant établi par le MSP est reconnu comme le chef de file et le coordinateur des efforts de mise à échelle des interventions de santé de l'enfant qui sont fondées sur des bases factuelles, y compris la PECi-C. Il a pu faire des progrès considérables dans la mise en place d'un système de coordination et dans l'élaboration d'une stratégie d'ensemble.

Le groupe de travail technique a maintenant la tâche difficile de rendre le système pérenne et de démontrer que ses interventions se traduisent par un impact significatif sur la survie, la santé et le bien-être des enfants. Parmi ses objectifs principaux figurent la promotion d'une culture d'utilisation des données à tous les niveaux du système de santé et la recherche de solutions durables pour garantir la disponibilité permanente des médicaments et des intrants dans les établissements de santé et les sites de soins communautaires. En termes de financement à long terme, un défi majeur consiste à trouver le juste équilibre entre la réduction des frais de santé à la charge du patient afin d'améliorer l'équité tout en cherchant à réduire la dépendance vis-à-vis des financements externes.



Un relais communautaire conseille la mère d'un enfant malade dans la province de Tshopo (Photo: Kate Holt/MCSP)

Ce document a été rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain, par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), en vertu des termes de l'accord coopératif AID-OAA-14-00028. Le Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant est responsable de cette publication qui ne représente pas forcément le point de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.