2022-2026

Livret de capitalisation des acquis, expériences et innovations – Memisa Belgique RDC



EQUIPE– RDC
Memisa Belgique
2022-2026

Belgique
partenaire du développement
Financé par
l'Union européenne

PROGRAMME « HEALTH FOR ALL/DGD » 2022-2026 ET PROJETS FINANCES PAR L'UNION EUROPEENNE (UNIS POUR LA SANTE : EQSS1 et EQSS2 2022-2025)



Meilleur accès aux services de santé de qualité pour tous !

Remerciements

Cet ouvrage de capitalisation est le fruit d'une démarche collective de documentation, d'analyse critique et de partage des savoirs issus de la pratique de terrain en République démocratique du Congo.

Nos partenaires institutionnels et communautaires

Nous exprimons notre profonde gratitude envers le **Ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale**, notamment le Secrétariat général et les Divisions provinciales de la Santé (DPS) du Kwilu, Kwango, Ituri, Haut-Uele, Kongo central, Sankuru, Sud-Kivu et Sud-Ubangi, pour leur leadership et leur accompagnement stratégique constant.

Nos remerciements s'adressent également aux **autorités ecclésiastiques**, aux **Bureaux diocésains des œuvres médicales (BDOM)** de Kisantu, Budjala, Isiro, Bunia et Bukavu, ainsi qu'aux **organisations de la société civile** (Action d'Espoir, ASLO Bondeko, ASLO AJVDD). Leur ancrage communautaire, leur éthique et leur gestion des infrastructures sanitaires constituent des piliers essentiels de l'offre de soins dans les zones les plus enclavées.

L'équipe Memisa Belgique

Toute notre reconnaissance va aux experts et bénévoles de **#Memisa Belgique** (Siège, représentation nationale et bureaux provinciaux). Leur appui stratégique, technique et méthodologique a permis de transformer les expériences de terrain en connaissances partagées — notamment sur les réseaux de soins primaires, la logistique d'évacuation d'urgence, la recherche-action locale et la souveraineté nutritionnelle.

Nos bailleurs de fonds

Nous remercions chaleureusement nos bailleurs pour leur confiance renouvelée :

- **L'Union européenne : financements des programmes structurants USE/EQSS1 et PROSA/EQSS2 ;**
- **La Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) du Royaume de Belgique** : financement du programme quinquennal #H4A, mis en œuvre en consortium avec La Chaîne de l'Espoir Belgique et Médecins Sans Vacances ;
- **L'Alliance Gavi (via l'OMS)** : projet « Réduction des occasions manquées de vaccination dans le Sud-Ubangi » (Fonds accélérateur d'équité) ;
- **La Fondation Novo Nordisk : projet *Changing Diabetes in Children* (CDIC).**

Les acteurs du terrain

Enfin, ce travail est dédié à celles et ceux qui font vivre la santé au quotidien : Équipes cadres de zones de santé (ECZ), comités directeurs des Hôpitaux généraux de référence (HGR), chirurgiens ruraux, infirmiers titulaires, prestataires de soins, membres des CODESA, Relais communautaires (RECO), artisans forgerons, jeunes « clients mystères », conducteurs de motos-ambulances et familles. Par leur résilience, ils démontrent qu'il est possible de bâtir des solutions innovantes, pérennes et équitables face aux défis du système de santé congolais.

Acronyme

ADE	:	Action d'espoir
AJVDD	:	Actions des Jeunes Volontaires pour le Développement
ASLO		Association locale
ATR	:	Assistant technique régional
BAT	:	Bureau d'accompagnement technique
BDOM	:	Bureau diocésain des œuvres médicales
CR	:	Coordinateur régional
CPS		Consultation Pré Scolaire
DHIS 2	:	District Health Information Software 2
DPS	:	Division provinciale de santé
CDIC	:	Changing Diabetes in Children
CODESA	:	Comité de développement de santé
ECZS	:	Equipe cadre de Zone de santé
EQSS	:	Equité en soins de santé
FBP		Financement Basé sur les performances
HGR	:	Hôpital général de référence
MCZS	:	Médecin chef de zone de santé
MD	:	Médecin directeur
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
OMV		Occasion Manqué de Vaccination
PEV		Programme Élargie de Vaccination
PRONANUT	:	Programme national de nutrition
PROSA	:	Programme
PNDS-PS	:	Plan national de developpement sanitaire et de prévoyance sociale
PSN-CSU	:	Plan stratégique national pour la couverture santé universelle
RECO	:	Relai Communautaire
USE	:	Uni pour la santé et l'éducation
ZS		Zone de santé

Table des matières

Remerciements 2

Acronyme 3

PRÉFACE 5

A. Introduction 6

B. Les Capitalisations : répertoire détaillé des auteurs et responsables des fiches de capitalisation 7

Capitalisation 1 : « OPERATIONNALISATION DU SYSTEME DE REFERENCE PAR MOTO-AMBULANCE ET CAISSE DE SOLIDARITE COMMUNAUTAIRE DANS LA ZONE DE SANTE DE KINGANDU ». 11

Capitalisation 2 : « DE L'ENCLAVEMENT A L'EVACUATION D'URGENCE : CAPITALISATION DU SYSTEME DE TRANSPORT PAR MOTO-AMBULANCE DANS LES ZONES DE SANTE DE LITA ET FATAKI » 19

Capitalisation 3 : SYSTEME DE MOTO-AMBULANCE (ANTENNE DE KENGE / ZS KASONGO-LUNDA) 23

Capitalisation 4 : ANALYSE GLOBALE, COMPARATIVE ET CRITIQUE DES PROJETS DE MOTO-AMBULANCES 26

Capitalisation 5 : Autonomisation du financement de la prise en charge des indigents par une Activité Génératrice de Revenus (eau refroidie, limonades et cantine) à l'Hôpital Général de Référence de Pawa 29

Capitalisation 6 : « De la solidarité communautaire au financement durable de la nutrition : capitalisation d'un mécanisme communautaire de financement de financement de la prise en charge nutritionnelle dans la Zone de Santé de Bominenge » 34

Capitalisation 7 : ANALYSE GLOBALE ET CRITIQUE DES EXPÉRIENCES DE FINANCEMENT AUTONOME ET PÉRENNE DE LA SANTÉ 39

Capitalisation 8 : MISE EN PLACE DE L'UNITE DE PRODUCTION DES INTRANTS NUTRITIONNELS A BASE DES ALIMENTS LOCAUX A BUNIA : FAIRE FACE AUX DEFIS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE MALNUTRITION AIGUE MODEREE 42

Capitalisation 9 : « INTEGRATION DES SOINS DE SANTE MENTALE DANS LA ZONE DE SANTE DE MANGEMBO : ACCESSIBILITE ET UTILISATION DE SERVICES DE SOINS DE SANTE MENTALE DE QUALITE » 45

Capitalisation 10 : RÉSUMÉ D'ÉVALUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE CAPITALISATION : DÉTERMINANTS DU CONTRÔLE GLYCÉMIQUE, MORBIDITÉ ET TRAJECTOIRES DE SOINS CHEZ LES JEUNES DIABÉTIQUES DE TYPE 1 EN RDC 48

Capitalisation 11 : SYNTHESE DE L'ETUDE : LA TECHNIQUE DE BOURSE DANS LES PERFORATIONS INTESTINALES DUES A LA FIEVRE TYPHOÏDE 54

Capitalisation 12 : PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DE LA VACCINATION DE ROUTINE POUR LA REDUCTION DU NOMBRE D'ENFANTS ZERO-DOSE ET SOUS-VACCINES (PROJET FAE/OVM) AU SUD UBANGI 57

Capitalisation13 : AMELIORATION DU SUIVI ET DU DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODEREE ET SEVERE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS DANS 4 AIRES DE SANTE DE MITI-MURHESA. 63

Capitalisation 14 : APPORT DES COMMUNAUTES A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS : CAS DES CS DE ITARA, CIBUMBIRO ET CIFUMA DANS LA ZS DE MITI-MURHESA, SUD-KIVU, RDC 69

Capitalisation 15 : SYNTHÈSE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : QUALITÉ DES SERVICES SSRAJ EN ZONE DE SANTÉ DE MITI-MURHESA (SUD-KIVU) 77

Capitalisation 16 : APPUI A L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET USE-NDICI/EQSS1 AU KONGO CENTRAL ET DANS L'ITURI 78

Capitalisation 17 : GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES (MEG) EN ITURI ET KONGO CENTRAL 81

C. Recommandations Stratégiques et Opérationnelles de toutes les capitalisations 83

D. Conclusion 84

Bibliographie 85

PRÉFACE

La République démocratique du Congo fait face à des défis sanitaires majeurs, auxquels s'ajoutent des contraintes économiques, géographiques, infrastructurelles et sécuritaires qui compliquent l'accès des populations à des soins de santé de qualité. Dans les zones rurales et enclavées, ces difficultés rappellent chaque jour l'importance de renforcer un système de santé plus équitable, résilient et accessible à tous.

C'est dans ce contexte exigeant que Memisa Belgique, aux côtés des autorités sanitaires, des partenaires confessionnels, des organisations de la société civile et des communautés, poursuit son engagement en faveur du renforcement du système de santé congolais et de la Couverture Santé Universelle. Malgré les nombreux obstacles rencontrés, l'expertise de nos équipes, la mobilisation de nos partenaires et la détermination des acteurs de terrain ont permis d'accomplir un travail considérable, de relever des défis importants et d'atteindre des résultats significatifs au bénéfice des populations.

Le présent ouvrage témoigne de cette dynamique collective à travers des expériences concrètes telles que le transport sanitaire par moto-ambulance, mécanismes communautaires de solidarité financière, à la production locale d'intrants nutritionnels, renforcement de la qualité des services de santé et tant d'autres. Ces initiatives démontrent que des solutions adaptées aux réalités locales peuvent contribuer à réduire les barrières d'accès aux soins et à améliorer durablement la prise en charge des populations les plus vulnérables.

Au-delà des résultats obtenus, cette capitalisation constitue une occasion précieuse de partager les apprentissages, d'identifier les conditions de pérennisation des acquis et d'encourager la reproduction des bonnes pratiques. Elle souligne notamment l'importance d'une gouvernance transparente, d'une gestion rigoureuse des ressources, de mécanismes de financement durables et d'une participation active des communautés. Ces enseignements pourront nourrir les réflexions et les décisions des autorités sanitaires, des partenaires techniques et financiers et de l'ensemble des acteurs engagés dans la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle en RDC.

Nous remercions tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réussite de nos programmes, les autorités sanitaires et la communauté, tous nos partenaires ainsi que la Coopération belge au développement et l'Union européenne pour leur confiance et leur soutien. Nous saluons également la collaboration avec Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique, ainsi que leurs partenaires respectifs. La complémentarité de nos expertises et notre engagement commun ont contribué à renforcer l'impact de nos interventions.

À toutes celles et ceux qui œuvrent quotidiennement, souvent dans des conditions difficiles, pour garantir le droit à la santé, nous exprimons notre profonde gratitude. Leur engagement nous rappelle que les progrès durables reposent avant tout sur la force du collectif et la conviction qu'un meilleur accès aux soins est possible pour chaque personne.

Ensemble, poursuivons nos efforts pour bâtir un système de santé plus équitable, résilient et accessible à toutes les populations de la République démocratique du Congo.

Dr Norohaingo Andrianaivo
Chef de Mission, Memisa Belgique RDC



A. Introduction

Contexte Stratégique et Sanitaire

La République Démocratique du Congo s'est engagée dans un processus ambitieux de transformation de son système sanitaire, structuré par le Plan National de Développement Sanitaire et de Prévoyance Sociale (PNDS-PS 2024–2033) et le Plan Stratégique National de la Couverture Santé Universelle (PSN-CSU 2021–2030). La vision nationale vise à garantir à chaque citoyen l'accès à des services de santé essentiels de haute qualité, préventifs, curatifs et promotionnels, sans faire face à un risque de ruine financière ou de catastrophe économique(1–3) .

Néanmoins, la réalité opérationnelle des zones de santé primaires demeure marquée par des contraintes structurelles majeures. En milieu rural ou périurbain, environ 73,5 % de la population vit sous le seuil d'extrême pauvreté, rendant le paiement direct des factures médicales hautement prohibitif(4). À cette vulnérabilité économique s'ajoutent l'enclavement géographique, la dégradation poussée des pistes rurales, l'insécurité récurrente dans les provinces orientales, le déficit de formation continue des ressources humaines, la persistance des occasions manquées de vaccination (OMV), la sous-couverture en intrants nutritionnels et thérapeutiques, ainsi que des dysfonctionnements dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels (2,3,5) .

Face à ces blocages, des initiatives de terrain ont été conceptualisées, testées et ajustées dans diverses Zones de Santé (ZS) à travers le pays. Ce livre de diffusion des capitalisations réunit un ensemble d'expériences novatrices couvrant le transport d'urgence sanitaire, le financement autonome de la solidarité, la chirurgie rurale d'urgence, l'achat stratégique de performances vaccinales, l'intégration des soins de santé mentale, la prise en charge des maladies non transmissibles, la production locale d'intrants nutritionnels, la qualité des soins chez les adolescents, la co-construction communautaire d'infrastructures, l'enregistrement des naissances et la gouvernance des médicaments essentiels.

Démarche Méthodologique de Capitalisation

La capitalisation des expériences présentées dans cet ouvrage repose sur un processus rigoureux de transformation du savoir pratique accumulé sur le terrain en connaissances partagées, évaluables et réutilisables. La méthodologie mise en œuvre s'appuie sur une approche mixte, combinant l'analyse quantitative des indicateurs de performance sanitaire et financière avec l'analyse qualitative des dynamiques d'acteurs.

La collecte des données a combiné la revue des registres cliniques hospitaliers et des protocoles chirurgicaux, l'extraction des données du Système National d'Information Sanitaire (DHIS2) et autres système local de collecte, le dépouillement des fiches comptables et des livrets de billetage des caisses de solidarité, l'organisation de réunions de revue bimensuelles avec les comités locaux de gestion, des enquêtes transversales par questionnaire, ainsi que des méthodologies d'évaluation participative comme l'approche par « Client Mystère » pour évaluer la qualité perçue et le respect de l'éthique dans les services de santé sexuelle et reproductive. De plus, des dispositifs d'audit à double filtre — croisant vérification clinique par des pairs et contre-vérification communautaire indépendante à domicile — ont été intégrés pour certifier l'authenticité des performances déclarées dans le cadre de certaines activités d'achat stratégique.

Limites Générales de l'Exercice

La portée des enseignements tirés de ces expériences doit être appréciée à la lumière de plusieurs limites contextuelles et méthodologiques : L'hétérogénéité des contextes sécuritaires et infrastructurels conditionne fortement la réplicabilité directe de certaines innovations, notamment les réseaux de transport par moto-ambulance ou les chantiers de construction, dont l'efficacité opérationnelle varie considérablement selon la stabilité du milieu, l'état d'impraticabilité des routes et la présence de groupes armés. La fiabilité et la continuité du suivi des données administratives présentent des lacunes dans certaines structures de santé périphériques, où la tenue des outils normatifs (tels que les fiches de stock, les registres de consommation journalière ou les carnets de bord des véhicules) manque parfois de rigueur, limitant la précision des analyses longitudinales. La mobilité des populations et la présence de perdus de vue créent des biais dans la mesure de l'impact à long terme des interventions thérapeutiques et du suivi des cohortes chroniques, particulièrement en contexte d'instabilité sécuritaire. La dépendance financière résiduelle des mécanismes de solidarité communautaire constitue un frein, car bien que l'objectif principal soit l'autonomisation, quelques modèles conservent une dépendance partielle vis-à-vis des appuis extérieurs pour la couverture des investissements initiaux et le renouvellement des gros équipements.

B. Les Capitalisations : répertoire détaillé des auteurs et responsables des fiches de capitalisation

Afin de garantir la traçabilité institutionnelle et scientifique des travaux de documentation présentés dans cet ouvrage, le tableau ci-dessous dresse le répertoire complet des auteurs, des fonctions exercées, des organisations d'appartenance et des zones géographiques couvertes par chaque expérience capitalisée :

N°	Intitulé de la Fiche de Capitalisation	Auteurs et Rédacteurs Principaux	Fonctions des Auteurs	Institutions et Organisations d'Appartenance	Zone Géographique et Province
1	Opérationnalisation du système de référence par moto-ambulance et caisse de solidarité à Kingandu	IPAY JM, Dr KUZIENA W	CR, MCZ	BAT 1 Kikwit / Memisa Belgique, ECZS Kingandu	ZS Kingandu, Province du Kwilu
2	Capitalisation du système de transport par moto-ambulance dans les ZS de Lita et Fataki	Dr DRAJIRO JB, Dr LOKENGAMA P. ACTHAE.NIELE L.	MCZS ZS Fataki / ZS Lita BDOM Bunia	ECZS Fataki, ECZS Lita, Memisa Belgique, BDOM Bunia	ZS Lita et Fataki, Province de l'Ituri
3	Capitalisation du système de moto-ambulance dans l'antenne de Kenge / ZS Kasongo-Lunda	Dr FUTILA G. Dr MAYINGA A. Abbé MANUNGA E, Mr NKOSI AMIKA Dr LULENDO E.	MCZS MDH Curé Inf Sup & AMIKA ATR	ZS Kasongo-Lunda HGR Kasongo-Lunda Paroisse Kasongo-Lunda ZS Kasongo-Lunda BAT Kenge / Memisa Belgique	ZS Kasongo-Lunda, Province du Kwango
4	Analyse Globale, Comparative et Critique des Projets de Moto-Ambulances	Dr DE BETHUNE X. Dr KASONGO M.	Équipe Multidisciplinaire de Recherche et de Gestion de Projet	Memisa Belgique	ZS Kingandu, Province du Kwilu ZS Lita et Fataki, Province de l'Ituri ZS Kasongo-Lunda, Province du Kwango

N°	Intitulé de la Fiche de Capitalisation	Auteurs et Rédacteurs Principaux	Fonctions des Auteurs	Institutions et Organisations d'Appartenance	Zone Géographique et Province
5	Autonomisation du financement de la prise en charge des indigents par une AGR à l'HGR de Pawa	Dr ANDIKAKA B, Joseph MUKOMBOZI LIKOSI	MD HGR Pawa, ATR	HGR de Pawa, ECZ Pawa, BAT Isiro / Memisa Belgique	ZS Pawa, Province du Haut-Uele
6	Mécanisme communautaire de financement de la nutrition par AGR (Moulin) à Bominenge	Dr LIKELE J., Dr MBASE	Assistant Technique Régional (ATR), Médecin Chef de Zone (MCZ)	BAT Gemena / Memisa Belgique, ECZ Bominenge	ZS Bominenge, Province du Sud-Ubangi
7	Analyse globale et critique des expériences de financement autonome et pérenne de la santé	Dr DE BETHUNE X. Dr KASONGO M.	Équipe Multidisciplinaire de Recherche et de Gestion de Projet	Memisa Belgique	ZS Pawa, Province du Haut-Uele ZS Bominenge, Province du Sud-Ubangi
8	Unité de production locale d'intrants nutritionnels à base d'aliments locaux « Afia Bora » à Bunia	Équipe PROSA / EQSS2, PRONANUT, DPS Ituri	Cadres de Gestion Nutritionnelle et Technique	Memisa Belgique, PRONANUT, DPS Ituri, HGR Bunia	ZS Nyankunde / Bunia, Province de l'Ituri
9	Intégration des soins de santé mentale dans la Zone de Santé de Mangembo	Dr BASISA J. KUNTUALA H Dr MPUTU D. .	MCZS ACZS ATR/Directeur du BDOM	ECZS Mangembo ECZS Mangembo BDOM Kisantu,	ZS Mangembo, Province du Kongo Central
10	Évaluation épidémiologique et déterminants du diabète de type 1 chez le jeune (Programme CDiC)	Juste MOMBOTO, Matthieu KASONGO, Jean-Clovis KALOBU, Olivier KIDIMA, Jules-Alexis DIAKA, Jean-Marie	Équipe Multidisciplinaire de Recherche et de Gestion de Projet	Memisa Belgique, Novo Nordisk, Clinique Diabétique HGR Vanga, CSR St Kizito Idiofa, HSL Kisantu	Vanga et Idiofa (Kwilu), Kisantu (Kongo Central)

N°	Intitulé de la Fiche de Capitalisation	Auteurs et Rédacteurs Principaux	Fonctions des Auteurs	Institutions et Organisations d'Appartenance	Zone Géographique et Province
		IPAY, Norohaingo ANDRIANAIVO, Hilde BUTTIENS, Xavier DE BÉTHUNE			
11	Prise en charge chirurgicale des perforations typhiques par la technique de bourse à Katako-Kombe	Dr WONGA P., OMOKALA C., Emile LONGE E., LOKALOKOLA F., YEMBA J., Louis KABUNDJI L., DE BÉTHUNE X	ATR Tshumbe & chercheur Universitaire, Bénévole	Service de Chirurgie HGR Katako-Kombe, Université Notre Dame de Tshumbe, Memisa, MSV	ZS Katako-Kombe, Province du Sankuru
12	Vaccination à Tout Contact (VTC) et Achat Stratégique de Performance (FAE/OVM) dans le Sud-Ubangi	Matthieu KASONGO, Juste MOMBOTO, Jacques LIKELE, Christian ETOZA*, Justin KONGBO**, Alexis MAZENGE**, Norohaingo ANDRIANAIVO	Équipe de Capitalisation VTC/FAE	Memisa Belgique, MCA PEV Sud-Ubangi*, ECZ Gemena & Bominenge**	ZS Gemena et Bominenge, Province du Sud-Ubangi
13	Dépistage nutritionnel par l'approche PB-Mères à Miti-Murhesa	MUNYAHU S. NAKASUNYU G CIKURU MN, LWASHIGA D.	MCZS Nutrioniste Directrice Resp Programme	ZS Miti Murhesa ZS Miti Murhesa ADE ADE	ZS Miti-Murhesa, Province du Sud-Kivu
14	Mobilisation communautaire pour la co-construction des centres de santé (Itara, Cibumbiro, Cifuma)	MUNYAHU S. CIKURU MN, LWASHIGA D. BAHATI A.	MCZS Directrice Resp Programme Resp Mobilisation	ZS Miti Murhesa ADE ADE ADE	ZS Miti-Murhesa, Province du Sud-Kivu

N°	Intitulé de la Fiche de Capitalisation	Auteurs et Rédacteurs Principaux	Fonctions des Auteurs	Institutions et Organisations d'Appartenance	Zone Géographique et Province
15	Évaluation de la qualité des services SSRAJ par la méthode « Client Mystère » à Miti-Murhesa	MUNYAHU S. CIKURU MN, LWASHIGA D. BAHATI A.	MCZS Directrice Resp Programme Resp Mobilisation	ZS Miti Murhesa ADE ADE ADE	ZS Miti-Murhesa, Province du Sud-Kivu
16	Appui à l'enregistrement des naissances dans les formations sanitaires en Ituri et Kongo Central	Équipe de coordination du Projet USE/EQSS1	Animateurs Communautaires et Experts État Civil	Programme USE/EQSS1, Memisa Belgique, Union Européenne	10 ZS d'intervention, Ituri et Kongo Central
17	Évaluation de la gestion des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) en Ituri et Kongo Central	Équipe d'évaluation du Projet USE/EQSS1	Évaluateurs et Experts en Logistique Sanitaire	Consortia Projet USE/EQSS1, Union Européenne, Memisa Belgique	20 Centres de Santé, Ituri et Kongo Central

Capitalisation 1 : « OPERATIONNALISATION DU SYSTEME DE REFERENCE PAR MOTO-AMBULANCE ET CAISSE DE SOLIDARITE COMMUNAUTAIRE DANS LA ZONE DE SANTE DE KINGANDU ».

1. Fiche Synthétique

Rubrique	Description / Détails
Responsable(s) de la capitalisation	IPAY ITHA Jean-Marie (Coordinateur Régional BAT 1 Kikwit) et KUZIENA MINDELE Willy (Médecin Chef de Zone de Santé de Kingandu) / Équipe Cadre de Zone (ECZ).
Lieu de l'action	République Démocratique du Congo, Province du Kwilu, Zone de Santé de Kingandu (Axes Kingandu et Kikombo).
Acteurs partenaires / contributeurs	Memisa Belgique, BAT 1 Kikwit, DPS Kwilu, Comité de pilotage (société civile / religieux), CODESA/PARTICOM, Infirmiers Titulaires (IT), Forgerons locaux.
Politique / Norme liée à l'action	Normes nationales de continuité des soins, directives de référence/contre-référence et couverture sanitaire universelle.
Initiatives inspirantes	Modèles de transport d'urgence développés dans les ZS de Yasa-Bonga, Mokamo, Kitoi, Pay-Kongila, Mosango et Djuma.

2. Thème, Contexte et Problématique de l'Action

- **Problématique sanitaire et géographique :** La Zone de Santé de Kingandu fait face à un enclavement géographique majeur qui retarde l'évacuation des urgences médicales vers l'Hôpital Général de Référence (HGR).
- **Impact sur la mortalité :** Ces retards d'acheminement se traduisent par une mortalité hospitalière élevée, particulièrement au cours des 48 premières heures, pour des pathologies évitables et curables.
- **Barrières géo-financières :** L'inaccessibilité était accentuée par le coût élevé du transport individuel non régulé, l'absence de feedback de contre-référence et le manque de dispositifs communautaires de prévisibilité financière.

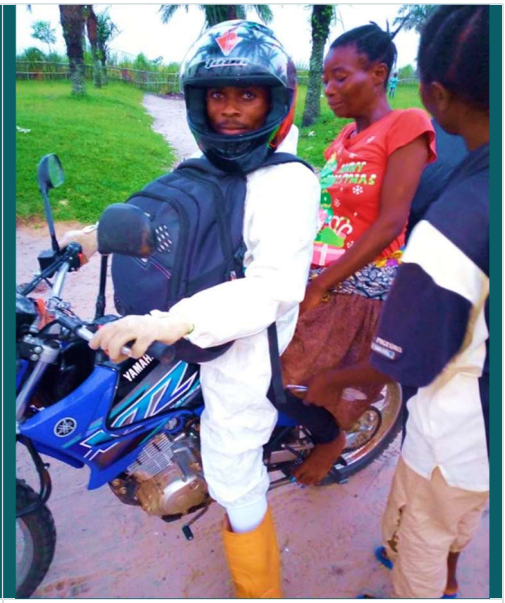


Crédit photo: Staff Memisa BAT Kikwit, Zone de Santé de Kingandu, Transport des malades / 2019

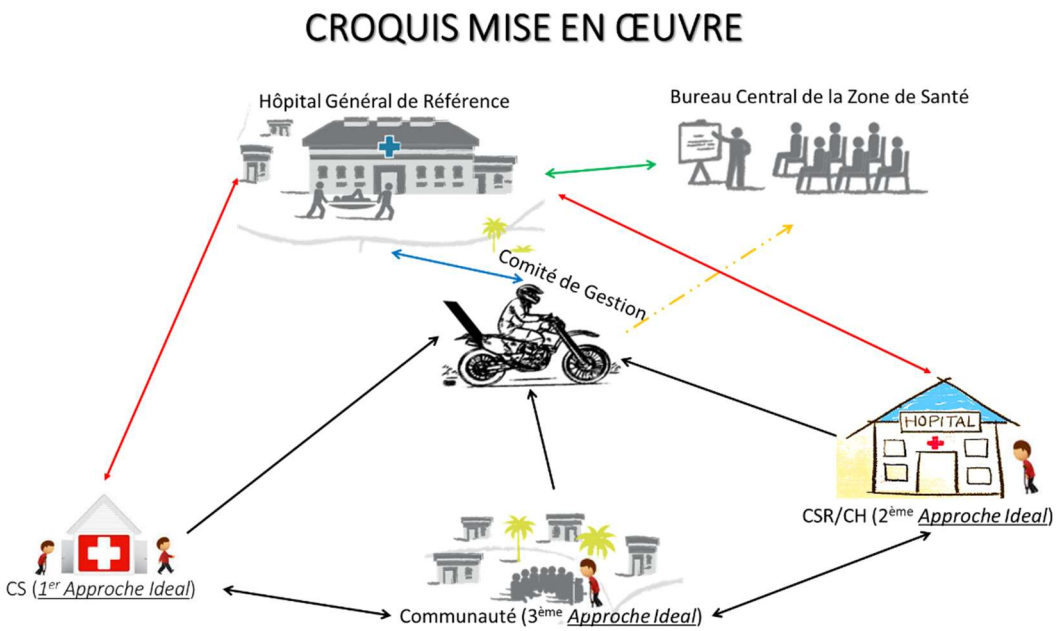
- **Solution développée :** Déploiement de motos-ambulances adaptées (de marque Yamaha XTZ, DT125) dotées de sièges ergonomiques conçus par des forgerons locaux pour transporter des malades assis ou allongés. Ce réseau est soutenu par une caisse de solidarité « malades pour malades », régie par une circulaire de la DPS Kwilu et administrée par un comité de pilotage communautaire.



Crédit photo: Staff Memisa BAT Kikwit, Modèle Moto YAMAHA DT/125 Avec siège pour transport d'urgence, développé avec les forgerons locaux



Crédit photo: Staff Memisa BAT Kikwit, Mr. Jacques K, IS Principal en charge de VIH/ZS de Kingandu.



Croquis du fonctionnement du système et circuit de l'information sanitaire dans la zone de santé

3. Objectifs Poursuivis

- ## Objectif Général :
  - Contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé et de l'accessibilité aux soins dans la Zone de Santé de Kingandu en renforçant les prestataires et les établissements de soins grâce à un moyen de transport d'urgence rapide et adapté.

- ## Objectifs Spécifiques :
  1. **Réduction de la mortalité hospitalière :** Contribuer à la diminution de la mortalité intra-hospitalière à plus de 48 heures (générale et spécifique aux malades évacués par moto-ambulance) et maximiser le nombre de malades transférés guéris à l'HGR.
  2. **Amélioration de la qualité du système de référence/contre-référence :** Accroître le nombre de références abouties avec transfert des malades arrivés vivants à l'HGR, tout en garantissant un taux élevé de transmission des fiches de contre-référence vers les centres de santé de provenance.
  3. **Partage des risques et accessibilité géo-financière :** Éliminer la barrière financière à l'évacuation d'urgence pour les ménages vulnérables grâce au fonctionnement de la caisse de solidarité communautaire et à la régulation des coûts de transport.
  4. **Continuité et optimisation des soins :** Réduire le délai thérapeutique crucial avant la prise en charge médicale spécialisée, tout en renforçant la satisfaction des usagers vis-à-vis du service rendu.

4. Cartographie des Acteurs ; Niveaux d'Influence & Caisse de Solidarité

4.1. Cartographie des Acteurs et Niveaux d'Influence

- **Division Provinciale de la Santé (DPS Kwilu) :** Garantie du cadre normatif et émission d'une circulaire instaurant le cadre légal de la collecte et de la remontée des fonds communautaires vers la caisse centrale au BCZ.
- **BAT 1 Kikwit / Memisa Belgique :** Appui financier, logistique et technique ; conditionnement de l'appui de fonctionnement du BCZ/ECZ à la transmission mensuelle du suivi des carnets de bord et des rapports d'activité des motos.
- **ECZ / BCZ de Kingandu :** Coordination globale, supervision technique et suivi comptable conjoint avec l'Administrateur Gestionnaire (AG Coordonnateur).
- **Comité de pilotage communautaire :** Composé de leaders religieux et de représentants de la société civile pour assurer la gestion transparente de la caisse de solidarité « malades pour malades ».
- **Infirmiers Titulaires (IT) & CODESA / PARTICOM :** Mobilisation sociale et collecte des cotisations au niveau des centres de santé des aires couvertes.
- **Forgerons locaux :** Partenaires artisanaux ayant conçu et soudé les structures et dossiers métalliques adaptés aux motos pour la sécurité des patients.

4.2. Caisse de solidarité

a. Sources d'alimentation :

- Cotisation par remontées des fonds des 20 AS/Centres de Santé de la ZS (Avec une note officielle du CD de la DPS/Kwilu).
- Contribution des bénéficiaires transportés par moto-ambulance (Issue de la sensibilisation des CODESA par consensus négocier).
- Apport du partenaire Memisa (Partenaire des appuis dans la ZS de Kingandu).
- Appui des autres partenaires et bienfaiteurs (apport volontaire).

b. Mécanisme de gestion :

- Collecte au niveau des centres de santé et dépôt au BCZ/ECZ lors du monitorage avec une quittance de dépôt auprès de l'AG Coordonnateur.

- Remontée des fonds au BCZ par le motard lors de la perception directe du client bénéficiaire du service.
- Validation et contrôle assurés par le comité de pilotage et l'ECZ.
- Utilisation des fonds pour le carburant, l'entretien des motos, la motivation des motards et les dépenses de fonctionnement du système.
- Tenue des outils de gestion du système régulièrement avec rapportage mensuel et billetage.

5. Ligne du Temps et Chronologie de l'Action (2019 – 2025)

- ### 2019 — Lancement et Intégration de la Télémédecine :
  - Déploiement initial couplé au projet de télémédecine *Iristick Smart-Glasses (iGlasses)* pour la télé-régulation et le diagnostic à distance.
  - Sensibilisation communautaire menée sur le premier axe (Kingandu : aires de Katenda, Kimbimbi, Sondji, Kikongo).
  - Constitution du comité de pilotage et publication de la circulaire de la DPS Kwilu régissant la caisse de solidarité.
  - Mise en place de la caisse de solidarité « Malades pour malades » suite à la sensibilisation communautaire régie par la note circulaire de la DPS Kwilu.
- ### 2020 — Prix D4D et Extension sur le Second Axe :
  - **Le projet *Iristick Smart-Glasses* remporte le Prix D4D (Digital for Development).**
  - L'allocation financière reçue permet l'achat d'une seconde moto-ambulance pour l'axe Kikombo (aires de Kulungu Nzandi, Kanga Nzadi, Kizungu Nzadi, Kulu, Kikombo).
  - Réhabilitation du bloc opératoire de l'HGR de Kingandu (salle d'opération, de soins, de préparation et bureaux).
  - Extension progressive des mécanismes de collecte au niveau des centres de santé couvrant les axes Kingandu et Kikombo
- ### 2023 — Renforcement du Suivi Logistique :
  - Le BAT 1 Kikwit durcit le cadre de suivi logistique en conditionnant le paiement de l'appui de fonctionnement du BCZ/ECZ au dépôt mensuel du relevé des carnets de bord des motos.
  - Renforcement de la redevabilité financière par l'introduction du billetage, des rapports financiers mensuels et du suivi conjoint ECZ-Comité de pilotage (pour comptabiliser et gérer les dépréciations/pertes sur billets usés, qui ont représenté 32 000 FC soit 15$ environ de pertes constatées en 2024).
- ### 2023–2024 — Redevabilité Financière et Billetage :
  - Instauration du rapportage financier partagé avec contrôle par billetage pour fiabiliser et sécuriser la remontée des contributions communautaires.
- ### 2025 — Interruption du Système :
  - Suspension complète des activités de transport en raison du départ du motard titulaire (démotivation par la faible prime) et du refus de l'HGR d'assurer la garde centrale de l'engin.
  - Affaiblissement du mécanisme suite à l'arrêt des activités de moto-ambulance.

6. Bilan du Fonctionnement des Engins et Suivi Technique (Données 2024)

- **Disponibilité opérationnelle globale :** Les engins ont fonctionné en moyenne 9 mois sur 12 en 2024 en raison des temps d'immobilisation pour pannes mécaniques.
- **Kilométrage et consommation :** Le parc a totalisé 3 191 km parcourus, pour une consommation globale de 257 L d'essence et 3 L d'huile de moteur.
- ### Analyse par véhicule :
  - **Moto Yamaha DT125 (Axe Kingandu) :** Meilleure performance avec 1 895 km parcourus et 0 mois d'immobilisation en 2024.

- **Moto Yamaha YBR (Axe Kikombo) :** Immobilisée pendant 8 mois en raison de pannes répétées (roulements, disques, pneus et moteur).

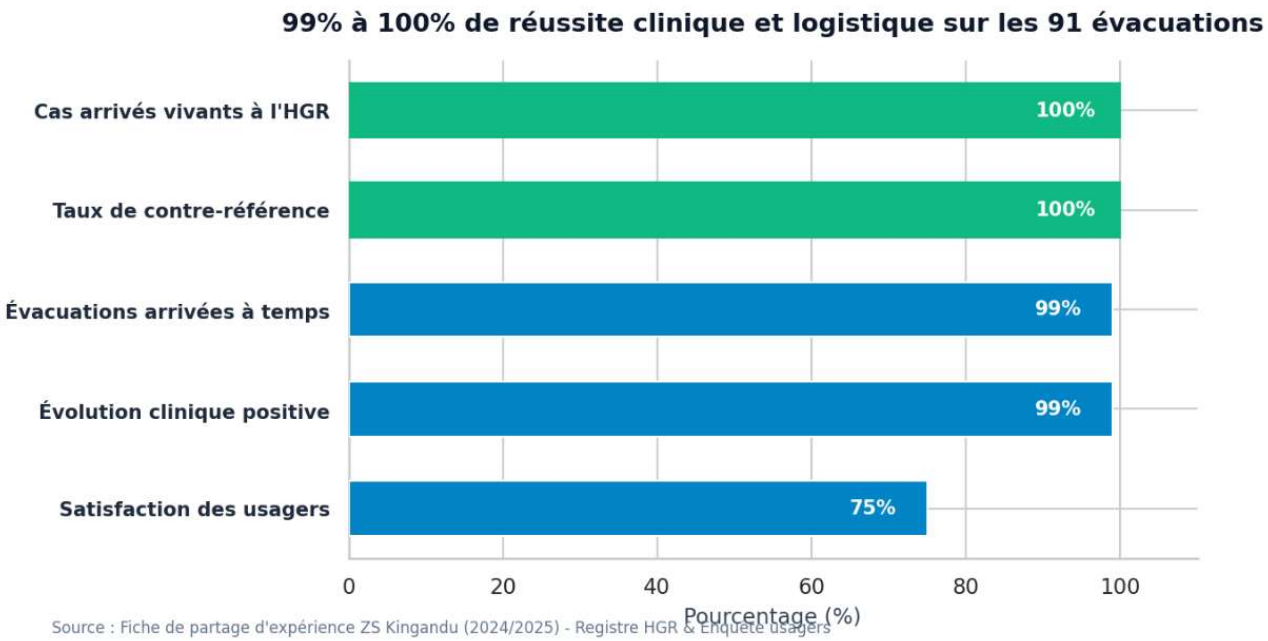
7. Résultats Obtenus : Indicateurs et Profil des Patients

7.1 Tableau des Indicateurs Quantitatifs (S1-2019 et S2-2024)

Description de l'Indicateur	Ligne de base 2019	Valeur en 2024	Source de collecte	Commentaires & Interprétation
Nombre de référés aboutis avec moto-ambulance guéris	0	**91**	Collecte active / SNIS (Registre)	Représente la totalité des patients évacués par le réseau ayant obtenu leur guérison à l'HGR.
Nombre de feedback contre-référence de moto-ambulance	ND	**91**	Collecte active (Registre)	Taux de retour des fiches de contre-référence de 100 %.
Nombre de cas transportés arrivés vivants à l'HGR	ND	**91**	Collecte active (Registre)	100 % des patients transportés sont arrivés vivants à destination.
Pourcentage d'évacuations arrivées à temps à l'HGR	ND-	**99 %**	Collecte active	Un seul décès enregistré à l'arrivée suite à une complication respiratoire aiguë sévère.

7.2 Tableau des Indicateurs Qualitatifs (S1-2019 au S2-2025)

Description de l'Indicateur	Ligne de base S1 2019	Valeur au S2 2025	Source de collecte	Commentaires & Interprétation
Existence d'un comité de gestion moto-ambulance fonctionnel	0	**1**	Collecte active	Structure de pilotage communautaire opérationnelle.
Existence d'une caisse de solidarité fonctionnelle	0	**1**	Collecte active	Mécanisme solidaire de prise en charge financière alimenté dans les centres de santé.
Taux de satisfaction des utilisateurs (patients)	ND	**75 %**	Enquête communautaire / Registre	Mesuré lors des enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires.
Proportion de malades référés avec évolution positive à l'HGR	ND	**99 %**	SNIS / Registre	Évolution clinique favorable enregistrée pour la quasi-totalité des référés.
Nombre d'activités de sensibilisation participatives	0	**4**	Rapport partenaire / PARTICOM	Campagnes de mobilisation menées avec les CODESA.



7.3 Répartition des Personnes Transportées par Moto-Ambulance (Données 2024)

Axe de Santé	Tranche d'âge	Genre Féminin (F)	Genre Masculin (H)	Total	Principaux Motifs d'Évacuation
Kikombo	< 5 ans	6	14	**20**	Paludisme grave, IRA, Malnutrition aiguë sévère, Gastro-entérite.
	5 – 15 ans	4	7	**11**	Paludisme grave, IST, Pneumonie.
	15 – 49 ans	24	14	**38**	Urgences obstétricales (grossesse à risque, menace d'avortement), complications du post-partum, paludisme grave, hépatite, IST compliquée, fièvre typhoïde, pneumonie, choc septique, pathologies chirurgicales.
	> 50 ans	4	4	**8**	Pneumonie, insuffisance rénale, HTA, insuffisance cardiaque, paludisme grave.
Kingandu	< 5 ans	1	2	**3**	Bronchiolite, pneumonie, entéro-virose.
	5 – 15 ans	1	2	**3**	Choc septique, troubles neurologiques, paludisme grave.
	15 – 49 ans	4	3	**7**	Détresse respiratoire, urgences obstétricales (grossesse à risque), paludisme grave, fractures, pathologies digestives compliquées.
	> 50 ans	1	0	**1**	Insuffisance rénale.
TOTAL	**Toutes tranches**	**45**	**46**	**91**	**Prédominance des urgences obstétricales et du paludisme grave**.

7.4. Résultats financiers détaillés.

Tableau Finance / Caisse de solidarité Janvier 2024

Performance financière de la caisse de solidarité en 2024		
Indicateur	**Valeur 2024**	
Contributions des 20 centres de santé	1 205 000 FC	1 205 000,00
Contributions des patients transportés	27 000 FC	27 000,00
Total des recettes	1 232 000 FC	1 232 000,00
Total des dépenses	2 118 500 FC	2 118 500,00
Solde de clôture au 31 décembre 2024	388 500 FC	**388 500,00**
Contribution Memisa (PTF)	3 375 000 Fc	3 375 000,00
Solde reporté au 1er janvier 2024	1 275 000 FC	
Solde Entrée dans l'approche Moto Ambulance (PTF+ZS)		**4 607 000,00**
Solde avec appui PTF / Memisa		**2 488 500,00**

Performance financière de la caisse de solidarité en 2024		
Répartition des dépenses		
Poste	**Montant 2024**	
Carburant	1 116 500 FC	1116500
Réparations et entretien	308 500 FC	308500
Motivation des motards	378 500 FC	378500
Fournitures	51 000 FC	51000
Fonctionnement	94 000 FC	94000
Huile moteur	47 000 FC	47000
Pertes sur billetage	32 000 FC	32000
Autres dépenses	91 000 FC	91000

Hormis l'appui du partenaire Memisa, les irrégularités des cotisations/contributions des AS/Centre de santé, la faible perception directe de la contribution au transport des cas la caisse de solidarité a permis de maintenir le fonctionnement du système de référence malgré les contraintes opérationnelles. Les dépenses ont été principalement consacrées au carburant (52,7 %), à la motivation des motards (17,9 %) et à la maintenance des motos (14,6 %). Le mécanisme a conservé un solde positif de 388 500 FC en fin d'exercice, démontrant sa capacité à soutenir financièrement le dispositif de transport sanitaire communautaire.

8. Obstacles Rencontrés

- **Refus de la garde centrale par l'HGR :** Le refus de l'HGR de Kingandu d'assumer la garde physique et la responsabilité directe du véhicule a imposé une décentralisation de la gestion vers l'ECZ/BCZ et le CSR Kikombo.
- **Flou institutionnel et dérives d'usage :** Ce manque de leadership unifié à l'HGR a favorisé des ambiguïtés de gestion et des risques d'utilisation des engins à d'autres fins que les urgences médicales.
- **Démotivation du personnel conducteur :** Le statut de volontaire faiblement rémunéré s'est révélé incompatible avec la pénibilité des sollicitations nocturnes et d'urgence « à chaud », entraînant la démission du conducteur initial.
- **Interruption du service en 2025 :** L'accumulation des pannes mécaniques non résolues associée à plusieurs départs de motards a conduit à l'arrêt total des évacuations sur les deux axes. Deux moteurs ont pourtant été remplacés par le BAT de Kikwit. Une interruption prolongée du réseau de communication GSM a donné le coup de grâce à l'activité.

9. Conclusion, Enseignements et Recommandations

1. **Contractualisation et valorisation du motard :** Le système de transport d'urgence ne peut reposer de manière permanente sur le bénévolat. Progressivement, le motard pourrait bénéficier d'un contrat formel, d'une prime fixe décente et d'avantages sociaux garantis, financés par la caisse de solidarité.
2. **Clarification du contrat d'attribution :** La propriété, la gestion technique et le lieu de stationnement des engins doivent faire l'objet d'un contrat tripartite clarifié et signé entre l'ECZ, l'HGR et le comité de pilotage.
3. **Ancrage de la caisse de solidarité communautaire :** La pérennité financière dépend de la rigueur du contrôle comptable (billetage) et d'une sensibilisation continue menée par les CODESA pour assurer la collecte régulière des fonds destinés à l'essence et aux grosses réparations. Ce qui revient au renforcement de la caisse de solidarité communautaire selon l'analyse financière de 2024 qui montre que la viabilité du système dépend fortement du partenaire avec 73.26% du fonds alloués au système de transport pour les entretiens lourdes pour les 3 engins dans les 2 axes ; des contributions régulières des centres de santé en premier, qui



Crédit photo : Staff Memisa BAT Kikwit, Enquête communautaire sur le fonctionnement et l'organisation du système de transport d'urgence avec moto

ont représenté plus de 26.16 % des recettes annuelles, alors que les contributions directes des patients sont restées marginales à 0.58%. Ainsi, la pérennisation du mécanisme nécessiterait aussi bien un système renforcé de la mobilisation communautaire, de contrôle financier et de financement des coûts récurrents (carburant, maintenance et motivation des motards) ainsi du fond de PTF pour assurer les lourdes entretiens aux engins.

4. **Plan de maintenance préventive :** Afin d'éviter les immobilisations prolongées (moyenne de 7 mois en 2024), la zone de santé doit planifier des révisions techniques périodiques et constituer une réserve de pièces de rechange d'usure courante.

Capitalisation 2 : « DE L'ENCLAVEMENT A L'EVACUATION D'URGENCE : CAPITALISATION DU SYSTEME DE TRANSPORT PAR MOTO-AMBULANCE DANS LES ZONES DE SANTE DE LITA ET FATAKI »

Responsable(s) de la capitalisation (nom, fonction)

- Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) de Lita & Équipe Cadre de la Zone de Santé (Fataki), avec l'appui technique du Programme Memisa (2022-2026). Dr. Jean-Baptiste DRAJIRO, MCZ Fataki ; Dr. Patience LOKENGAMA, MCZ Lita

Lieu de l'action (pays, province/zone(s) de santé)

- RDC – Province de l'Ituri – Zones de Santé de Lita et Fataki.

Autre(s) acteurs (PTF, OSC, …) ayant contribué à l'action

- Division Provinciale de la Santé (DPS) de l'Ituri, BDOM Bunia, structures sanitaires locales, comités de gestion et communautés locales.

Politique/norme liée à l'action

- Politique Nationale de Santé (PNS), Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et les directives nationales relatives à l'organisation des Soins de Santé Primaires (SSP) et du système de référence-contre-référence.

Initiative similaire qui a inspiré l'action

- Systèmes de transport d'urgence par moto-ambulance capitalisés dans d'autres programmes et antennes d'appui de Memisa en RDC (ex. Kingandu, Kasongo-Lunda).

1. Contexte et problématique (Domaine de l'action)

- Contexte géographique et sanitaire : Les Zones de Santé de Lita et de Fataki se caractérisent par un vaste enclavement de leurs Aires de Santé (AS) et une dégradation prononcée des infrastructures routières, rendant l'accès aux soins de référence particulièrement complexe pour les populations rurales.
- Problématique d'évacuation : Le retard dans l'acheminement des cas d'urgences médicales (en particulier les urgences obstétricales et les cas graves) vers l'Hôpital Général de Référence (HGR) a longtemps pesé lourdement sur la morbi-mortalité maternelle et infantile. Face à ces barrières géo-financières et physiques, une dotation initiale de 6 motos-ambulances par Zone de Santé a été mise en place (2022-2026).
- Besoin communautaire identifié : Sécuriser et accélérer le transfert des patients des formations sanitaires périphériques vers l'HGR, tout en surmontant les barrières d'accès physique et financier grâce à un système opérationnel de proximité.

2. Ligne du temps de l'action

- 2022 : Lancement du programme quinquennal Memisa (2022-2026) ; accompagnement des ECZ pour la production des projets d'appui, collecte des données de base sur le taux de référence et couverture initiale (50 %).
- 2023 : Dotation des ZS de Fataki et Lita en motos-ambulances pour élargir la couverture des axes enclavés ; mise en place des indicateurs de suivi via le DHIS2.



Crédit photo : BDOM Bunia, Remise de motos ambulance à l'équipe de l'ECZ Lita



Crédit photo : BDOM Bunia, Arrivée d'une patiente à l'HGR Lita sur moto ambulance

- 2024 : Évolution contrastée de la couverture par le système de transport : bond à 85 % du territoire dans la ZS de Fataki, contre une progression plus lente à 64 % dans la ZS de Lita, freinée par des contraintes géographiques et sécuritaires.

- 2025 - 2026 : Atteinte de 92 % à 95 % de taux de couverture du territoire dans la ZS de Fataki, contre 79 % dans la ZS de Lita (soit un déficit de 13 %) ; analyse approfondie des performances avec les ECZ et l'HGR.

3. Mise en œuvre de l'action

Cartographie des acteurs et de leurs niveaux d'influence

La mise en œuvre du système de transport d'urgence repose sur une synergie étroite entre les acteurs institutionnels, opérationnels et communautaires :

- **Les acteurs institutionnels et techniques :**
  - *L'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ / BCZ) :* Niveau d'influence maximal. Elle assure la coordination globale, la supervision, l'évaluation et le suivi de la remontée des fonds et des indicateurs de référence.
  - *Les Autorités Politico-Administratives (APA) et Locales :* Veillent à la sécurité, à la libre circulation des engins dans les rayons d'action et encadrent la gestion communautaire.
  - *Le Partenaire Technique et Financier (Memisa Belgique & BDOM Bunia) :* Assure la dotation des engins, l'appui en carburant, l'entretien des motos-ambulances et l'accompagnement stratégique. Dans le Programme 2022-2026, Memisa a rendu disponible 44 300 USD pour l'achat Moto pour les deux ZS ; 20 000 USD pour le fonctionnement des ZS ; 9 000 USD pour entretien véhicules pour les deux ZS.

- **Les acteurs opérationnels de santé :**
  - *Les Infirmiers Titulaires (IT) et prestataires des Établissements de Soins de Santé (ESS) :* Identifient les cas urgents, formalisent la référence et assurent la continuité des soins au premier échelon.
  - *Le Médecin Directeur et l'équipe de l'HGR (CODI) :* Garantissent l'accueil immédiat des urgences et la prise en charge médico-chirurgicale de pointe.
  - *Le Motard / Infirmier urgentiste :* Maillon central de terrain, il combine la conduite sécurisée de l'engin et les premiers soins d'urgence.

- **Les acteurs communautaires :**
  - *Le CODESA et les Comités Locaux de Gestion (COGE/CODI) :* Mobilisent la participation communautaire, gèrent la caisse de solidarité et assurent le suivi de proximité des engins.
  - *Les Détenteurs de droits (Patients et familles) :* Utilisateurs du service, contribuent au fonctionnement à travers les frais d'utilisation et de location de l'engin pour les évacuations.
  - *Acteurs traditionnels et informels (Tradi-praticiens, pharmaciens communautaires, leaders religieux) :* Impliqués progressivement dans le dialogue et la sensibilisation pour orienter rapidement les cas vers la structure sanitaire au lieu de retarder la prise en charge.

Facteurs facilitants, obstacles et ajustements

- Facteurs facilitants : Un relief plus clément et un réseau routier praticable à Fataki ; l'accompagnement financier et logistique de Memisa ; l'engagement des comités locaux.

- Obstacles majeurs : L'impraticabilité des pistes rurales (saison des pluies), la hausse des coûts du carburant, et surtout l'insécurité chronique couplée à des conflits interethniques (notamment à Lita) limitant la liberté de mouvement des motos.
- Ajustements apportés : Flexibilité dans l'utilisation des engins, renforcement du dialogue communautaire, et couplage du transport à des subventions/forfaits de soins pour alléger la charge des ménages.

Évolution des attitudes et retour des bénéficiaires

- Appropriation : Prise de conscience progressive des communautés qui perçoivent la moto-ambulance comme un patrimoine de survie collectif.
- Satisfaction exprimée : Réduction significative du temps de parcours vers l'HGR pour les femmes enceintes en détresse, diminuant les risques de complications fatales en chemin.

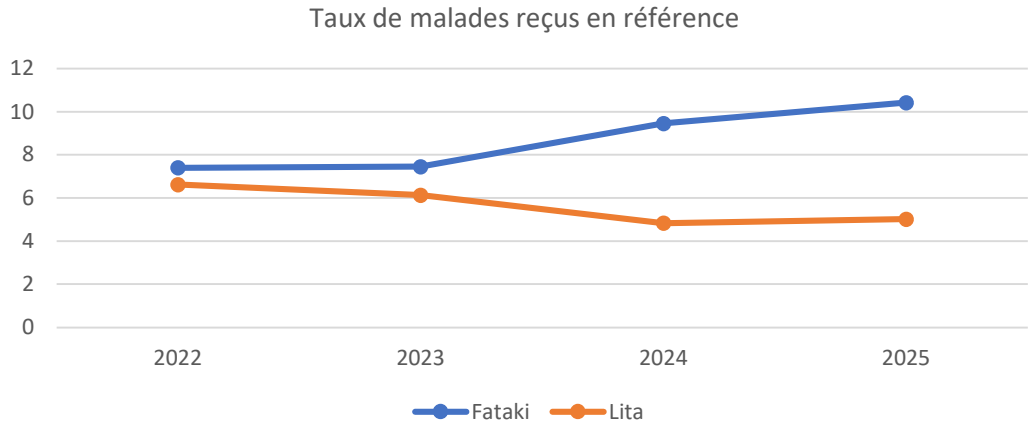
4. Résultats obtenus de l'action

Quantification et justification des indicateurs retenus

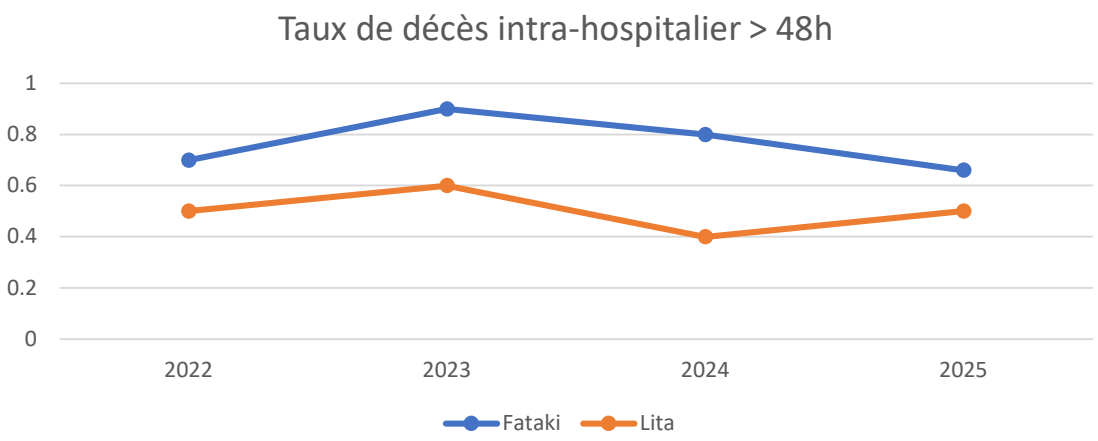
1. Évolution de la couverture des AS par un système de transport d'urgence :
    - *ZS de Fataki :* De 50 % (2022-2023) ➔ 85 % en 2024 ➔ 92 % - 95 % en 2025 (progression fluide grâce à de meilleurs axes routiers).
    - *ZS de Lita :* De 50 % (2022-2023) ➔ 64 % en 2024 ➔ 79 % en 2025 (freinée par l'enclavement et les barrières sociopolitiques, soit un écart de 13 % par rapport à Fataki).

Zone de Santé	2022	2023	2024	2025
Fataki	50	50	85	92
Lita	50	50	64	79

2. Taux de malades reçus en référence (%) (Données DHIS2) :
    - *ZS de Fataki :* Amélioration de la fréquence des recours (hausse de 7,41 % à 10,43 % entre 2022 et 2025).
    - *ZS de Lita :* Stagnation ou régression relative (de 6,63 % à 5,02 %) influencée par les déplacements de populations et l'orientation des malades hors de la zone en raison des tensions.



3. Taux de décès intra-hospitaliers (> 48h) : Maintenu globalement sous le seuil d'alerte critique (< 2%) dans les structures appuyées grâce à la promptitude des transferts.



5.Conclusions de l'action

a) Enseignements et pérennisation

- Le contexte sécuritaire et infrastructurel dicte la performance : À dotation matérielle égale (6 motos par zone), l'efficacité opérationnelle est directement subordonnée à la stabilité du milieu et à la praticabilité des routes.
- L'ancrage communautaire est le pilier de la durabilité : La cogestion et la redevabilité locale garantissent la longévité de l'initiative au-delà des appuis extérieurs.

b) Bonnes pratiques et recommandations

- **Bonnes pratiques :** Implication directe des comités de santé dans la gestion des fonds de roulement pour le carburant et la maintenance ; formalisation des circuits de référence-contre-référence.
- **Recommandations :**
  - Pérenniser l'accompagnement technique et financier des partenaires (type Memisa) pour amortir les chocs humanitaires.
  - Intégrer durablement les mécanismes de ce système dans la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) afin de pérenniser le transport des urgences et de rendre les soins accessibles à l'ensemble des ménages vulnérables.

Capitalisation 3 : SYSTEME DE MOTO-AMBULANCE (ANTENNE DE KENGE / ZS KASONGO-LUNDA)

1. Fiche d'Identification de l'Action

Rubriques de l'Outil Memisa	Détails de l'action (Antenne de Kenge / ZS Kasongo-Lunda)
Responsable(s) de la capitalisation (nom, fonction)	Dr Georgine MFUTILA MCZ, ZS Kasongo-lunda Dr Aysel MAYINGA, MDH HGR Kasongo-lunda Abbé Emmamuel MANUNGA, Curé de la Paroisse Mr NKOSI, Inf superviseur ZS Klunda et membre de AMIKA Dr Eric LULENDO WETO, ATR BAT Kenge
Lieu de l'action (pays, province/zone(s) de santé)	Zone de santé Kasongo-Lunda, Province du Kwango, RD Congo
Autre(s) acteurs (PTF, OSC, etc.) ayant contribué à l'action	MCZ, CODI, ECZ, Comité des indigents, Memisa Belgique, CODESA, CSR
Politique/norme liée à l'action	Politique Nationale de Santé (PNS), Recueil des normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé en RDC (gestion des transports et logistique d'évacuation).
Initiative similaire qui a inspiré l'action	• Dans le Kwango : Système de transport par motos-ambulances avec l'appui de la KOICA dans les ZS de Kenge et Boko (octroi de subsides pour chaque référence aboutie à l'HGR). • Dans le Kwilu : Implémentation de moto-ambulance par le BAT Kikwit ayant démontré une amélioration de la référence et contre-référence.

2. Thème, Contexte et Problématique de l'Action

- **Thème / Domaine de l'action :** Amélioration de l'accessibilité géographique, du système de référence-contre-référence et gestion du transport d'urgence par moto-ambulance.
- **Analyse du problème :** L'action répond aux difficultés majeures d'enclavement et au très mauvais état des routes dans l'antenne de Kenge, qui limitent l'accès aux soins de santé primaires et compromettent l'évacuation rapide des cas urgents (notamment obstétricaux) vers l'Hôpital Général de Référence (HGR).
- **Financement initial : Appui financier de Memisa Belgique pour l'achat des motos et le carburant de démarrage.**

3. Chronologie et Évolution de l'Intervention (Ligne du Temps)

- **2021 : Achat des motos affectées au transport des urgences sanitaires.**
- **2022 : Dotation des motos à la zone de santé pour être mises à la disposition du comité de gestion.**
- **2023 :** Lancement de la collecte de fonds dans les centres de santé par les membres de l'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) lors des descentes de supervision.
- **2023 - 2025 :** Phase de mise en œuvre effective de la moto-ambulance, marquée par des difficultés institutionnelles (rétention des engins, mauvaise gestion financière) suivies d'un arbitrage administratif correctif.

4. Approche, Méthodologie et Cartographie des Acteurs

A. Méthodologie Opérationnelle

- **Prépositionnement logistique :** Répartition des motos sur 4 axes clés (**Matamba-solo, Kingunda, Zhinabunkete et axe HGR Kasongo-Lunda**).
- **Intervention médicale avancée :** Déplacement ponctuel de médecins ou sage-femmes à bord de la moto vers les sites d'urgence pour la gestion des cas critiques.
- **Maintenance locale :** Implication directe des Centres de Santé de Référence (CSR) de chaque axe pour l'entretien et la petite maintenance des engins.

B. Cartographie des Acteurs Impliqués

- **Acteurs institutionnels et techniques :** L'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ), le Bureau Central de Zone (BCZ) de Kasongo-Lunda, le Memisa Belgique / ATR BAT Kenge, la DPS et les autorités politico-administratifs.
- **Acteurs opérationnels de santé :** Le Comité de Gestion, le CODIR de l'HGR de Kasongo-Lunda, les Infirmiers Titulaires (IT) et prestataires des CSR.
- **Acteurs communautaires :** Les comités de santé (CODESA), le Comité des indigents, les structures de base et les bénéficiaires.

5. Résultats Obtenus et Indicateurs de Performance

A. Analyse qualitative des résultats

- Les motos-ambulances sont rendues opérationnelles sur le terrain, permettant à quelques malades d'être transportés en urgence.
- Toutefois, les mécanismes de fonctionnement autonome et de durabilité financière (caisse de solidarité) ont connu des dysfonctionnements majeurs dus à un manque de traçabilité et de transparence.

B. Tableau des Indicateurs Quantitatifs

- **Indicateur de référence : Nombre et proportion de malades référés avec la moto-ambulance dans les Zones de Santé.**

Zone de Santé	2023	2024	2025
ZS Kasongo-Lunda	2,8 %	2,7 %	2,9 %
ZS Popokabaka	5,9 %	6,7 %	6,7 %

Nombre de malades évacués avec la moto ambulance ZS Kasongo-lunda :

N°	Nombre malades évacués	Nombre malades évacués arrivés à l'HGR	Nombre malades arrivés à l'HGR et guéris	Nbre malades évacués arrivés à HGR et décédés
1	22	22	20	2
Autres situations de prise en charge des urgences avec la moto ambulance				
2	Nombre de déplacements de médecins vers les CSR pour sauver les urgences	5 urgences : 4 césariennes et 1 rétention placentaire		

Budget :

N°	Désignation	Coût Total	Sources Financement
1	Achat moto Yamaha XTZ 125 (4 unités)	15.200$	Memisa Belgique DGD
2	Achat casque (4 Unités)	600$	Memisa Belgique DGD
3	Achat carburant lancement moto ambulance	120$	Memisa Belgique DGD
4	Achat carburant bénéficiaire	106$	Communauté
5	Mobilisation & contribution CS ZS K Lunda	108.6$	Communauté & CS
	Total général	16.135$	

6. Obstacles, Défis et Goulots d'étranglement

- **Rétention des engins :** Utilisation et rétention abusive des motos à la résidence de la Médecin Chef de Zone (MCZ) avec l'appui de certains membres de l'ECZ, entravant la mission sanitaire initiale.
- **Opacité financière :** Absence de traçabilité dans la gestion des fonds de solidarité collectés, ce qui a brisé la confiance des prestataires et de la communauté.

7. Leçons Apprises, Recommandations et Durabilité

- **Gouvernance transparente :** Séparer clairement la gestion matérielle des autorités individuelles en consolidant l'autonomie des comités de gestion d'axe.
- **Traçabilité financière :** Instaurer des mécanismes de contrôle rigoureux (carnets de bord, billetage) pour préserver l'adhésion communautaire et la pérennité des caisses de solidarité.
- **Arbitrage institutionnel** : face aux blocages managériaux à Kasongo-lunda, un recours plus rapide à des mutations ou réajustements administratifs aurait sans doute permis de relancer le fonctionnement correct des motos.

Annexes :

Les images que nous venons de recevoir de l'HGR Kasongo-lunda, il s'agit d'un monsieur qui a connu un traumatisme suite à un accident trafic routier à Moto que la moto ambulance est partie transportée pour les soins



Crédit photo : BAT MEMISA Kwango, *Malade bénéficiaire du système de moto ambulance*

Capitalisation 4 **: ANALYSE GLOBALE, COMPARATIVE ET CRITIQUE DES PROJETS DE MOTO-AMBULANCES**

Introduction

Ce document présente une analyse globale, comparative et critique de trois projets d'implémentation de systèmes de transport d'urgence par moto-ambulance en République Démocratique du Congo (RDC), soutenus par l'ONG Memisa et ses partenaires locaux. Les trois projets analysés concernent :

1. **Le projet en Ituri (Zones de Santé de Fataki et Lita), piloté par les ECZ, les structures locales et le BDOM Bunia.**
2. **Le projet dans le Kwango** (Zone de Santé de Kasongo-Lunda), piloté par les comités de gestion locaux et le BAT Kenge.
3. **Le projet dans le Kwilu (Zone de Santé de Kingandu), piloté par l'ECZ de Kingandu et le BAT 1 Kikwit.**

1. Vue d'ensemble des trois projets

- Projet Ituri (Fataki & Lita) : Intégré au programme quinquennal DGD (2022-2026) « Santé pour toutes et tous en RDC », ce projet vise à améliorer le système de référence et contre-référence à travers la dotation de 6 motos-ambulances par zone de santé et un appui à la subvention des forfaits et des soins. Il est géré conjointement avec les Équipes Cadres des Zones de Santé (ECZ) et les structures locales.
- Projet Kwango (Kasongo-Lunda) : Implémenté dans la province du Kwango, ce projet cherche à répondre aux défis d'accessibilité dus à des routes très délabrées. Il s'appuie sur une structure de comités de gestion (CODI, ECZ, comité des indigents) et s'inspire d'expériences antérieures menées dans le Kwango (KOICA) et le Kwilu.
- Projet Kwilu (Kingandu) : Intitulé « Opérationnalisation du système de référence par moto-ambulance et caisse de solidarité communautaire dans la Zone de Santé de Kingandu », ce projet se distingue par son couplage technologique (projet de télémédecine *Iristick Smart-Glasses* primé au Prix D4D en 2020), l'implication de forgerons locaux pour l'aménagement sécurisé des motos, et la mise en place d'une caisse de solidarité communautaire (« malades pour malades »).

2. Analyse Comparative

La comparaison des trois projets met en lumière des dynamiques variées selon les contextes provinciaux, logistiques et organisationnels :

- **Contexte géographique et sécuritaire :**
  - En *Ituri*, les projets font face à des barrières physiques (reliefs) et à une insécurité récurrente à connotation ethno-tribale (particulièrement marquée à Lita).
  - À *Kasongo-Lunda*, la contrainte majeure réside dans le délabrement très avancé des infrastructures routières.
  - À *Kingandu*, l'enclavement est compensé par une structuration rigoureuse en axes (Kingandu et Kikombo).
- **Performances et indicateurs quantitatifs :**
  - En *Ituri*, la couverture des aires de santé par le système de transport d'urgence a connu une forte progression (atteignant 92 % à Fataki et 79 % à Lita en 2025). Le taux de décès intra-hospitalier de plus de 48h a été stabilisé à la baisse (0,66 % à Fataki et 0,5 % à Lita).
  - À *Kasongo-Lunda*, les taux de malades référés sont restés faibles et stagnants (autour de 2,9 % en 2025).
  - À *Kingandu*, les résultats affichent des performances exceptionnelles avec 91 patients guéris transportés, un taux de contre-référence de 100 %, une baisse drastique de la mortalité intra-hospitalière > 48h (tombée de 64 à 12 cas), et 99 % des évacuations arrivées à temps.

- **Gouvernance et participation communautaire :**
  - *Ituri* et *Kingandu* reposent sur une cogestion active avec la communauté et une caisse de solidarité ou de contribution locale.
  - *Kasongo-Lunda* a souffert d'une gouvernance administrative défaillante, marquée par des détournements d'usage institutionnels.

3. Analyse Critique : Forces et Faiblesses

Projet Ituri (Fataki & Lita)

- **Forces :**
  - Implication communautaire solide à travers la cogestion des fonds de fonctionnement et de maintenance.
  - Amélioration mesurable et significative de la couverture des aires de santé (jusqu'à 92 % à Fataki).
  - Synergie avec les subventions pour les soins et les médicaments, facilitant l'accès global.
- **Faiblesses :**
  - Insécurité récurrente et conflits intercommunautaires (notamment à Lita) limitant le rayon d'action des engins.
  - Faible taux de recouvrement des recettes entravant parfois l'autonomie financière pour la maintenance.

Projet Kwango (Kasongo-Lunda)

- **Forces :**
  - Volonté initiale de structurer un réseau de transport d'urgence adapté aux zones enclavées.
  - Tentative d'implication des parties prenantes locales (ECZ, CODI, comités des indigents).
- **Faiblesses :**
  - Effets inattendus négatifs majeurs : réquisition et rétention des motos-ambulances par le Médecin Chef de Zone (MCZ) pendant les deux premières années, annihilant leur rôle d'urgence.
  - Manque total de traçabilité et de transparence dans la gestion des fonds collectés, ce qui a découragé l'implication des infirmiers titulaires (IT) et du personnel de santé.
  - Absence d'un cadre opérationnel contraignant pour sécuriser le matériel.

Projet Kwilu (Kingandu)

- **Forces :**
  - Innovation technologique majeure avec le couplage de la télémédecine (*Iristick Smart-Glasses*, lauréat du Prix D4D).
  - Partenariat ingénieux avec les forgerons locaux pour adapter et sécuriser les structures métalliques des motos.
  - Rigueur administrative : conditionnement des appuis financiers au dépôt des carnets de bord et mise en place d'un système de contrôle par billetage.
  - Résultats cliniques remarquables (100 % d'arrivées vivantes, baisse spectaculaire de la mortalité).
- **Faiblesses :**
  - Vulnérabilité matérielle de certains modèles (par exemple, la moto Yamaha YBR sur l'axe Kikombo a subi 8 mois d'immobilisation en 2024 en raison de pannes répétées).

4. Recommandations Stratégiques

Sur la base des leçons tirées de ces trois expériences, plusieurs recommandations sont formulées pour pérenniser et optimiser les interventions futures :

- **Formaliser la gouvernance par des contrats tripartites stricts :**
  - Il est impératif de rédiger et signer un contrat d'attribution clair entre l'Équipe Cadre de Zone (ECZ), l'Hôpital Général de Référence (HGR) et le comité de pilotage communautaire pour définir précisément la propriété, le lieu de stationnement et l'usage exclusif des engins, prévenant ainsi

toute réquisition abusive de la part des autorités sanitaires (comme observé à Kasongo-Lunda) ou d'autres parties externes.

- **Renforcer la transparence financière et la redevabilité :**
  - Généraliser le système de contrôle par billetage et l'audit partagé des caisses de solidarité communautaire afin de restaurer la confiance du personnel de santé et des usagers.
- **Conditionner l'appui logistique aux performances de reporting :**
  - Institutionnaliser la bonne pratique du BAT 1 Kikwit en conditionnant le déblocage des subventions opérationnelles à la transmission mensuelle et rigoureuse des carnets de bord et des rapports d'activités.
- **Encourager l'innovation locale et l'adaptation technique :**
  - Pérenniser le recours à l'artisanat local (forgerons) pour la fabrication et la réparation des structures de transport, tout en standardisant l'utilisation de modèles de motos robustes et adaptés aux pistes difficiles afin de réduire les pannes prolongées.
- **Favoriser l'ancrage communautaire et l'adhésion à la Couverture Santé Universelle (CSU) :**
  - Poursuivre les campagnes de sensibilisation participatives via les CODESA/PARTICOM pour consolider l'appropriation locale des caisses de solidarité « malades pour malades » et minimiser durablement le coût des évacuations pour les ménages vulnérables.

Capitalisation 5 : Autonomisation du financement de la prise en charge des indigents par une Activité Génératrice de Revenus (eau refroidie, limonades et cantine) à l'Hôpital Général de Référence de Pawa

1. Fiche Synthétique (Fiche d'Identification)

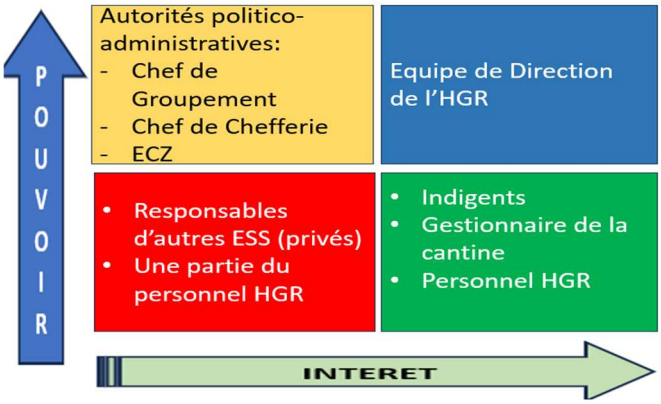
Rubrique	Description / Détails
Titre de l'action	Prise en charge des indigents grâce aux recettes d'une Activité Génératrice de Revenus (AGR) à l'HGR de Pawa.
Responsable(s) de la capitalisation	Dr Blaise ANDIKAKA KEGOMOTI (Médecin Directeur de l'HGR Pawa) et Joseph MUKOMBOZI LIKOSI (Assistant Technique Régional - ATR).
Lieu de l'action	République Démocratique du Congo, Province du Haut-Uele, Zone de Santé de Pawa, HGR de Pawa (BAT Isiro).
Acteurs partenaires / contributeurs	Memisa Belgique, CHC Liège / Hôpital de Liège, Bureau d'Appui Technique (BAT Isiro), Autorités Politico-Administratives (APA) locales, Équipe de direction et personnel soignant de l'HGR Pawa.
Politique / Norme liée à l'action	Directives sur l'accessibilité financière aux soins de santé et la prise en charge équitable des personnes vulnérables.
Initiative inspirante	Ancien programme subventionné de prise en charge des indigents soutenu par l'ECZ-Memisa jusqu'en 2018.

2. Thème et Domaine de l'Action (Contexte et Problématique)

- **Contexte socio-économique et sanitaire :** La population de la Zone de Santé de Pawa vit majoritairement dans des conditions de grande précarité. Bien qu'un système de tarification forfaitaire ait été instauré avec l'appui de Memisa pour faciliter l'accès aux soins, une frange particulièrement démunie (les indigents) reste incapable d'honorer ses factures médicales.
- **Problématique centrale :** L'arrêt en 2018 de la subvention extérieure dédiée aux indigents a créé une rupture d'assistance financière. L'HGR de Pawa s'est retrouvé contraint d'absorber le coût des soins impayés, générant un lourd déficit financier pour l'établissement.
- **Solution développée :** Pour sortir de cette dépendance, l'équipe de direction de l'hôpital a conçu une Activité Génératrice de Revenus (AGR) interne. Profitant des investissements structurants en énergie solaire et en eau potable réalisés par Memisa et le CHC Liège, l'hôpital a lancé une vente de boissons et d'eau refroidie, puis étendu l'initiative par la construction d'une cantine. Une clé de répartition réserve une part des bénéfices générés à la prise en charge médicale des indigents.

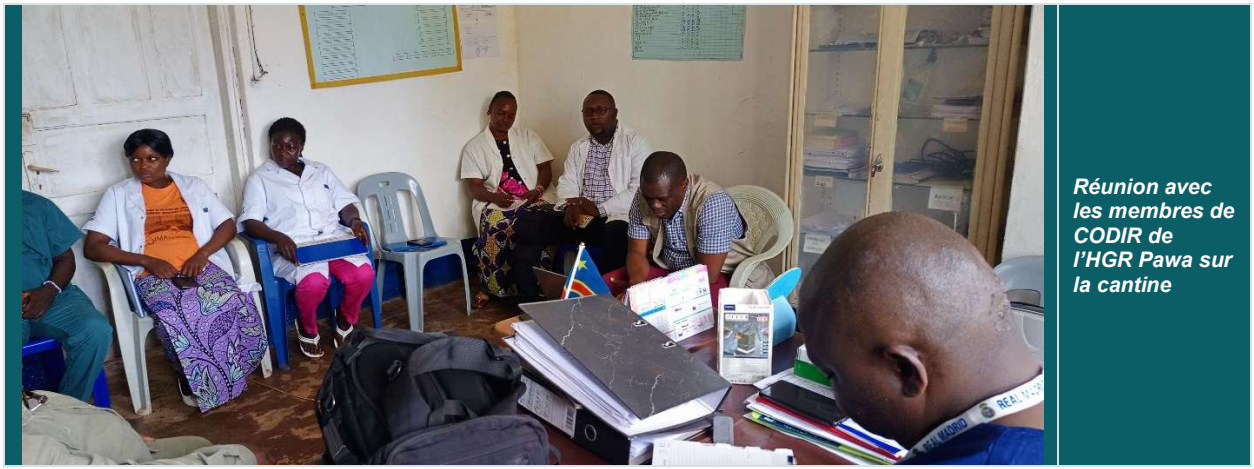
3. Cartographie des Acteurs et Niveaux d'Influence

La réussite et la viabilité du dispositif reposent sur une synergie continue entre acteurs institutionnels, techniques, communautaires et opérationnels :



- **Les partenaires institutionnels et financiers :**
  - **Memisa Belgique et le CHC Liège / Hôpital de Liège :** Acteurs stratégiques ayant financé les prérequis matériels majeurs (solarisation de l'hôpital à hauteur de 75 000 $, adduction d'eau pour 132 000 $, construction du bâtiment de la cantine pour 4 000 $ et achat d'équipements de froid).
  - **Le Bureau d'Appui Technique (BAT Isiro) et l'Expert en Santé Publique Memisa :** Intervenants techniques assurant le suivi régulier, la méthodologie de capitalisation et les conseils stratégiques de gestion.

- **Les acteurs de gestion et soignants :**
  - **L'Équipe de Direction de l'HGR Pawa :** Pilote opérationnel direct chargé de la gestion quotidienne, du contrôle comptable hebdomadaire, du rapportage et du recouvrement du solde financier déficitaire.



Réunion avec les membres de CODIR de l'HGR Pawa sur la cantine

Crédit photo : BAT MEMISA Haut Uélé

  - **Le gestionnaire de l'AGR et le personnel de cantine :** Exécutants de la vente quotidienne des denrées, boissons et produits de restauration.
  - **Le personnel soignant (médecins, infirmiers) :** Garant de la dispensation des soins médicaux dispensés gratuitement aux bénéficiaires identifiés.

- **Les autorités locales et la communauté :**
  - **Les Autorités Politico-Administratives (APA) locales :** Acteurs de validation ayant défini de concert avec l'hôpital les critères d'indigence et qui certifient les listes d'indigents des catégories 1 et 2.
  - **Les bénéficiaires (indigents permanents et transitoires) :** Malades démunis pris en charge à 100 % par l'hôpital grâce au mécanisme de solidarité de l'AGR.

4. Chronologie, Facteurs Facilitants, Obstacles et Ajustements

- **Chronologie de mise en œuvre :**
  - **2018** : Arrêt de la ligne de subvention ECZ-Memisa pour les indigents.
  - **Avril 2020** : Conceptualisation du projet d'AGR par la direction de l'hôpital.
  - **Juin 2020 – Mai 2022** : Électrification solaire (75 000 $) et travaux d'adduction d'eau potable (132 000$) par Memisa / CHC Liège.
  - **Décembre 2020 :** Réhabilitation du premier local commercial par l'HGR (1 500 $).
  - **Mars – Juin 2022 :** Achat du 1er réfrigérateur (1 000 $) et démarrage officiel de la vente d'eau et boissons refroidies.
  - **Octobre 2022 :** Réunion institutionnelle avec les APA pour valider les critères d'indigence et la clé de répartition.
  - **Novembre 2025 – Janvier 2026 :** Construction d'un bâtiment dédié à la cantine (4 000 $ Memisa) et achat d'un 2ème réfrigérateur (2 000 $). Le bâtiment devient pleinement opérationnel en janvier 2026.



Nouveau bâtiment de la cantine

Crédit photo : BAT MEMISA Haut Uélé

- **Facteurs facilitants :** Soutien technique régulier du BAT Isiro, présence des infrastructures solaires/eau et accompagnement institutionnel des APA.
- **Obstacle initial et changement d'attitude :** Lors du lancement, une partie des collaborateurs de l'hôpital s'opposait à la réaffectation des recettes au profit des indigents, réclamant que ces sommes servent à augmenter leurs primes. Grâce à un travail de sensibilisation interne et de redevabilité, ces agents ont pleinement adhéré au projet et le soutiennent aujourd'hui activement.
- **Gestion des risques :** Une vigilance particulière est observée suite à l'alerte épidémique d'Ebola dans la Zone de Santé de Pawa pour prévenir toute baisse de fréquentation.

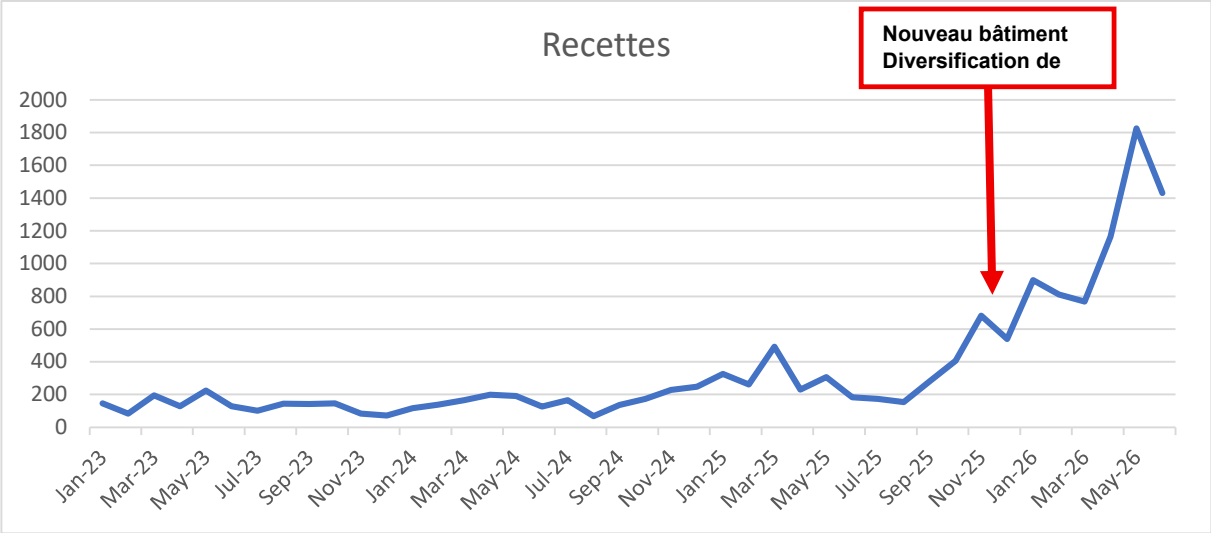
5. Résultats Obtenus de l'Action

Tableau des Indicateurs Quantitatifs et Qualitatifs

N°	Indicateur retenu	Évolution et analyse de l'indicateur depuis la mise en œuvre	Interprétation & Statut
1	**Nombre de locaux réhabilités**	Un local a été réhabilité en décembre 2020.	**Activité entièrement réalisée**.
2	**Nombre de bâtiments construits**	Un bâtiment spacieux abritant la cantine a été construit fin 2025.	**Activité entièrement réalisée.** Le nouveau bâtiment est opérationnel depuis janvier 2026.
3	**Proportion des matériels et équipements acquis**	Deux réfrigérateurs et l'ensemble du matériel de restauration ont été acquis.	**Activité réalisée.** La cantine est actuellement bien équipée et sa capacité d'accueil a augmenté.
4	**Nombre d'indigents identifiés**	50 indigents ont été identifiés en 2025, puis 60 indigents ont été identifiés en 2026.	**Tendance à la hausse.** Le nombre d'indigents identifiés augmente chaque année, particulièrement les indigents transitoires à l'hôpital.
5	**Proportion**	Depuis 2023, tous les indigents	**Objectif atteint (100 %).** Le coût réel des

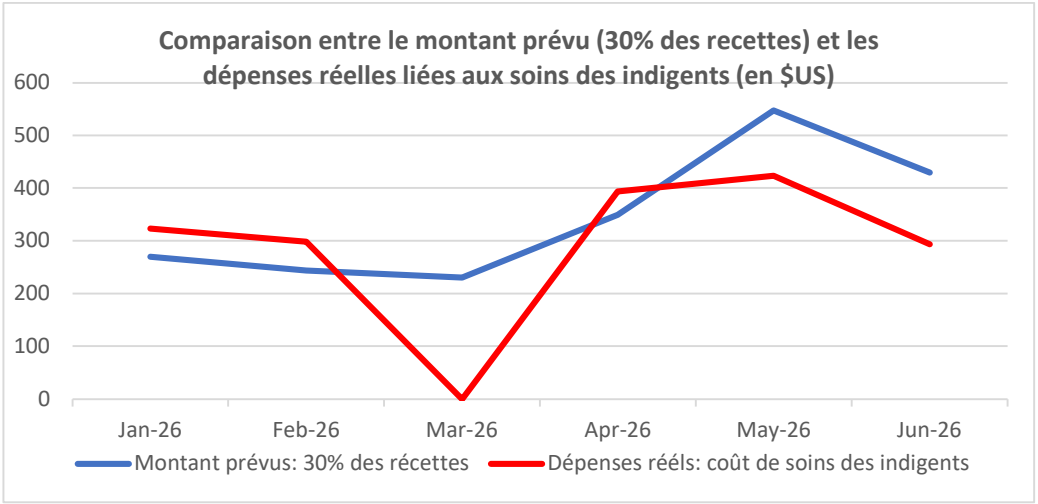
N°	Indicateur retenu	Évolution et analyse de l'indicateur depuis la mise en œuvre	Interprétation & Statut
	d'indigents malades pris en charge	identifiés nécessitant des soins ont été pris en charge à 100 % (55 patients jusqu'à mi-2026).	soins restait supérieur à la part réservée, mais une nette amélioration rapproche l'AGR de l'équilibre autonome depuis 2026.
6	**Proportion des réunions hebdomadaires organisées**	Les rencontres de suivi de gestion de l'AGR sont organisées de manière régulière.	**Bonne gouvernance.** 70 % des réunions planifiées ont été effectivement tenues.

Recettes mensuelles en $US de la cantine de Janvier 2023 à Juin 2026



- **Évaluation qualitative et perception des parties prenantes :** Lors des enquêtes de satisfaction, toutes les parties prenantes interrogées ont exprimé une très grande appréciation de l'initiative. L'adhésion totale du personnel soignant, y compris des collaborateurs autrefois réticents, constitue une avancée majeure dans le climat social de l'hôpital.
- **Analyse de l'équilibre financier :** Les recettes de l'AGR sont passées d'environ 146 $ par mois au démarrage à des pics dépassant 1 800 $ par mois en 2026. Bien que le solde déficitaire initial des soins ait été comblé par les fonds propres de l'HGR durant les trois premières années, le franchissement du cap de janvier 2026 montre que l'activité approche désormais l'équilibre budgétaire direct autonome.

Dépenses mensuelles en $US pour la prise en charge des indigents



6. Enseignements, Pérennisation et Recommandations

1. **Autonomisation financière viable :** L'expérience démontre qu'une structure hospitalière rurale peut générer des mécanismes internes de solidarité financière pour couvrir les soins des plus vulnérables sans dépendre indéfiniment des subventions extérieures.
2. **Sensibilisation et gouvernance interne :** La levée des résistances du personnel soignant montre l'importance de la transparence comptable et des réunions régulières (70 % de réalisation) pour maintenir la cohésion autour des objectifs humanitaires.
3. **Pérennisation et réinvestissement :** Afin d'assurer la durabilité des équipements frigorifiques et du bâtiment de la cantine, une révision de la clé de répartition des recettes est recommandée pour créer un fonds de réserve obligatoire réservé à la maintenance et au renouvellement du matériel.

Capitalisation 6 : « De la solidarité communautaire au financement durable de la nutrition : capitalisation d'un mécanisme communautaire de financement de financement de la prise en charge nutritionnelle dans la Zone de Santé de Bominenge »

.

Responsable(s) de la capitalisation (nom, fonction)	**Dr Jacques LIKELE, ATR Memisa Belgique, BAT Gemena ; Dr Baudouin MBASE, MCZ Bominenge**
Lieu de l'action (pays, province/zone(s) de santé)	RDC – Sud-Ubangi – Bominenge
Autre(s) acteurs (PTF, OSC,…) ayant contribué à l'action	PRONANUT, DPS Sud-Ubangi
Politique/norme liée à l'action	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA)
Initiative similaire qui a inspiré l'action	AGR par l'Élevage dans la ZS Mbaya

Résumé de l'action

Face aux difficultés récurrentes d'approvisionnement en intrants nutritionnels et à la forte dépendance aux financements extérieurs, la Zone de Santé de Bominenge, avec l'appui du PRONANUT, de la DPS Sud-Ubangi et de Memisa Belgique, a développé une approche innovante pour renforcer la durabilité de la prise en charge de la malnutrition. Cette initiative repose sur la mise en place d'une Activité Génératrice de Revenus (AGR) constituée d'un moulin et d'une décortiqueuse, dont une partie des recettes est réinvestie dans l'achat des matières premières nécessaires à la fabrication d'une farine enrichie locale validée par le PRONANUT.

L'expérience dépasse le cadre d'une simple AGR en établissant un mécanisme communautaire durable fondé sur une gouvernance participative, la transparence, l'appropriation locale et un accompagnement technique continu.

Contexte et problématique (Domaine de l'action)

- **Contexte démographique et sanitaire :** La Zone de Santé de Bominenge compte environ 201 403 habitants. Le profil épidémiologique est dominé entre autres par le paludisme, les maladies diarrhéiques, les IST et la malnutrition aiguë.
- **Données sur la malnutrition (DHIS2, 9 premiers mois de 2023) :**
  - 2 018 cas de malnutrition aiguë enregistrés chez les enfants dans les formations sanitaires, dont 3 décès.
  - 8 femmes enceintes et 4 femmes allaitantes malnutries.
  - 14 enfants malnutris ayant contracté la tuberculose en raison de leur faible immunité.
- **Facteurs socio-économiques :** La population vit de l'agriculture de subsistance (manioc, maïs, arachides), principalement pratiquée par les femmes. La vente des récoltes pour couvrir d'autres besoins réduit le nécessaire pour l'alimentation des enfants.
- **Problématique d'approvisionnement :** Les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) connaissent de longues ruptures dans les structures de santé. Pour y remédier, l'utilisation d'une farine enrichie à base d'aliments locaux a été adoptée par le PRONANUT. Cependant, les ressources pour produire cette farine dépendaient largement des partenaires extérieurs.
- **Besoin communautaire identifié :** Les femmes devaient parcourir plus de 50 km pour faire moudre leur production agricole. L'implantation du moulin et de la décortiqueuse a répondu à ce besoin concret tout en transformant la demande économique locale en levier de financement pérenne de la santé.

2. Ligne du temps de l’action

Chronologie des activités et événements clés

- **Septembre 2024 :** Expression du besoin d'un moulin par la communauté lors des réunions du CODESA ; élaboration du micro-projet par l'ECZ Bominenge et Memisa Belgique.
- **Octobre 2024 :** Construction communautaire du hangar ; mise en place du Comité Local de Gestion (CLG) présidé par le chef de groupement ; fixation des clés de répartition des recettes.
- **Novembre 2024 :** Acquisition, installation et mise en service du moulin et de la décortiqueuse financés par Memisa Belgique.
- **Décembre 2024 :** Prise en charge de 77 enfants malnutris ; organisation de démonstrations culinaires (ANJE) pour 39 mères ; premières recettes de 214 000 FC (76 USD).
- **Janvier – Avril 2025 :** Suivi de 161 enfants malnutris ; ajustement de la part des recettes allouée aux intrants (de 60 % à 35 %) en raison de la hausse du carburant (de 1,4 $ à 2,5$/L).
- **Mai – Juillet 2025 :** Missions de suivi conjointes ECZ / BAT Memisa ; instauration d'un stock de réserve de carburant et coaching sur la qualité des données.
- **Août – Septembre 2025 :** Ouverture du moulin 3 jours par semaine ; recrutement d'un 2ème machiniste ; implication de l'infirmier titulaire adjoint pour le contrôle financier (2 réunions/mois du CLG).
- **Octobre 2025 :** Conversion spontanée de parents d'enfants guéris en RECO ; diminution constatée des nouvelles admissions pour malnutrition.

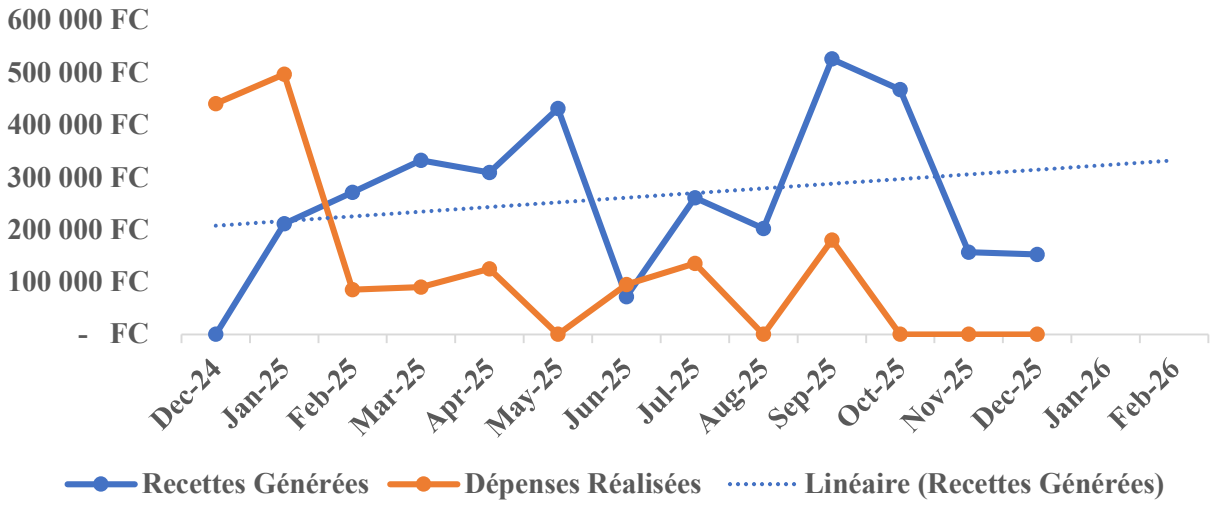


Fig. 1. Evolution des Recettes de l’AGR vs Dépenses Engagées pour la prise en charge

3. Mise en œuvre de l'action

Activités réalisées

1. Réalisation d'un diagnostic participatif des besoins de la communauté et concertations régulières via le CODESA.
2. Sélection, acquisition et installation du moulin et de la décortiqueuse dans un hangar construit communautairement.
3. Structuration du Comité Local de Gestion (CLG) et définition des procédures administrative, financière et de redevabilité.
4. Formation des membres du CLG, des Relais Communautaires (RECO) et des prestataires de santé.
5. Achats réguliers d'intrants locaux pour la confection de la farine enrichie à destination des enfants malnutris.

Synthèse narrative de la cartographie des acteurs et de leurs niveaux d'influence

La mise en œuvre du mécanisme repose sur une approche fortement participative et complémentaire entre les acteurs institutionnels, communautaires et opérationnels de terrain :

- **Les acteurs institutionnels :**
  - **L'Équipe Cadre de Zone (ECZ) de Bominenge** détient un niveau d'influence maximal (niveau 5/5). Elle est l'acteur principal responsable de la rédaction du projet sur la base des besoins exprimés et assure la coordination globale des interventions.
  - **L'Équipe Polyvalente des Centres de Santé (EPCS) de Bodango et Bokode** exerce également une influence déterminante (niveau 5/5). Directement impliquée, elle assure la prise en charge clinique des enfants, la sensibilisation, le rapportage et la supervision quotidienne de l'AGR.
  - **Le BDOM Budjala** intervient comme acteur secondaire (niveau 2/5) pour apporter des orientations stratégiques et appuyer la supervision.
  - **Memisa** apporte un appui technique et financier dans la ZS et est partenaire stratégique du BDOM Budjala (niveau 1/5)
- **Les acteurs communautaires :**
  - **Le CODESA de Bodango** est un acteur influent majeur (niveau 3/5). Il sert de pont entre la structure sanitaire et la population, propose les règles de gestion de l'AGR, participe à la sensibilisation et appuie la recherche active des enfants malnutris.
  - **Les Relais Communautaires (RECO)** agissent comme acteurs secondaires opérationnels (niveau 3/5). Ils réalisent le dépistage actif et l'éducation nutritionnelle des ménages lors des Visites à Domicile (VAD).
  - **Les parents d'enfants pris en charge** constituent un groupe d'influence stratégique (niveau 3/5), formulant des propositions concrètes pour améliorer l'organisation des activités nutritionnelles.
- **Les personnes clés et intervenants économiques :**
  - **La nutritionniste du Centre de Santé de Bodango** est une actrice secondaire (niveau 2/5) essentielle pour la conduite technique des soins nutritionnels, l'éducation des parents et la coordination de terrain.
  - **Le machiniste du moulin** est l'exécutant technique direct chargé du bon fonctionnement matériel des équipements.
  - **Les propriétaires privés de moulins** représentent un environnement économique local préexistant avec une faible influence directe, malgré la concurrence créée par le nouveau moulin (niveau 1/5).

L'analyse montre qu'aucun acteur isolé n'aurait pu garantir la réussite du projet. C'est la synergie entre la légitimité institutionnelle, l'engagement communautaire et la rigueur technique qui assure l'efficacité opérationnelle, la redevabilité et la pérennité du modèle.

Facteurs facilitants, obstacles et ajustements

- **Facteurs facilitants :** Forte adhésion populaire, besoin réel de transformation agricole, leadership de l'ECZ et accompagnement de Memisa.

- **Obstacles majeurs :** Flambée du prix du carburant (1,4 $à 2,5$ le litre), faiblesses initiales de gestion comptable, retards de rapportage.
- **Ajustements apportés :** Réunions bimensuelles de contrôle du CLG, révision temporaire de la part des recettes allouée aux intrants (35 %), création d'une réserve de carburant et recrutement d'un 2ème machiniste.

Évolution des attitudes et retour des bénéficiaires

- **Appropriation :** La communauté considère désormais l'AGR comme son propre patrimoine collectif et un moyen de sortir de la dépendance.
- **Engagement citoyen : Plusieurs parents d'enfants guéris sont devenus des RECO actifs pour sensibiliser leurs pairs.**
- **Satisfaction exprimée :** Réduction des déplacements de plus de 50 km, gain de temps et d'argent, et disponibilité permanente de farine enrichie locale pour les enfants.



Crédit photo : BAT MEMISA Sud Ubangi

« Ma fille Sabine a 3 ans. Il y a presque 2 mois, elle perdait le poids. Ses pieds et ses joues gonflaient. Elle ne voulait plus manger. Un Relais communautaire m'a dit que mon enfant souffre de problème de faim. Il m'a orienté chez Madame Arlette et c'est comme ça que j'ai commencé à amener ma fille au Centre de santé et à participer aux séances de démonstrations culinaires. 1 mois après, la santé de ma fille s'est améliorée »



Crédit photo : BAT MEMISA Sud Ubangi

« Le Moulin nous aide à transformer nos arachides et ça contribue aussi à traiter les enfants qui ont un problème de faim dans notre hôpital. Avant, nous partions jusqu'à Gemena pour décortiquer les arachides, actuellement nous le faisons surplace, au moins pour ça, nous sommes soulagés, merci beaucoup ».

4. Résultats obtenus de l'action

Quantification et justification des indicateurs retenus

N°	Indicateur retenu	Situation initiale (Avant avril 2025)	Situation projet (Octobre 2025)	Évolution & Analyse quantitative
1	**Évolution des recettes mensuelles de l'AGR**	**0 FC** *(avant démarrage en déc. 2024)*	**Tendance nette à la hausse** *(Pics en mai, sept. et oct. 2025)*	Démarrage avec 214 000 FC (76 USD) en déc. 2024. Croissance progressive des recettes par rapport aux charges d'exploitation qui restent maîtrisées.
2	**Pourcentage des intrants nutritionnels financés par les recettes de l'AGR**	**0 %**	**55 %**	Progression démontrant l'acquisition d'une autonomie financière partielle mais significative en 6 mois.
3	**Nombre d'enfants bénéficiant de la farine enrichie locale (et proportion dépistée/PEC)**	**10 %** d'enfants dépistés de la malnutrition aiguë modérée soit 74 Enfants PEC sur 808 Enfants dépistés	**≥ 80 %** dépistés et PEC *(43 enfants en 2024 ; 206(161) enfants Avril - Dec 2025) PEC sur 303 dépistés*	Triplement de la proportion d'enfants pris en charge. **83 %** des cas dépistés ont été totalement traités et guéris grâce aux intrants locaux.
4	**Nombre de réunions du Comité Local de Gestion (CLG)**	Irrégulier / Réunions ad hoc	**2 réunions par mois**	Ancrage d'un suivi bimensuel systématique pour contrôler la gestion financière et réajuster les charges.
5	**Nombre de jours de ruptures d'intrants nutritionnels**	**150 jours** (de Janvier 2024 – Mars 2025)	**6 jours** (Après la mise en œuvre des activités du projet)	Élimination quasi totale des ruptures de stock d'intrants de prise en charge.

Analyse des performances et effets

- **Équilibre financier :** Les recettes présentent une tendance positive et les dépenses principales sont maîtrisées, promettant la viabilité du modèle à moyen terme.
- **Effet inattendu positif :** L'implication volontaire de certains parents d'enfants guéris de la malnutrition en tant que Relais Communautaires (RECO). Leur témoignage basé sur leur propre expérience a sans doute renforcé l'acceptabilité des messages de prévention.

5. Conclusions de l'action

Enseignements et pérennisation

1. **Une innovation durable commence par l'écoute des communautés :** L'AGR a réussi car elle répondait à un besoin concret de transformation agricole locale pour les femmes.
2. **La gouvernance est aussi importante que le financement :** La redevabilité (2 réunions/mois) et la transparence des comptes consolident la confiance communautaire.
3. **La durabilité est un processus progressif :** L'autonomie financière s'acquiert par ajustements successifs face aux réalités économiques.

Bonnes pratiques et recommandations

- **Bonnes pratiques :** Affecter une quote-part fixe des recettes du moulin à la santé ; distinguer comptablement le moulin et la décortiqueuse ; engager les parents d'enfants guéris comme pairs éducateurs.
- **Recommandations :** Constituer un fonds de réserve obligatoire pour la maintenance et le carburant ; maintenir les réunions bimensuelles du CLG ; renforcer les compétences en comptabilité simplifiée et maintenir le suivi institutionnel par l'ECZ, la DPS et Memisa.

« L'expérience de Bominenge démontre que la durabilité des interventions nutritionnelles ne repose pas uniquement sur les ressources mobilisées, mais surtout sur la capacité des communautés à s'organiser, à gouverner et à financer progressivement des solutions adaptées à leurs propres besoins. »

Capitalisation 7 : ANALYSE GLOBALE ET CRITIQUE DES EXPÉRIENCES DE FINANCEMENT AUTONOME ET PÉRENNE DE LA SANTÉ

Capitalisation des mécanismes d'AGR communautaire et hospitalière :

Zones de Santé de Bominenge et Pawa (RDC)

1. Introduction et Contextualisation

En République Démocratique du Congo (RDC), la pérennité de l'offre de soins de santé et de la prise en charge des populations vulnérables se heurte à un double défi structurel : le désengagement progressif ou l'arrêt brutal des subventions extérieures et la récurrence des ruptures d'approvisionnement en intrants stratégiques. Face à ces contraintes financières et logistiques, deux initiatives de capitalisation innovantes ont été développées avec le soutien des Équipes Cadres de Zone (ECZ), des autorités provinciales et de Memisa Belgique, dans le Sud-Ubangi (Zone de Santé de Bominenge) et le Haut-Uele (Zone de Santé de Pawa, HGR de Pawa).

Ces deux modèles reposent sur le déploiement d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) intégrées, conçues comme des leviers endogènes d'autonomisation financière :

- **À Bominenge**, l'action vise le financement durable de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère par l'installation d'un moulin et d'une décortiqueuse communautaires, dont les recettes financent directement l'achat d'intrants agricoles locaux pour la fabrication de farine enrichie.
- **À Pawa**, l'initiative cherche à garantir l'accessibilité financière et la gratuité à 100 % des soins pour les malades indigents à l'Hôpital Général de Référence (HGR) à travers la commercialisation d'eau refroidie, de boissons, puis l'exploitation d'une cantine hospitalière modernisée.

L'objectif de ce document est de réaliser une analyse globale, comparative et critique de ces deux expériences en mettant en lumière leurs facteurs d'efficacité, leurs vulnérabilités opérationnelles, ainsi que des recommandations stratégiques visant leur pérennisation et leur réplication.

2. Analyse Comparative des deux Dispositifs

Le tableau ci-dessous présente une synthèse comparative détaillée des composantes organisationnelles, financières, institutionnelles et sanitaires des deux fiches de partage d'expérience :

Axe d'Analyse	Modèle Communautaire : Bominenge (Sud-Ubangi)	Modèle Hospitalier : Pawa (Haut-Uele)
Thématique & Ancrage	Nutrition communautaire & lutte contre la malnutrition aiguë.	Prise en charge médicale et équité d'accès aux soins des indigents.
Problématique Initiale	Ruptures d'ATPE de **150 jours,** soit de Janvier 2024 – Mars 2025, forte dépendance aux bailleurs pour la farine enrichie, pénibilité pour les femmes (parcours > 50 km).	Manque de confort de base pour les patients de l'hôpital (pas d'accès à l'eau refroidie et à une cantine à l'hôpital) ; Arrêt de la subvention extérieure en 2018, lourds déficits d'impayés pour l'HGR face à l'indigence.
Solution AGR Déployée	Moulin et décortiqueuse gérés sous un statut communautaire (hangar bâti par le village).	Vente d'eau/boissons refroidies, puis construction d'une cantine hospitalière.
Actifs & Énergie Exploités	Demande économique locale de transformation de maïs, manioc et arachides.	Investissements structurants préexistants : solaire ($75 000) et adduction d'eau potable ($132 000).
Gouvernance & Acteurs	Comité Local de Gestion (CLG) présidé par le Chef de Groupement, CODESA, RECO, ECZ, EPCS.	Équipe de Direction de l'HGR, Autorités Politico-Administratives (APA), Personnel soignant.
Mécanisme Financier	Prélèvement d'une quote-part des recettes de mouture (ajustée de 60 % à 35 % selon le coût du carburant) pour l'achat des intrants de farine enrichie.	Clé de répartition des recettes de la cantine et boissons dédiée à la couverture intégrale des factures d'indigents. Compensation temporaire des déficits par l'HGR.
Performance Financière	Couverture autonome de 55 % des intrants nutritionnels ; recettes démarrées à 214 000 FC (~76 $/mois) en déc. 2024.	Croissance des recettes de ~146 $/mois au démarrage à plus de 1 800 $/mois en 2026, tendant vers l'équilibre autonome.
Impact Sanitaire & Social	Chute des ruptures à **6 jours** soit après la mise en œuvre des activités du projet ; ≥ 80 % des enfants dépistés pris en charge et guéris (206 enfants).	100 % des malades indigents identifiés pris en charge sans frais (55 patients jusqu'à mi-2026).

3. Évaluation Critique des Modèles

a) Points Forts et Facteurs de Succès

- **Valorisation des opportunités locales et réponse à des besoins réels :**
  - *Pawa* a su valoriser stratégiquement des investissements d'infrastructures lourdes (solaire et eau potable) financés par Memisa et le CHC Liège pour répondre à une attente légitime des patients et des accompagnants à l'HGR et en faire un actif commercial rentable (froid et restauration).
  - *Bominenge* a articulé la solution sanitaire à une demande économique concrète : la transformation agricole. En supprimant le déplacement pénible de 50 km vers Gemena pour les femmes, l'AGR a capté un flux financier local récurrent au bénéfice direct de la santé des enfants.

- **Ancrage institutionnel, légitimité et redevabilité :**
  - *À Pawa*, l'implication des Autorités Politico-Administratives (APA) pour valider et certifier officiellement les listes d'indigents (catégories 1 et 2) garantit une équité dans le ciblage et prévient le clientélisme.
  - *À Bominenge*, la présidence du Comité Local de Gestion par le Chef de Groupement et l'implication du CODESA assurent un contrôle social direct et un sentiment d'appropriation collective.

- **Transformation des attitudes et engagement citoyen :**
  - *Conversion des résistances internes à Pawa* : L'opposition initiale du personnel soignant (qui exigeait l'affectation des recettes de l'AGR aux primes individuelles) a été surmontée grâce à une politique de transparence et de redevabilité (70 % des réunions hebdomadaires tenues), transformant les agents en défenseurs du projet.
  - *Rôle actif des bénéficiaires à Bominenge* : L'engagement spontané de parents d'enfants guéris de la malnutrition devenant Relais Communautaires (RECO) constitue un effet d'impact social d'une grande valeur pérenne.

- **Impacts sanitaires probants :**
  - Réduction drastique des ruptures d'intrants nutritionnels de 150 jours à seulement 6 jours à Bominenge.
  - Prise en charge médicale intégrale (100 %) de 55 indigents à Pawa entre 2023 et mi-2026 sans mettre en péril la trésorerie de l'hôpital.

b) Faiblesses, Vulnérabilités et Risques Opérationnels

- **Vulnérabilité face aux chocs exogènes et inflationnistes :**
  - Le modèle de Bominenge s'est révélé très sensible à l'envolée du prix du carburant (passé de 1,4 $ à 2,5 $ le litre), ce qui a contraint le comité à réduire la quote-part réservée aux intrants de 60 % à 35 %. La dépendance aux énergies fossiles menace à terme la marge bénéficiaire de l'AGR.
  - À Pawa, le risque d'épidémies (ex. alerte Ebola) fait peser une incertitude sur la fréquentation des services et la rentabilité de la cantine.

- **Absence d'un mécanisme formalisé d'amortissement et de renouvellement du capital :**
  - Les deux initiatives souffrent de l'absence d'un Fonds Obligatoire de Réserve et d'Amortissement (FORA). Sans provisionnement systématique pour assurer la maintenance et remplacer à terme les moteurs du moulin, la décortiqueuse ou les réfrigérateurs, une panne majeure replongerait les structures dans la dépendance extérieure.

- **Autonomie financière encore partielle ou progressive :**
  - Bominenge ne finance à ce jour que 55 % des besoins globaux en intrants nutritionnels, nécessitant encore un complément pour atteindre l'autofinancement total.
  - À Pawa, durant les trois premières années, le coût réel de la prise en charge des indigents dépassait la part générée par l'AGR, contraignant l'hôpital à éponger le solde sur ses fonds propres généraux avant d'approcher l'équilibre autonome en 2026.

- **Faiblesses initiales de gestion et régularité du suivi :**
  - Des difficultés de tenue de comptabilité simplifiée et des retards de rapportage ont été observés au démarrage à Bominenge. À Pawa, 30 % des réunions hebdomadaires prévues n'ont pas pu se tenir.

4. Recommandations Stratégiques et Perspectives de Pérennisation

Afin de consolider les acquis de ces deux expériences et d'assurer leur pérennité à long terme, les recommandations suivantes sont formulées :

a) Instauration d'un Fonds Obligatoire de Réserve et d'Amortissement (FORA) :

- Prélever systématiquement 10 % à 15 % des recettes brutes de l'AGR (moulin à Bominenge, cantine/boissons à Pawa) pour les verser sur un compte bancaire ou un coffre bloqué réservé exclusivement au renouvellement des équipements lourds et à la maintenance préventive.

b) Transition technologique vers les énergies renouvelables (Bominenge) :

- Réaliser une étude de faisabilité pour la solarisation du moulin et de la décortiqueuse de Bominenge afin d'éliminer la dépendance au carburant fossile, d'annuler l'impact de l'inflation du prix de l'essence et de maximiser la marge nette réinvestie dans la nutrition.

c) Renforcement des capacités en gestion comptable et suivi institutionnel :

- Standardiser un outil de comptabilité analytique simplifiée pour les comités de gestion (CLG à Bominenge et Direction HGR à Pawa).
- Maintenir la régularité stricte des réunions de suivi financier (au moins 2 fois par mois à Bominenge et 1 fois par semaine à Pawa) avec l'accompagnement de l'ECZ et du Bureau d'Appui Technique (BAT Memisa).

d) Diversification commerciale et extension des marchés :

- *Pour Bominenge* : Structurer la commercialisation de la farine enrichie locale conditionnée dans les marchés environnants et auprès d'autres structures sanitaires pour générer des recettes additionnelles.
- *Pour Pawa* : Étendre l'offre de la cantine hospitalière aux événements extérieurs et institutions de la place pour accroître le chiffre d'affaires mensuel.

e) Institutionnalisation et intégration dans les politiques provinciales (DPS/PRONANUT/CSU) :

- Capitaliser ces deux modèles sous forme de guides méthodologiques provinciaux à la Division Provinciale de la Santé (DPS Sud-Ubangi et Haut-Uele).
- Promouvoir ces mécanismes d'AGR comme stratégies d'accompagnement de la Couverture Santé Universelle (CSU) en milieu rural pour le financement endogène de la vulnérabilité.

Capitalisation 8 : MISE EN PLACE DE L'UNITE DE PRODUCTION DES INTRANTS NUTRITIONNELS A BASE DES ALIMENTS LOCAUX A BUNIA : FAIRE FACE AUX DEFIS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE MALNUTRITION AIGUE MODEREE

CONTEXTE

Au niveau de la province de l'Ituri, selon les données de l'Enquête nationale de nutrition (ENN) 2023 :

- Prévalence de la malnutrition aigüe globale est de 4,5%
- Prévalence de la malnutrition aiguë forme sévère (MAS) est de 0,9 %
- Prévalence de la malnutrition aiguë modérée (MAM) est de 3,6%.
- Tendance à la hausse de la malnutrition chronique de 47,1% (MICS6, 2017-2018) à 52,1% (ENN-2023)
- Près de 70% des enfants n'ont pas accès au traitement en RDC

Facteurs aggravants :

- Déplacement massif des populations dû aux conflits armés,
- Accès limité aux services sociaux de base impactés par la crise (santé, eau, éducation)
- Les enfants de moins de 5 ans dans cette situation de conflits armés avec des déplacements paient un lourd tribut
- Défi important lié à la disponibilité des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) ou des aliments de supplémentation prêts à l'emploi (ASPE)
- Faible couverture en intrants nutritionnels importés (27-30%) par les ONG d'urgence humanitaire

Toutefois, le Ministère de la Santé publique, Hygiène et prévoyance sociale à travers le Programme National de Nutrition (PRONANUT) encourage l'usage des alternatives à base des aliments locaux (protocole édition 2022) pour la PEC de MAM.

L'INTERVENTION DE MEMISA BELGIQUE

Le projet consiste à mettre en place une capacité locale de production des intrants nutritionnels en vue d'une part d'augmenter la couverture thérapeutique de la malnutrition à travers la disponibilité des intrants nutritionnels produits localement et d'autre part, de contribuer à l'économie locale en mettant en valeur la production agricole locale. L'accompagnement de PRONANUT tant au niveau national qu'au niveau provincial est une exigence pour le respect des normes.

Les principales activités qui ont été réalisées :

- La réalisation d'une étude de faisabilité sur la base de l'expérience de Malteser à Adi et l'élaboration d'une feuille de route budgétisé.
- La signature d'un protocole d'accord de partenariat avec PRONANUT
- La validation de la recette locale par le comité scientifique de validation des alternatives locales de PRONANUT
- La soumission à la validation de PRONANUT du protocole de recherche opérationnelle pour la phase pilote dans la ZS de Nyankunde
- La réalisation des investissements : travaux de construction, acquisition et installation des machines et travaux confortatifs dans la cour (août 2024-août 2025) pour un montant de 290.570$



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia, Sac de 4 kg de farines « afia bora »

- Le renforcement des capacités des différentes parties prenantes (formation des prestataires et des relais communautaires sur la PCIMA et l'ANJE, dotation des outils, recrutement et formation de l'équipe de l'unité)
- L'acquisition des kits de contrôle rapide des matières premières à la livraison (tests d'aflatoxine, taux d'humidité)
- La mise en place de l'équipe de l'unité sous la responsabilité de l'Hôpital Général de Référence de Bunia et avec l'accompagnement d'un comité de gestion composé de la ZS Bunia, la DPS, PRONANUT et Memisa Belgique.
- La production des farines dénommées « **afia bora** » qui signifient « **bonne santé** » en swahili. Ces farines sont à base de maïs-soja-sucre-huile végétale

- Les contrôles qualité des farines produites respectivement par le laboratoire d'analyses de l'Office Congolais de Contrôle (OCC) et celui d'analyses et de recherche sur l'alimentation et la nutrition (LAFRAN) de l'Université de Kinshasa
- La distribution et la prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de MAM dans les 12 aires de santé que compte la ZS Nyankunde
- L'organisation des missions conjointes de suivi, de supervision et de collecte des données dans les aires de santé
- Le réaménagement budgétaire pour l'appui au fonctionnement de l'unité nutritionnelle
- L'inauguration de l'unité nutritionnelle



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia, Equipe de supervision conjointe Memisa-PRONANUT provincial au CS Tumbyabo/ZS Nyankunde

RESULTATS OBTENUS

Les principaux résultats obtenus sur la période (octobre-novembre 2025) pour la phase pilote dans la ZS Nyankunde :

- 100% de taux de conformité suite aux différentes analyses faites (prélèvement d'échantillon par lot de production)
- Nombre de prestataires formés en PCIMA : 26 dont 6 femmes (23%)
- Nombre de RECO formés sur leurs attributions en PCIMA, les techniques de prise du périmètre brachial et en ANJE : 110 dont 41 femmes (37%)
- **Quantité de farines produites : 1864 sacs de 4 kg, soit 7456 Kg (7,5 tonnes)**
- **Quantité de farines distribuées dans les AS : 1075 sachets de 4 kg soit 4300 kg**
- Nombre d'enfants dépistés : 2554 dont 1186 garçons (46,4%) et 1368 filles (53,6%)
- Nbre d'enfants avec Malnutrition Aigüe (MA) pris en charge dans les Unité Nutritionnelle Supplémentaires (UNS)/communauté : **319 dont 146 garçons (45,8%) et 173 filles (54,2%)**



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia, Suivi des enfants (mensuration du périmètre brachial) Nyankunde

TEMOIGNAGES

Une gardienne d'enfant dans l'Aire de santé de Birinyama



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia

« Je suis la grand-mère de cet enfant. Je remercie l'autorité qui a songé de nous envoyer cette boullie, parce que quand cet enfant dont la mère est décédée depuis le 15 octobre était tombé malade je ne savais quoi faire. Mais les infirmiers de CS Birinyama nous ont informé de la disponibilité de la farine pour la bouillie, je me suis directement présenté avec l'enfant et elle été prise en charge après consultation. J'exprime ma grande satisfaction par rapport à l'amélioration nette de l'état de santé de mon enfant de 7 mois suite à la prise de la bouillie à base de la farine afia bora. L'enfant a repris l'appétit. Pas d'effets secondaires à la prise. Je remercie Memisa et les partenaires qui offrent cette farine. »

Pour Emmanuel, l'Infirmier Titulaire du CS de Birinyama,

« Le gain de poids chez la plupart des enfants pris en charge est en moyenne de 300g toutes les deux semaines. La farine afia bora est bien tolérée par les enfants »



Crédit photo : BAT MEMISA Bunia

DEFIS

- Disponibilité des matières premières surtout les variétés retenues pour le soja
- Insécurité dans les zones à vocation agricole de la province
- Disponibilité de fonds pour la phase d'extension de l'unité de production

CONCLUSION

Cette activité mérite d'être poursuivie. Il serait utile de :

- Apporter un appui pour la phase d'extension en vue de la couverture thérapeutique dans plusieurs zones d'intervention de la province de l'Ituri
- Renforcer les acquis de contrôle qualité
- Mettre en place un modèle économique hybride entre subvention publique ou communautaire, et commercialisation ciblée de la farine nutritionnelle en direction des ONG et autres acteurs des urgences humanitaires.

Capitalisation 9 : « INTEGRATION DES SOINS DE SANTE MENTALE DANS LA ZONE DE SANTE DE MANGEMBO : ACCESSIBILITE ET UTILISATION DE SERVICES DE SOINS DE SANTE MENTALE DE QUALITE »

- **Responsable(s) de la capitalisation :** Dr Justin BASISA (MCZ), Mr Héritier KUNTUALA (AC), MPUTU KEMBO Dierto, MD, MPH (ATR, Directeur du BDOM Kisantu)
- **Lieu de l'action :** République Démocratique du Congo – Province du Kongo Central – Zone de Santé de Mangembo (couvrant l'ensemble de la population répartie dans 10 aires de santé, ainsi que le personnel soignant et les relais communautaires).
- **Autre(s) acteur(s) ayant contribué à l'action :** MEMISA, Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kongo Central à travers le Chef de Division, l'Encadreur polyvalent provincial (EPP), le Coordonnateur Provincial du Programme National de Santé Mentale (PNSM), le consultant Expert Neuropsychiatre, les prestataires de soins et des relais communautaires (y compris des tradipraticiens et des religieux).
- **Politique / Norme liée à l'action :** Politique Nationale de la Santé Mentale (PNSM) et Plan d'action global de la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2013)
- **Initiative similaire ayant inspiré l'action :** Projet d'intégration des Soins de Santé Mentale (SSM) dans la Zone de Santé de Lubero

Résumé de l'action

Face à l'absence de couverture en services de soins de santé mentale (SSSM) dans la province du Kongo Central — en violation des dispositions du PNSM et du plan de l'OMS — la Zone de Santé de Mangembo, avec l'appui de ses partenaires (MEMISA et BDOM), a initié un processus structuré pour intégrer les Soins de Santé Mentale et de Soutien Psychosocial (SMSPS). L'approche repose sur un état des lieux initial mené en mai 2022 (aboutissant à une feuille de route), un renforcement progressif des compétences des prestataires de soins et des acteurs communautaires par vagues successives (couvrant progressivement les 10 aires de santé entre 2023 et juillet 2025), ainsi qu'un accompagnement technique et des supervisions trimestrielles de la DPS et du PNSM.

1. Contexte et Problématique

- **Profil sanitaire et épidémiologique :** Dans la province du Kongo Central, l'accès aux soins de santé mentale constituait un défi critique de santé publique.
- **Le problème initial :** Avant cette initiative, **aucune des zones de santé de la province n'était couverte** par des services de soins de santé mentale, laissant les personnes souffrant de troubles psychiques sans alternative thérapeutique de proximité. Entre 2020 et 2022, malgré l'inexistence initiale du service, 136 cas (épilepsie, psychose, dépression, etc.) ont tout de même été admis à l'HGR de Mangembo, avec 14 décès enregistrés sur la période.
- **Besoin communautaire identifié :** Offrir une prise en charge holistique, accessible et de qualité en intégrant la santé mentale au niveau des structures de soins de première ligne et en luttant contre la stigmatisation au sein des communautés locales.

2. Ligne du Temps / Chronologie des Activités Clés

- **Mai 2022 (Phase préparatoire) :** Réalisation de l'état des lieux initial dans la ZS de Mangembo pour évaluer les capacités de réponse, les intrants et l'implication communautaire ; élaboration de la **feuille de route stratégique**, boussole de l'exécution du projet.
- **2023 (1ère Phase de déploiement) :** Intégration de Soins de Santé Mentale et Psychosocials dans la première cohorte de **4 aires de santé** (Mbanzalele, Kimbanza, Kiniangi, Mangembo) et formation de 14 prestataires et 20 acteurs communautaires.
- **2024 (2ème Phase d'extension) :** Poursuite de l'intégration dans **2 aires de santé supplémentaires** (Miyamba et Tadi) et formation de 4 prestataires additionnels et 11 acteurs communautaires (relais communautaires, tradipraticiens).
- **Juillet 2025 (Phase de couverture totale) :** Extension finale et effective des SMSPS dans les **4 dernières aires de santé** (Bienga, Buongo, Kinsumbu et Sundi-Mamba), portant la couverture à 100 % (les 10 aires de santé de la ZS de Mangembo), avec la formation de 10 prestataires supplémentaires.

- **Suivi continu (2022 – 2025 et au-delà) :** Réalisation de missions de suivi-supervision trimestrielles mixtes par le Coordonnateur Provincial du PNSM, la DPS et les parties prenantes.

3. Mise en Œuvre de l'Action : Stratégie, Acteurs et Gouvernance

• Activités réalisées :

- Réhabilitation et adaptation d'infrastructures sanitaires de base (ex. CSR de Sundilutete, Kiniangi, etc.).
- Renforcement des capacités techniques des prestataires de santé et des acteurs communautaires (tradipraticiens, religieux, RECO) par un expert en santé mentale, combinant formation classique et stages pratiques.
- Dotation en matériels complémentaires, en médicaments psychotropes essentiels validés au préalable par l'expert neuropsychiatre et le délégué provincial du PNSM, ainsi qu'en outils de travail.
- Sensibilisation de la communauté par les relais communautaires

• Cartographie et rôle des acteurs :

- ***L'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) de Mangembo :*** Pilote la mise en œuvre opérationnelle et la coordination sur le terrain.
- ***La DPS / PNSM :*** Assure le suivi institutionnel, l'encadrement technique, la validation des normes et des supervisions trimestrielles.
- ***Les prestataires de santé et relais communautaires :*** Assurent la prise en charge clinique de proximité, la collecte/transmission des données et la sensibilisation active.
- ***MEMISA Belgique et les Amis de Mangembo :*** Assurent l'appui financier majeur (environ 90 % des investissements de réhabilitation, du fonctionnement et des activités).

4. Facteurs Facilitants, Obstacles et Ajustements

• Facteurs facilitants :

- L'approche par vagues progressives (2023, 2024, 2025) permettant de consolider les acquis et d'ajuster l'action au fur et à mesure.
- L'implication active des autorités provinciales (DPS/PNSM) et des partenaires (MEMISA).
- La création dynamique d'un groupe d'échange (WhatsApp) favorisant la formation continue des prestataires et le partage d'expériences.

- **Obstacles majeurs :** L'absence initiale de services de santé mentale, le manque de personnel qualifié au départ, et la position frontalière de la ZS (avec le Congo-Brazzaville et d'autres ZS voisines) qui a complexifié le suivi des patients stabilisés en l'absence de mécanismes transfrontaliers formels.
- **Ajustements apportés :** Combinaison de la formation théorique et de stages pratiques pour doter rapidement les équipes polyvalentes des compétences requises.

5. Résultats Obtenus

- **Évolution de la couverture :** Passage de 0 à **10 aires de santé couvertes** (couverture totale de la Zone de Santé de Mangembo atteinte en juillet 2025).
- **Financement et viabilité :** Mobilisation réussie des investissements à ~90 % par MEMISA Belgique et les Amis de Mangembo, couplée à un mécanisme de financement communautaire (10 %) alimenté par les contributions des patients (caisse de solidarité) et l'allocation stable de 3 % des recettes de la ZS.
- **Indicateurs de prise en charge :** Montée en puissance de l'utilisation des services de première ligne (par exemple, 84 nouveaux cas en 2023, 197 en 2024, avec une forte orientation communautaire atteignant 62 des cas en 2024).

Fig1 : Nombre de cas de patients en santé mentale reçus dans les structures de santé (CS, HGR)

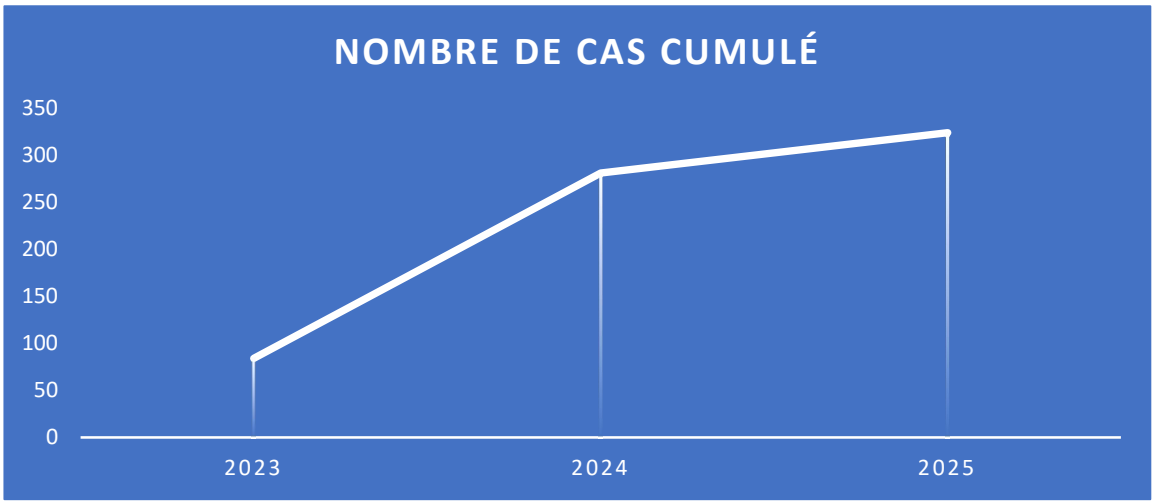
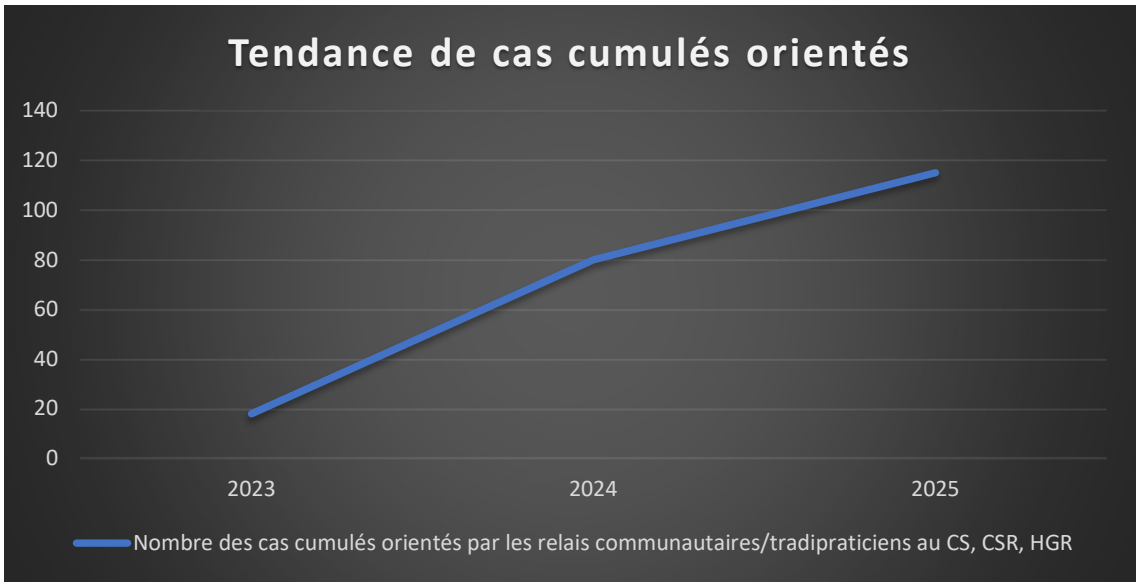


Fig2 : Nombre de cas de patients en santé mentale référés par les relais communautaires/tradipraticiens vers les structures de santé (CS, HGR)



6. Conclusions, Bonnes Pratiques et Recommandations

- **Enseignements clés :**
  - L'approche d'intégration progressive par vagues (déployée de 2023 à 2025) s'avère extrêmement efficace car elle permet d'évaluer pas à pas, d'ajuster les interventions et de s'appuyer sur l'expérience des équipes déjà formées lors des réunions de revue et de partage.
- **Bonnes pratiques :**
  - L'élaboration en amont d'une feuille de route claire suite à l'état des lieux de mai 2022.
  - L'approche graduelle par vagues d'extension géographique.
  - L'institutionnalisation d'une caisse de solidarité locale adossée aux recettes de la zone pour assurer la pérennité financière.
  - Le couplage des supervisions trimestrielles de la DPS et du PNSM.
- **Recommandations :** Pérenniser l'accompagnement technique de la DPS, encourager l'autonomie financière de la caisse de solidarité, consolider la collaboration intersectorielle (tradipraticiens, religieux, prestataires), et plaider pour l'extension de cette bonne pratique aux zones frontalières et autres ZS non couvertes.

Capitalisation 10 : RÉSUMÉ D'ÉVALUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE CAPITALISATION : DÉTERMINANTS DU CONTRÔLE GLYCÉMIQUE, MORBIDITÉ ET TRAJECTOIRES DE SOINS CHEZ LES JEUNES DIABÉTIQUES DE TYPE 1 EN RDC

Projet Changing Diabetes in Children (CDiC) : Memisa Belgique / Novo Nordisk

Équipe de rédaction	:	**Juste Momboto Mosoko, Matthieu Kasongo Musenge, Jean-Clovis Kalobu Kabundi, Olivier Kidima, Jules-Alexis Diaka Tabembo, Jean-Marie Ipay Ita, Norohaingo Andrianaivo, Hilde Buttiens, Xavier De Béthune**
Organisations partenaires	:	Clinique diabétique de l'HGR de Vanga (DPS Kwilu), CSR Saint Kizito d'Idiofa (DPS Kwilu), Hôpital Saint Luc de Kisantu (DPS Kongo Central), Memisa Belgique, Novo Nordisk.

Résumé Exécutif

Le diabète de type 1 (DT1) chez l'enfant et le jeune adulte constitue une urgence pédiatrique et sociale en Afrique subsaharienne, où l'espérance de vie après diagnostic sans prise en charge adaptée reste inférieure à 10 ans. En République Démocratique du Congo (RDC), le partenariat CDiC (Changing Diabetes in Children) réunit Memisa et Novo Nordisk pour offrir un accès gratuit à l'insuline et au matériel de suivi.

Une étude observationnelle multicentrique menée entre mars et août 2025 auprès de 347 jeunes diabétiques (âgés de 10 à 25 ans) suivis dans trois sites pilotes (Vanga, Idiofa, Kisantu) apporte un éclairage crucial sur les goulots d'étranglement de la prise en charge :

- **Un équilibre métabolique alarmant :** La moyenne globale d'HbA1c est de 10,35 % ± 2,77 %, et seuls 13,9 % des patients atteignent la cible thérapeutique (HbA1c < 7,0 %). Plus d'un patient sur cinq (20,5 %) présente des glycémies extrêmes (> 500 mg/dL).
- **L'illusion de la gratuité isolée :** L'octroi gratuit de l'insuline assure la survie immédiate mais s'avère insuffisant pour équilibrer la maladie en l'absence de sécurité alimentaire et de suivi biologique régulier.
- **Le drame du sous-dosage et de l'insécurité alimentaire :** Les patients indigents (78,1 % de la cohorte) reçoivent une dose moyenne d'insuline très sous-optimale (0,53 UI/kg/jour contre 0,7 à 1,0 UI/kg/j recommandés par l'ISPAD), principalement en raison de la peur parentale de l'hypoglycémie sur ventre vide.
- **Inégalités territoriales de morbidité et mortalité :** La structure rurale d'Idiofa concentre 94,6 % des comas acidocétosiques et 83,3 % des cas de malnutrition, tout en affichant la mortalité la plus élevée (6,5 %). À l'inverse, Kisantu fait face à un risque fort d'évaporation thérapeutique (18,4 % de perdus de vue).

Pour la période 2024–2027, la capitalisation appelle à coupler l'insulinothérapie à un paquet d'assistance nutritionnelle et d'AGR, à sécuriser la chaîne du froid et les réactifs HbA1c, à basculer vers des schémas d'insuline modulables et à structurer la rétention communautaire. Plusieurs actions correctrices ont été apportées par le projet (Dotation en équipement adapté pour l'HbA1c, formation/recyclage des prestataires, Matériels roulants pour Vanga & Idiofa à la recherche des perdus des vue, etc.).

1. Contexte et justification

a. Contexte Épidémiologique Global et Régional

Le diabète sucré représente l'une des crises sanitaires majeures du 21e siècle, touchant plus de 830 millions de personnes dans le monde. En Afrique subsaharienne, où vivraient plus de 50 000 enfants et jeunes adultes traités pour un diabète de type 1 (DT1) en 2024, près de 73 % des cas demeurent non diagnostiqués(1) . En l'absence de soins spécialisés, l'espérance de vie d'un enfant de 10 ans diagnostiqué diabétique en Afrique n'excède pas 10 ans, contre plus de 60 ans dans les pays à haut revenu.

b. La Situation du Diabète de Type 1 en RDC et le Programme CDiC

En RDC, le diabète figure parmi les cinq premières causes de mortalité nationale(2) . Plus de 1 000 enfants et jeunes adultes y sont actuellement pris en charge à travers 18 cliniques spécialisées soutenues par la coalition internationale *Changing Diabetes in Children* (CDiC), opérée localement par Memisa Belgique en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et Novo Nordisk(3) .

Le programme CDiC vise une prise en charge intégrée comprenant la gratuité des insulines humaines (Rapide, NPH, Mixtard), la dotation en glucomètres et bandelettes de contrôle capillaire, le suivi trimestriel de l'hémoglobine glyquée (HbA1c).

La convention de partenariat 2024–2027 fixe des objectifs stratégiques ambitieux : (i) l'enrôlement de 480 nouveaux enfants,



Crédit photo: Staff Memisa BAT Kinshasa, Appui aux réunions d'éducation des enfants diabétiques accompagnés de leurs parents



Crédit photo: Staff Memisa BAT Kinshasa, Renforcement des capacités des prestataires en suivi clinique et paraclinique des patients par l'équipe de Memisa

(ii) la formation de 100 nouveaux professionnels de santé, le recyclage de 66 prestataires et l'organisation systématique d'éducation thérapeutique.

c. Objectifs de l'Étude de Capitalisation

Afin d'optimiser la mise en œuvre de cette phase de la mise en œuvre du projet, Memisa a initié une étude observationnelle et analytique visant à identifier les déterminants sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques du contrôle glycémique, à cartographier la morbidité et à analyser les trajectoires de soins des jeunes diabétiques.

2. CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE

a. Type et Période d'Étude

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique, transversale et analytique couvrant une période d'observation standard de 6 mois (mars à août 2025).

b. Sites d'Étude et Diversité des Contextes

L'étude a été conduite dans trois structures hospitalières associées aux cliniques CDiC, représentant des contextes socio-économiques et géographiques très contrastés :

1. **HGR de Vanga (DPS Kwilu) :** Zone rurale enclavée dotée d'une tradition hospitalière forte.
2. **CSR Saint Kizito d'Idiofa (DPS Kwilu) :** Zone rurale d'extrême vulnérabilité, très isolée sur le plan logistique.
3. **Hôpital Saint Luc de Kisantu (DPS Kongo Central) :** Zone périurbaine dynamique située sur l'axe routier stratégique Kinshasa-Matadi.

c. Population et Critères de Sélection

- **Critères d'inclusion :** Jeunes patients diabétiques de type 1 âgés de 10 à 25 ans, suivis de manière active depuis au moins 6 mois dans une clinique CDiC ciblée.
- **Critères d'exclusion :** Cas de diabète découvert lors de la grossesse chez la jeune fille (diabète gestationnel).

d. Variables Analysées et Traitement Statistique

Les variables ont été structurées en quatre domaines : sociodémographiques, biologiques et cliniques, thérapeutiques, et évolutives. Les données ont été analysées à l'aide des tests statistiques usuels (Khi carré de Pearson et test t de Student, avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$).

3. RÉSULTATS CLÉS ET INDICATEURS

a. Profil sociodémographique et différentiation spatiale

La cohorte globale comprend 347 patients (âge moyen 20,71 ± 8,33 ans ; 51,0 % de sexe féminin). L'analyse par site révèle une ségrégation socio-économique profonde: Kisantu présente une population majoritairement non-indigente (89,8 %), tandis qu'à Vanga et Idiofa, l'indigence frappe respectivement 86,2 % et 92,8 % des patients ($p < 0,001$).

b. Couverture du Suivi Biologique et Équilibre Glycémique

Tableau 1: Répartition des moyennes des couvertures en HbA1c, valeurs HbA1c et glycémie

Structure de Soins	Couverture HbA1c (%)	HbA1c Moyenne (%)	Glycémie Capillaire Moyenne (mg/dL)
Kisantu (HSLK)	67,3 % (33/49)	10,77 % ± 2,63 %	318,40 ± 157,51
Vanga (HGR)	59,1 % (94/159)	10,63 % ± 2,80 %	356,80 ± 123,58
Idiofa (CSR St Kizito)	28,1 % (39/139)	9,34 % ± 2,62 %	328,00 ± 145,43
Ensemble Cohorte	**47,8 % (166/347)**	**10,35 % ± 2,77 %**	**342,02 ± 128,45**

capillaire :

Constats majeurs : Moins de la moitié des patients (47,8 %) ont bénéficié d'un dosage d'HbA1c. L'HbA1c moyenne s'élève à 10,35 %, et seuls 13,9 % des patients atteignent la cible recommandée (HbA1c < 7,0%).

c. Profil de Morbidité, Acidocétose et Malnutrition

Tableau 2 : Répartition des complications aiguës et chroniques selon l'indigence et le site

Complication	Global (N=347)	Indigent (N=271)	Non-Indigent (N=76)	p-value	Idiofa (N=139)	Vanga (N=159)	Kisantu (N=49)	p-value
Acidocétose (ACD)	112 (32,3 %)	102 (37,6 %)	10 (13,2 %)	**0,001**	106 (76,3 %)	6 (3,8 %)	0 (0,0 %)	**< 0,001**
Malnutrition	84 (24,2 %)	78 (28,8 %)	6 (7,9 %)	**0,003**	70 (50,4 %)	14 (8,8 %)	0 (0,0 %)	**< 0,001**

Complication	Global (N=347)	Indigent (N=271)	Non-Indigent (N=76)	p-value	Idiofa (N=139)	Vanga (N=159)	Kisantu (N=49)	p-value
Hypoglycémie	12 (3,5 %)	8 (3,0 %)	4 (5,3 %)	0,339	3 (2,2 %)	8 (5,0 %)	1 (2,0 %)	0,370
Neuropathie	9 (2,6 %)	7 (2,6 %)	2 (2,6 %)	0,985	0 (0,0 %)	9 (5,7 %)	0 (0,0 %)	0,007
Néphropathie	8 (2,3 %)	5 (1,8 %)	3 (3,9 %)	0,289	0 (0,0 %)	8 (5,0 %)	0 (0,0 %)	0,013

Constats majeurs sur les complications :

- **L'acidocétose aiguë** est 3 fois plus fréquente chez les indigents (37,6 % vs 13,2 %, p = 0,001).
- **La malnutrition** touche 28,8 % des indigents contre 7,9 % des non-indigents (p = 0,003).
- **Foyer hyper-critique d'Idiofa :** Le site d'Idiofa concentre à lui seul 94,6 % de l'ensemble des comas acidocétosiques (106/112) et 83,3 % de la malnutrition (70/84) enregistrés dans l'étude.

d. Doses d'Insuline et Sous-Dosage Posologique

Tableau 3 : Apports quotidiens moyens d'insuline (UI/jour)

Type d'Insuline / Posologie	Idiofa	Vanga	Kisantu	Indigent	Non-Indigent
Insuline Rapide	13,53 ± 11,20	9,85 ± 10,40	9,51 ± 9,80	11,01 ± 10,20	12,24 ± 11,10
Insuline NPH (Retard)	5,78 ± 8,40	9,69 ± 11,10	14,33 ± 12,50	7,19 ± 9,20	14,43 ± 12,80
Insuline Prémélangée (Mixtard)	10,71 ± 11,52	4,30 ± 8,10	11,02 ± 12,10	6,98 ± 9,40	10,79 ± 12,20
Dose Quotidienne Totale (DQT)	**30,02 ± 12,40**	**23,84 ± 14,20**	**34,86 ± 11,80**	**25,18 ± 13,10**	**37,46 ± 12,90**

Écart majeur aux standards internationaux ISPAD :

Pour un poids moyen de 46,8 kg, les patients indigents reçoivent en moyenne 25,18 UI/jour, soit à peine 0,53 UI/kg/jour. Cela met en évidence un sous-dosage massif au regard des recommandations ISPAD (0,7 à 1,0 UI/kg/jour). Les non-indigents reçoivent quant à eux 37,46 UI/jour (0,80 UI/kg/jour).

e. Rétention dans le Programme, Perdus de Vue et Mortalité à 6 Mois

Tableau 4: Statut vital et devenirs cliniques des patients à 6 mois

Statut Vital	Indigent (N=271)	Non-Indigent (N=76)	Idiofa (N=139)	Vanga (N=159)	Kisantu (N=49)
En vie / Suivi actif	252 (93,0 %)	60 (78,9 %)	123 (88,5 %)	155 (97,5 %)	34 (69,4 %)
Perdu de vue (PDV)	7 (2,6 %)	9 (11,8 %)	7 (5,0 %)	0 (0,0 %)	9 (18,4 %)
Décédé	11 (4,1 %)	2 (2,6 %)	9 (6,5 %)	2 (1,3 %)	2 (4,1 %)
Transféré	1 (0,4 %)	5 (6,6 %)	0 (0,0 %)	2 (1,3 %)	4 (8,2 %)

Analyse des trajectoires de soins :

- **Rétention globale : 89,9 % (312/347)** des patients restent suivis de manière active.
- **Perdus de vue (4,6 %) :** Concentrés en milieu périurbain à Kisantu (18,4 %, p < 0,001).
- **Mortalité (3,7 %, n=13) :** Touche de manière écrasante les indigents (84,6 % des décès). Idiofa enregistre le taux le plus lourd (6,5 %).

4. DISCUSSION ET HYPOTHÈSES EXPLICATIVES

a. Le Paradoxe d'Idiofa : Biais de Recrutement d'Urgence vs Bilan Chronique

Idiofa présente l'HbA1c la plus basse (9,34 %) malgré une fréquence dramatique d'acidocétose (76,3 %). Ce paradoxe découle d'un biais de sélection : les dosages n'ont été réalisés qu'en réanimation lors de décompensations inaugurales, sous-estimant la glycémie moyenne chronique.

b. Effet Plafond du Déséquilibre et les Limites de la Gratuité Seule

L'absence de différence entre indigents et non-indigents montre que la gratuité de l'insuline est nécessaire mais insuffisante sans sécurité alimentaire et littératie en santé.

c. L'Engrenage Vicieux : Précarité Alimentaire, Sous-Dosage et Cétogenèse

La peur de l'hypoglycémie sur ventre vide pousse au sous-dosage (0,53 UI/kg/j), entraînant un catabolisme et des récidives d'acidocétose.

d. Double Profil d'Attrition : Mortalité Rurale vs Mobilité Périurbaine

La mortalité rurale est liée aux arrivées tardives, tandis que l'évaporation à Kisantu (18,4 % PDV) s'explique par la mobilité sur l'axe Kinshasa-Matadi.

5. RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES ET PLAN D'ACTION OPÉRATIONNEL (2024–2027)

a. Intégration d'un Support Nutritionnel et Activités Génératrices de Revenus (AGR)

- ✓ Spécifiquement pour Vanga et Idiofa, appuyer si possible en cofinancement des AGR autoportées permettant de distribuer des éléments nutritionnels à haute valeur énergétique lors des consultations trimestrielles.
- ✓ Contacter la PRONANUT provinciale pour des actions concertées et synergiques pour les multiples cas de malnutrition associés entr'autre au diabète de type 1

b. Sécurisation de la Chaîne d'Approvisionnement Biologique et de la Chaîne du Froid

- ✓ Continuer la dotation en cartouches de l'HemoCue HbA1c adapté au milieu (pas besoin de chaine de froid) pour le suivi biologique ;
- ✓ Echanger avec les ZS voisines d'Idiofa et/ou Vanga pour l'approvisionnement des enfants diabétiques en accumulateurs de froid pour ceux qui ont des boites isothermes (BI) pour la conservation à domicile des insulines ;
- ✓ Faire une dotation des enfants en BI ou équivalent pour garder les insulines au froid, pour les villages éloignés de la clinique diabétique.

c. Flexibilisation des Schémas d'Insulinothérapie et Formation des Soignants

- ✓ Transition vers le schéma Basal-Prandial et continuer la formation de 100 nouveaux professionnels aux standards ISPAD.

d. Unité de Réanimation Métabolique et Dépistage Précoce

- ✓ Proposer un Kit d'urgence acidocétose à Idiofa même, en co-financement avec un partenaire technique et financier.

e. Dispositif Communautaire de Rétention et Registre Numérique

- ✓ Intégration du paquet communautaire diabète chez les Relais Communautaires (RECO) en vue de faciliter le suivi communautaire des enfants en complément au suivi clinique réalisé par les prestataires eux même.

6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LES BAILLEURS DE FONDS

La gratuité est vitale, mais la survie durable exige une approche holistique intégrant nutrition, éducation et suivi biologique systématique. Ce n'est qu'à ce prix que les standards internationaux seront atteints en RDC.

Bibliographie

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 2025.
2. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE HEPS. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET DE PREVOYANCE SOCIALE (PNDS-PS 2024-2033) [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 28]. Available from: https://fr.scribd.com/document/871368944/PNDS-PS-2024-2033-Octobre-2024-Final
3. Memisa Belgique. Rapport Narratif 2024 de la Mise en oeuvre du projet CDiC. 2024.

Capitalisation 11 : SYNTHESE DE L'ETUDE : LA TECHNIQUE DE BOURSE DANS LES PERFORATIONS INTESTINALES DUES A LA FIEVRE TYPHOÏDE

Auteurs de l'étude

- Dr Pius Wonga, Omokala Epenge Cyrile, Longe Tawonya Emile, Lokalokola Kasongo Francois, Yemba Lotola Joseph, Kabundji Mwandja Louis, et Xavier de Béthune.
- Affiliation : Service de chirurgie, Hôpital Général de Référence (HGR) de Katako-Kombe / Université Notre Dame de Tshumbe.

Contexte de l'étude

L'expérience s'est déroulée en République Démocratique du Congo (RDC), dans la province du Sankuru, au sein de la Zone de Santé et de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Katako-Kombe :

- Cadre géographique et démographique : La zone de santé couvre 8 400 km², avec une densité de 16 habitants/km² et une population totale de 187 098 habitants.
- Organisation sanitaire : Un réseau de 17 centres de santé dispense les soins de premier échelon et réfère les cas complexes vers l'HGR. L'HGR dispose de 115 lits (dont 34 lits chirurgicaux), de 2 salles d'opération, d'un laboratoire et d'un service d'imagerie simple, pour une équipe médicale de 6 médecins dont un seul chirurgien.
- Socio-démographie et hygiène : L'accès aux soins est particulièrement difficile dans cette zone rurale où les conditions d'hygiène laissent à désirer, marquées par la pauvreté, l'absence d'eau potable et de sources aménagées. Malgré ces difficultés, l'HGR de Katako-Kombe bénéficie d'une forte renommée grâce à l'engagement de son personnel.
- Partenariat : L'intervention et l'étude couvrant la période de 2020 à 2025 ont bénéficié de l'appui technique et financier de Memisa et de MSV Belgique.

1. Introduction

- Les perforations iléales dues à la fièvre typhoïde constituent l'une des complications les plus graves de cette pathologie, particulièrement dans les pays à faibles revenus.
- L'étude a été menée à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Katako-Kombe en République Démocratique du Congo (RDC), avec l'appui de Memisa et MSV Belgique.
- Face à une mortalité postopératoire élevée observée entre 2020 et 2021, l'équipe chirurgicale a développé une nouvelle approche thérapeutique basée sur la **technique de bourse** (inspirée de l'enfouissement du moignon appendiculaire), associée à une réduction du délai préopératoire, à la suppression du lavage péritonéal et à une renutrition précoce.

2. Matériel et Méthodes

- **Type et période d'étude : Étude descriptive comparative portant sur deux séries chronologiques successives :**
  - *Série 1 :* du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021.
  - *Série 2 :* du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025.
- **Critères d'inclusion :** Tous les patients (enfants et adultes) présentant une péritonite par perforation iléale typhique confirmée par laparotomie.
- **Critères d'exclusion :** Les patients décédés avant l'intervention chirurgicale, les patients non opérés et les péritonites d'origine non typhique.

- **Protocoles thérapeutiques :**
  - *Première série (2020-2021) :* Réanimation préopératoire prolongée, lavage abondant de la cavité abdominale (8 à 15 litres), suture des perforations intestinales simple ou stomie, alimentation précoce et antibiothérapie (ceftriaxone et métronidazole).
  - *Seconde série (2022-2025) :* Suture des perforations par la technique de bourse, aspiration-assèchement sans lavage systématique, drainage large, réalimentation précoce et antibiothérapie adaptée.

3. Résultats

A. Paramètres préopératoires

Les paramètres cliniques généraux étaient globalement comparables entre les deux groupes, bien que la durée de la phase préopératoire ait été réduite de 1,8 fois dans la seconde série.

Tableau 1. Comparaison des paramètres préopératoires

Paramètres préopératoires	Patients 2020-2021	Patients 2022-2025
Poids moyen (kg)	43,3	40,7
% T° > 37,9 °C	39%	47%
% obnubilé à l'admission	0%	2%
Durée moyenne d'arrêt des gaz (jours)	1,9	1,6
% ictérique	ND	4%
Diurèse horaire (ml/h)	ND	30,36
Taux d'hémoglobine préopératoire (g/l)	ND	10,4
% taux Hb < 7 g/l	ND	0%
% TA préopératoire < 70 mmHg	ND	0%
Temps moyen à l'hôpital avant intervention (heures)	10,5	5,8
Temps médian à l'hôpital avant intervention (heures)	7,5	6
% > 24h à l'hôpital avant intervention	9%	0%

B. Paramètres peropératoires

La proportion de patients présentant de multiples perforations iléales (3 ou plus) était nettement plus faible dans le deuxième groupe, ce qui explique en partie l'absence de recours à la stomie.

Tableau 2. Comparaison des paramètres peropératoires

Paramètres peropératoires	Patients 2020-2021	Patients 2022-2025
% avec 3 ou plus de perforations	64%	10%
Quantité moyenne de sécrétions (ml)	1214	1087
% avec min 1000 ml de sécrétions	45%	42%
% avec max 250 ml de sécrétions	7%	12%
Nombre de sutures	22	83
Nombre de stomies	22	0
% avec stomie	50%	0%

C. Évolution postopératoire et mortalité

L'évolution postopératoire globale s'est améliorée et le taux de mortalité a chuté de manière spectaculaire, passant de 34 % à 8 %.

Tableau 3. Comparaison de l'évolution postopératoire

Evolution postopératoire	Patients 2020-2021	Patients 2022-2025
Bonne	24	63
Mauvaise	10	8
Péritonite post-opératoire	1	1
Dénutrition	3	0
Infection pariétale	5	9
Fistule	1	1
Total avec mauvaise évolution	20	19
% avec mauvaise évolution	45%	23%
Décès	15	7
Mortalité	34%	8%

4. Discussion

- **Portée et originalité :** La technique de bourse n'avait pas été documentée antérieurement dans la littérature pour la prise en charge des perforations typhiques. Elle s'inspire directement de la technique d'enfouissement appendiculaire (Collard, 2023).
- **Limites méthodologiques :** En l'absence d'un protocole de recherche détaillé, l'étude présente certaines limites, telles que l'absence de randomisation, l'absence de groupe contrôle strict et un effectif limité. Un biais de sélection potentiel réside également dans le profil des patients de la seconde série, qui présentaient moins de perforations multiples.
- **Facteurs de succès :** Il est difficile d'isoler un facteur unique expliquant la réduction de la mortalité : la baisse résulte vraisemblablement d'une combinaison de facteurs comprenant la technique de bourse, l'aspiration des sécrétions, le drainage large, la renutrition précoce et la diminution du délai préopératoire.

Conclusion

Associée à l'aspiration des sécrétions, au drainage large, à l'alimentation précoce et à une antibiothérapie adaptée, la **technique de bourse** pourrait constituer une alternative thérapeutique efficace et prometteuse pour réduire significativement la mortalité postopératoire des perforations typhiques en milieu à ressources limitées. Des études multicentriques de nature académique sont recommandées pour confirmer ces résultats.

Capitalisation 12 : PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DE LA VACCINATION DE ROUTINE POUR LA REDUCTION DU NOMBRE D'ENFANTS ZERO-DOSE ET SOUS-VACCINES (PROJET FAE/OVM) AU SUD UBANGI

1. DONNEES D'IDENTIFICATION DE L'ACTION

Nom de l'action	**Projet d'Appui au Renforcement de la Vaccination de routine pour la réduction du nombre d'enfants Zéro-Dose et sous-vaccinés (Projet FAE/OVM).**
Pays	République Démocratique du Congo (RDC).
Zone géographique	Province du Sud-Ubangi, incluant la zone de santé urbaine de Gemena et la zone de santé rurale de Bominenge
Responsable(s) de l'action	Dr Norohaingo ANDRIANAIVO (Représentant de Memisa Belgique en RDC)
Auteurs de la capitalisation	Jacques LIKELE (Memisa Gemena), Christian ETOZA (MCA PEV Sud-Ubangi, Justin Kongbo (MCZS Gemena), Alexis MAZENGE (MCZS Bominenge), Matthieu KASONGO (RN Memisa Belgique), Juste MOMBOTO (RN Memisa Belgique)
Durée prévue (date de fin prévue)	14 mois d'intervention (Novembre 2024 à Décembre 2025), pour une durée initiale planifiée de 24 mois (Novembre 2024 à Novembre 2026).
Approche stratégique	Offre active de vaccination via le dépistage systématique en consultation curative/hospitalisation (jetons OVM) couplée à un mécanisme d'achat stratégique de performance et un audit mixte (technique et communautaire).

2. ANALYSE DE LA SITUATION

La République Démocratique du Congo fait face à une crise sanitaire chronique, se positionnant au sixième rang mondial en termes de fardeau de non-vaccination, avec environ 734 000 enfants dits « zéro-dose » n'ayant reçu aucun vaccin de routine, auxquels s'ajoutent plus de 1,7 million d'enfants sous-vaccinés (1,2) . Dans ce contexte global critique, la province du Sud-Ubangi ne fait pas exception portant à elle seule un fardeau de 30 000 enfants zéro-dose. Environ un cinquième de ce contingent provincial, soit 6 020 enfants zéro-dose et sous-vaccinés, a été identifié dans les deux zones de santé de Gemena et de Bominenge (2).

Plusieurs circonstances expliquent cette situation, notamment des défaillances organisationnelles au niveau opérationnel des soins comme le cloisonnement marqué entre les services curatifs et préventifs, le faible niveau de couverture vaccinale de routine au sein du secteur privé en pleine expansion, mais non intégré, et une prévalence excessive d'occasions manquées de vaccination (OMV).

Des centaines d'enfants éligibles à la vaccination fréquentent quotidiennement les établissements de soins pour des motifs de consultation curative, d'hospitalisation ou d'accompagnement d'un parent malade, sans que leur statut vaccinal ne soit jamais évalué par le personnel soignant.

L'introduction de la stratégie de Vaccination à Tout Contact (VTC) répond à l'impératif éthique et sanitaire de transformer chaque contact d'un usager avec un établissement de soins, privé ou public, en une opportunité systématique de rattrapage vaccinal et de mise à jour de son calendrier de routine. La stratégie d'achat de performance proposée à ce stade constituait un incitatif concret pour les formations sanitaires privées, peu enclines à offrir le service de vaccination totalement gratuit en milieu rural, et pour les structures régaliennes opposées souvent à l'intégration de la vaccination par des structures privées.

ETAT DE L'ART, LEÇONS APPRISES, EXPERIENCES PASSEES

Face au fardeau des enfants non vaccinés, le Ministère de la Santé de la RD Congo, en partenariat avec GAVI, a développé le plan du Fonds Accélérateur de l'Équité (FAE) 2023-2025, fixant un objectif de réduction d'au moins 35 % du nombre d'enfants zéro-dose à l'échelle nationale d'ici la fin de l'année 2025. Ce plan d'urgence intègre des activités à haut impact, dont l'activité prioritaire OMS 1.1.9 dédiée spécifiquement à la mise en œuvre de la vaccination à tout contact au cours des soins curatifs et préventifs au sein des établissements de soins publics et privés (2,3).

L'état de l'art dans les pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement les expériences menées au Sénégal, au Bénin et au Cameroun, démontre que le modèle d'achat stratégique de prestations sanitaires, connu sous le concept de Financement Basé sur les Résultats (FBR) ou "Performance-Based Financing" (PBF), engendre une amélioration significative de la qualité technique des services de santé et une réduction de l'exclusion financière des populations les plus vulnérables (4,5). En RD Congo, la mise en œuvre à grande échelle du Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) a confirmé que l'alignement des incitations financières sur les résultats de santé publique validés stimule l'engagement des soignants et garantit la sincérité des données sanitaires (6). Les leçons apprises des projets passés démontrent toutefois que la réussite de ce modèle repose sur deux prérequis indissociables : l'intégration active des formations sanitaires privées pour élargir la couverture géographique et l'exigence d'un double système d'audit technique et d'évaluation communautaire indépendante par la société civile, afin de certifier la réalité des performances déclarées et de contrer le risque de fraude de données (2).

3. DECISION EMPIRIQUE/ORIENTATION STRATEGIQUE

Pour répondre aux défis spécifiques des zones ciblées du Sud-Ubangi, Memisa Belgique a mis en œuvre une approche contractuelle combinant l'approche VTC et l'achat de performances au sein de 65 formations sanitaires sélectionnées sur la base de critères d'accessibilité et de continuité d'activités, à savoir 35 structures (13 privées, 22 publiques) dans la zone de santé urbaine de Gemena et 30 structures (17 privées, 13 publiques) dans la zone de santé rurale de Bominenge.

La décision stratégique repose sur un modèle d'incitation financière structuré à trois niveaux pour stimuler l'offre de soins :

- L'achat stratégique direct de prestations : chaque enfant zéro-dose ou sous-vacciné identifié en consultation, orienté vers la vaccination et effectivement vacciné génère une subvention directe de 1,5 USD versée à la formation sanitaire (FOSA).
- La bonification de la référence hospitalière : pour les structures de transit et les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) assurant la capture et la référence des cas d'enfants sous vaccinés, chaque enfant référé et effectivement vacciné dans un site de vaccination fonctionnel génère une subvention de 1,0 USD pour l'établissement de soins qui réfère vers le service de vaccination.
- La prime de performance sur la complétude vaccinale : un bonus financier fixe trimestriel de 165 USD est octroyé à toute formation sanitaire parvenant à intégrer et maintenir dans sa cohorte au moins 90 % d'enfants complètement vaccinés (ECV) jusqu'à l'âge de 15 mois pour chaque antigène présent dans le calendrier vaccinal de la cible de la vaccination (PEV).

Pour valider l'authenticité de ces performances déclarées, un dispositif indépendant d'audit à double filtre a été institué.

1) Pour le premier dispositif, il s'agit des vérificateurs techniques permanents (infirmiers superviseurs rattachés à Memisa) qui contrôlent mensuellement les données cliniques des structures (jetons archivés, registres de consultation croisés),



Credit photo: Staff Memisa BAT Gemena, Contre vérification des Enfants déclarés par les ASLO par l'Equipe Memisa

2) Pour le second dispositif, il s'agit de deux organisations de la société civile (l'ASLO Bondeko à Bominenge et l'ASLO AJVDD à Gemena) qui effectuent chaque trimestre des enquêtes à domicile auprès d'un échantillon aléatoire de 10 % des familles des vaccinés déclarés. Le versement final des fonds d'achat de performances est conditionné par la validation technique et la confirmation communautaire de l'acte vaccinal.

La validation technique de la couverture ne prenait pas uniquement en compte les attendus des cibles des aires de santé, mais également la proportion réelle des enfants identifiés et vaccinés, ce qui permettait d'exclure les doublons liés au recrutement des enfants manqués et des enfants correctement vaccinés en routine, facilitant ainsi l'accès au bonus (2).

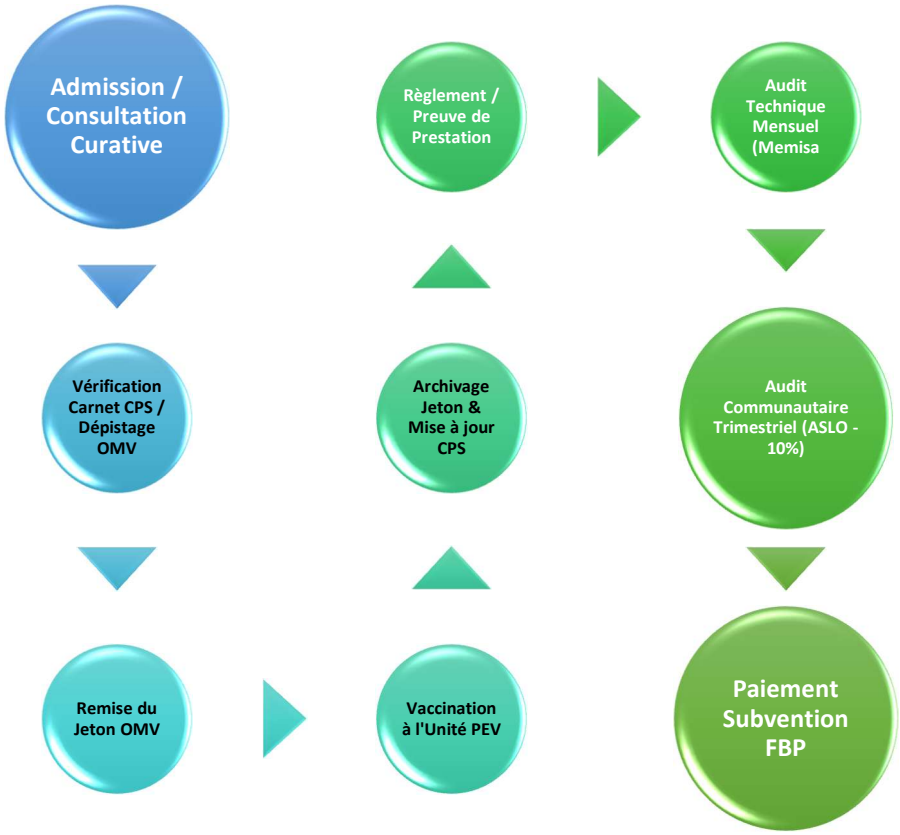


Crédit photos : ASLO AJVD, Vérification Communautaires des Enfants déclarés par les ESS

4. MAPPING DES ACTEURS

Acteur / Partie prenante	Pouvoir de décision	Niveau d'influence (0-5)	Niveau d'intérêt (0-5)	Effet attendu & Rôle stratégique
OMS / GAVI	Oui	5	5	Bailleur et superviseur stratégique ; validation de l'efficacité du FAE pour l'atteinte des cibles globales.
Memisa Belgique	Oui	5	5	Gestionnaire du projet, accompagnement technique, mise en œuvre du mécanisme FBP et audits cliniques.
DPS Sud-Ubangi & ECZ	Oui	4	5	Ancrage institutionnel, intégration dans les données DHIS2, supervision et gouvernance du système.
Formations Sanitaires (FOSA) Publiques & Privées	Non	3	5	Prestataires de soins ; dépistage systématique, orientation, administration des vaccins et tenue des registres ($1,5/enfant vacciné). Amélioration de la couverture vaccinale.
ASLO (Bondeko & AJVDD)	Non	3	5	Organisations de la société civile chargées de la contre-vérification communautaire à domicile (10 % de l'échantillon).
Mères & Communauté	Non	1	5	Bénéficiaires directs ; gratuité de l'acte et obtention gratuite du carnet/carte CPS, protection de leurs enfants.

5. Chronologie, Analyse des Processus et Dynamique de Terrain



a. **Renforcement des capacités (Novembre 2024 - Janvier 2025) :** Formation de 147 prestataires de soins (recherche active, traçabilité) et de 20 délégués d'ASLO (protocoles d'enquête à domicile).

b. **Circuit de l'usager et système de jetons :** Dès l'accueil en consultation curative/hospitalisation, le carnet de l'enfant est vérifié. En cas de retard/absence de vaccin, un jeton plastique couleur/antigène est remis aux parents avec orientation obligatoire vers l'unité de vaccination.

c. **Archivage et incitation financière FBP :** Le vaccinateur administre la dose, remet gratuitement la carte CPS, inscrit l'acte au registre PEV et archive le jeton.
- ✓ *Subvention FOSA :* 1,5 USD par EZD/ESV vacciné.
- ✓ *Bonification référence hospitalière :* 1,0 USD par cas transféré et vacciné.
- ✓ *Prime de complétude :* Bonus trimestriel de 165 USD pour maintien de 90% d'enfants complètement vaccinés (ECV) jusqu'à 15 mois.

d. Système de validation à double filtre :

- ✓ *Filtre technique : Contrôle mensuel par les vérificateurs Memisa (croisement jetons/registres/fiches).*
- ✓ *Filtre communautaire : Enquête trimestrielle à domicile par les ASLO sur un échantillon aléatoire de 10 % des ménages déclarés.*

6. RÉSULTATS QUANTITATIFS ET COUVERTURE VACCINALE

a. Performance Quantitative et Rattrapage Vaccinal (2025)

- ✓ **Enfants récupérés : 12 337 enfants EZD et ESV** vérifiés et validés sur 13 529 déclarés par

les FOSA (Taux de validation global de **91,18 %**).

- ✓ **Progression de la qualité déclarative :** Le taux de conformité/validation des déclarations est passé de **60,28 % au T1** à **99,19 % au T4**, grâce aux feedbacks et réajustements méthodologiques des audits cliniques.
- ✓ **Taux d'Administration Effective (T_{adm}) : 87,07 %** de performance globale sur l'ensemble du calendrier PEV (92 571 doses administrées sur 106 313 théoriquement requises) :
  - *Vaccins de naissance/maternité :* BCG (92,30 %), VAT 1 femme enceinte (94,73 %).
  - *Vaccins de suivi :* VPO 2 (90,68 %), Penta 2 (90,32 %), ROTA 2 (90,06 %).

b. Audit Communautaire (ASLO) et Qualité Perçue

Paramètre d'évaluation communautaire	Zone Rurale (Bominenge)	Zone Urbaine (Gemena)	Total Consolidé / Moyenne
Échantillon ciblé (10 %) / Retrouvés	659 / 601 (91,20 %)	604 / 541 (89,57 %)	**1 263 / 1 142 (90,42 %)**
Conformité de la tenue des coupons/carnets	93,82 %	89,21 %	**91,49 %**
Gratuité effective de la carte CPS	78,78 %	86,84 %	**82,83 %**
Taux d'insatisfaction de la qualité du service	**28,02 %**	**7,63 %**	**21,43 %**
Insatisfaction liée au temps d'attente trop long	**33,25 %**	**8,58 %**	**23,39 %**

- **Analyse des disparités Urbain/Rural :** L'insatisfaction élevée à Bominenge (28,02 % vs 7,63 % à Gemena) s'explique par un manque structurel de personnel qualifié et une faible couverture en chaîne de froid (67 % seulement à Bominenge). Les infirmiers devaient interrompre leurs consultations curatives pour aller préparer les vaccins stockés au loin, rallongeant fortement l'attente des patients.

7. Analyse des Forces, Obstacles et Risques

- **Forces structurelles :** Approvisionnement ininterrompu en vaccins/outils PEV par l'antenne provinciale ; Intégration réussie des FOSA privées ; Amélioration spectaculaire de la tenue des registres cliniques grâce à l'accompagnement de proximité.
- **Faiblesses & Obstacles :** Pression forte des indicateurs financiers FBP pouvant risquer d'altérer la relation soignant-patient ; Rotation importante du personnel dans le secteur privé ; Absence de budget dédié pour la logistique des supervisions d'ECZ.
- **Menaces externes :** Réseau routier très dégradé en milieu rural ; Populations flottantes/agricoles difficiles à suivre jusqu'à 15 mois ; Arrêt abrupt de la subvention extérieure OMS/GAVI sans transition financière dégressive.

8. Enseignements Clés, Pérennisation et Recommandations Stratégiques

a. Enseignements Clés

1. **Effet levier du secteur privé :** L'intégration contractuelle des FOSA privées est indispensable pour capter les enfants zéro-dose qui échappent aux structures publiques, compte tenu de l'influence connue de certains privés dans la fréquentation des structures de santé surtout en ce qui concerne les occasions manquées de vaccination
2. **Crédibilité par l'audit mixte :** Le couplage de la vérification clinique par des pairs et de la contre-vérification par les OSC communautaires constitue le meilleur verrou contre la fausse déclaration des données PEV (y

compris pour le FBP), l'appropriation communautaire des activités de vaccination et le contrôle citoyen des interventions de la santé par la communauté.

b. Recommandations pour la Stabilité et la Transférabilité

1. **Conditionner la VTC au renforcement préalable de la chaîne de froid solaire :**
   - *Pour Bailleurs & DPS :* Ne pas déployer la VTC en milieu rural sans équipement en réfrigérateurs solaires décentralisés. Sans chaîne de froid sur place, la VTC alourdit la charge de travail et engendre des temps d'attente inacceptables pour la communauté.
2. **Assurer la dotation officielle en outils PEV dans les contrats du secteur privé :**
   - *Pour Autorités Sanitaires & PTF :* Tout contrat de performances ou d'appui structurel avec les établissements de soins privés doit inclure la fourniture obligatoire de registres normés et de cartes CPS gratuites pour éviter l'usage d'outils improvisés non vérifiables.
3. **Institutionnaliser le contrôle communautaire par les OSC/ASLO :**
   - *Pour la Société Civile & Ministères :* Formaliser et mettre systématiquement en place un mécanisme de contrôle citoyen et/ou la contre vérification communautaire à travers les OSC locales autonomes. L'insertion d'échantillons de contrôle (bénéficiaires fictifs) garantit la rigueur scientifique des audits.
4. **Planifier la pérennisation institutionnelle et souveraine du FBP :**
   - *Pour Décideurs Politiques :* Inscrire la recherche d'OMV dans les Plans d'Action Opérationnels (PAO) des Zones de Santé et intégrer progressivement l'évaluation des performances liées à la vaccination à tout contact dans le Document Cadre de l'Achat Stratégique / Couverture Santé Universelle (CSU) de la RDC. Prévoir un financement dégressif pour ancrer durablement les bonnes pratiques cliniques.

Références

1. GAVI Alliance. En RDC, des solutions locales rapprochent la vaccination des familles. 2025 Oct.
2. Memisa belgique. Rapport annuel 2025 du projet d'appui au renforcement de la vaccination de routine pour la réduction du nombre d'enfants zéro-dose et sous-vaccinés dans les zones de santé Gemena et Bominenge / province du Sud-Ubangi. 2026 Jan.
3. GAVI Alliance. Un nouveau financement vient renforcer les efforts entrepris pour vacciner les enfants [Internet]. 2023 Jul [cited 2026 Jul 25]. Available from: https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/nouveau-financement-vient-renforcer-efforts-entrepris-vacciner-enfants-zero-dose-rdc
4. Ministère de la santé publique du Cameroun. Elaboration du plan de gestion des déchets biomédicaux du Projet d'appui aux investissements dans le secteur de la santé. 2016 Feb.
5. Ministère de la santé et de l'action sociale de la république du Sénégal. DOCUMENT CADRE SUR LE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE AU SÉNÉGAL [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 25]. Available from: https://p4h.world/app/uploads/2025/08/Cadre-Financement-Base-Resultas_Senegal_2024.x69485.pdf
6. UGPDSS RDC. Rapport annuel 2020 de l'unité de gestion du programme de développement du Système de santé [Internet]. 2021 Mar [cited 2026 Jul 25]. Available from: https://pdss.cd/wp-content/uploads/2021/10/Rappport-annuel-2020-PDSS-25032021-VF.pdf

Capitalisation13 : AMELIORATION DU SUIVI ET DU DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODEREE ET SEVERE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS DANS 4 AIRES DE SANTE DE MITI-MURHESA.

I. Fiche Synthétique (Fiche d'Identification)

Responsable(s) de la capitalisation (nom, fonction)	**-Dr MUNYAHU Serges : Médecin chef de zone** **-NAKASUNYU Georgette : Nutritionniste zone de santé** **-MARIE NOEL CIKURU : Directrice ACTION D'ESPOIR** **-LWASHIGA DIDIER : Responsable Programme Santé**
Lieu de l'action (pays, province/zone(s) de santé)	RDC – Province du Sud-Kivu – Zone de Santé de Miti-Murhesa (4 aires de santé)
Autre(s) acteurs (PTF, OSC,…) ayant contribué à l'action	Zone de Santé, Relais communautaires (ReCos), Centres de santé, communautés
Politique/norme liée à l'action	L'action s'inscrit dans le cadre des politiques et normes nationales de santé de la RDC : Politique Nationale de Santé, PNDS, PRONANUT, PCIMA.
Initiative similaire qui a inspiré l'action	*Pratique issue des projets d'apprentissage PB-Mères/familles déployés en RDC et Afrique de l'Ouest*.

II. CONTEXTE ET ANCRAGE STRATÉGIQUE

2.1. Contexte démographique et épidémiologique

- **Population cible** : Zone de santé rurale du Sud-Kivu comptant une population estimée à 314 226 habitants en 2024, dont 18,9 % d'enfants de moins de 5 ans (soit 59 389 enfants).
- **Fréquentation CPS** : En 2023, la Zone de Santé a reçu 170 365 enfants de 0 à 59 mois en consultation préscolaire (CPS), contre 116 510 enfants enregistrés en 2022.

2.2. Approche stratégique (PB-Mères / Familles)

- **Systématisation de la mesure** : L'organisation d'un dépistage hebdomadaire, basé sur le PB, par un membre du ménage combiné aux visites à domicile (VAD) mensuelles des ReCos permet de rendre ce dépistage systématique.
- **Autonomisation des mères** : Les mères formées démontrent une capacité égale à celle des ReCos pour classifier la dénutrition selon la couleur de la bandelette et identifier les œdèmes.
- **Efficience financière** : Le dépistage réalisé par les mères réduit considérablement les coûts opérationnels par rapport à une approche reposant exclusivement sur les ReCos.

III. MISE EN ŒUVRE ET DYNAMIQUE DE TERRAIN

3.1. Illustration d'une activité communautaire

Awa, une femme relais communautaire formée, organise chaque semaine une tournée dans les maisons voisines. Elle pèse et mesure les enfants de moins de 5 ans avec un ruban MUAC (périmètre brachial). Quand elle détecte un enfant à risque, elle l'oriente vers le centre de santé et accompagne la mère jusqu'à la prise en charge. Elle anime aussi des causeries éducatives lors des VAD sur l'allaitement exclusif et la diversification alimentaire.



Crédit photo : ADE. Visite à domicile, où une mère réalise la mesure du périmètre brachial de son enfant sous la supervision d'un relais communautaire

3.2. Construction des centres de santé pour assurer la prise en charge

Le renforcement du dépistage communautaire a été associé à l'amélioration des capacités des centres de santé qui accueillent les enfants référés par les familles et les relais communautaires. La construction des centres de santé a permis de disposer d'un cadre plus adapté pour l'accueil, l'évaluation et la prise en charge des enfants identifiés comme présentant des signes de malnutrition. Cette complémentarité a permis de consolider la chaîne de prise en charge : la famille identifie précocement le risque nutritionnel grâce à la mesure du périmètre brachial, le ReCo accompagne et vérifie l'enfant, puis le centre de santé assure l'évaluation et la prise en charge conformément aux orientations nationales.



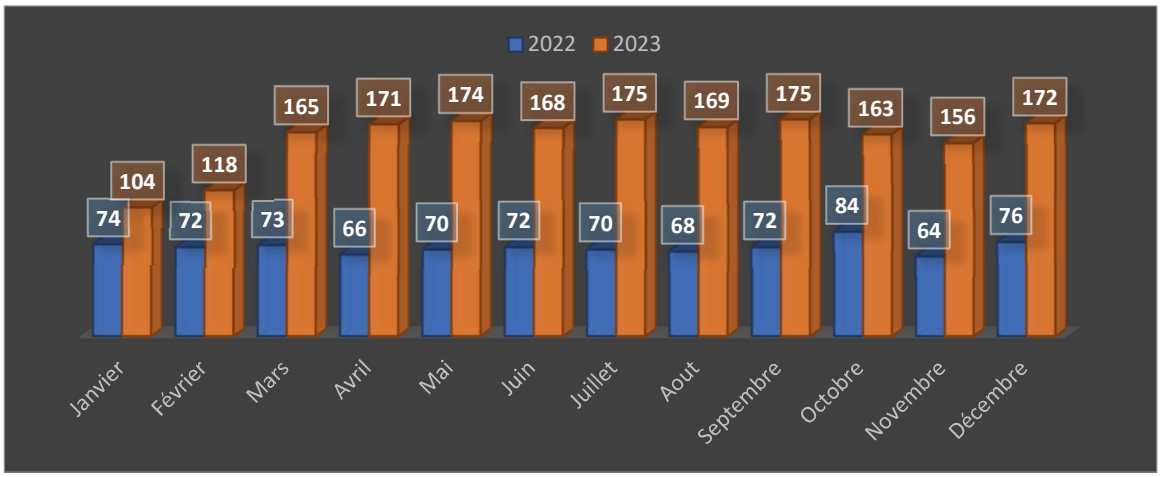
Crédit photo : ADE, Un des 3 centres de santé construits pour la prise en charge de la malnutrition : Centre de santé Cibumbiro construit en 2024

IV. RÉSULTATS OBTENUS ET INDICATEURS

L'analyse s'appuie sur le suivi d'indicateurs clés et sur les données quantitatives collectées auprès des 40 relais communautaires actifs dans les 4 aires de santé du projet.

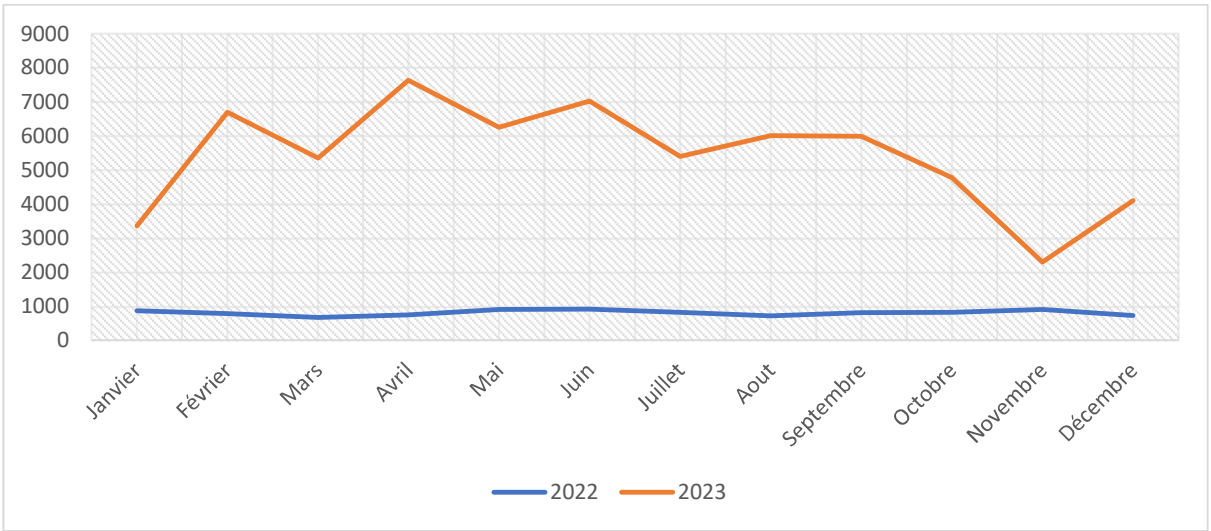
4.1. Indicateurs d'activités et de prise en charge

- **Indicateur 1 : Nombre de séances de dépistage nutritionnel communautaire organisées.**



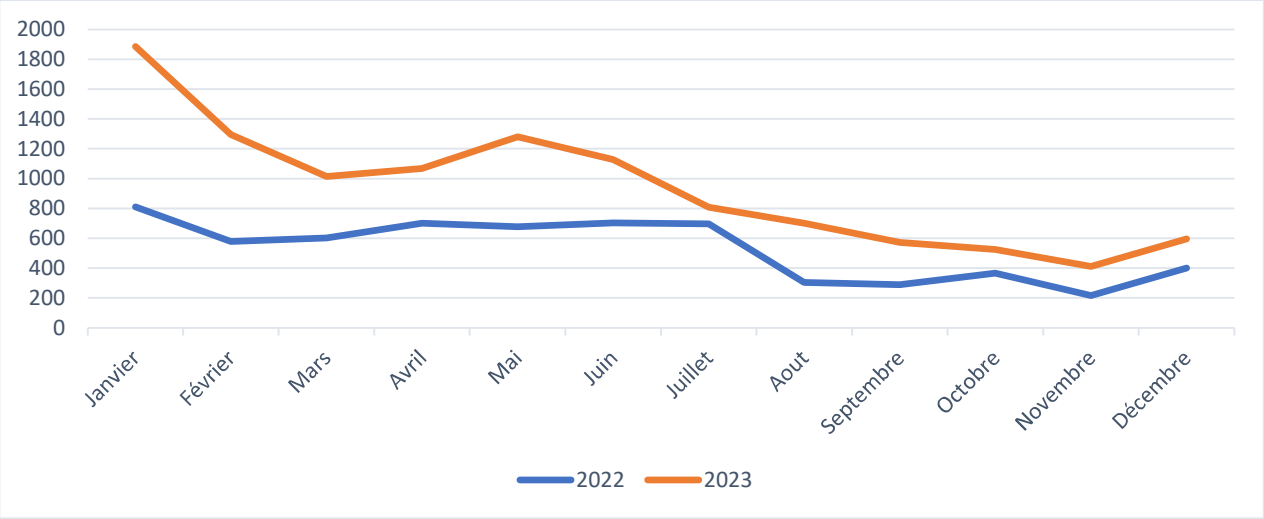
En 2023, le nombre de séances a plus que doublé par rapport à 2022, passant d'une moyenne mensuelle d'environ **72 à 161 Séances**. Cette progression, observée tout au long de l'année avec un pic de **175 séances** en juillet et septembre, témoigne d'un renforcement significatif du dépistage communautaire.

- **Indicateur 2 : Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés à domicile par les ReCos.**



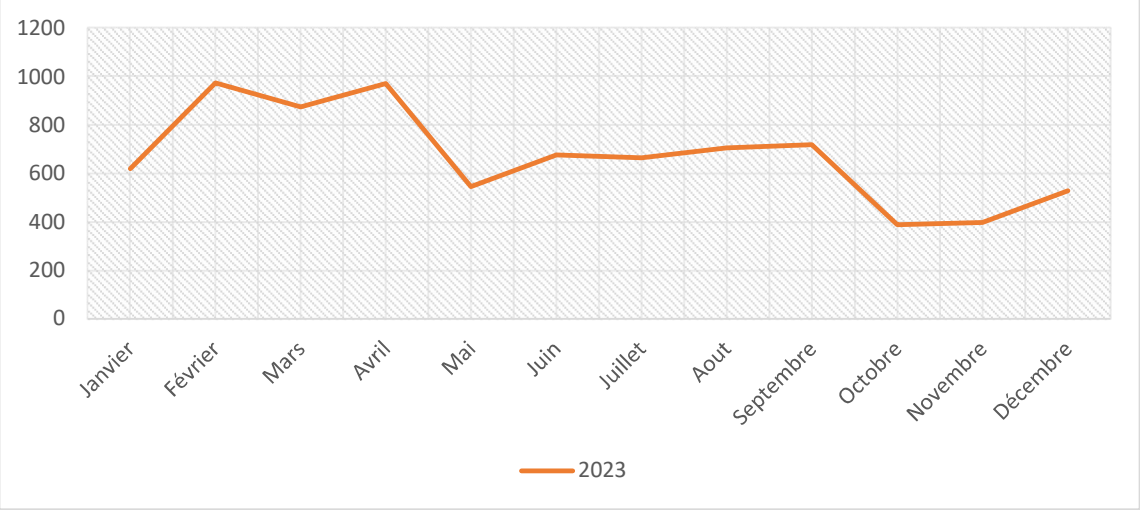
Le graphique met en évidence une **forte progression du nombre d'enfants dépistés en 2023 par rapport à 2022,** avec des effectifs nettement plus élevés tout au long de l'année. Cette amélioration, marquée par un **pic de 7 645 enfants en avril**, traduit le renforcement des activités de dépistage actif et de la mobilisation communautaire. Elle témoigne notamment de l'implication accrue des **relais communautaires et des Cadres Permanents pour la Promotion de la Santé (CPPS)** dans la surveillance nutritionnelle.

- **Indicateur 3 : Nombre d'enfants dépistés avec malnutrition aiguë dans la communauté et référés vers les structures de soins.**



La figure montre une **augmentation systématique du nombre d'enfants dépistés et référés en 2023 par rapport à 2022**, traduisant une amélioration du dépistage communautaire. Les deux années présentent toutefois une **tendance globale à la baisse au cours de l'année**. En 2023, les principaux pics sont enregistrés en **janvier (1886 enfants)** et en **mai (1280 enfants)**, suivis d'une diminution progressive jusqu'en novembre.

- **Indicateur 4 : Nombre de cas suspects identifiés par les mères et orientés vers les ReCos.**



La figure met en évidence une **évolution fluctuante des cas orientés par les mères vers les ReCos en 2023,** avec des pics en février (975 cas) et en avril (972 cas).

4.2. Les indicateurs 5 à 7 sont basés sur une comparaison des résultats récoltés par chaque Reco (n=40) dans son aire de responsabilité.

➢ Indicateur 5 : Taux de couverture annuel de la surveillance nutritionnelle communautaire

Variables	Médiane	Min	Max	P25	P75
Nombre d'enfants < 5 ans dans la communauté par ReCo	152	132	174	163,5	146
Enfants suivis avec ≥ 4 mesures / Mois (Moyenne annuelle)	69	52	81	75	67
% Couverture	**46,6 %**	31,9%	58,5%	50,1%	41,2 %

➢ Indicateur 6 : Taux de couverture annuel des visites à domicile (VAD)

Variables	Médiane	Min	Max	P25	P75
Nombre de ménages avec des enfants ≤ 5 ans par ReCo	52	48	57	53	50
Ménages visités par mois (Moyenne annuelle)	34	23	38	36	30
Taux de Couverture (%)	**64,8%**	45,1%	74,5%	45,1%	59,5%

➢ Indicateur 7 : Taux d'adoption des pratiques nutritionnelles et familiales essentielles (PFE)

Variables	Médiane	Min	Max	P25	P75
Nombre de ménages avec enfants ≤ 5 ans par ReCo	52	48	57	53	50
Ménages ayant adopté les PFE par mois (Moyenne annuelle)	30	22	36	35	29
Taux d'adoption (%)	**61,9 %**	43,1%	72,0%	68,0%	55,9%

Chaque indicateur révèle qu'entre les ReCos existent des différences de fonctionnement. Alors que le nombre des ménages à visiter par Reco oscille autour de 50, la différence entre les minimums et maximums des différents indicateurs indique que les conditions de travail et la motivation peuvent varier significativement.

V. DÉFIS, PERCEPTIONS ET TÉMOIGNAGES DE TERRAIN

5.1. Perceptions des relais communautaires

Les ReCos interrogés ont confirmé que le projet a renforcé le dépistage communautaire et l'acceptabilité des soins et des pratiques familiales essentielles par les ménages.

5.2. Contraintes opérationnelles identifiées

- **Motivation matérielle** : Insuffisance des incitations financières/matérielles affectant l'engagement à long terme (Témoignage : ReCo, 26 ans, Femme).
- **Compréhension des objectifs** : Assimilation partielle des objectifs globaux chez certains ReCos à performance moyenne (Témoignage : ReCo, 25 ans, Femme).

- **Maîtrise des outils** : Utilisation encore hésitante des outils de collecte (MUAC, fiches de suivi), impactant la qualité de la remontée de données (Témoignage : ReCo, 37 ans, Homme).
- **Charge de travail et contraintes saisonnières** : Objectifs de performance parfois irréalistes face aux travaux agricoles de saison et à la disponibilité variable des ménages (Témoignage : ReCo, 33 ans, Homme).

VI. ENSEIGNEMENTS CLÉS ET RECOMMANDATIONS

6.1. Enseignements

- **Effet démultiplicateur du duo Mère-ReCo** : L'implication directe des mamans appuyées par les ReCos améliore la précocité du diagnostic et réduit la survenue de complications médicales lourdes.

6.2. Recommandations

- **Dotation logistique et matérielle** : Équiper adéquatement les ReCos (outils de mesure, matériel de protection contre la pluie) et adapter la motivation matérielle.
- **Formation continue : Prévoir un recyclage régulier sur l'utilisation des fiches de suivi et la mesure du MUAC.**
- **Planification réaliste : Ajuster la fréquence des visites à domicile en tenant compte du calendrier agricole local.**
- **Besoin d'accompagnement différencié** : La variabilité des performances des ReCos devrait mener dans le futur à une supervision adaptée plutôt qu'un suivi uniforme.

Capitalisation 14 : APPORT DES COMMUNAUTES A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS : CAS DES CS DE ITARA, CIBUMBIRO ET CIFUMA DANS LA ZS DE MITI-MURHESA, SUD-KIVU, RDC

« *Obuguma bwo bulwa e'ntambala* » en langue shi « La cohésion rend fort contre les adversités ».

Auteurs :

- **Dr MUNYAHU Serges : Médecin chef de zone Miti Murhesa**
- **MARIE NOEL CIKURU : Directrice ACTION D'ESPOIR**
- **LWASHIGA DIDIER : Responsable Programme Santé**
- **ANTOINE BAHATI : Responsable Mobilisation Communautaire**

Objectifs de la mobilisation

1. Construire des centres de santé adaptés aux capacités d'entretien et de maintenance des communautés
2. Responsabiliser les communautés dans les actions qui contribuent à améliorer leur santé et bien-être.
3. Susciter une conscience collective pour assurer une appropriation effective de l'ouvrage.
3. Susciter un modèle de fierté communautaire pour un travail bien accompli ensemble.
4. Contribuer à construire un climat de travail participatif entre villages, le dialogue positif et la cohésion sociale.

Mobilisation des communautés autour des constructions de leurs propres centres de santé.

Le programme quinquennal « #Health4All », cofinancé par la coopération belge et Memisa Belgique s'inscrit dans un consortium de trois organisations non gouvernementales internationales à savoir Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB), est mis en œuvre sur la période 2022-2026.

Il a comme objectif spécifique (Outcome) de :

- **Résultat 1 :** Contribuer à l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour le plus grand nombre de personnes, en agissant sur le renforcement des acteurs du système de santé, en veillant à inclure et faire participer les populations plus vulnérables ou marginalisées ».

Parmi les résultats attendus du Programme, le deuxième et le troisième portent l'intervention d'Action d'Espoir :

- **Résultat 2 :** Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel.
- **Résultat 3** : Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de leurs problèmes et le bien-être de tous.tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.

La construction des structures sanitaires de qualité est l'une des voies pour contribuer à l'atteinte de ces résultats. Toutefois, pour en assurer la durabilité, un processus d'appropriation effective de la communauté s'impose.

La démarche dont nous rendons compte dans ce document cumule les expériences de trois Aires de santé allant de la période de 2022 à 2025. Les difficultés rencontrées dans une Aire de santé ont servi de leçon pour la construction suivante en anticipant sur la recherche des solutions.

Une stratégie générale adoptée par Action d'Espoir : la stratégie générale est de construire des centres de santé d'une part avec l'implication totale des communautés d'autre part. Chaque Aire de santé avait sa particularité en termes de relief avec des conséquences sur le transport des matériels de construction.

Les trois Aires de santé concernées sont : Itara (2023), Cibumbiro (2024) et Cifuma (2025).

1. AIRE DE SANTÉ D'ITARA

Contexte spécifique : A Itara, la communauté avait déjà un stock de briques entreposées, témoins d'**un rêve** de voir se métamorphoser une structure sanitaire vitale pour la population mais dont la réalisation relevait d'un vrai « miracle ». L'effectivité du projet a semblé incarner ce miracle.

Itara est distant de 5 à 7 km de la route goudronnée (selon le point d'entrée) et est accessible par des routes tracées à travers des collines. La demande d'un centre de santé est formulée au cours d'échanges communautaires pendant le programme quinquennal DGD précédent (2017-2021)

Point de départ : 2022 un rêve communautaire d'un projet quasi fantôme au regard du coût nécessaire et aux capacités locales. La communauté d'Itara désire accéder aux services de santé de qualité et se mobilise localement. Le retard du démarrage de la construction met à dure épreuve l'espoir des communautés et l'enthousiasme soumis au doute diminue. La mobilisation reste entretenue par des réunions régulières (mensuelles) des Cadres permanents de concertation pour la santé de l'Aire de santé.

Le démarrage de la construction n'intervient que 18 mois plus tard.

Fin juin 2023 : La pose de la première pierre par l'administrateur du territoire de Kabare marque l'appropriation et l'encouragement de l'autorité.

Juillet-Octobre 2023 : Un centre de santé « sort de terre » après trois mois, soit 90 jours de travail passionné où tous se sont engagés.

Profil des parties prenantes

- Autorités sanitaires : accompagnement du CS dans toutes les démarches administratives ;
- Infirmier titulaire du CS : rôle de plaidoyer et de mobilisation ;
- Chefs des villages : rôle de mobilisation permanente pour l'adhésion de leurs sujets. Ils donnent eux-mêmes le premier exemple ;
- CODESA et Cadre permanent : rôle d'appui à la mobilisation, réflexion continue sur les stratégies nécessaires à déployer pour atteindre l'objectif ;
- Population (ménages) : participation aux activités communautaires (cotisations, entretien routes, transport brique, etc.)

Approche/méthodologie : le dialogue dans la proximité - Rencontres et échanges communautaires autour de la construction.

Espacés au début (une fois par mois), les échanges se sont intensifiés au fur et à mesure qu'on se rapprochait du lancement des travaux. Ils sont devenus hebdomadaires. Un jour de la semaine a été convenu par village faisant partie de l'Aire de santé pour le transport des briques depuis le lieu de leur cuisson jusqu'au Centre de Santé. En plus de la contribution en briques, dès le lancement des travaux, la communauté s'est organisée pour le **puisage de l'eau** nécessaire et la **sécurisation des matériels** déployés sur le chantier.

Notons que le CS n'est pas alimenté en eau courante.

- **Suivi des documents cadastraux et de propriété du CS**

De structure privée, le CS était devenu une structure privée intégrée. Des documents at- testant la propriété du terrain par le CS étaient nécessaires et tous se sont impliqués pour qu'ils soient disponibles. L'infirmier titulaire du CS à l'initiative duquel le CS a été créé a soutenu activement la démarche en cédant officiellement le terrain à la communauté.

Résultats :

Un centre de santé a été construit à Itara par Memisa dans le respect des normes standards et dans un temps raisonnable (90 jours contractuels prolongés de 20 jours supplémentaires à la demande de l'entreprise d'exécution) et doté d'un équipement adéquat.

CS classé premier en 2023 dans la ZS de Miti-Murhesa, répondant aux normes du système de santé !

Le CS est entré dans le Programme d'achat des performances auquel il ne pouvait pas accéder avant. Cela crée une base pour la durabilité financière (20% des subsides alloués aux investissements du CS).

Informations supplémentaires sur Itara (Construction 2023) Structure privée créée en 2003. Elle a intégré la pyramide sanitaire en 2005 sous statut privé et intégré à la création de la ZS Miti-Murhesa.

La population d'Itara est estimée en 2023 à 8.368 habitants dont les moins de 5 ans représenteraient 1.557. L'Aire de santé compte 6 villages.

Indicateurs Avant construction

- ✓ Consultations curatives /mois 400-500
- ✓ Nombre d'accouchement assistés/mois 30-40
- ✓ Consultations Prénatales/mois 25-35
- ✓ Consultations Postnatales/mois 15-20
- ✓ Suivi de maladies chroniques/mois 5
- ✓ Taux moyen d'utilisation des services curatifs de 38% au S1 2023.

Indicateurs 6 mois après construction.

- ✓ Consultations curatives /mois 800-1000
- ✓ Nombre d'accouchement assistés/mois 80-90
- ✓ Consultations Prénatales/mois 60-70
- ✓ Consultations Postnatales/mois 50-60
- ✓ Suivi de maladies chroniques/mois 10

Quelques images Itara : une communauté vivante !

Tous mobilisés dans la préparation des briques pour le chantier.



Crédit photo : ADE, La communauté d'Itara mobilisée dans la fabrication des briques nécessaires à la construction du centre de santé.

Itara : La différence entre la structure sanitaire d'avant et celle d'après est éloquente



Photo illustrant le bâtiment du centre de santé Itara avant la construction en 2023.



Image illustrant le centre de santé d'Itara construit et équipé en 2023.

2. AIRE DE SANTE DE CIBUMBIRO

Contexte spécifique :

Cibumbiro est perché dans les collines et à proximité du Parc national Kahuzi-Biega. Six kilomètres de montée sur un terrain en pente séparant le site de la route goudronnée. L'Aire de santé compte10 584 habitants répartis dans 12 villages.

La particularité de Cibumbiro avec sa proximité du parc national Kahuzi-Biega est qu'elle abrite aussi une communauté des *Bambuti*, peuple autochtone, qui progressivement s'acclimate à la vie des populations bantoues. Le centre de santé comme point pour la dispensation des soins, surtout pour les parturientes et les enfants est un sujet de fierté pour toutes les composantes de la population, mais aussi un symbole de rencontre et de cohésion sociale. En effet, des conflits liés à l'utilisation de l'espace opposent régulièrement les *Bambuti*[1] et les autres villageois.

a. Point de départ

Cibumbiro a figuré parmi les CS prioritaires dans la ZS de Miti-Murhesa à cause de son infrastructure pauvre et déjà en état de délabrement. Sa localisation en ce lieu isolé dans les collines était déjà un signe d'espoir pour les 10 584 âmes qui pour les soins devaient parcourir de longues distances avant d'atteindre un lieu pour les soins. Il était donc en vue dans le programme des constructions.

Dès la remise du Centre de santé construit à Itara en novembre 2023, Cibumbiro a compris qu'il allait accueillir la prochaine construction et les premières réunions ont commencé.

[1] Les *bambuti*, peuples autochtones appelés aussi pygmées, n'ont pas la même perception de l'environnement et de l'espace que les bantous. Tout est commun entre eux. Il n'est donc pas rare que surgisse ci et là, des dissensions entre le groupe des bantous et celui des *bambuti* qui ne se gênent pas de se servir des récoltes des champs cultivés par les villageois.

La communauté n'a pas hésité à payer un terrain à hauteur de 2000 $ (1000$ issus de cotisation ménagère en raison de 2000 FC par ménage soit 0.7$ et 1000 $ donnés par un acteur politique originaire du village) et en mobilisant tout son capital humain afin d'acquérir un espace approprié pour héberger le nouveau Centre de Santé.



Crédit photo : ADE, La communauté Cibumbiro mobilisée pour assurer le transport des briques et contribuer ainsi à la construction du centre de santé.

b. Approche/méthodologie :

Comme pour Itara, la communauté a eu à organiser plusieurs réunions pour atteindre son objectif.

- des échanges communautaires rapprochés du cadre permanent[2]
- la réhabilitation et entretien des ponts pour l'accès des matériels,
- la fixation des cotisations,
- la mobilisation des leaders locaux dans la collecte des contributions et
- la coordination pour l'achat des briques,
- la mobilisation de la communauté pour le creusage pour la tuyauterie en vue d'acheminer l'eau vers le lieu du chantier.

c. Résultats



Photo illustrant le bâtiment du centre de santé Cibumbiro avant la construction en 2024.



Image illustrant le centre de santé Cibumbiro construit et équipé en 2024.

[2] Les **Cadres permanents pour la promotion de la santé** représentent une dynamique communautaire de veille et de mobilisation autour des questions sanitaires. Ils ont été établis par Action d'Espoir depuis 2017 dans le cadre du « *Projet de Renforcement des capacités de la société civile sur l'accès aux soins de qualité dans la zone de santé de Miti-Murhesa* ». Ils sont entraînés pour évaluer ensemble les besoins/demandes en matière de santé et canaliser des actions de promotion de la santé au sein des communautés. Leur rôle est transversal, mobilisant les atouts et compétences personnels selon la position dans la communauté.

Les travaux de construction du Centre de santé de Cibumbiro comme ceux d'Itara ont été exécutés par une entreprise dans le délai de 90 jours prolongés de 20 jours supplémentaires, sans surprises. L'accès difficile du lieu et le terrassement du terrain qui s'est imposé pour adapter le plan, ont rendu difficile la conclusion des travaux dans le strict respect du délai de 90 jours
Informations Supplémentaires sur Cibumbiro (Construction 2024) : L'Aire de santé de Cibumbiro compte 12 villages pour 10 584 habitants, avec le seul CS.

Indicateurs Avant construction

- ✓ Nombre de consultations curatives/mois : 350-400
- ✓ Nombre d'accouchements assistés : 16-20
- ✓ Consultations Prénatales/mois : 10-15
- ✓ Consultations Postnatales/mois : 12-18
- ✓ Suivi des maladies chroniques : 3

Indicateurs 6 mois après construction

- ✓ Nombre de consultations curatives/mois : 800-900
- ✓ Nombre d'accouchements assistés : 70-80
- ✓ Consultations Prénatales/mois : 50-60
- ✓ Consultations Postnatales/mois : 40-50
- ✓ Suivi des maladies chroniques : 8

3. AIRE DE SANTÉ DE CIFUMA

Contexte spécifique : La construction de Cifuma intervient en période de crise, quelques mois après la prise de Bukavu par les rebelles du Mouvement du 23 mars (M23).

Le démarrage des travaux en juillet 2025 a été une marque de fidélité d'un partenaire (Memisa) qui avait compris les besoins et a témoigné sa solidarité dans le malheur. L'accomplissement des travaux dans les délais convenus restera le symbole de la force et la détermination d'acteurs qui n'ont pas baissé les bras, malgré les changements importants survenus dans l'environnement socio-politique et qui ont affecté sensiblement l'économie locale.
Pour Action d'Espoir, elle est une source de motivation devant une communauté mobilisée autour de la construction d'un nouveau centre de santé. Cifuma a l'avantage d'être situé non loin de la route principale goudronnée (2 km plus ou moins), et de ne pas présenter de pentes importantes pour l'accessibilité.

a. Objectif :

Doter l'Aire de santé de Cifuma d'un bâtiment respectant les normes standards des services santé.

b. Les parties prenantes :

- La communauté de Cifuma avec la participation locale en briques,
- Les leaders locaux (l'infirmier titulaire du CS, les chefs des villages et sous-villages, les chefs religieux (pasteurs, responsables des communautés ecclésiales de base pour les catholiques, les responsables d'écoles, le comité de santé, les membres du cadre permanent, les responsables de la société civile locale, etc.) ont maintenu vive la sensibilisation auprès de leurs bases respectives pour montrer l'avantage que portait la construction d'un CS respectant les normes sanitaires dans le milieu.

- Le CS a acheté un terrain pour accueillir la nouvelle construction car le premier terrain ne disposait pas d'espace suffisant pour cet effet.
- L'entreprise d'exécution des travaux : respectant les sensibilités, elle a engagé des équipes mixtes, tenant compte des compétences locales.
- Action d'Espoir a été très présente dans le suivi des activités du chantier.

c. Approche méthodologique

- Des réunions régulières des leaders locaux avec l'accompagnement d'Action d'Espoir (Mobilisation communautaire). Les réunions qui étaient mensuelles au départ (janvier 2025) sont devenues hebdomadaires dès la fin du mois d'avril 2025, à l'approche du début présumé des travaux. Le démarrage des travaux s'est fait au début de la 2ème moitié de juillet 2025.
- Les réunions avaient pour objectif de maintenir le dynamisme de la communauté dans les activités préparatoires qui constituaient aussi leur apport local ici : achat et collecte des briques y compris leur acheminement au Centre de santé.
- L'implication et la persévérance de tous a rendu possible la réalisation du programme de construction.

Difficultés

Rien n'était gagné à l'avance, car un autre Centre Hospitalier privé financé par une organisation nationale *kesho Congo*, bien plus grand, était en cours de construction dans le milieu, bien avant le début des travaux à Cifuma. Il constituait un point de dissuasion pour la participation de la communauté, car eux ne demandaient aucun effort de la part de la population. Il est encore inachevé à ce jour et les travaux n'ont pas évolué.

Quelques problèmes liés aux taxes imposées par les M23 sur le transport des matériaux de construction ont été signalées par l'entreprise d'exécution, mais ils n'ont pas impacté significativement le déroulement de travaux.

d. Résultats

Un CS neuf, dans le respect des normes standards a été construit à Cifuma et remis officiellement en octobre 2025. Fierté et satisfaction générales. Tout s'est déroulé sans incidents majeurs.



Photo illustrant le bâtiment du centre de santé Cifuma avant la construction en 2025.



Image illustrant le centre de santé Cifuma construit et équipé en 2025.

Informations supplémentaires sur Cifuma

La population de Cifuma est estimée à 16143 habitants avec 7 villages.

Indicateurs en 2024 avant construction

Nombre moyen consultations curatives : 700 – 750

Consultations Prénatales : 70 – 80

Nombre d'accouchements : 40 – 50

Nombre moyen des malades en observation : 12

Nombre moyen des cas référés : 540

Indicateurs après construction

Nombre moyen consultations curatives : 680 – 740

Consultations Prénatales : 80 – 100

Nombre d'accouchements : 55 – 70

Nombre moyen des malades en observation : 16

Nombre moyen des cas référés : 610

Conclusion : bonnes pratiques

Action d'Espoir a réalisé trois ouvrages à utilité communautaire avec l'appui du Programme *#santé pour tous*, 2022-2026.

Ces réalisations ont été possibles grâce à une approche de **Mobilisation communautaire** et un accompagnement de proximité.

Pour les trois sites :

- L'approche est exigeante car il faut avancer au rythme des communautés, trouvant des compromis pour chaque décision.
- C'est une approche qui demande de la patience faite de respect des temps de ferveur et ceux de découragement, en luttant contre la tentation d'agir à la place des autres acteurs ou avec une partie d'entre eux.
- Lorsque les gens se sentent pris en considération, ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et se responsabilisent.
- Les normes collectives adoptées par tous ne sont pas vues comme une imposition mais un outil de cogestion de tous.
- En zones de montagnes et à accessibilité difficile, les chantiers en saison sèche sont plus recommandés pour faciliter le transport des matériaux de construction, à condition de soigner les autres préparatifs avec la communauté avant.
- Pouvoir anticiper sur les difficultés, dialoguer, s'assurer des différents niveaux de responsabilité.

Les ouvrages construits sont à utilité communautaire et les processus de préparation, d'exécution des travaux jusqu'à la remise des ouvrages sont cruciaux pour la consolidation de l'appropriation communautaire. Chaque fois, un comité de suivi a été mis en place pour la bonne gestion de l'ouvrage.

Capitalisation 15 : SYNTHÈSE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : QUALITÉ DES SERVICES SSRAJ EN ZONE DE SANTÉ DE MITI-MURHESA (SUD-KIVU)

Auteurs :

- **Dr MUNYAHU Serges : Médecin chef de zone**
- **MARIE NOEL CIKURU : Directrice ACTION D'ESPOIR**
- **LWASHIGA DIDIER : Responsable Programme Santé**
- **ANTOINE BAHATI : Responsable Mobilisation Communautaire**

Contexte et Objectif du Programme

- **Cadre du projet** : Étude réalisée par Action d'Espoir (ADE) en collaboration avec MEMISA, sous le cofinancement de l'État belge, dans le cadre de la clôture du programme conjoint « Équité de genre en santé».
- **Objectif global** : Évaluer la qualité de l'offre des services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et Jeunes (SSRAJ) en milieu rural pour orienter les actions futures des autorités et des partenaires.

Méthodologie Innovante (« Client Mystère »)

- **Implantation** : Étude transversale menée dans 18 aires de santé de la zone de santé de Miti-Murhesa.
- **Échantillon** : 36 prestataires de soins interrogés (qualitatif et quantitatif) et 10 jeunes « clients mystères » (âgés de 15 à 24 ans) formés pour simuler des scénarios de demande de contraception et de prise en charge des IST de manière anonyme.

Résultats Clés de l'Étude

- **Niveau des prestataires** : 50% des prestataires ont bénéficié d'une formation spécifique en SSRAJ, dont la qualité globale est jugée bonne (44,4%) à excellente (38,9%).
- **Score de qualité global** : Évalué à 78 % (« Bon »), confirmant des acquis solides dans la disponibilité des intrants contraceptifs de base au niveau des centres de santé.
- **Défis d'accueil et de confidentialité** : Des failles persistent dans l'accueil (langage parfois discourtois ou jugement moral des jeunes), le manque d'intimité sonore/visuelle dans certaines structures, et l'exigence d'un consentement parental ou du conjoint signalée dans 38,9% des cas.
- **Barrières financières** : Si la planification familiale reste gratuite, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) est jugée financièrement non abordable par 66,7% des prestataires.
- **Méthodes les plus sollicitées** : Les préservatifs dominent les demandes (21%), suivis du Depo-Provera (14%), de la contraception d'urgence (13%), du Sayana Press (11%), ainsi que des pilules et implants (10% chacun).

Recommandations Stratégiques

- **Ministère de la Santé** : Allouer un budget spécifique dédié à la SSRAJ pour faire face aux défis de santé publique liés au poids démographique des jeunes en RDC.
- **Division Provinciale de la Santé (DPS)** : Renforcer l'accompagnement technique de proximités des zones de santé et intensifier le plaidoyer pour le bien-être des adolescents.
- **Partenaires Techniques et Financiers & Bailleurs :**
  - Maintenir et pérenniser l'approvisionnement en intrants et en matériels de prise en charge des IST et de la planification familiale.
  - Appuyer l'aménagement d'espaces jeunes dédiés, distincts et garantissant une stricte intimité visuelle et sonore.
  - Poursuivre le renforcement des capacités des prestataires sur l'éthique, la communication bienveillante et l'accueil sans jugement.

Capitalisation 16 : APPUI A L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET USE-NDICI/EQSS1 AU KONGO CENTRAL ET DANS L'ITURI

CONTEXTE

En République démocratique du Congo, l'enregistrement des naissances présente une tendance à la baisse par rapport aux résultats de l'enquête MICS2 de 2001, soit 34 pour cent d'enfants enregistrés en 2001 contre 28 pour cent en 2010 dans l'ensemble. (MICS 2010).

Selon les résultats de l'EDS 2013-2014 RDC, l'enregistrement des enfants à l'état civil constitue également une source fiable de statistiques sociodémographiques.

Les principales causes du non-enregistrement des naissances, citées par les professionnels de santé dans les ZS concernées par l'intervention du projet sont : la négligence, l'ignorance, les grossesses hors mariage, l'excentricité des bureaux d'état civil, les us et coutumes.

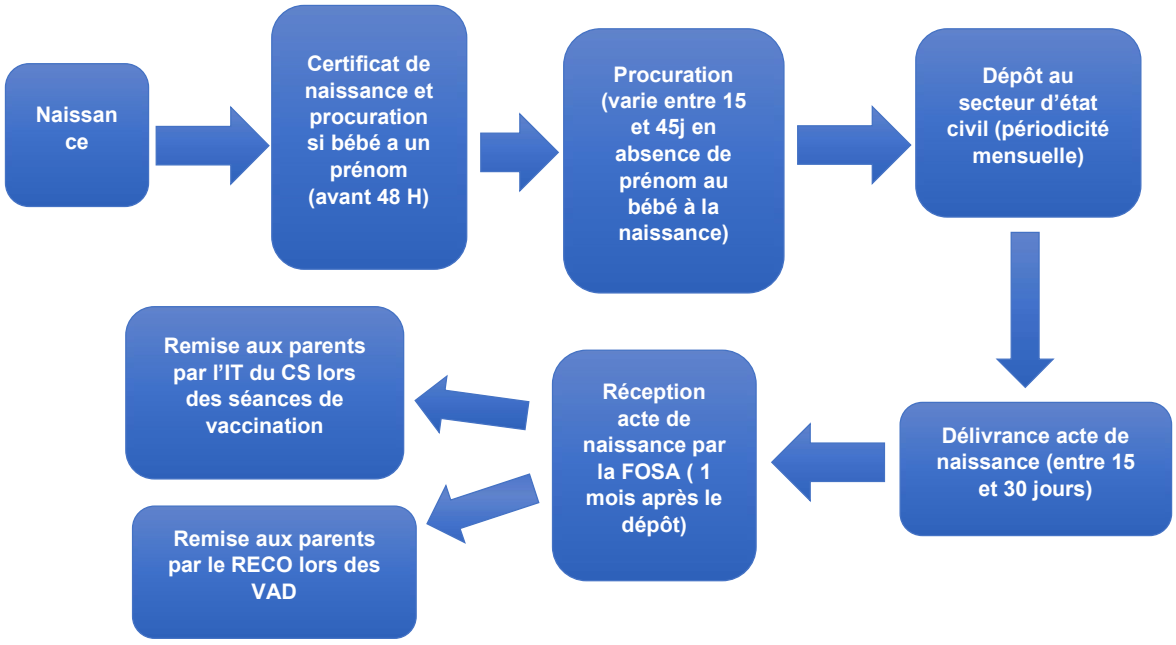
L'INTERVENTION DE MEMISA BELGIQUE

Il s'agit d'un appui à la mise en place des activités d'enregistrement des naissances de moins de 90 jours à l'état civil dans les FOSA. L'enregistrement des naissances de plus de 90 jours se fait avec l'appui des Tribunaux de paix/enfants à travers les ordonnances portant acte de notoriété supplétif à un acte de naissance. ***Le but final est la délivrance des actes d'état civil (acte de naissance ou jugement supplétif) pour tous les enfants dans les 90 jours après la naissance.***

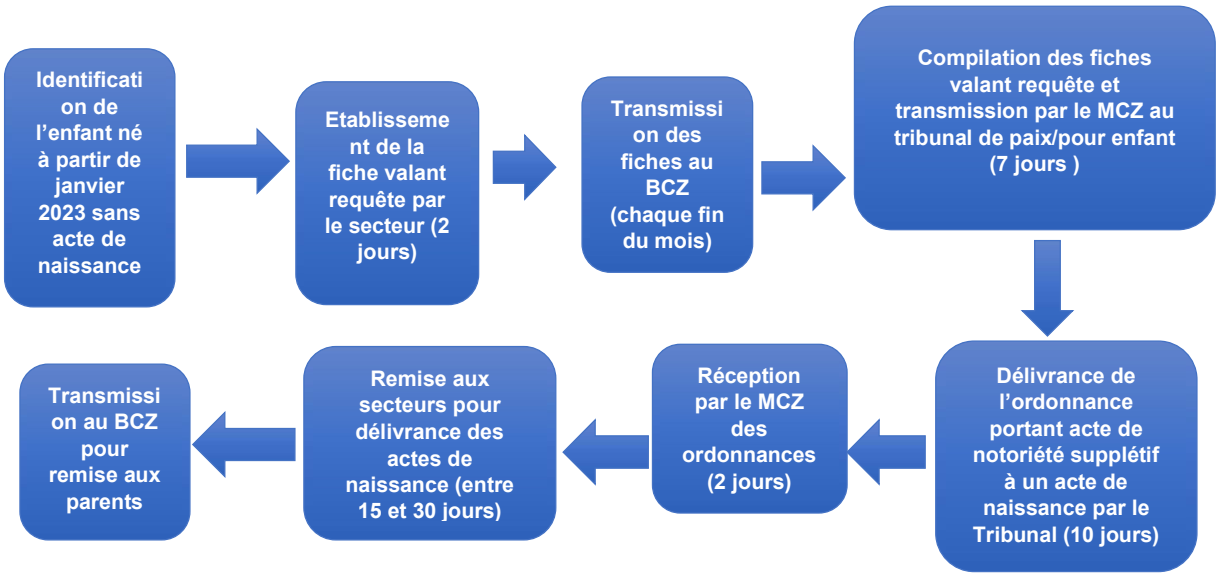
Ces activités se sont déroulées dans les 10 ZS d'intervention des provinces de l'Ituri et du Kongo Central (Bunia, Nyakunde, Komanda, Mambasa, Tchomia, Nizi, Drodro, Gombe-Matadi, Ngidinga, et Kisantu).

L'ORIENTATION STRATÉGIQUE : se présente ainsi qu'il suit :

1. **Naissance moins de 90 jours après la naissance (système de procuration), dans la maternité d'un Centre de santé, durée du processus entre 60 et 120 jours**



2. Naissance > 90 jours après naissance (dispositif sur la fiche valant requête), durée du processus entre 3 à 4 mois



Suite à l'orientation stratégique, les principales activités menées sont :

1. **Plaidoyer** en direction des autorités politico-administratives, des leaders communautaires et des autorités judicaires (Tribunaux pour enfant et de paix)
2. **Séances de sensibilisation communautaire**
3. **Formation/briefing des acteurs** (prestataires, relais communautaires, chef secteur et agents des secteurs d'état civil)
4. **Mise à disposition des outils et équipements** (formulaire de procuration, registre de suivi des naissances, formulaires valant requête, ordonnances portant acte de notoriété supplétif à un acte de naissance, fournitures de bureau et mobiliers)
5. **Signature de protocoles d'accord avec les tribunaux de paix/pour enfant** avec définition des modalités de mise en œuvre (sur la base d'un forfait)
6. **Mise en place d'une procédure** pour faciliter l'enregistrement des naissances avec répartition des rôles des différentes parties prenantes (FOSA, ECZ, Secteurs d'état civil, Tribunaux, Memisa)
7. **Suivi mensuel et collecte des données**
8. **Collecte active trimestrielle des données** par l'animateur communautaire des ECZ dans tous les secteurs d'état civil
9. **Evaluation trimestrielle avec des actions correctrices** lors du monitoring trimestriel

RESULTATS OBTENUS

163 personnes dont 50 femmes (30,67%) sur 147 attendues ont été formées et ont acquis de nouvelles connaissances sur l'enregistrement des naissances

41 134 actes de naissance délivrés sur 49.778 prévus, soit 82.6%

1 424 ordonnances portant acte de notoriété supplétif à un acte de naissance délivrées sur 848 prévues, soit 168%

Taux d'enregistrement des naissances dans les formations sanitaires des zones d'intervention avec le soutien de l'UE est de 84.5% (valeur cible est 70%)

Témoignages



Crédit photo Kristel Moerman, Memisa Belgique.

« Un relais communautaire que je ne connaissais pas physiquement, est venu nous remettre à la maison l'acte de naissance de mon garçon né au CS Ngeba » : une femme dans la zone de santé de Kisantu bénéficiaire d'acte de naissance pour son enfant

« Je suis agréablement surprise qu'on me cherche jusqu'à la maison pour me remettre par le relais communautaire l'acte de naissance de ma fille alors que je n'ai rien déboursé comme argent » : une femme dans la Zone de Santé de Ngidinga bénéficiaire d'acte de naissance pour son enfant

- *Prestataires des CS : « Nous avons apprécié ce sur le travail louable fait et la bonne collaboration avec les secteurs d'état civil. Les problèmes fréquents auxquels nous étions confrontés sont l'absence de prénom de certains nouveau-nés jusqu'à la sortie de la maternité et le retard d'établissement des actes de naissance. »*



Crédit photo équipe BAT Bunia Memisa

- *Chef secteur et commis d'état civil : « Nous avons constaté une nette augmentation du nombre d'actes de naissance. Mais nos principales difficultés sont le mauvais remplissage de certaines procurations (écriture peu lisible) et l'arrivée tardive des procurations.*

QUELQUES LEÇONS APPRISES :

- Bien remplir les procurations et de les transmettre à bonne date
- Intensifier les sensibilisations communautaires
- Assurer une supervision régulière de l'activité par le Bureau de Cadre de Zone

Capitalisation 17 : GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES (MEG) EN ITURI ET KONGO CENTRAL

I. Introduction

Cette évaluation a été menée en octobre et novembre 2024 dans 20 Centres de Santé (CS) répartis à travers 4 Zones de Santé (ZS) des provinces de l'Ituri et du Kongo Central, dans le cadre du projet USE/EQSS1 financé par l'Union Européenne.

- **Objectif général :** Contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments essentiels et autres intrants de santé dans les provinces d'intervention.
- **Objectifs spécifiques :** Décrire les caractéristiques sociodémographiques des structures, analyser les pratiques courantes de gestion, identifier et analyser les facteurs d'influence, et formuler des recommandations correctives.

II. Méthodes

- **Type d'étude :** Étude descriptive transversale à approche quantitative.
- **Cadre et Échantillonnage :** 4 Zones de Santé appuyées par le projet USE/EQSS1 (2 en Ituri et 2 au Kongo Central). Au total, 20 Centres de Santé ont été sélectionnés (soit 5 CS par ZS, combinant un échantillonnage de convenance basé sur l'évolution du capital médicaments et un tirage aléatoire simple de 3 CS performants et 2 moins performants).
- **Collecte des données :** Réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré semi-ouvert, combinant des entretiens avec les responsables de gestion et l'observation directe des processus sur le terrain (achats, stockage, distribution, suivi des stocks et vérification des documents normatifs).

III. Résultats

- **Infrastructures et Stockage :** 70 % des CS disposent d'un espace de stockage, mais 43 % jugent la surface insuffisante et 60 % stockent des intrants en dehors de la zone dédiée. De plus, 94 % des locaux manquent d'extincteurs et seuls 27,8 % assurent un suivi quotidien de la température et de l'hygrométrie. Aucun CS ne dispose de documents de normes et directives écrites de gestion.
- **Tenue des Outils de Gestion :** 65 % des CS remplissent correctement les fiches de stock, mais seuls 25 % respectent le registre de consommation journalière ou produisent un rapport mensuel de gestion conforme. Par ailleurs, 85 % des structures ne possèdent pas de registre des produits hors d'usage conforme au PNAME.
- **Ressources Humaines :** Seulement 30 % du personnel en charge de la gestion des médicaments a bénéficié d'un recyclage au cours des deux dernières années.

IV. Discussion et Facteurs d'Influence

- **Facteurs associés à la performance :** L'analyse bivariée met en évidence une association statistiquement significative ($p < 0{,}05$) entre la bonne gestion des médicaments et la **qualification professionnelle** des agents affectés à la gestion des stocks ainsi qu'à la dispensation. En revanche, la taille de la salle de stock, la formation récente (recyclage) ou la réalisation de supervisions au cours des 6 derniers mois ne montrent pas d'association statistique directe isolée avec la bonne gestion.
- **Disparités provinciales :** L'Ituri affiche un capital médicaments globalement plus élevé grâce à l'appui persistant d'ONG humanitaires et du Fonds Mondial, tandis que le Kongo Central a subi des perturbations de gestion consécutives à une interruption temporaire des évaluations de qualité (MUSAKIS-FASS).

V. Conclusion et Recommandations

L'étude confirme que si le leadership et la qualification du personnel jouent un rôle clé, des lacunes subsistent dans la tenue des outils, la disponibilité des directives et l'implication communautaire.

- **Recommandations prioritaires :**
  - **Infrastructures et Normes :** Aménager des locaux de stockage aux normes, distincts des salles de consultation, et diffuser d'urgence les documents normatifs du PNAME.
  - **Outils et Suivi :** Systématiser la mise à jour des fiches de stock, des registres (produits hors d’usage) et des tableaux de bord logistiques.
  - **Renforcement des Capacités :** Organiser des formations continues ciblées et un encadrement de proximité pour les gestionnaires non qualifiés.
  - **Gouvernance :** Intégrer systématiquement la thématique des médicaments lors des supervisions et impliquer activement les comités de santé (CODESA) dans la réception des commandes et les inventaires physiques.

C. Recommandations Stratégiques et Opérationnelles de toutes les capitalisations

Au terme de l'analyse de ces capitalisations de terrain, des recommandations opérationnelles sont adressées aux différentes parties prenantes pour soutenir le déploiement de la Couverture Santé Universelle en RDC.

Pour les Autorités Sanitaires (Niveau National, Provincial et Zonal)

1. Institutionnalisation de la chirurgie rurale simplifiée et de la VTC :
    - Vulgariser la technique de suture en bourse pour les perforations typhiques dans les hôpitaux ruraux, en déconseillant les lavages péritonéaux abondants et les stomies inutiles, sauf avis contraire d'études plus scientifique ;
    - Conditionner le déploiement de la Vaccination à Tout Contact (VTC) à l'équipement préalable des centres de santé ruraux en réfrigérateurs solaires afin de supprimer les temps d'attente prohibitifs pour les mères.

2. Encadrement strict de la gouvernance du transport d'urgence :
    - Établir des contrats tripartites de propriété et d'usage signés entre l'Équipe Cadre de Zone, l'HGR et le comité de pilotage communautaire pour proscrire toute rétention individuelle des motos-ambulances par les cadres sanitaires, et assurer la transparence nécessaire à la gestion des ce système,
    - Contractualiser les motards avec une prime fixe équitable et une couverture d'assurance accident.

3. Diffusion des normes PNAME et régulation SSRAJ :
    - Diffuser d'urgence les guides normatifs écrites du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAME) dans les centres de santé
    - Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptifs à tous comme un droit individuel et inaliénables surtout pour les personnes en âge de procréer ;
    - Mener de plaidoyer pour la subvention de la prise en charge des IST chez les adolescents surtout cher les adolescents.

Pour les Partenaires Confessionnels (BDOM) et ONG de Terrain

1. Pérennisation financière par le Fonds Obligatoire de Réserve et d'Amortissement (FORA) :Imposer la création d'un compte FORA alimenté par un prélèvement obligatoire de 10 à 15 % des recettes brutes sur toutes les AGR (cantines hospitalières, moulins, unités de transformation) pour financer la maintenance préventive et le renouvellement des équipements lourds.
2. Transition vers l'énergie renouvelable : Solariser prioritairement les unités de transformation agricole et les équipements de froid (comme les moulins à farine de Bominenge) pour éliminer la vulnérabilité liée à l'inflation des carburants fossiles[1].
3. Déstigmatisation et co-construction :
    - Étendre le modèle de formation mixte associant soignants, tradipraticiens et leaders religieux pour la détection précoce des troubles mentaux et de la malnutrition.
    - Poursuivre la méthode d'accompagnement participatif des communautés pour la co-construction de leurs propres centres de santé.

Pour les Bailleurs de Fonds et Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

1. Approche intégrée de la prise en charge des maladies chroniques : Ne plus limiter l'appui au diabète de type 1 à la seule fourniture d'insuline gratuite, mais y adosser systématiquement un système de panier d'assistance nutritionnelle) travers les AGR novatrice pour permettre un soutien socio-économique aux familles indigentes pour prévenir les comas acidocétosiques sur ventre vide.
2. Soutien aux filières locales de souveraineté nutritionnelle : Investir dans les unités de production locale d'aliments enrichis à partir d'intrants agricoles régionaux (modèles « Afia Bora » à Bunia et moulin à Bominenge) certifiées par les laboratoires nationaux (OCC/Université).
3. Pérennisation du contrôle communautaire : Financer l'institutionnalisation des audits communautaires indépendants par les OSC (méthodologie à double filtre) pour certifier la qualité des prestations vaccinales et la gratuité effective des actes d'état civil.

Pour les Organisations de la Société Civile, CODESA et Comités Communautaires

1. Transparence et contrôle citoyen : Exiger la tenue régulière des réunions de suivi comptable et le contrôle par billetage des caisses de solidarité et AGR pour préserver la confiance des usagers[1].
2. Aménagement d'Espaces Jeunes autonomes : Aménager au sein des centres de santé des espaces d'accueil dédiés aux adolescents garantissant une totale intimité visuelle et sonore[4].
3. Pérennisation de la recherche active PB-Mères : Continuer à former et équiper les mères de famille pour le dépistage à domicile de la malnutrition au moyen du ruban brachial.

D. Conclusion

Les capitalisations rassemblées dans cet ouvrage démontrent que le renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo repose sur la capacité des acteurs locaux à élaborer, financer et réguler des solutions adaptées à leurs réalités territoriales. De l'évacuation sanitaire par moto-ambulance au Kwilu et en Ituri à la transformation agricole locale finançant la prise en charge de la malnutrition dans le Sud-Ubangi et en Ituri, en passant par l'autonomisation de la solidarité hospitalière à Pawa, la chirurgie simplifiée de la bourse à Katako-Kombe, l'achat stratégique vaccinal VTC et l'intégration des soins de santé mentale dans le Kongo Central, ces initiatives apportent des réponses concrètes aux barrières d'accès aux soins.

Toutefois, la pérennité de ces innovations dépend directement de la rigueur de la gouvernance administrative et financière. Les interruptions de services observées à la suite de défaillances managériales, de l'inflation des carburants ou de la démobilisation du personnel rappellent que la durabilité exige des contrats de gestion clairs, une provision budgétaire pour l'amortissement du capital, des contrôles comptables rigoureux et un ancrage communautaire participatif.

Au moment où la RDC poursuit la mise en œuvre de son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-PS 2024–2033) et l'extension de la Couverture Santé Universelle, ces enseignements de terrain offrent des repères pratiques aux autorités sanitaires, aux partenaires confessionnels, aux bailleurs de fonds et aux organisations de la société civile. La généralisation de ces bonnes pratiques permettra de consolider un système de santé plus équitable, résilient et accessible à l'ensemble de la population congolaise.

Bibliographie

1. BAPOLISI NDJOVU O, IRAGI NTWALI V. Couverture santé universelle et droit d'accès aux soins en R. D. Congo : entre volonté de faire et capacité à agir. Studia Universitatis Babes-Bolyai Studia Europaea. 2025 Jun 30;145–75. doi:10.24193/subbeuropaea.2025.1.05
2. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE HEPS. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET DE PREVOYANCE SOCIALE (PNDS-PS 2024-2033) [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 28]. Available from: https://fr.scribd.com/document/871368944/PNDS-PS-2024-2033-Octobre-2024-Final
3. RDC PSN-CSU C. Plan Strategique National Pour La Couverture Sante Universelle. 2020;1–69.
4. Banque Mondiale. République démocratique du Congo - Vue d'ensemble [Internet]. 2025 Apr 17 [cited 2025 Aug 14]. Available from: https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview
5. Coordination Nationale Multisectorielle de Nutrition de la RD Congo. PLAN NATIONAL STRATEGIQUE MULTISECTORIEL DE NUTRITION DE LA RDC (PNSMN 2023 – 2030) [Internet]. 2023 Nov [cited 2026 Aug 20]. Available from: https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2025-04/PNSMN%202023-2030.pdf



Découvrez-nous en ligne sur : www.memisa.be
Memisa Belgique, DR Congo
47, Avenue Kisangani, C/Gombe, Kinshasa
Tél: +243 83 520 37 58

Belgique
partenaire du développement
Financé par
l'Union européenne