



**CENTRE DE CONNAISSANCES
EN SANTÉ EN R.D. CONGO**

ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF

**RAPPORT ANNUEL
2023**



Table des matières

- 4 Remerciements**
- 5 À propos du CCSC-ASBL**
- 6 Liste des abréviations et acronymes**
- 7 Introduction**
- 8 Participations aux études**
- 9 Tableau 1. Productions scientifiques du CCSC-ASBL en 2023
- 10 Déterminants de la morbidité et de la mortalité dues au choléra à Lubumbashi, République démocratique du Congo : étude cas-témoins non appariée
- 10 Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins et des Leaders communautaires sur le choléra à Lubumbashi, en RDC.
- 11 Exercice du stewardship par les équipes-cadres des districts sanitaires de Lubumbashi : Etat des lieux, goulots d'étranglement et perspectives
- 14 Soins de santé mentale dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo: Analyse de la demande, de l'offre et de la capacité de réponse opérationnelle du district sanitaire de Tshamilemba
- 16 Comprendre le mix des services de soins de santé mentale en milieu urbain en RD Congo : une étude qualitative descriptive
- 18 Comprendre les spécificités du milieu urbain pour mieux organiser les systèmes de santé dans les villes en République Démocratique du Congo
- 18 Renforcement des capacités des équipes cadres des districts sanitaires à l'ère de la réforme de l'administration sanitaire provincial en République Démocratique du Congo : un protocole d'évaluation réaliste
- 20 Comment le renforcement des capacités des gestionnaires des districts sanitaires a été conçu, mis en oeuvre et évalué en Afrique Sub-Saharienne : Une revue de la portée et une analyse du cadre le mieux adapté
- 21 Gouvernance multi-niveau et contrôle de la pandémie de Covid-19 en République Démocratique du Congo : leçons apprises des quatre premières vagues
- 23 Marchés de consultances**
- 24 Restitution des résultats de l'Enquête finale pour le monitorage en temps réel dans les communautés et les formations sanitaires en appui à l'initiative « Communautés amies des enfants » (CFC/RTM, 2022)
- 27 Atelier de restitution de l'expérience des mécanismes de financement des soins de santé
- 28 Partenariat AJIC**
- 29 Collaboration entre le CCSC et le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention**
- 29 Décentralisation de la carte de score SRMNEA-Nut au niveau provincial en RD. Congo
- 31 Participation aux réunions des commissions du CNP-SS
- 32 Renforcement des capacités du personnel**
- 32 Formation sur la gestion du site web
- 32 Participation aux conférences nationales et internationales
- 33 Tableau 3. Formations, conférences, ateliers et webinaires suivis par le personnel du CCSC-ASBL en 2023
- 38 Synthèse du rapport financier 2023**
- 38 Recettes
- 38 Cotisation et droit d'adhésion des membres
- 38 Frais de fonctionnement du Gouvernement
- 39 Tableau 1. Recettes en 2023
- 39 Dépenses
- 39 Tableau 2. Dépenses en 2023
- 40 Conclusion et perspectives**

Remerciements



Qui l'eût cru ? Trois années après la fin, en décembre 2020, du financement de l'Union européenne et le départ conséquent de ses experts séniors, le CCSC-ASBL survit ! Et il est resté droit dans ses bottes ! Cette résilience est le résultat incontestable de plusieurs facteurs dont les quatre principaux sont repris dans les lignes qui suivent. *Primo*, l'appui inestimable du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) qui a, non seulement depuis sa création, octroyé à titre gracieux les locaux du siège du centre, mais aussi sollicite régulièrement à titres divers et à différents niveaux de la pyramide sanitaire, les conseils des experts du centre dans le processus de prise de décision. *Secundo*, certains partenaires au développement qui ont compris l'importance de la prise de décision informée par les évidences n'hésitent plus à solliciter les services fournis par le centre, notamment

la production, l'analyse et la synthèse des évidences devant renforcer leurs stratégies d'appui au MSPHP. *Tertio*, la poursuite sans désemparer, de la collaboration avec les Ecoles de santé publique des Universités Catholique de Bukavu, de Kinshasa et de Lubumbashi, membres des organes de gouvernance (Conseil d'Administration et Assemblée générale) du CCSC-ASBL, constitue un levier indispensable dans la mobilisation des ressources humaines nécessaires à l'accomplissement de la mission du centre. *Quarto*, l'esprit d'abnégation, la détermination et la motivation intrinsèque de l'équipe exécutive du centre sont autant de valeurs qui permettent au centre de mener à bien sa mission. Aux uns et aux autres, personnes physiques ou morales, j'adresse mes remerciements les plus sincères et leur assure que leur intérêt continu et leur soutien indéfectible au CCSC-ASBL sont les seuls gages de sa pérennité. A ce titre, ils sont et resteront gravés dans la mémoire institutionnelle du centre.

Faustin Chenge Mukalenge

Directeur du CCSC-ASBL

À propos du CCSC-ASBL



CONTEXTE DE CRÉATION

La création du CCSC-ASBL s'inscrit dans une dynamique internationale qui vise à renforcer la base d'évidences scientifiques dans la prise de décisions concernant l'organisation des systèmes et la définition des politiques de santé.

Le CCSC-ASBL fait une analyse indépendante des questions prioritaires concernant la santé des populations, sans interférence des groupes d'intérêts commerciaux, corporatistes ou autres. En fonction des résultats de cette analyse, le CCSC-ASBL fait une synthèse des données probantes retrouvées dans des bases de données scientifiques (Cochrane, PubMed/Medline, Scopus, Cinahl,...) ou dans la littérature grise et formule des recommandations contextuelles basées sur ces données au Ministère de la santé et autres parties prenantes concernées.

Le besoin de prendre des décisions basées sur l'évidence concernant les interventions et programmes de santé devient de plus en plus important. Le CCSC-ASBL permet une analyse indépendante de questions prioritaires telles que définies par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) et d'autres parties prenantes. Cette analyse se fait par des méthodes scientifiquement avérées en vue d'informer, le plus objectivement possible, la prise de décision au sein du Ministère de la santé.

NOS VALEURS



Nos valeurs sont le **gage de l'objectivité** de notre travail et de nos actions. Il s'agit de :

Autonomie

nous agissons librement et en toute indépendance

Impartialité

Nous agissons avec neutralité, en étant guidés par la seule qualité de l'évidence disponible vis-à-vis d'une question de recherche

Intégrité

nous agissons avec honnêteté, tout le processus de notre production étant transparent, vérifiable et reproduit.

Rationalité

Nos analyses procèdent toujours par des méthodes scientifiquement avérées et nos recommandations reposent toujours sur les données probantes les plus récentes que possible.

ORGANE DE GOUVERNANCE

Conformément à ses statuts, le CCSC-ASBL comprend les organes de gouvernance suivants dont la composition reflète sa large assise sociétale :

- L'Assemblée Générale** : c'est l'organe suprême de l'association,
- Le Conseil d'Administration** : c'est l'organe d'administration et d'exécution des décisions de l'Assemblée Générale,
- La Direction Exécutive** : c'est l'organe de gestion quotidienne de l'Association,
- La Commission de contrôle** : c'est l'organe de contrôle de la gestion administrative, financière et technique de l'association.

NOTRE VISION



Etre un centre d'excellence dans la production et la synthèse des preuves scientifiques **relatives aux questions de santé en RD. Congo**, visant à ce que toutes décisions prises (normes, stratégies, politiques, ...) soient fondées sur les **meilleures données de recherche** disponibles.

NOTRE MISSION



Conseiller les pouvoirs publics, en particulier le Ministère de la santé, à **prendre des décisions concernant le développement des systèmes et politiques de santé qui soient basées sur l'évidence**.

NOTRE DEVISE



Penser globalement et agir localement dans l'intérêt d'une **meilleure santé des populations**.



Liste des abréviations et acronymes

AFRAVIH : Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH et les infections virales chroniques	INS : Institut National des Statistiques
ALMA : African Leaders Malaria Alliance	IPHCE : International Institute for Primary Health Care-Ethiopia
ASBL : Association Sans But Lucratif	JHPIEGO : John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
ASSICAS : Association Internationale Congolaise d'Aide Sociale et Humanitaire	JTM : Jeunes Talents pour le Développement et la Modernité
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques	OHADA : Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
CCSC : Centre de Connaissances en Santé en R.D. Congo	OMS AFRO : Organisation Mondiale de la Santé/Région Africaine
FC : Franc Congolais	PATH : Program for Appropriate Technology in Health
CFC : Child Friend Community	RAJEC : Réseau Africain des Jeunes Chercheurs
COVID-19 : Coronavirus Disease-19	RDC : République Démocratique du Congo
CNP-SS : Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé	RIPSEC : Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo
CPHIA : Conference On Public Health in Africa	RTM : Real Time Monitoring
CS : Centre de Santé	SCOGO : Société Congolaise de Gynécologie et Obstétrique
DPS : Division Provinciale de la Santé	SMNE : Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
DHIS2 : District Health Information Software 2	SRMNEA-Nut : Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de la Nutrition
DS : District Sanitaire	SSP : Soins de Santé Primaire
DSFGS : Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques	UCB : Université Catholique de Bukavu
ECDS : Equipe Cadre de District Sanitaire	UCL : Université Catholique de Louvain
ECZ : Equipe Cadre de Zone de Santé	UE : Union Européenne
Enabel : Agence Belge de Développement	ULB : Université Libre de Bruxelles
ENA-RDC : Ecole Nationale d'Administration de la R.D. Congo	UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund
ERSP : Ecole Régionale de Santé Publique	UNIKIN : Université de Kinshasa
ESP : Ecole de Santé Publique	UNIKIS : Université de Kisangani
ESS : Etablissements de Soins de Santé	UNILU : Université de Lubumbashi
FAE : Fonds Accélérateur de l'Equité	UPC : Université Protestante du Congo
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization	USD : United States Dollars
GRISOF : Groupe de Réflexion et d'Information en Science Ouverte Francophone	ZAR : Zone d'Apprentissage et de Recherche
GT-SSR : Groupe de Travail sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction	ZS : Zone de Santé
IMT-Anvers : Institut de Médecine Tropicale d'Anvers	
INRB : Institut National de Recherche Biomédicale	

1. Introduction

L'Association Sans But Lucratif dénommée « Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo (CCSC) » est une structure de gestion de connaissances et d'évaluation de technologies de la santé, dotée d'une personnalité juridique conformément à l'arrêté ministériel n°172/CAB/ME/MIN/J&GS/2018 du 21 Septembre 2018. Sa création en octobre 2016 a été l'un des trois résultats de la mise en œuvre du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (RIPSEC en sigle, <https://ripsec.org/ccsc/?lang=en>). Ce programme a été financé par l'Union Européenne (UE) pour la période de 2015-2019. Les deux autres résultats étaient, d'une part, le renforcement des capacités scientifiques (recherche et enseignement en systèmes de santé) des trois Ecoles de Santé Publique (ESP) Congolaises (Lubumbashi, Kinshasa et Bukavu) et de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) et, d'autre part, le renforcement des capacités de formation de ces ESP par le développement des Zones d'Apprentissage et de Recherche (ZAR). L'inauguration du centre en février 2017 s'inscrivait dans une dynamique internationale qui visait à renforcer la base

d'évidences scientifiques dans la prise de décisions concernant l'organisation des systèmes et la définition des politiques de santé.

Depuis 2021, le CCSC-ASBL n'a plus bénéficié d'un financement structurel comme au cours de la période de mise en œuvre du programme RIPSEC. Ainsi, pour assurer sa survie et accomplir sa mission, le CCSC-ASBL participe aux études dans le cadre des recherches doctorales de certains de ses membres et réalise des missions de consultance commanditée et lui confiées par des organisations de coopération bi- et multilatérale. Ces missions de consultance particulièrement sont rémunérées et permettent à l'association d'assurer son fonctionnement minimal et, ensemble avec les études, de générer des données, de les analyser et de produire des évidences sous formes d'articles publiés ou de rapports. Ces articles et rapports sont systématiquement partagés avec les autorités du Ministère de la Santé pour s'en servir dans les processus de prise de décision, notamment lors de l'élaboration des documents stratégiques (politiques, normes, directives, ...).

Le présent rapport présente les activités menées et les résultats obtenus par le CCSC-ASBL au cours de l'année 2023.

2. Participations aux études



Avec la participation substantielle du CCSC-ASBL, cinq membres du CCSC-ASBL, affiliés aussi à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi (UNILU) (Didier Chuy, Erick Mukala, Antoine Okitandjate) ou à l'Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu (ERSP-UCB) (Samuel Makali) ou à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Kisangani (UNIKIS) (Samuel Bosongo) ont réalisé des études dans le cadre de leurs recherches doctorales qui abordent des thématiques diverses, très pertinentes pour

le système de santé de la RDC. Au cours de l'année 2023, les résultats de ces études ont été présentés sous forme de dissertation doctorale, d'articles publiés, de présentations orales ou posters au cours des fora scientifiques nationaux ou internationaux.

Le tableau 1 donne la synthèse des productions scientifiques du CCSC-ASBL au cours de l'année 2023, suivie des résumés en Français (et des pages de résumés en Anglais pour les publications originellement en Anglais).

Tableau 1. Productions scientifiques du CCSC-ASBL en 2023

Année 2023				
N°	Auteur	Co-auteurs ou promoteurs	Titre	Nature
1	Antoine Okitandjate	Faustin Chenge, Abert Mwembo	Déterminants de la morbidité et de la mortalité dues au choléra à Lubumbashi, République démocratique du Congo : étude cas-témoins non appariée	Poster
		Faustin Chenge, Albert Mwembo	Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins et des Leaders communautaires sur le choléra à Lubumbashi, en RDC.	Poster
2	Didier Chuy	Faustin Chenge, Bart Criel	Exercice du stewardship par les équipes-cadres des districts sanitaires de Lubumbashi Etat des lieux, goulots d'étranglement et perspectives	Dissertation Doctorale
3	Erick Mukala	Didier Chuy, Faustin Chenge, Bart Criel	Mental health care in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: Analysis of demand, supply and operational response capacity of the health district of Tshamilemba	Article
		Faustin Chenge, Bart Criel	Understanding the mix of services for mental health care in urban DR Congo: a qualitative descriptive study	Article
4	Faustin Chenge	Bart Criel	Comprendre les spécificités du milieu urbain pour mieux organiser les systèmes de santé dans les villes en République Démocratique du Congo	Présentation orale
5	Samuel Bosongo	Zakaria Belrhit, Joël Ekofo, Chrispin Kabanga, Faustin Chenge, Bart Criel	How capacity building of district health managers has been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis	Article
		Zakaria Belrhit, Faustin Chenge, Bart Criel	Capacity building of district health management teams in the era of provincial health administration reform in the Democratic Republic of Congo: a realist evaluation protocol	Article
6	Yves Kashiya	Joël Ekofo, Chrispin Kabanga, Faustin Chenge	Multilevel Governance and Control of the COVID-19 Pandemic in the Democratic Republic of Congo: Learning from the Four First Waves	Article

2.1. Déterminants de la morbidité et de la mortalité dues au choléra à Lubumbashi, République démocratique du Congo : étude cas-témoins non appariée

RÉSUMÉ

Contexte : Le choléra est endémo-épidémique à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo. En raison de son importance en termes de morbidité et de mortalité, le choléra constitue un véritable problème de santé publique. L'objectif de notre étude était de décrire le profil clinique, épidémiologique, biologique et thérapeutique des patients cholériques et d'identifier les déterminants de la morbidité et de la mortalité du choléra dans la ville de Lubumbashi. Nous avons ainsi réalisé une étude cas-témoins non appariée. Il a été retenu 386 cas et 386 témoins dans les unités de traitement et les centres de santé de janvier 2017 à décembre 2020. Les cas positifs étaient définis comme suit : « toute personne, d'au moins 2 ans au cours de l'épidémie et présentant au moins trois selles liquides par jour, avec ou sans vomissement ; ou diarrhée aiguë aqueuse abondante, ou tout décès des suites d'une diarrhée aiguë avec ou sans test de diagnostic rapide (TDR) choléra positif ». Nous avons utilisé une enquête structurée. L'odd ratio quantifie la force de l'association. Régression logistique binaire avec STATA 12 pour les analyses statistiques. En plus, QGIS 3.12 et Excel 2017, étaient utilisés pour générer les figures et les tableaux. Le seuil de signification statistique était fixé à 0,05 et IC95%. Au total 5 112 cas et 146 décès, soit un taux de létalité de 2,9%. Par rapport aux témoins, déterminants significativement ($P<0,05$) associés au choléra : sexe masculin, ($OR = 1,41 [1,04-1,89]$), niveau d'éducation inférieur ou égal à 6 ans de scolarité, ($OR= 1,64 [1,05-2,54]$), contact connu avec un cas de choléra, $OR=5,9 [2,60-13,67]$, utilisation de récipients non-latrines, ($OR=2,1[1,5-3,0]$), méconnaissance des moments critiques de lavage des mains, ($OR=1,46 [1,08-1,98]$). Pour les décès, les déterminants étaient statistiquement associés ($P<0,05$) : Déshydratation sévère ($OR = 2,67 [1,45-4,34]$), délai de plus de 24 heures entre l'apparition des signes et le traitement ($OR=2,23 [1,22-4,05]$) et niveau d'éducation plus de 6 ans de scolarité ($OR= 0,39 [0,21-0,71]$). L'identification des déterminants du choléra et des décès à Lubumbashi est une étape importante pour revisiter les directives, les plans opérationnels et d'adapter les stratégies à mettre à l'échelle pour le contrôle du choléra à Lubumbashi.

Mots clés : déterminants, morbidité, mortalité, choléra, Lubumbashi.

Ce résumé avait été soumis et accepté pour poster à la 9e Conférence Internationale sur la dynamique des maladies infectieuses, organisée à Bologne (Italie), du 28 novembre au 1er décembre 2023.

2.2. Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins et des Leaders communautaires sur le choléra à Lubumbashi, en RDC.

RÉSUMÉ

Objectif : Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins et des leaders communautaires à Lubumbashi sur les signes, la transmission, la prévention et le traitement du choléra.

Méthodes : Il s'agit d'une étude CAP transversale quantitative et qualitative, prospective à visée analytique. Les données ont été collectées du 3 septembre 2021 au 5 septembre 2022 dans les structures sanitaires et auprès des leaders communautaires à Lubumbashi. Un questionnaire, un guide d'entretien et un guide d'observation participante ont été utilisés. Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé les logiciels STATA/IC 12 et le Microsoft Excel version 10. L'évaluation s'est faite à l'aide d'un score de 20 points.

Résultats : Dans l'échantillon des 396 participants, l'âge médian était de 35 (26-42) ans ; le sexe masculin était le plus représenté (54,04%). Les universitaires représentaient 58,08% de l'effectif et 63,89% avaient au moins deux ans d'ancienneté. Ceux ayant reçu une formation sur le choléra représentaient 42,62% de l'effectif. Le personnel médical représentait 78,79% de l'effectif. Le niveau des connaissances des répondants était suffisant chez 36,11% d'entre eux. Ce niveau est estimé à 21.0% et de 15.11% chez les leaders communautaires, $P=0.021$. Les modes de transmission étaient connus de 68.03% d'entre eux. Jusqu'à 69.19% des sujets avaient une attitude favorable à la prévention. La croyance à la guérison a été retrouvée chez 21.85%, parmi lesquels 16% par une automédication et 4% par la prière.

Conclusion : Le niveau de CAP des prestataires et des leaders communautaires à Lubumbashi sur le choléra est très faible. Nous recommandons l'élaboration de la stratégie du renforcement des capacités des acteurs impliqués pour contrôler le choléra à Lubumbashi et la prise en compte de ces facteurs dans l'adaptation des stratégies de communication et prévention de choléra à Lubumbashi, en République démocratique du Congo.

Mots-clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, choléra, Lubumbashi

Ce résumé avait été soumis et accepté pour un poster à la Conférence internationale sur le Choléra en RDC, organisée par le Programme National d'Elimination de Choléra et lutte contre les autres maladies diarrhéiques (PNECHOL-MD) et l'Institut National de Santé Publique (INSP) de la RDC, du 15 au 16 septembre 2023.

2.3. Exercice du stewardship par les équipes-cadres des districts sanitaires de Lubumbashi : Etat des lieux, goulots d'étranglement et perspectives

RÉSUMÉ

Contexte : L'urbanisation rapide, l'essor de la privatisation, le pluralisme croissant des acteurs sanitaires et une faible régulation ont conduit à la fragmentation, à l'hospitalocentrisme et à la commercialisation des soins dans le système de santé, plus spécifiquement au sein des districts sanitaires (DS) urbains, en République démocratique du Congo (RDC). Cette situation affecte dramatiquement la mise en œuvre des Soins de Santé primaires (SSP) suite à la désorganisation des DS et au faible potentiel gestionnaire des équipes-cadres de DS (ECDS). En effet, les ECDS sont censées exercer une gestion conscientieuse, inclusive et responsable du bien-être de la population. Une telle gestion, correspondant au concept de 'stewardship', rend aptes les ECDS à fédérer tous les acteurs autour des objectifs communs de santé, pour des DS performants. Cette recherche visait à faire un état des lieux concernant l'exercice du stewardship par les

ECDS, identifier les goulots d'étranglement et proposer des perspectives de renforcement dans la ville de Lubumbashi en RDC.

Méthodes : Nous avons mené une étude de cas à méthodes mixtes sur l'exercice du stewardship par les équipes-cadres dans neuf DS de la ville de Lubumbashi, sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2021. Partant des recommandations de l'OMS (2008) pour évaluer l'exercice du stewardship, nous avons pris en compte tous les trois niveaux d'organisation du système de santé congolais – en les considérant chacun avec son rôle spécifique - dans le développement des SSP sur le terrain : (i) le niveau central, qui définit les politiques et fournit un cadre réglementaire ; (ii) le niveau intermédiaire, qui doit apporter un appui aux DS ; et (iii) les DS eux-mêmes, qui sont censés mettre en œuvre les SSP. Par conséquent, l'exercice du stewardship par les ECDS a été conceptualisé comme étant fonction de quatre paramètres, composés chacun d'un certain nombre de dimensions spécifiques. Le premier paramètre est l'effectivité de la mise en œuvre de la politique nationale de DS, pouvant se traduire pratiquement par l'existence de cinq dimensions distinctes sur le terrain, à savoir : (i) une base conceptuelle, formelle et systémique ; (ii) une coalition d'acteurs ; (iii) un agenda partagé ; (iv) l'observance des normes existantes ; (v) et un exercice d'autorité et de contrainte visant le développement intégré des DS. Le second paramètre est le soutien logistique, technique, social et psychologique, apporté par le niveau intermédiaire du système de santé congolais pour le développement de la maturité gestionnaire des ECDS. La maturité des ECDS englobe quatre dimensions, à savoir : l'esprit d'équipe, la prise de décision, la logique de mission, la prise d'initiatives de développement du DS. Le troisième paramètre réfère aux capacités des membres des ECDS (englobant leur nombre et stabilité, leur compétences, l'environnement de travail et le système de gestion) et à leurs performances (incluant leur adaptation à l'environnement, l'atteinte de leurs buts et objectifs, le maintien des valeurs positives et leur production de services) à piloter les DS. En fin, le quatrième paramètre correspond au degré d'accomplissement des six sous-fonctions ou 'piliers' du stewardship. Ces piliers ont été regroupés en trois domaines, émanant respectivement de trois caractéristiques explicatives du stewardship. Le premier domaine est celui de direction stratégique, comprenant les piliers 'génération d'intelligence' et 'formulation de vision', et se rapportant à « l'ouverture des objectifs d'action » de l'ECDS à d'autres acteurs et secteurs du DS. Le deuxième domaine correspond à l'encadrement tactique, englobant les piliers « influence sur les acteurs intersectoriels » et « implication de tous les acteurs à la gouvernance », et se rapportant au « partage de pouvoir » de l'ECDS. Et, le troisième domaine est celui de la réactivité opérationnelle, incluant les piliers « conception et organisation des services de soins » et « incitation et régulation des services de soins », et qui se rapportent à « l'allocation des ressources aux besoins locaux » par l'ECDS. Les trois premiers paramètres ont fait respectivement l'objet des études empiriques allant de I à III. Le quatrième paramètre a constitué le fondement des études empiriques IV à VI, ayant porté sur l'évaluation de la fonction de stewardship par les neuf ECDS avant la pandémie de COVID-19 (étude IV), et plus tard au cours de la pandémie de COVID-19 dans deux districts sélectionnés par choix raisonnés (étude V), et finalement au Centre de Santé d'Apprentissage et de Recherche Tshamilemba (CSART) (étude VI). Nous avons considéré les membres des ECDS, leurs documents de travail, et d'autres acteurs clés des DS dans cette recherche.

Pour la composante quantitative, nous avons procédé à l'échantillonnage empirique d'une proportion supérieure à la moyenne de membres des ECDS et d'autres acteurs (prestataires de soins et relais communautaires) pour l'évaluation du stewardship en contexte de la COVID-19. Les données quantitatives ont été recueillies au moyen de questionnaires prétestés. Elles ont été analysées en pourcentages des proportions pondérées des notes obtenues par les répondants sur chaque dimension concernant les différents paramètres. Ces proportions ont constitué des indices d'efficacité interprétés comme étant faible (0-19%), faible (20-39%), modéré (40-59%), bon (60-79%) ou excellent (80-100%) dans l'étude empirique I. Elles ont aussi été utilisées pour apprécier le degré de soutien du niveau intermédiaire au développement de la maturité des ECDS dans l'étude empirique II. Elles ont formé des profils dichotomiques interprétés en « acceptables » (> 50 %) ou « non acceptables » (< 50 %) pour chacune des dimensions de capacités ou de performances des ECDS dans l'étude empirique III. Enfin, ces proportions ont constitué des scores d'accomplissement des piliers du stewardship, interprétés soit comme faibles (0-33 %), moyens (34-66 %) ou satisfaisants (67-100 %) dans les études empiriques IV et VI. Les données qualitatives ont été collectées grâce à des entretiens semi-structurés de groupe et/ou individuels, des groupes de discussion et des sessions d'observation participante, et analysées par thèmes correspondant aux diverses dimensions constitutives de chacun des paramètres ci-dessus mentionnés.

Le protocole de cette recherche a été approuvé par le comité d'éthique médicale de l'Université de Lubumbashi.

Résultats : Nous avons trouvé que les quatre paramètres de l'exercice du stewardship par les ECDS souffraient encore de lacunes substantielles. En ce qui concerne le premier paramètre (mise en œuvre de la politique de DS), les membres des neuf ECDS ont signalé d'importantes lacunes dans les cinq dimensions de l'effectivité de mise en œuvre de la politique de DS. Les indices d'effectivité de mise en œuvre de toutes les dimensions étaient faibles, allant de 21,5 % concernant l'exercice d'autorité et de contrainte, à 38,8 % pour l'observance des normes des DS. Le pourcentage global d'effectivité de mise en œuvre de cette politique a parfois fortement varié d'un DS à un autre.

En ce qui concerne le deuxième paramètre (soutien du niveau intermédiaire aux ECDS), les participants à l'étude ont rapporté que le niveau provincial n'avait pas de modèle cohérent du soutien qu'il apporte de manière erratique aux ECDS. Par rapport au troisième paramètre (capacités et performances des ECDS), les membres des ECDS ont signalé d'importants déficits en compétences managériales, mais aussi en leur nombre et leur stabilité. Ils ont également signalé des lacunes marquées en termes de capacité à adapter leur gestion à l'environnement urbain, à atteindre des objectifs prédéfinis, à maintenir leur motivation et des valeurs positives, et à produire leur prestation des services.

Quant au quatrième paramètre (accomplissement des piliers du stewardship), avant la pandémie de COVID-19, le stewardship des ECDS se caractérisait par une faible 'direction stratégique' en termes de génération d'intelligence (renseignements) et de formulation de vision, un 'encadrement tactique' médiocre avec peu d'influence sur les acteurs d'autres secteurs ainsi que des réunions et des prises de décision irrégulières par les organes de gouvernance des DS. Le stewardship se caractérisait aussi par une réactivité opérationnelle problématique, avec une inadéquate affectation et répartition des ressources humaines pour la santé en proie au clientélisme et au trafic d'influence dans

les DS. Ces défis dans les différents piliers du stewardship s'expliquent notamment par une définition cloisonnée et étroite des objectifs de santé, un faible partage du pouvoir, ainsi qu'une acquisition et une allocation insuffisantes des ressources pour adresser les besoins locaux de santé par les neuf ECDS. Les valeurs médianes des scores d'accomplissement des piliers, sur une échelle de 0 à 10, ont été modérées (fourchette de 4 à 6,9) dans le domaine de la direction stratégique, mais dramatiquement faibles (fourchette de 0 à 3,9) dans ceux de l'encadrement tactique et de la réactivité opérationnelle du stewardship des DS. Dans l'ensemble, nous avons trouvé un score global très faible (3,9) du stewardship des neuf ECDS. La même allure de faible stewardship a été notée au cours de la pandémie de COVID-19 dans deux DS : Kampemba et Katuba. Ce même résultat a été corroboré par une adaptation difficile et tardive des activités de soins au Centre de Santé de Tshamilemba, la seule formation sanitaire gouvernementale, face au contexte de COVID-19 dans le DS de Tshamilemba. En effet, les services de santé de première ligne, censés en principe être très réactifs aux problèmes prioritaires des populations, ont d'abord été « oubliés » par les décideurs politiques, puis timidement impliqués, et tardivement quelque peu « valorisés » dans leur rôle dans le système de santé.

Conclusion : Cette recherche fournit une nette évidence d'un très mauvais exercice du stewardship par les ECDS dans la ville de Lubumbashi, avec des goulots d'étranglement à tous les niveaux du système de santé. D'importantes faiblesses ont été identifiées en termes d'effectivité opérationnelle de la politique des DS et de soutien aux ECDS par le niveau intermédiaire du système de santé. Les ECDS se caractérisent aussi par des faibles capacités et performances gestionnaires, en termes d'adaptation à l'environnement urbain et d'atteinte d'objectifs de santé. Cet exercice problématique de stewardship s'est clairement manifesté lors de la pandémie de COVID-19. Le Ministère de la Santé devra accorder plus d'attention à l'adoption, à l'intégration et/ou au renforcement de l'exercice du stewardship au niveau du district. Un large éventail de recommandations a été formulé.

Mots-clés : Intendance, Districts de Santé, Equipes de Gestion Sanitaire de District, milieu urbain, ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

2.4. Soins de santé mentale dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo: Analyse de la demande, de l'offre et de la capacité de réponse opérationnelle du district sanitaire de Tshamilemba

Résumé

Contexte : L'intégration des soins de santé mentale dans le système de soins primaires est une option politique importante en République Démocratique du Congo (RDC). Dans la perspective de l'intégration des soins de santé mentale dans les services de santé du district, cette étude a analysé la demande et l'offre existantes de soins de santé mentale dans le district sanitaire de Tshamilemba, situé à Lubumbashi, la deuxième plus grande ville de la RDC. Nous avons examiné de manière critique la capacité de réponse opérationnelle du district en matière de santé mentale.

Méthodes : Une étude exploratoire transversale multi méthodes a été réalisée. Nous avons effectué une revue documentaire (y compris une analyse des documents issus du système d'information sanitaire de routine) du district sanitaire de Tshamilemba. Nous avons également organisé une enquête auprès des ménages à laquelle 591 participants ont répondu et mené 5 discussions de groupe focalisé avec 50 informateurs clés (médecins, infirmiers, gestionnaires, relais et leaders communautaires, utilisateurs des services de soins). La demande de soins de santé mentale a été analysée à travers l'évaluation de la charge des problèmes de santé mentale et des comportements de recherche de soins. La charge des troubles mentaux a été évaluée en calculant un indicateur de morbidité (proportion de cas de santé mentale) et par une analyse qualitative des répercussions psychosociales telles qu'elles sont perçues par les participants. Les comportements de recherche de soins ont été analysés en calculant des indicateurs d'utilisation des services de santé et plus particulièrement la fréquence relative des plaintes de santé mentale dans les établissements de soins primaires, ainsi qu'en analysant les rapports des participants aux groupes de discussion. L'offre de soins de santé mentale disponible a été décrite en utilisant l'analyse qualitative des déclarations des participants (prestataires et utilisateurs des services de soins) aux discussions de groupe focalisé et en analysant l'ensemble des soins disponibles dans les établissements de soins primaires. Enfin, la capacité de réponse opérationnelle du district a été évaluée en faisant l'inventaire de toutes les ressources disponibles et en analysant les données qualitatives fournies par les prestataires et les gestionnaires des services de santé concernant la capacité du district à prendre en charge les problèmes de santé mentale.

Résultats : L'analyse des documents techniques a montré que le fardeau des problèmes de santé mentale est un problème majeur de santé publique à Lubumbashi. Cependant, la proportion de cas de santé mentale parmi les patients vus dans les consultations curatives ambulatoires du district de Tshamilemba reste très faible, estimée à 5,3 %. Les entretiens ont non seulement mis en évidence une demande claire de soins de santé mentale, mais ont également indiqué qu'il n'existe actuellement pratiquement aucune

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

Mental health care in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: Analysis of demand, supply and operational response capacity of the health district of Tshamilemba

Erick Mukala Mayoyo^{1,2,3,4*}, Barts Criel⁵, Joris Michielsen⁶, Didier Chuy^{2,4,6}, Yves Coppoliers⁷, Faustin Chenge^{2,4}

¹ Centre de Recherche en Épidémiologie, Biostatistique et Recherche Clinique, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique, ² School of Public Health, University of Lubumbashi, Lubumbashi, Haut-Katanga, DR Congo, ³ Section de Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, Kasai Central, DR Congo, ⁴ Centre de Connaissances en Santé au Congo, Kinshasa, DR Congo, ⁵ Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine in Antwerp, Antwerp, Belgium, ⁶ Section de Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, Haut-Katanga, DR Congo

* erickmukala1@gmail.com

Abstract

Background

Integrating mental health care into the primary care system is an important policy option in the Democratic Republic of the Congo (DRC). From the perspective of the integration of mental health care in district health services, this study analyzed the existing demand and supply of mental health care in the health district of Tshamilemba, which is located in Lubumbashi, the second largest city of the DRC. We critically examined the district's operational response capacity to address mental health.

Methods

A multimethod cross-sectional exploratory study was carried out. We conducted a documentary review (including an analysis of the routine health information system) from the health district of Tshamilemba. We further organized a household survey to which 591 residents responded and conducted 5 focus group discussions (FGDs) with 50 key stakeholders (doctors, nurses, managers, community health workers and leaders, health care users). The demand for mental health care was analyzed through the assessment of the burden of mental health problems and care-seeking behaviors. The burden of mental disorders was assessed by calculating a morbidity indicator (proportion of mental health cases) and through a qualitative analysis of the psychosocial consequences as perceived by the participants. Care-seeking behavior was analyzed by calculating health service utilization indicators and more specifically the relative frequency of mental health complaints in primary health care centers, and by analyzing FGDs participants' reports. The mental health care supply available was described by using the qualitative analysis of the declarations of the

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280089> April 5, 2023

1/22

offre de soins de santé mentale dans le district. Il n'y a pas de lits psychiatriques dédiés, ni de psychiatre ou de psychologue disponible. Les participants aux discussions de groupe focalisé ont déclaré que dans ce contexte, la principale source de soins pour les personnes avec des problèmes de santé mentale reste la médecine traditionnelle.

Conclusion : Nos résultats montrent une demande claire de soins de santé mentale et un manque d'offre formelle de soins de santé mentale dans le district de Tshamilemba. En outre, ce district ne dispose pas de capacités opérationnelles suffisantes pour répondre aux besoins de la population en matière de santé mentale. La médecine traditionnelle africaine est actuellement la principale source de soins de santé mentale dans ce district sanitaire. L'identification d'actions prioritaires concrètes en matière de santé mentale pour combler cette lacune, en mettant à disposition des soins psychosociaux et de santé mentale fondés sur des données probantes, est donc d'une grande importance.

Mots-clés : Soins de santé mentale ; demande de soins de santé mentale ; offre de soins de santé mentale ; capacité de réponse opérationnelle du district ; République Démocratique du Congo.

2.5. Comprendre le mix des services de soins de santé mentale en milieu urbain en RD Congo : une étude qualitative descriptive

Résumé

Contexte : Les intervenants en santé mentale sont exposés quotidiennement à des conflits de compétences lorsqu'ils effectuent des tâches liées à la prestation de services de santé mentale. Cela peut être lié à un manque de compréhension de leurs tâches en tant que soignants et prestataires. En outre, dans la plupart des pays à faibles revenus, la manière dont les services disponibles sont organisés et coordonnés pour fournir des soins de santé mentale n'est pas claire. Pour comprendre ce qui précède, cette étude visait à identifier le mix actuel de services pour les soins de santé mentale en milieu urbain de la République Démocratique du Congo.

Méthodes : Une étude qualitative descriptive a été menée dans la ville de Lubumbashi de février à avril 2021. Nous avons mené 7 discussions de groupe focalisé avec 74 informateurs clés (membres de la famille, médecins de soins primaires, etc.) et 13 entretiens individuels approfondis avec des informateurs clés (guérisseurs traditionnels, psychiatres, etc.). Nous avons effectué une analyse qualitative du contenu, guidée par un cadre analytique, qui a conduit à l'élaboration d'un inventaire complet des intervenants en santé mentale, depuis le niveau du ménage jusqu'aux établissements de soins spécialisés, en explorant leurs tâches dans la prestation des soins, en identifiant les services existants et en définissant leur organisation actuelle.

Résultats : L'analyse des transcriptions des discussions de groupe focalisé et des entretiens individuels approfondis a montré que les guérisseurs traditionnels et les aidants familiaux sont les principaux soignants à Lubumbashi. L'exploration des tâches effectuées par les intervenants en santé mentale a révélé que le mode de vie, les

thérapies traditionnelles, la psychothérapie et les médicaments sont les principaux types de soins offerts/conseillés aux patients. Les aidants naturels actifs ne dispensent pas actuellement des soins correspondant à leurs compétences. Les rares spécialistes de la santé mentale disponibles ne reconnaissent pas actuellement les tâches des prestataires de soins primaires et des aidants naturels dans la prestation des soins, et leur contribution est considérée comme marginale. Nous avons identifié cinq types de services : les services informels, les services de thérapie traditionnelle, les services sociaux, les services de soins primaires et les services psychiatriques. Les analyses ont mis en évidence une inversion du mix idéal de ces services.

Conclusions : Nos résultats montrent un mix sous-optimal de services pour des soins de santé mentale et mettent en évidence un manque évident de collaboration entre les intervenants en santé mentale. Il est urgent de définir clairement les tâches des intervenants en santé mentale, de renforcer les capacités des non-spécialistes, de leur confier des tâches liées à la santé mentale et de les sensibiliser aux approches de soins collaboratifs.

Mots-clés : Mix de services, services informels, services de thérapie traditionnelle, services sociaux, services de soins primaires, services psychiatriques, intervenants en santé mentale, étude descriptive qualitative, milieu urbain, République Démocratique du Congo.

Mukala Mayoyo et al.
BMC Health Services Research (2023) 23:1206
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-10219-x>

BMC Health Services Research

RESEARCH **Open Access**

Understanding the mix of services for mental health care in urban DR Congo: a qualitative descriptive study

Erick Mukala Mayoyo^{1,2,3,4,5*}, Bart Criel⁶, Abdoulaye Sow⁷, Yves Coppieters² and Faustin Chenge^{1,5}

Abstract

Background Mental health workers (MHWs) are exposed to conflicts of competence daily when performing tasks related to the provision of mental health services. This may be linked to a lack of understanding of their tasks as caregivers and providers. Furthermore, in most low-income settings, it is unclear how the available services are organized and coordinated to provide mental health care. To understand the above, this study aimed to identify the current mix of services for mental health care in the urban Democratic Republic of the Congo (DRC).

Methods A qualitative descriptive study was carried out in Lubumbashi from February to April 2021. We conducted 7 focus group discussions (FGDs) with 74 key informants (family members, primary care physicians, etc.) and 13 in-depth interviews (IDIs) with key informants (traditional healers, psychiatrists, etc.). We performed a qualitative content analysis, guided by an analytical framework, that led to the development of a comprehensive inventory of MHWs from the household level to specialized facilities, exploring their tasks in care delivery, identifying existing services, and defining their current organization.

Results Analysis of transcripts from the FGDs and IDIs showed that traditional healers and family caregivers are the leading providers in Lubumbashi. The exploration of the tasks performed by MHWs revealed that lifestyle, traditional therapies, psychotherapy, and medication are the main types of care offered/advised to patients. Active informal caregivers do not currently provide care corresponding to their competencies. The rare mental health specialists available do not presently recognize the tasks of primary care providers and informal caregivers in care delivery, and their contribution is considered marginal. We identified five types of services: informal services, traditional therapy services, social services, primary care services, and psychiatric services. Analyses pointed out an inversion of the ideal mix of these services.

Conclusions Our findings show a suboptimal mix of services for mental health and point to a clear lack of collaboration between MHWs. There is an urgent need to clearly define the tasks of MHWs, build the capacity of nonspecialists, shift mental health-related tasks to them, and raise awareness about collaborative care approaches.

Keywords Mix of services, Informal services, Traditional therapy services, Social services, Primary care services, Psychiatric services, Mental health workers, Qualitative descriptive study, Urban, Democratic Republic of the Congo

*Correspondence:
Erick Mukala Mayoyo
erickmukala1@gmail.com; mukalaee@yahoo.fr
Full list of author information is available at the end of the article

BMC

© The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holders. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

2.6. Comprendre les spécificités du milieu urbain pour mieux organiser les systèmes de santé dans les villes en République Démocratique du Congo

Résumé

La « santé urbaine » est un concept large qui comprend l'organisation des services de santé, la lutte contre la pauvreté, la gestion des déterminants sociaux de la santé, et le contrôle de certains problèmes de santé. Cette communication vise à donner une vision globale de l'offre et de la demande des soins qui caractérisent le paysage des systèmes de santé urbains et de réfléchir à des modalités organisationnelles adaptées à ce milieu qui est différent du milieu rural. Ainsi, sur la base des illustrations concrètes tirées des études empiriques réalisées en RDC en général et à Lubumbashi en particulier, nous présenterons les spécificités des systèmes de santé urbains en nous référant aux dimensions fonctionnelles (managériale, spatiale et technique) d'un système local de santé. Ces spécificités sont notamment : offre très diverse, pluraliste, privatisée et en compétition; système non intégré ; accès géographique relativement facile; participation communautaire à travers les comités de santé difficile à organiser ; définition des populations de responsabilité sur base géographique pas vraiment adaptée ; forte concentration des personnels de santé qualifiés ; recours primaire à l'automédication et secondaire aux structures des soins ; tendance à la médicalisation des structures des soins de première ligne. Sans remettre en cause le modèle organisationnel actuel des systèmes de santé en zones de santé, ces spécificités requièrent néanmoins des adaptations contextuelles qu'il faudrait préalablement tester dans une approche multisectorielle et interdisciplinaire. Ainsi, nous ferons un bilan des expériences d'organisation des systèmes de santé urbains en cours en RDC qui visent à terme à apporter les évidences aux autorités sanitaires du niveau stratégique pour alimenter la définition des normes d'organisation des systèmes de santé urbains.

Mots-clés : Systèmes de santé urbains – Action multisectorielle – Services de santé - Déterminants sociaux de la santé – Gouvernance en milieu urbain

Ce résumé avait été soumis et accepté pour une présentation orale à la Conférence Ville & Santé, organisée du 21 au 23 juin 2023 à Lubumbashi sous le thème « Les universités face aux défis de la santé et de la gouvernance urbaine en Afrique dans le contexte post COVID-19 ».

2.7. Renforcement des capacités des équipes cadres des districts sanitaires à l'ère de la réforme de l'administration sanitaire provincial en République Démocratique du Congo: un protocole d'évaluation réaliste

Résumé

Introduction : En 2006, le Ministère de la Santé de la RDC a élaboré une stratégie de renforcement du système de santé axée sur le développement des districts sanitaires. Cette stratégie prévoyait de réformer l'administration provinciale de la santé afin de mieux soutenir le développement des districts sanitaires en renforçant les capacités de leadership et de gestion des équipes cadres des districts. La mise en œuvre est

actuellement en cours, mais il est nécessaire de disposer de plus de données probantes sur la manière dont ce renforcement des capacités fonctionne, pour qui et dans quelles conditions. La recherche proposée vise à combler cette lacune en utilisant une approche d'évaluation réaliste.

Méthodes : Nous suivrons le cycle de l'évaluation réaliste. Premièrement, nous développerons la théorie initiale de programme à travers une revue de la portée (achevé en décembre 2022, en utilisant MEDLINE, Health Systems Evidence, Wiley Online Library, Cochrane Library, Google Scholar et la littérature grise), une revue des documents de politique de santé (achevé en mars 2023) et des entretiens avec les principales parties prenantes (d'ici à juin 2023). Deuxièmement, nous testerons empiriquement la théorie initiale de programme en utilisant un devis d'étude de cas multiple dans deux administrations provinciales de la santé et quatre districts sanitaires (d'ici mars 2024). Les données seront collectées par la revue documentaire, les entretiens approfondis, les observations non participantes, un questionnaire, les données de routine provenant du système de gestion de l'information sanitaire et un outil de cartographie du contexte. Nous analyserons les données en utilisant la configuration Intervention-Contexte-Acteur-Mécanisme-Résultat comme heuristique. Enfin, nous affinerons la théorie initiale de programme sur la base des résultats des études empiriques et nous formulerais des recommandations à l'intention des décideurs (d'ici juin 2024).

Éthique et diffusion : Le conseil d'examen institutionnel de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et le comité d'éthique médicale de l'Université de Lubumbashi ont approuvé cette étude. Nous demanderons également l'approbation des autorités sanitaires au niveau des provinces et des districts avant de procéder à la collecte des données dans leurs juridictions. Nous diffuserons les résultats de l'étude par la publication d'articles dans des revues scientifiques à comité de lecture, par des notes de politique destinées aux décideurs nationaux et par des présentations lors de conférences nationales et internationales.

Open access **Protocol**

BMJ Open Capacity building of district health management teams in the era of provincial health administration reform in the Democratic Republic of Congo: a realist evaluation protocol

Samuel Bosongo  ,^{1,2,3,4} Zakaria Belrhi  ,^{5,6} Faustin Chenge,^{1,4,7} Bart Criel,³ Bruno Marchal 

To cite: Bosongo S, Belrhi Z, Chenge F, et al. Capacity building of district health management teams in the era of provincial health administration reform in the Democratic Republic of Congo: a realist evaluation protocol. *BMJ Open* 2023;13:e073508. doi:10.1136/bmjopen-2023-073508

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. For further details, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073508>).

Received 08 March 2023
Accepted 28 June 2023

 [Check for updates](#)

© Author(s) (or their employer(s)) 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to Dr Samuel Bosongo; sbosongo@gmail.com

ABSTRACT

Introduction In 2006, the Congolese Ministry of Health developed a health system strengthening strategy focusing on health district development. This strategy called for reforming the provincial health administration in order to better support the health district development through leadership and management capacity building of district health management teams. The implementation is currently underway, yet, more evidence on how, for whom and under what conditions this capacity building works is needed. The proposed research aims to address this gap using a realist evaluation approach.

Methods and analysis We will follow the cycle of the realist evaluation. First, we will elicit the initial programme theory through a scoping review (completed in December 2022, using MEDLINE, Health Systems Evidence, Wiley Online Library, Cochrane Library, Google Scholar and grey literature), a review of health policy documents (completed in March 2023), and interviews with key stakeholders (by June 2023). Second, we will empirically test the initial programme theory using a multiple-embedded case study design in two provincial health administrations and four health districts (by March 2024). Data will be collected through document reviews, in-depth interviews, non-participant observations, a questionnaire, routine data from the health information management system and a context mapping tool. We will analyse data using the Intervention-Context-Acteur-Mécanisme-Outcome configuration heuristic. Last, we will refine the initial programme theory based on the results of the empirical studies and develop recommendations for policymakers (by June 2024).

Ethics and dissemination The Institutional Review Board of the Institute of Tropical Medicine and the Medical Ethics Committee of the University of Lubumbashi approved this study. We will also seek approvals from provincial-level and district-level health authorities before data collection in their jurisdictions. We will disseminate the study findings through the publication of articles in peer-reviewed academic journals, policy briefs for national policymakers and presentations at national and international conferences.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- ⇒ Realist evaluation is a theory-driven approach that seeks to open the 'black box' in order to explain how an intervention brings about outcomes in a specific context.
- ⇒ This context-sensitive approach fits well with evaluating complex interventions (such as capacity building) within complex systems (such as health systems).
- ⇒ Potential limitations of this study include recall bias (for the designers of the intervention), social desirability bias, poor completeness of routine data and the risk of tunnel vision as data collection is guided by the initial programme theory.

INTRODUCTION

Most African countries did not achieve the health-related Millennium Development Goals and are facing challenges in the implementation of Sustainable Development Goals.¹ Africa bears the highest burden of under-5 children's death, maternal mortality ratio, HIV/AIDS, malaria and tuberculosis.² Weak health systems are one of the leading causes of this situation.³ This includes weak leadership and management, resource constraints, reliance on poorly coordinated funding donors, limited public accountability, excessive centralisation of power, political instability and insecurity,^{3,4} and low capacity to deal with dynamic environments.⁵

The Democratic Republic of Congo (DRC) is no exception to this situation. It is a post-conflict country with a fragile health system characterised by poor leadership and governance, weak integration, fragmented and inefficient financing and low resilience.^{6,7} As a result, the health outcomes of the population remain worrying. The maternal mortality ratio (846 per 100 000 live births) is one of

Bosongo S, et al. *BMJ Open* 2023;13:e073508. doi:10.1136/bmjopen-2023-073508

2.8. Comment le renforcement des capacités des gestionnaires des districts sanitaires a été conçu, mis en œuvre et évalué en Afrique Sub-Saharienne : Une revue de la portée et une analyse du cadre le mieux adapté

Résumé

Objectif : Notre objectif était de comprendre comment les programmes de renforcement des capacités des gestionnaires des districts sanitaires ont été conçus, mis en œuvre et évalués en Afrique sub-Saharienne. Nous nous sommes focalisés sur l'identification des hypothèses sous-jacentes aux programmes de renforcement des capacités de leadership et de gestion au niveau du district.

Design : Scoping review (revue de la portée).

Sources des données : Nous avons consulté cinq bases de données électroniques (MEDLINE, Health Systems Evidence, Wiley Online Library, Cochrane Library et Google Scholar) entre le 6 avril 2021 et le 13 octobre 2022. Nous avons également recherché de la littérature grise et utilisé le suivi des citations.

Extraction et synthèse des données : Trois chercheurs indépendants ont extrait les données des articles inclus. Nous avons utilisé l'approche de synthèse du cadre le mieux adapté (best fit framework synthesis) pour identifier un cadre a priori qui a guidé le codage, l'analyse et la synthèse des données. Nous avons également procédé à une analyse inductive des données qui ne pouvaient pas être codées en fonction du cadre a priori.

Résultats : Nous avons identifié 2 523 articles et en avons finalement retenu 44 après sélection et évaluation de l'éligibilité. Les principaux résultats étaient les suivants : (1) peu de théories explicites sous-tendant les programmes de renforcement des capacités, (2) une diversité d'approches d'apprentissage avec un recours croissant à l'apprentissage par l'action, (3) une diversité de contenu avec un accent sur les fonctions de gestion plutôt que de leadership et (4) une diversité de méthodes d'évaluation avec un recours

Open access **Original research**

BMJ Open **How capacity building of district health managers has been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis**

Samuel Bosongo ,^{1,2,3,4} Zakaria Belhitti ,^{5,6} Joël Ekofo,⁴ Chrispin Kabanga,⁴ Faustin Chenge,^{1,4,7} Bart Oriel,³ Bruno Marchal ³

To cite Bosongo S, Belhitti Z, Ekofo J, et al. How capacity building of district health managers has been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis. *BMJ Open* 2023;13:e071344. doi:10.1136/bmjopen-2022-071344

Pre-publication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071344>).

Received 27 December 2022
Accepted 19 July 2023

ABSTRACT
Objectives We aimed to understand how capacity building programmes (CBPs) of district health managers (DHMs) have been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa. We focused on identifying the underlying assumptions behind leadership and management CBPs at the district level.
Design Scoping review.
Setting We searched five electronic databases (MEDLINE, Health Systems Evidence, Wiley Online Library, Cochrane Library and Google Scholar) on 6 April 2021 and 13 October 2022. We also searched for grey literature and used citation tracking.
Eligibility criteria We included all primary studies (1) reporting leadership or management capacity building of DHMs, (2) in sub-Saharan Africa, (3) written in English or French and (4) published between 1 January 1987 and 13 October 2022.
Data extraction and synthesis Three independent reviewers extracted data from included articles. We used the best fit framework synthesis approach to identify an a priori framework that guided data coding, analysis and synthesis. We also conducted an inductive analysis of data that could not be coded against the a priori framework. Results. We identified 2523 papers and ultimately included 44 papers after screening and assessment for eligibility. Key findings included (1) a scarcity of explicit theories underlying CBPs, (2) a diversity of learning approaches with increasing use of the action learning approach, (3) a diversity of content with a focus on management rather than leadership functions and (4) a diversity of evaluation methods with limited use of theory-driven designs to evaluate leadership and management capacity building interventions.
Conclusion This review highlights the need for explicit and well-articulated programme theories for leadership and management development interventions and the need for strengthening their evaluation using theory-driven designs that fit the complexity of health systems.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- ⇒ We have used a systematic approach to search for a best-fit framework against which to code the data and a comprehensive strategy to search for primary studies.
- ⇒ Three reviewers performed the screening and data extraction.
- ⇒ We did not appraise the quality of the included papers, as scoping reviews do not require a quality appraisal.
- ⇒ We may have missed other relevant literature not available publicly or published in languages other than English or French.
- ⇒ We have made some trade-offs between comprehensiveness and feasibility, as is often the case in scoping reviews.

INTRODUCTION
Many countries in sub-Saharan Africa failed to achieve the health-related millennium development goals.¹ The continent accounts for almost half of all deaths of children under-5 years worldwide and the highest maternal mortality ratio. It bears the highest burden of HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the world.^{1,2} This is partly due to health system weaknesses, which may be attributable to multiple causes,³ including weak leadership and management, especially at the district level.³⁻⁶

The role of leadership and management in improving the performance of health systems is widely recognised in the literature.⁷⁻¹¹ Effective leadership and management at the district level are crucial since this is the operational level where national policies and resources are translated into effective services and where responsiveness to local needs can be ensured.¹²⁻¹⁴ Building leadership and management capacity of district health managers (DHMs) is likely to improve the stewardship of the district health system and is required to ensure the achievement

Bosongo S, et al. *BMJ Open* 2023;13:e071344. doi:10.1136/bmjopen-2022-071344

limité à des modèles basés sur la théorie pour évaluer les interventions de renforcement des capacités de leadership et de gestion.

Conclusion : Cette étude met en évidence la nécessité de disposer de théories de programme explicites et bien articulées pour les interventions de renforcement des capacités du leadership et de gestion, ainsi que la nécessité de renforcer leur évaluation à l'aide de modèles théoriques adaptés à la complexité des systèmes de santé.

2.9. Gouvernance multi-niveau et contrôle de la pandémie de Covid-19 en République Démocratique du Congo : leçons apprises des quatre premières vagues

Résumé

La pandémie de COVID-19 continue d'imposer un lourd fardeau aux populations du monde entier. La République démocratique du Congo (RDC) a également été touchée. L'objectif de cette étude était d'explorer les réponses politiques nationales à la pandémie de COVID-19 en RDC et les moteurs de la réponse, et de tirer des leçons pour renforcer la résilience des systèmes de santé et la capacité de la santé publique à répondre aux menaces à la sécurité sanitaire. Il s'agit d'une étude de cas dont les données ont été collectées par le biais d'une analyse documentaire et d'entretiens approfondis avec des informateurs clés. L'analyse des données a été effectuée manuellement à l'aide d'une analyse de contenu thématique traduite en un résumé logique et descriptif des résultats. La gestion de la réponse à la pandémie de COVID-19 reflétait une gouvernance à plusieurs niveaux. Elle impliquait un commandement centralisé et une mise en œuvre décentralisée. Le commandement centralisé au niveau national impliquait principalement des acteurs étatiques organisés en structures ad hoc. La mise en œuvre décentralisée impliquait des acteurs étatiques au niveau provincial et périphérique, y compris deux autres structures ad hoc. Des acteurs non étatiques ont été impliqués aux deux niveaux. Ces structures ad hoc ont eu des difficultés

 International Journal of Environmental Research and Public Health



Article

Multilevel Governance and Control of the COVID-19 Pandemic in the Democratic Republic of Congo: Learning from the Four First Waves

Yves Kashiyia ^{1,2,*}, Joel Ekofo ¹, Chrispin Kabanga ¹, Irene Agyepong ³, Wim Van Damme ⁴, Sara Van Belle ⁴, Fidele Mukinda ⁵ and Faustin Chenge ^{1,6,7}

¹ Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo, Kinshasa 3088, Democratic Republic of the Congo
² Kinshasa University Hospital, Kinshasa 127, Democratic Republic of the Congo
³ Public Health Faculty, Ghana College of Physicians and Surgeons, Accra MB 429, Ghana
⁴ Institute of Tropical Medicine, 2000 Antwerp, Belgium
⁵ School of Public Health, University of Western Cape, Cape Town 7530, South Africa
⁶ Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi 1825, Democratic Republic of the Congo
⁷ School of Public Health, University of Lubumbashi, Lubumbashi 1825, Democratic Republic of the Congo
^{*} Correspondence: yves.kashiyia@umkin.ac.cd

Abstract: The COVID-19 pandemic continues to impose a heavy burden on people around the world. The Democratic Republic of the Congo (DRC) has also been affected. The objective of this study was to explore national policy responses to the COVID-19 pandemic in the DRC and drivers of the response, and to generate lessons for strengthening health systems' resilience and public health capacity to respond to health security threats. This was a case study with data collected through a literature review and in-depth interviews with key informants. Data analysis was carried out manually using thematic content analysis translated into a logical and descriptive summary of the results. The management of the response to the COVID-19 pandemic reflected multilevel governance. It implied a centralized command and a decentralized implementation. The centralized command at the national level mostly involved state actors organized into ad hoc structures. The decentralized implementation involved state actors at the provincial and peripheral level including two other ad hoc structures. Non-state actors were involved at both levels. These ad hoc structures had problems coordinating the transmission of information to the public as they were operating outside the normative framework of the health system. Conclusions: Lessons that can be learned from this study include the strategic organisation of the response inspired by previous experiences with epidemics; the need to decentralize decision-making power to anticipate and respond quickly and adequately to a threat such as the COVID-19 pandemic; and measures decided, taken, or adapted according to the epidemiological evolution (cases and deaths) of the epidemic and its effects on the socio-economic situation of the population. Other countries can benefit from the DRC experience by adapting it to their own context.

Keywords: COVID-19; governance; decisions; response system; interventions; Democratic Republic of Congo



Copyright © 2023 by the authors. License MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Received: 12 November 2022
Revised: 5 January 2023
Accepted: 11 January 2023
Published: 20 January 2023



Copyright © 2023 by the authors. License MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 1980. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031980> <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>

à coordonner la transmission des informations au public car elles opéraient en dehors du cadre normatif du système de santé. Conclusions : Les leçons que l'on peut tirer de cette étude sont l'organisation stratégique de la réponse inspirée des expériences précédentes en matière d'épidémies, la nécessité de décentraliser le pouvoir de décision pour anticiper ou répondre rapidement et de manière adéquate à une menace telle que la pandémie de COVID-19, et les mesures décidées, prises ou adaptées en fonction de l'évolution épidémiologique (cas et décès) de l'épidémie et de ses effets sur la situation socio-économique de la population. D'autres pays peuvent bénéficier de l'expérience de la RDC en l'adaptant à leur propre contexte.

Mots-clés : COVID-19 ; gouvernance ; décisions ; système de réponse ; interventions ; République démocratique du Congo

3. Marchés de consultances

En 2023, le CCSC-ASBL a finalisé une consultance débutée en 2022 et réalisé une nouvelle comme le montre le tableau 2.

Tableau 2. Marchés de consultances réalisées en 2023

Marchés	Objectifs	Période de mise en œuvre	Livrables	Frais administratifs	Montant total du marché	Bailleurs de fonds
Evaluation de la fonctionnalité des Formations Sanitaires et des Systèmes de Santé Communautaire	<ul style="list-style-type: none">- Évaluer la disponibilité des services, du personnel, des infrastructures, des médicaments pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la population et des enfants, particulièrement par l'examen de l'interaction entre les prestataires de soins et les acteurs de la communauté.- Déterminer si les systèmes de santé communautaire en place contribuent de manière régulière à l'utilisation des données pour la prise de décisions.- Apprécier la perception de la population vis-à-vis de la santé et des services de santé offerts pour la prise en charge de problèmes de santé auxquels elle fait face.	2022 - 2023	Rapport d'évaluation	18,873.00 USD	49 900 USD	UNICEF RDC
Capitalisation des mécanismes de financement de la santé au Sud-Ubangi, à la Tshopo et au Kongo Central	<p>Assurer un encadrement des équipes locales à travers des appuis méthodologiques perlés à distance et de proximité pendant la mise en œuvre (deuxième phase de mise en œuvre de la capitalisation) :</p> <ul style="list-style-type: none">- Collecte ;- Analyses ;- Documentation ;- Préparation de la monographie ;- Élaboration des produits de communication	2023	Rapport de capitalisation	6912 EUROS	33 750 EUROS	IMT

3.1. Restitution des résultats de l'Enquête finale pour le monitorage en temps réel dans les communautés et les formations sanitaires en appui à l'initiative « Communautés amies des enfants » (CFC/RTM, 2022)

En avril 2023, l'UNICEF avait organisé l'atelier d'évaluation des activités menées dans le cadre de l'approche « Communautés Amies des Enfants soutenue par le monitorage en temps réel » en RD. Congo. C'est ainsi qu'au cours dudit atelier, le CCSC a été invité à présenter les résultats de l'enquête finale sur le monitorage en temps réel menée en 2022 dans les communautés et les formations sanitaires en appui à l'initiative « Communautés Amies des Enfants » (CFC/RTM). Cette enquête diligentée par l'Unicef et exécutée par le CCSC-ASBL dans 3 ZS des trois provinces de la RDC, notamment dans la ville-province de Kinshasa (ZS de N'Sele), la province du Kwango (ZS de Kenge) et celle du Kasaï Oriental (ZS de Tshilenge et Miabi), avait pour objectif d'évaluer la fonctionnalité des systèmes de santé communautaires.



Photo I. Présentation des résultats de l'enquête finale CFC par Joël Ekofo (à gauche) et Chrispin Kabanga (à droite), Assistants de Recherche au CCSC-ASBL

Résumé

Introduction : L'UNICEF est engagé, en partenariat avec la fondation Bill et Melinda Gates, à appuyer l'initiative Communauté amie des enfants (Child Friendly Communities ou CFC) dans le but d'améliorer la santé des enfants dans les multiples privations, par le renforcement des structures communautaires. Dans cette perspective, un système de monitorage communautaire en temps réel (RTM) des services sociaux de base a été instauré au niveau aussi bien de la communauté qu'au niveau des structures de santé pour résoudre ces privations de manière holistique. L'initiative CFC/RTM vise à augmenter la couverture et renforcer la fonctionnalité des systèmes de santé communautaire, les services fournis dans les Etablissements de Soins de Santé (ESS), les connaissances et les attitudes des soignants envers les services essentiels de la santé de

la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) et surtout l'utilisation des données pour prendre des décisions.

Cette enquête visait à : (i) évaluer la disponibilité des services, du personnel, des infrastructures, des médicaments pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la population et des enfants, particulièrement par l'examen de l'interaction entre les prestataires de soins et les acteurs de la communauté ; (ii) déterminer si les systèmes de santé communautaire en place contribuent de manière régulière à l'utilisation des données pour la prise de décisions et (iii) apprécier la perception de la population vis-à-vis de la santé et des services de santé offerts pour la prise en charge de problèmes de santé auxquels elle fait face.

Méthodes : Il s'agit d'une part, d'une étude transversale en ce qui concerne l'évaluation de la fonctionnalité des ESS et des systèmes de santé communautaire du point de vue des équipes cadres des zones de santé (ECZS), des IT et des RECO et d'autre part, d'une étude de cas multiples évaluative en ce qui concerne le volet sur la perception de la communauté.

L'enquête s'est déroulée en deux phases : phase préparatoire et phase de mise en œuvre de l'enquête

properment dite qui a eu lieu du 25 septembre au 03 octobre 2022 en utilisant un outil (questionnaire ou guide de focus group) approprié à chaque cible, conçu pour ce faire et préalablement testé. Au total, 18 IT, 4 MCZ/AC et 72 RECO.

Résultats : Les résultats mettent en exergue la fonctionnalité des ESS, la composition des structures de gouvernance communautaire et les perceptions des communautés sur la bonne santé. S'agissant de la fonctionnalité des ESS, il se dégage que toutes les aires de santé desservies par les ESS visités disposent de RECO. Ceux-ci sont dans les communautés situées à plus 5 kilomètres des ESS et servent de relais en offrant des soins de santé aux enfants, aux femmes et aux hommes. Dans toutes les ZS visitées, les IT ont affirmé qu'il existe un mécanisme pour susciter la participation de la communauté dans



les affaires du CS. Les résultats montrent une bonne collaboration entre la communauté et les formations sanitaires visitées. Les résultats trouvés dans cette enquête ne montrent pas de différence de présence des RECO entre les zones d'intervention et celles de contrôle.

En ce qui concerne la composition des structures de gouvernance communautaire, la multisectorialité a été observée, aussi bien dans les ZS d'intervention que celles de contrôle. En effet, ces structures de gouvernance sont composées de représentants des jeunes, des femmes, des enseignants et des agriculteurs. Les rapports d'activités menées mettent en évidence la participation des différentes catégories aux discussions entre les RECO et les AC, à l'analyse des rapports, aux évaluations périodiques et aux supervisons.

Quant aux perceptions des communautés sur la santé de la communauté, les opinions communautaires relatives au développement harmonieux de l'enfant de moins de 5 ans sont similaires dans les zones d'interventions et dans celles de contrôle à quelques différences près. Les communautés sont unanimes qu'il est nécessaire que l'enfant soit bien vacciné, dorme dans des bonnes conditions, sous MILD, soit allaité exclusivement au lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, bénéficie d'une bonne alimentation et de l'hygiène corporelle pour qu'il soit en bonne santé physique, mentale, psychique et psychologique.

Conclusion : Les résultats de cette enquête ne permettent pas dire de manière tranchée que l'approche CFC/RTM a permis de renforcer et d'améliorer les services offerts dans les ESS des ZS où elle a été mise en œuvre. En effet, certains résultats observés sont meilleurs dans les ZS de contrôle que dans celles d'intervention et vice-versa. Par ailleurs, les perceptions communautaires sur la bonne santé restent quasi similaires dans les deux groupes de ZS, l'absence de la maladie ainsi que la bonne alimentation étant les facteurs les plus rapportés pour exprimer la bonne santé.

En comparant les résultats de l'enquête de base et de celle-ci dans les ZS d'intervention, on note notamment une diminution du nombre de RECO quoi qu'en soit dans les normes, l'amélioration de la référence des malades au CS par les RECO, alors que la participation des ESS dans le système d'information sanitaire n'a pas évolué, toutes les ESS enquêtées tiennent à jour leurs registres contenant toutes les informations.

Contrairement à l'enquête de base, la multisectorialité dans la composition des structures de gouvernance n'a pas été confirmée dans une des zones d'intervention.

Les perceptions communautaires sur la bonne santé n'ont quasiment pas évolué, l'absence de la maladie étant le facteur prépondérant dans les deux enquêtes. Cependant, l'aspect sécuritaire évoqué dans la présente l'étude comme facteur de mauvaise santé est tributaire aux jeunes délinquants tandis que dans l'enquête de base, c'est l'œuvre des conflits armés.

En définitive, au regard des objectifs fixés, l'approche CFC/RTM n'a pas permis de renforcer significativement les services fournis dans les ESS, les connaissances et les attitudes des soignants envers les services essentiels de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE). Cependant, le renforcement des capacités du personnel, la fourniture des certains équipements et matériels essentiels aux ESS, l'utilisation des données pour prendre des décisions et l'amélioration des taux d'utilisation de services curatifs peuvent lui être attribués.

3.2. Atelier de restitution de l'expérience des mécanismes de financement des soins de santé

Du 14 au 16 juin 2023, le CCSC-ASBL a, à travers ses experts, participé à l'atelier de restitution de l'expérience des mécanismes de financement des soins de santé. L'objectif de cet atelier était de restituer les résultats de différentes expériences de mécanismes de financement des soins de santé mises en place dans les provinces d'intervention de ENABEL (Tshopo et Sud-Ubangi) et de MEMISA (Kongo Central).



**EXPERIENCE DE LA TARIFICATION FORFAITAIRE SUBSIDIEE
DANS LES ZONES DE SANTE DE GOMBE MATADI, KISANTU
ET NGIDINGA AU KONGO CENTRAL**

Par :

Michel NSOMBI (Administrateur Hôpital Saint Luc de Kisantu)
Dr. Matthieu KASONGO (Conseiller médical MEMISA)
Melky IRONDO (AT administrateur près MUSAKIS/ZS MEMISA)
Dr. Jean-Clovis KALOBU (Conseiller médical MEMISA)
Dr. José MAVUNA N'KETO (Médecin chef de ZS Kisantu)
Innocent MBALA, MSc (Directeur MUSAKIS)
Dr. Daniel VITA (Directeur Médical Hôpital Saint Luc de Kisantu)

Avec l'appui de :

Faustin CHENGE, MD, MPH, PhD et Ghislain BISIMWA, MD, MPH, PhD et l'équipe
de CCSC
(Centre de Connaissance en Santé en RD. Congo)
&
Joris MICHELSEN, PhD et Wim Van DAMME, MD, MPH, PhD
(Institut de Médecine Tropicale à Anvers)

4. Partenariat AJIC

Le CCSC-ASBL a été, en synergie avec d'autres organisations, à savoir l'Association Internationale Congolaise d'Aide Sociale et Humanitaire (ASSICAS), les Jeunes Talents pour le Développement et la Modernité de la RDC (JTM) et l'Institut National des Statistiques (INS), sollicité et a accepté de faire partie du consortium dénommé AJIC (ASISICAS, JTM, INS, CCSC). L'objectif de ce consortium qui travaille en étroite collaboration avec le Groupe de Travail sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction (GT-SSR) est de :

- Mettre en place une plateforme de surveillance des décès maternels en temps réel qui permettra à chaque acteur du niveau central, intermédiaire et périphérique du système de santé d'accéder aux données envoyées à partir de la base (Centre de santé, hôpitaux et communauté) et riposter.
- Renforcer le système de santé et de surveillance dans les établissements de soins de santé (ESS) et les communautés afin de rendre en temps réel et à un coût relativement moindre les données en rapport avec les différents indicateurs de santé, faire le partage d'informations, des expériences, des bonnes pratiques et mener les actions humanitaires dans le cadre de prévention.



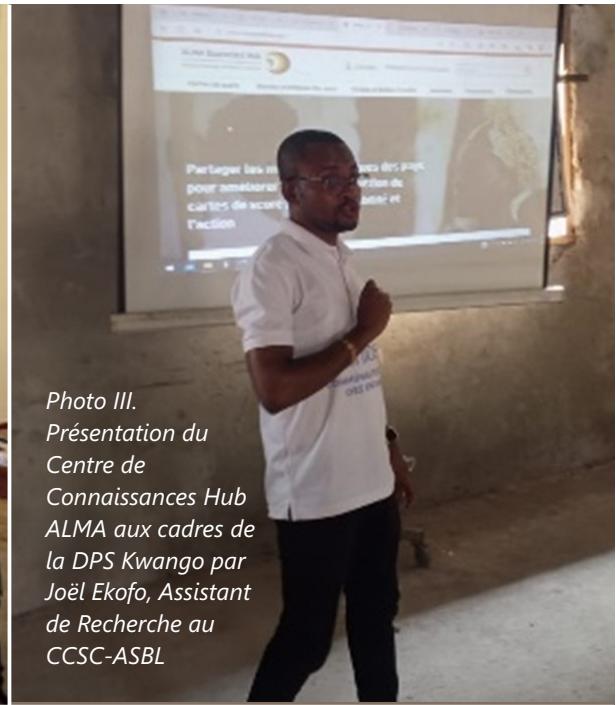
5. Collaboration entre le CCSC et le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention



Depuis sa création en 2017, outre sa mission principale qui est celle de conseiller les pouvoirs publics notamment le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention à prendre des décisions informées par les évidences, le CCSC-ASBL travaille en synergie avec quelques programmes et directions dudit ministère en leur apportant un appui technique. C'est dans ce cadre que le CCSC-ASBL via son personnel a, au cours de l'année 2023, participé aux différentes activités organisées par le ministère de la santé à travers la plateforme de la Santé de Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de la Nutrition, en sigle SRMNEA-Nut (Assemblée Générale, Réunions du Secrétariat Technique, etc), revues ministérielles, et a accompagné la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS) dans la réalisation de ses différentes missions, notamment la formation des équipes provinciales sur l'utilisation de la Carte de score qui est un outil de gestion des données de DHIS2, de plaidoyer et de prise de décision informée par les données probantes.

5.1. Décentralisation de la carte de score SRMNEA-Nut au niveau provincial en RD. Congo

Dans le cadre de la décentralisation de la carte de score SRMNEA-NUT en 2023, le CCSC via l'un de ses Assistants de Recherche a accompagné les Experts de la DSFGS dans la formation des cadres des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) de 3 provinces (Equateur, Kasaï Oriental, Kwango). Ces formations avaient pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de soins et services en faveur de la SRMNEA-NUT. De manière spécifique, il était question de : (i) Former les cadres et agents du niveau provincial et opérationnel sur la production et l'utilisation de la carte de score SRMNEA-Nut ; (ii) Faciliter l'analyse et le suivi de la performance des indicateurs clés de la SRMNEA-Nut dans les différentes DPS ; (iii) Aider les acteurs à hiérarchiser les problèmes liés à la performance des indicateurs de la carte de score SRMNEA-Nut ; (iv) Renforcer les compétences des acteurs dans le suivi de la redevabilité et l'action ; (v) Elaborer un plan de décentralisation pour les ZS de chaque DPS ; (vi) Identifier un administrateur/point focal par DPS.





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

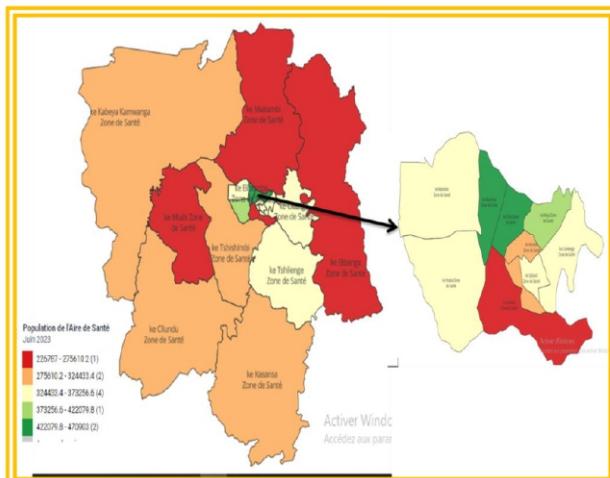
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HIGYENE ET PREVENTION
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE DU KASAÏ ORIENTAL



Carte de Score SRMNEA-Nut T2 2023

- Est destinée à toute personne à titre d' information et à toute personne pouvant aider à améliorer la Santé de la Reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l' Enfant, de l' Adolescent et de la Nutrition dans la Province du Kasaï Oriental ;
- Est un outil de gestion en ligne avec des couleurs pour aider les provinces et les pays à suivre la performance des indicateurs prioritaires du Plan Stratégique ;
- Est publié et géré chaque trimestre par la Direction de Santé de la Famille et de Groupes Spécifiques (DSFGS) sous la supervision de l' Alliance des Dirigeants Africains contre le Paludisme (ALMA) ;
- Comprend **7** catégories regroupant 29 indicateurs :
 - ✓ Santé maternelle
 - ✓ Santé du nouveau-né
 - ✓ Santé de l'enfant
 - ✓ Santé de l'adolescent
 - ✓ Nutrition
 - ✓ Qualité des soins
 - ✓ Système de santé

- KASAÏ ORIENTAL : 19 ZS et 317 AS**
- Complétude des données DHIS2 : **100%**
- Promptitude des données DHIS2 : **98%**
- Dernier recensement : **1984**
- Le taux de croissance annuelle : **3,1**



PRIORITÉS NATIONALES

- Mortalité maternelle à 846 pour 100000 NV (EDS 2013-2014)
- Mortalité Néonatale à 14 pour 1000 NV (MICS 2018)
- Mortalité infantile à 43 pour 1000 NV (MICS 2018)
- Mortalité infanto-juvénile à 70 pour 1000 NV (MICS 2018)

- Ces analyses trimestrielles sont réalisées par les cadres de la Division Provinciale de la Santé du Kasaï Oriental à partir de données alimentées par DHIS2 et des enquêtes ;
- Sous la facilitation des experts venus de niveau Central ;
- Avec l'appui financier de Susan Thomson Buffet Foundation (STBF) à travers PARSS-ASSR.

5.2. Participation aux réunions des commissions du CNP-SS

En tant que membre effectif de la commission gouvernance du CNP-SS, le Directeur du CCSC-ASBL a pris part aux différentes réunions organisées mensuellement par ladite commission. Il a aussi participé sur invitation et apporté son expertise aux réunions organisées par les autorités du ministère de la santé, notamment par le Ministre et le Secrétaire Général à la santé.

6. Renforcement des capacités du personnel

6.1. Formation sur la gestion du site web

Le CCSC-ASBL a recruté un Expert afin de former son personnel sur la gestion de son site web. Cette formation avait pour objectif de doter son personnel des capacités essentielles en gestion du site web et de sa Chaîne YouTube.

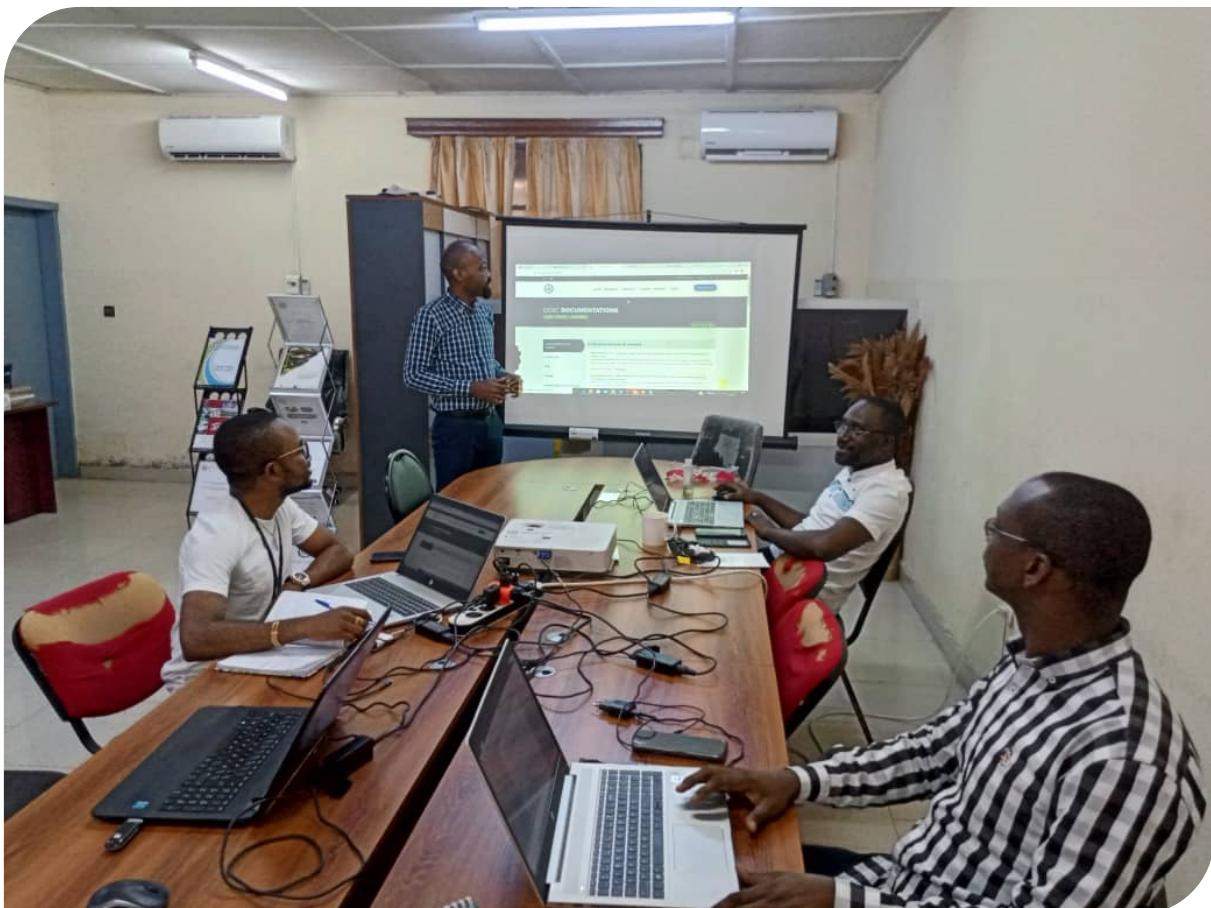


Photo VI. Formation sur la gestion du site web CCSC-ASBL

6.2. Participation aux conférences nationales et internationales

Au cours de l'année 2023, le personnel du CCSC-ASBL a participé dans plusieurs activités scientifiques organisées aux niveaux national et international qui ont renforcé leurs capacités, notamment les conférences, les ateliers, les formations et les webinaires. Au total 32 thématiques (tableau 3) ont fait objet de renforcement des capacités du personnel du CCSC-ASBL au cours de l'année 2023.

Tableau 3. Formations, conférences, ateliers et webinaires suivis par le personnel du CCSC-ASBL en 2023

Date	Organisateur	Thématique	Bénéficiaire	Mode de participation
December 2022 - March 2023	Institute of Public Health Bengaluru, India	Implementation Research	Samuel Bosongo	Virtuel
Novembre 2022 à mai 2024	Université Senghor d'Alexandrie (campus Senghor ENA/RDC)	Master 2 en Gouvernance et Management Public	Gabriel Mutondo	Présentiel et Virtuel
23 janvier 2023	Faculté de Médecine, Université de Kinshasa	Cours d'épidémiologie	Chrispin Kabanga	Présentiel
28 janvier 2023	Université Protestante du Congo (UPC)	Crédit de bail et le droit de financement : Prospectives d'acte uniforme d'OHADA et fiscalité (Soutenance publique de thèse)	Joël Ekofo	Présentiel
Février 2023	Faculté de Médecine, Université de Kinshasa	Cours de méthodologie de la recherche	Chrispin Kabanga	Présentiel
15 mars 2023	Réseau Africain des Jeunes Chercheurs (RAJEC) et le Groupe de Réflexion et d'Information en Science Ouverte Francophone (GRISOF)	Rédaction d'article scientifique et science ouverte	Joël Ekofo	Virtuel
22 au 23 mars 2023	IMT Anvers et la plateforme Beacause health	Breaking taboos in global health	Joël Ekofo	Virtuel
01 avril 2023	Professeur Pierre Akilimali	Rédaction des posters et la prise de parole en public, dans le cadre du cours de communication scientifique	Chrispin Kabanga	Présentiel

18 avril 2023	Unicef	Atelier de restitution des résultats de l 'Evaluation finale de la fonctionnalité des formations sanitaires et des systèmes de santé communautaires dans le cadre de l'approche « communauté amie des enfants » soutenue par le monitorage en temps réel en République Démocratique du Congo	Chrispin Kabanga, Joël Ekofo	Présentiel
20 avril 2023	AFRAVIH	La grossesse et l'allaitement : Update	Joël Ekofo	Virtuel
28 avril 2023	International Institute for Primary Health Care-Ethiopia et John Hopkins Bloomberg School of Public Health	Community Based Health Insurance : Lessons from Ethiopia and Rwanda	Joël Ekofo	Virtuel
01 mai 2023	Secrétariat général à la santé, SCOGO, JHPIEGO, PATH.	Participation à la cérémonie du lancement officiel du projet « Accélérer les progrès mesurables et tirer parti des investissements pour un impact sur les hémorragies du post-partum »	Chrispin Kabanga	Présentiel
	Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Professeur Eric Mafuta	Principes et techniques d'échantillonnage dans le cadre du cours de Méthodologie de la recherche	Chrispin Kabanga	Présentiel
01 juin 2023	Faculté de Médecine, Université de Kinshasa	Considérations éthiques dans la recherche scientifique	Chrispin Kabanga	Présentiel
12 au 16 juin 2023	Direction de la Santé de Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS) et Alliance des Leaders Africains contre la Malaria (ALMA)	Formation sur l'utilisation de la carte de score afin de suivre l'évolution des indicateurs en rapport avec la Santé de Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Adolescent et de la Nutrition (SRMNEA-Nut)	Joël Ekofo	Présentiel

14 au 16 juin 2023	Enabel et Memisa	Atelier de restitution des résultats expériences de mécanismes de financement en santé mises en place dans les Provinces du Kongo Central, Sud Ubangi et de la Tshopo	Faustin Chenge, Ghislain Bisimwa, Samuel Makali, Joël Ekofo	Présentiel
Juillet 2023	Breakthrough ACTION	Dissémination des résultats de l'étude sur les six groupes des zoonoses prioritaires et Communication sur les risques et engagement communautaires	Antoine Okitandjate	Virtuel
		Dissémination des résultats de l'étude sur les six groupes des zoonoses prioritaires		
05 juillet 2023	International Institute For Primary Health Care/Ethiopia (IPHCP)	Countries Primary Health Care System Experience : Lesson from Uganda, Kenya et Ethiopia	Joël Ekofo	Virtuel
Aout 2023	Breakthrough ACTION	Dissémination des résultats de l'étude sur les six groupes des zoonoses prioritaires et Communication sur les risques et engagement communautaires	Antoine Okitandjate	Présentiel
Octobre 2023	Breakthrough ACTION	Dissémination des résultats de l'étude sur les six groupes des zoonoses prioritaires et Communication sur les risques et engagement communautaires	Antoine Okitandjate	Présentiel
		Formation des experts sur le RSI 2005 et les six groupes maladies zoonotiques		
		Processus et critères d'évaluation des capacités du pays dans le cadre de l'évaluation Externe Conjointe lors de l'auto-évaluation du pays		

Octobre 2023	Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo/Ir John Hamuli	Gestion du site internet du CCSC et la création d'une chaîne Youtube	Chrispin Kabanga, Gabriel Mutondo, Joel Ekofo	Présentiel
	Ecole Régionale de Santé Publique de Bukavu (ERSP-Bukavu)	Refonte de la prestation des services de santé maternelle et néonatale	Chrispin Kabanga, Joel Ekofo	Présentiel
10 octobre 2023	Département des bibliothèques et de l'information scientifique de l'Université libre de Bruxelles	Open Access : ouvrir l'accès à vos publications	Samuel Bosongo	Virtuel
12 octobre 2023	Département des bibliothèques et de l'information scientifique de l'Université libre de Bruxelles	EndNote – Logiciel de gestion bibliographique	Samuel Bosongo	Virtuel
19 octobre 2023	Département des bibliothèques et de l'information scientifique de l'Université libre de Bruxelles	Zotéro	Samuel Bosongo, Erick Mukala	Virtuel
16 novembre 2023	Département des bibliothèques et de l'information scientifique de l'Université libre de Bruxelles	Droits d'auteur relatifs aux publications scientifiques et à la diffusion en Open Access : Bien gérer ses droits d'auteur pour ouvrir l'accès à ses publications	Samuel Bosongo, Erick Mukala	Virtuel
	Alliance des Leaders Africains contre la Malaria (ALMA)	Mise ajour sur l'utilisation de la carte de score (Webinaire)	Joël Ekofo	Virtuel
22 novembre 2023	Département des bibliothèques et de l'information scientifique de l'Université libre de Bruxelles	Eviter les éditeurs prédateurs. Comprendre le processus de publication scientifique, savoir ce que sont les éditeurs prédateurs, les identifier pour mieux les éviter	Samuel Bosongo, Erick Mukala	Virtuel

	Conference On Public Health in Africa (CPHIA 2023)	3 ème Conférence Internationale sur la Santé Publique	Joël Ekofo	Virtuel
24 novembre 2023	Ferring Pharmaceuticals.	Partage d'expériences sur l'utilisation de la carbetocine thermostable en Afrique (Webinaire)	Joël Ekofo	Virtuel
Décembre 2023	OMS/AFRO	Présentation sur les nouvelles orientations pour l'élaboration du plan Multirisque de préparation et réponse aux urgences sanitaires (NHEROP)	Antoine Okitandjate	Virtuel
14 décembre 2023	OMS	'Building Climate Resilient and Low Carbon Health Care Facilities: Priorities and Challenges	Joël Ekofo	Virtuel
18 décembre 2023	Ecole Doctorale de Santé Publique, Santé et Société, Université Libre de Bruxelles (ULB), Université Catholique de Louvain (UCL) et Université de Liège (ULiège).	The role of provincial health administration in supporting district health management teams in the Democratic Republic of Congo: eliciting an initial programme theory of a realist evaluation.	Samuel Bosongo	Virtuel
		Understanding the mix of services for mental health care in urban DR Congo: a qualitative descriptive study	Erick Mukala	
21 décembre 2023	International Institute for Primary Health Care-Ethiopia (IPHCE)	Creating Resilient Primare Health Care Systems: Lessons from Pandemics	Joël Ekofo	Virtuel
26 au 31 décembre 2023	Département de Santé Publique, Université de Kisangani/Professeur Faustin Chenge	Système d'Information Sanitaire	Antoine Okitandjate, Joël Ekofo	Virtuel

7. Synthèse du rapport financier 2023

7.1. Recettes

7.1.1. Cotisation et droit d'adhésion des membres

L'une des sources financement du CCSC-ASBL reste la cotisation de ses membres. Cette dernière est statutaire et est fixée à 10\$ le mois par personne physique et à au moins 250\$ l'an par personne morale. Un forfait de 30\$ par personne physique et 50\$ par personne morale a été fixée comme droit d'adhésion. Pour l'année 2023, aucune adhésion n'a été enregistrée. La situation actualisée du recouvrement des cotisations des membres de 2019 à 2023 est présentée à la figure 1.



Figure 1. Evolution annuelle des cotisations des membres (personnes physiques) de 2019 à 2022

Au regard des données présentées à la figure 1, la situation de cotisations des membres (personnes physiques) n'a fait que régresser au cours de 5 dernières années. Et en ce qui concerne les personnes morales, aucune cotisation n'a été payée à partir de 2020.

7.1.2. Frais de fonctionnement du Gouvernement

Le CCSC-ASBL a obtenu du gouvernement 6 088 571,43 CDF pour les fournitures et fonctionnement du bureau. Ces fonds ont été obtenus en 2023 pour le compte de l'année 2022. Malheureusement, aucune ligne budgétaire pour le CCSC-ASBL n'a pas été reprise dans la loi des finances publiques 2023.

En plus des cotisations perçues et des frais de fonctionnement reçus de l'Etat congolais, l'ensemble des recettes du CCSC-ASBL au cours de l'année 2023 se présentent comme reprises dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Recettes en 2023

Produits d'exploitation (recettes en USD)	2023
Excédent année 2022	8 096,73
Projet Catalyse	
Remboursement emprunt	2 900,00
Cotisation membres	270,00
IMT (Cap. Memisa -Enabel)	27 809,09
Unicef (enquête CFC Endline)	55 040,00
Frais de fonctionnement (budget de l'Etat)	2 990,46
Total Produits (recettes)	97 106,29

7.2. Dépenses

Le tableau 2 donne la synthèse des dépenses engagées par le CCSC-ASBL au cours de l'année 2023.

Tableau 2. Dépenses en 2023

Charges d'exploitation (dépenses en USD)	2023
Autres achats	8 874,38
Transport	1 686,20
Services extérieurs	62 654,89
Impôts et taxes	331,88
Autres charges	1 279,00
Charges de personnel	9 237,93
Total charges	84 064,28

8. Conclusion et perspectives



Dans un contexte de ressources financières limitées depuis la fin de l'appui de l'Union Européenne en 2020, le CCSC-ASBL s'est adapté afin de poursuivre sa mission. Cette adaptation a consisté essentiellement à faire payer certains des services qu'il offre sous forme de consultances en lien avec sa mission. Les productions scientifiques produites en 2023 ont couvert différents aspects relatifs aux politiques et systèmes de santé, à savoir : (i) le stewardship des équipes-cadres des zones de santé, (ii) le renforcement des capacités des équipes-cadres des zones de santé, (iii) la pratique médicalisée à la première ligne des soins, (iv) l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé de base, (v) la gouvernance multi-niveau et le contrôle de COVID-19 ainsi que (vi) la mise au point d'une stratégie adaptée de contrôle de choléra. Par ailleurs, sa collaboration avec le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a été matérialisée à travers le partage de ces productions scientifiques et grâce à la participation de son personnel aux activités de la plateforme SRMNEA-Nut, aux réunions du CNP-SS et aux différents ateliers et réunions stratégiques organisés par le ministère et auxquels le CCSC-ASBL a été invité.

Il est aujourd'hui très clair que l'existence et la présence du CCSC-ASBL dans le paysage des acteurs en santé en RDC marque de plus en plus les esprits. Ceci peut, à juste titre, être considéré comme un élément essentiel qui garantit la durabilité de cette structure de gestion de connaissances. La redynamisation de ses organes de gouvernance (Assemblée générale, Conseil d'Administration, Direction exécutive) ainsi que la consolidation de son réseau national avec notamment les Ecoles de Santé publique seront des axes clés sur lesquels il travaillera les années à venir afin de mieux réaliser sa mission.

NOTES

Date



NOTES

Date







CONTACTS

E-mail :
secretariat@ccsc-rdc.net
Téléphone :
+243 82 51 45 465
Adresse :
39, Av. de la Justice, C. de la Gombe
Kinshasa - R. D. Congo
En face du Secrétariat Général de la Santé