

# Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire

## APERÇU DU PAYS:

## RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



# Remerciements

**AUTEURS :** Abigail McDaniel, Danielle Boyda

**SUPPORT :** Nahum Mbuyi (DPS Kinshasa), J.Christian Siboko (DSSP/SG), Emilia Ntumba (DSSP/D5), Dorthé Jensen (HPP-Congo), Rachel Ngum (HPP-Congo), Patience Bondengela (HPP-Congo), Michel Lukusa (HPP-Congo), Bodil Sejerde (HPP-Congo), Elyse Zambité (USAID), Dr. Michael Layng (USAID), Lina Piripiri (USAID), Wivine Mbwebwe (USAID), Carla Lopez Castenada (LMH), Lauren Mawe (LMH), Patrick Bukasa (SANRU), Jennyfer Tamba (SANRU), Dr. Joseph Ekandji (Jhpiego), Grace Motingia (Jhpiego).

**NOUS TENONS ÉGALEMENT À REMERCIER :** Brian Bakoko (Action Damien), Constant Bushiri (Action Damien), Michel Mbambula (ASPME), Mamie Nyemba (APSME), Florence Meta (ASF/SD), Christelle Mpuekela (ASF/SD), Dr. Kalombo Muela (Les Bâtisseurs), Fabrice Suku-suku (Les Bâtisseurs), Esperance Nzeba (Caritas Congo), Sandra Senga (Caritas Congo), Jean Luc Gedyegure (CEPAS), Lÿsan Kiteme (EngenderHealth), Dr. Alain Mikato (EngenderHealth), Paulette Mojeke (EngenderHealth), Augustin Anetubana (Fondation Femme Plus), Rebecca Beusibelte Mulunda (Fondation Femme Plus), Dr. Alex Mayesi (ONG/GRAIN), Alfred Coffi Kousemou (MEMISA), Joseph Amisi (R-SCS).

**ÉDITION ET GRAPHISME :** Jennie Greene et Michelle Samplin-Salgado (Springfly)

**TRADUIT PAR :** Mounia Malki

**CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE :** USAID République Démocratique du Congo

**DATE DE PUBLICATION :** Août 2021

# Table des matières

<b>Acronymes</b> .....	1
<b>Préface</b> .....	2
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles .....	2
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme » .....	3
<i>Aperçus de pays</i> relatifs à la réforme institutionnelle .....	6
<b>Paysage des politiques et du plaidoyer pour la santé communautaire en RDC</b> .....	7
Accessibilité sanitaire et résultats .....	7
Comprendre le système de santé communautaire de la RDC .....	9
Les bases de la réforme de la santé communautaire en RDC.....	10
<b>Les défis de l'institutionnalisation en RDC</b> .....	17
<b>L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme</b> .....	21
Les objectifs de l'investissement pour l'ICH en RDC.....	21
Stratégies de réforme et étapes clés pendant l'ICH.....	22
<b>Opportunités et prochaines étapes</b> .....	32
Pour conclure.....	34
<b>Références</b> .....	35

# Acronymes

ASC	Agent de Santé Communautaire
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CAO	Cadre d'Accélération pour atteindre les Objectifs OMD
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
ECZS	Équipe Cadre de la Zone de Santé
FFOM	Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces
GFF	Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents
HPP-Congo	Humana People to People Congo
ICH	Programme pour l'intégration de la santé communautaire
IDH	Indice de développement humain
LMH	Last Mile Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PARTICOM	Cadre Stratégique de la Participation Communautaire en RDC
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSSC	Plan Stratégique de Santé Communautaire
RDC	République démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	Site de Soins Communautaire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène pour tous

# Préface

## Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles

Dans le monde, près de la moitié de la population n'a pas accès aux services de santé essentiels. L'accent est mis de plus en plus sur le rôle des communautés et de leur engagement, particulièrement celui des agents de santé communautaires (ASC) comme moyen de parachever le système de soins de santé primaires (SSP)<sup>1</sup>. Les programmes d'ASC performants et mis à l'échelle constituent un volet essentiel des SSP adaptés, accessibles, équitables et de haute qualité.

Reconnaissant le potentiel de la santé communautaire pour combler les lacunes en matière de couverture sanitaire, d'amélioration de la protection financière, et de soutien à l'accès à des soins de qualité, la Déclaration d'Astana de 2018 participe à renforcer le rôle de la santé communautaire dans les SSP comme vecteur d'accélération des progrès pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Avant cette Déclaration, le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à ceux en développement durable (ODD) a également contribué à repositionner les communautés à la fois en tant que ressources pour le renforcement des systèmes de santé, mais aussi comme sources de résilience pour les personnes et les familles.

En 2016, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a lancé une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates pour faire progresser les engagements des pays, de sorte que les communautés deviennent des ressources dans les systèmes des SSP afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). La collaboration pour l'intégration de la santé

communautaire (*Integrating Community Health* ou ICH) a généré un mouvement mondial, comptant plus de vingt pays, pour élever les priorités nationales et les progrès réalisés destinés à institutionnaliser la santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires. L'USAID, en collaboration avec l'UNICEF, a investi dans des partenariats catalyseurs avec les gouvernements, leurs ONG partenaires compétentes, et des communautés dans sept pays (Bangladesh, Haïti, Kenya, Liberia, Mali, Ouganda, et République démocratique du Congo) pour institutionnaliser les réformes et les enseignements tirés, en mettant l'accent sur les ASC.

Dans le cadre de ces efforts, par le biais du projet Frontline Health, mené avec deux partenaires principaux (Population Council et Last Mile Health), la Fondation Bill & Melinda Gates a soutenu l'élaboration de nouvelles données probantes et de connaissances concernant la mesure de la performance, le plaidoyer et les voies de mise à l'échelle dans les sept pays concernés. S'appuyant sur le cadre du cycle de réforme de la santé communautaire de Last Mile Health, les *Aperçus de pays* soulignent les partenariats catalyseurs pour l'ICH afin de renforcer les programmes nationaux d'ASC en tant que composante essentielle des SSP et les intégrer dans le contexte des réformes institutionnelles et de l'engagement politique nécessaire pour améliorer les résultats nationaux en matière de santé.

Réinventer les systèmes de santé pour atteindre la CSU nécessite un leadership et un engagement politique au sein même des pays. En effet, ceux-ci doivent mobiliser la société dans son ensemble, aussi bien le secteur public et privé que les communautés, car ils constituent des ressources

essentielles à cet effort. L'élément communautaire des SSP doit être conçu pour permettre au système de santé d'atteindre les populations les plus mal desservies, de traiter les pandémies, de combler les lacunes en matière de survie infantile et d'accélérer la transformation des systèmes de santé. Sans un appui élargi aux programmes nationaux d'ASC, l'accélération mesurable dont nous avons urgemment besoin pour atteindre les cibles des ODD en matière de santé d'ici à 2030 risque de ne pas voir le jour. Avec une décennie pour atteindre

les ODD, et face aux défis posés par les réponses à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), il est primordial de créer une dynamique politique mondiale avec les pays et les bailleurs de fonds pour soutenir les priorités nationales urgentes, évaluer les progrès réalisés, mais aussi développer et partager de nouvelles connaissances afin d'orienter des choix politiques audacieux favorables à une approche pansociale aboutissant au renforcement des systèmes de santé.

### Ressources utiles

- Vision de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé d'ici à 2030
- La Déclaration d'Astana
- Résolution sur les ASC
- Directives sur les programmes relatifs aux agents de santé communautaires
- Exemplars : Les agents de santé communautaires
- La feuille de route pour la santé communautaire
- Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017
- Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2021
- La Communauté des Pratiques Santé Communautaire (CH-CoP)
- Global Health : Science and Practice, Supplément 1 (Mars 2021)
- Journal of Global Health : Promouvoir les évaluations, les politiques et les pratiques de la santé communautaire

## L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »

Les *Aperçus de pays* présentés dans cette série soulignent les efforts de réformes pour l'ICH entrepris par les sept pays au sein d'un cadre de réforme institutionnelle : le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire (désigné ici sous l'expression « cycle de réforme »)<sup>2</sup>. Les pays expérimentent la réforme des systèmes de santé communautaire comme un processus et un cheminement vers l'institutionnalisation de la santé communautaire. La probabilité qu'une réforme particulière soit institutionnalisée avec succès dans un environnement politique donné dépend non seulement de la volonté politique et de l'adhésion des principaux partenaires, de la conception

technique des politiques, mais aussi de la capacité et des ressources disponibles pour lancer et gérer l'intervention, ainsi que de la capacité à tirer des enseignements, et de la volonté d'adapter et d'améliorer le programme au fil du temps.

Le cadre du cycle de réforme a été à la fois guidé et affiné grâce à une analyse descriptive des parcours de réforme pour l'ICH de chaque pays. Les *Aperçus de pays*, tirés des investissements pour l'ICH dans la réforme des systèmes de santé communautaire, démontrent les liens pratiques entre la littérature existante et les expériences spécifiques à chaque pays. Ce cadre fournit aux dirigeants des systèmes

de santé une approche pour planifier, évaluer et renforcer les réformes institutionnelles nécessaires afin de prioriser les programmes d'agents de santé communautaire dans le cadre de stratégies nationales de soins de santé primaires destinées à parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Le cycle de réforme illustre les différentes étapes de la réforme institutionnelle, qui sont

synthétisées ci-dessous. Les réformes peuvent englober l'ensemble d'un programme d'agents de santé communautaire ou cibler des éléments spécifiques de systèmes tels que les systèmes d'information sanitaire (SIS). Bien que les réformes ne suivent pas toujours chaque étape dans l'ordre et que le calendrier puisse varier en fonction de la complexité du programme ou de l'activité, une planification réfléchie et exhaustive peut renforcer l'adhésion et l'efficacité globale.

## SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



## PRIORISATION DU PROBLÈME

**Les acteurs identifient un problème significatif et pertinent.** Ils diagnostiquent les points sensibles et les besoins non satisfaits, avant de les relier, dans la mesure du possible, aux domaines prioritaires de la réforme. Les acteurs reconnaissent la nécessité d'une réforme au sein du système de santé communautaire et s'engagent à adopter une vision commune pour combler les lacunes.

## CONSTITUTION DE COALITIONS

**Un groupe est formé autour d'un problème ou d'une vision convaincante.** Les membres définissent les objectifs, les rôles, la taille et la composition de la coalition. Des membres aux parcours professionnels riches et variés occupent des rôles essentiels dans l'effort de réforme (par exemple, des leaders, connecteurs, contrôleurs, bailleurs de fonds, facilitateurs, champions du changement, et chargés de liaison avec les acteurs clés extérieurs à la coalition).

## RECUEIL DE SOLUTIONS

**Les solutions potentielles sont rassemblées, en s'inspirant des programmes locaux et internationaux existants.** Les acteurs définissent des critères et des indicateurs pour évaluer les solutions, et testent, dans la mesure du possible, des idées spécifiques de réforme. Les solutions prometteuses sont classées par ordre de priorité en vue de leur intégration dans le système de santé.

## CONCEPTION

**Les principaux décideurs, parties prenantes et planificateurs définissent différentes options pour la conception du programme.** Dans la mesure du possible, des éléments probants sur les options, le coût attendu, l'impact et la faisabilité sont identifiés. Par le biais de consultations, d'ateliers et d'autres moyens, les parties prenantes donnent leur avis sur les options, et les décideurs choisissent une conception. Il peut s'agir de plans opérationnels, de matériel de formation, de descriptions de postes, d'outils de gestion, de systèmes de collecte de données et de processus relatifs à la chaîne d'approvisionnement.

## PRÉPARATION

**Les membres et champions de la coalition préparent le lancement en obtenant l'adhésion des acteurs essentiels au lancement, au déploiement et à la poursuite du programme.** Les parties prenantes traduisent également la conception du programme en plans opérationnels chiffrés comprenant des stratégies et des outils clairs pour le lancement et le déploiement. Des plans d'investissement pour un financement durable et des mécanismes de financement sont mis en place. Les parties prenantes sont préparés à leurs nouveaux rôles et responsabilités, et les domaines susceptibles de poser des conflits de politiques/protocoles sont traités.

## LANCEMENT

**De nouvelles politiques, de nouveaux processus et de nouvelles structures organisationnelles sont mis en œuvre, et les acteurs clés assument leurs nouveaux rôles.** Au fur et à mesure que ces changements évoluent, les enseignements sont recueillis pour faire preuve de dynamisme et identifier les défis à relever pour leur application. Une attention particulière est accordée aux questions relatives au déploiement, et des modifications opportunes sont apportées, au besoin, au niveau de la conception et de la mise en œuvre.

## GOUVERNANCE

**Les parties prenantes établissent un cadre de gouvernance avec les organes directeurs, et les rôles, responsabilités et droits décisionnels définies.** Des processus sont établis pour la gestion des risques et des problèmes, l'engagement des parties prenantes et la communication transversale. Les acteurs suivent les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme afin d'améliorer une prise décisionnelle claire et de traiter les questions ou les défis majeurs.

## GESTION & APPRENTISSAGE

**Les parties prenantes clés passent régulièrement en revue les données du programme pour façonner la résolution des problèmes au niveau national ou infranational.** Les parties prenantes s'engagent dans un processus continu d'apprentissage et d'amélioration, en identifiant les défis et les changements dans la conception du programme ainsi que les autres obstacles des systèmes.

## Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle

### BUT ET OBJECTIFS DES APERÇUS DE PAYS

- Présenter un panorama de la santé communautaire dans chaque pays ;
- Exposer la vision du pays en matière de réforme de la santé communautaire et positionner les progrès réalisés à ce jour dans le cadre du cycle de réforme ;
- Articuler les défis primaires liés à l'institutionnalisation de la santé communautaire auxquels le pays est ou a été confronté au début de l'investissement pour l'ICH ;
- Retracer le processus d'élaboration des politiques et de plaidoyer entrepris par les parties prenantes des pays pour faire progresser les réformes, en utilisant l'investissement pour l'ICH comme catalyseur ;
- Identifier les enseignements tirés et les occasions de renforcer les réformes existantes découlant de l'investissement pour l'ICH.

Les *Aperçus de pays* servent de compléments à d'autres ressources créées dans le cadre et par-delà les investissements pour l'ICH, telles que les Feuilles de route pour l'accélération de la santé communautaire des pays, les études de cas nationales pour l'ICH, ainsi que les recherches menées dans le cadre du projet Frontline Health. Les *Aperçus de pays* mettent l'accent sur le suivi des processus de sélection, de plaidoyer et de mise en œuvre des politiques. Ensemble, ces initiatives complémentaires accélèrent la réforme des systèmes de santé communautaire et font progresser les efforts pour atteindre un système de soins de santé primaires solide et une couverture sanitaire universelle (CSU).

### APPROCHES & MÉTHODES

Les *Aperçus de pays* mettent en évidence des exemples du parcours de réforme d'un pays à travers les étapes spécifiques de

l'institutionnalisation décrites dans le cadre. Les *Aperçus de pays* montrent les caractéristiques de chaque étape dans le contexte du pays et mettent en évidence des exemples saillants de l'apprentissage et de la réussite des pays. Les *Aperçus de pays* ont été créés grâce à un processus fait d'études documentaires et de consultations avec les parties prenantes des pays. Les parties prenantes comprenaient notamment des représentants actuels et anciens des Ministères de la santé, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et techniques, ainsi que des représentants d'institutions multilatérales et bilatérales. Les *Aperçus de pays* ont permis de mettre en évidence les perspectives existantes dans les documents politiques et stratégiques, bien souvent difficiles d'accès pour celles et ceux qui ne travaillent pas dans le pays, ainsi que les nouvelles perspectives acquises par des méthodes telles que des ateliers ou des entretiens approfondis avec les principales parties prenantes. Lorsque l'*Aperçu de pays* s'appuie sur des documents existants, les références ont été indiquées. Les informations et recommandations des parties prenantes des pays sur l'application du cycle de réforme ont servi non seulement à valider le cadre, mais aussi à mettre en évidence les façons dont celui-ci peut permettre de retracer de récits efficaces de réformes, et d'accélérer les efforts d'élaboration de politiques et de plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Ces récits révèlent des possibilités d'accélérer la priorisation des programmes d'agents de santé communautaire ainsi que des stratégies de soins de santé primaires pour faire avancer les objectifs visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Au cours des consultations, de nombreuses parties prenantes des pays ont fourni des commentaires judicieux sur les applications du cycle de réforme, soulignant notamment que le cadre a permis d'identifier une approche susceptible d'accélérer l'établissement des politiques et le plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

# Paysage des politiques et du plaidoyer pour la santé communautaire en RDC

## Accessibilité sanitaire et résultats

La superficie, la diversité et la dynamique sociopolitique de la République démocratique du Congo (RDC) rendent complexe sa gouvernance et la fourniture de services publics, notamment pour les soins de santé. La RDC couvre un treizième de l'ensemble du continent africain. Avec une population estimée à plus de 90 millions d'habitants, le pays compte la quatrième plus grande population d'Afrique, et se compose de 40 groupes ethniques et de plus de 400 tribus<sup>3</sup>. Le pays possède également de vastes ressources naturelles qui ont favorisé l'ingérence étrangère, galvanisé les régimes autocratiques et alimenté des cycles de violence depuis des générations. Au sein d'un système fragmenté et souvent dysfonctionnel, les défenseurs de la santé publique engagés ont continué à défendre la santé et les droits humains des congolaises.

Les difficultés auxquelles le pays est confronté aujourd'hui sont liées à l'un des régimes coloniaux les plus brutaux que l'histoire ait connus. En effet, à partir de 1878, le roi Léopold II et les colonisateurs belges ont soumis le peuple congolais au travail forcé pour exploiter des ressources naturelles telles que l'ivoire et le caoutchouc<sup>4</sup>. Pendant leur occupation, les colonisateurs ont tué près de 10 millions de congolais<sup>5</sup>, soit environ la moitié de la population de l'époque. En 1960, la RDC obtient son indépendance, mais des tensions sociopolitiques fondamentales ont persisté, remettant en question l'identité nationale naissante du pays et la structure de gouvernance centrale. Dès le début, le pays a dû faire face à une ingérence étrangère intense, à des mouvements séparatistes ainsi qu'à des jeux de pouvoir pour le

contrôle des industries extractives. Des décennies de suppression coloniale de l'enseignement supérieur congolais ont davantage compliqué la gouvernance post-indépendance. Comme l'a rappelé un historien, « à la fin de l'année scolaire 1959-60, seuls 136 enfants avaient terminé leurs études secondaires. Il n'y avait pas de médecins congolais, pas d'enseignants du secondaire, pas d'officiers de l'armée »<sup>6</sup>.

Au cours des premières décennies de l'indépendance, sous la gouvernance du général Joseph-Désiré Mobutu (1965-1997) puis de Laurent-Désiré Kabila (1997-2001), la RDC a souffert de la division, de la corruption et de la mauvaise gestion qui ont décimé l'économie et paralysé les prestations sociales et sanitaires. Le chaos et la dynamique volatile du pouvoir de cette période ont entraîné le continent dans la première et la deuxième guerre du Congo (1996-2003). Près de 5 millions de congolais ont perdu la vie, en grande partie à cause de la malnutrition et du manque d'accès aux services de santé<sup>6-8</sup>.

Après l'assassinat de son père en 2001, Joseph Kabila devient le leader d'après-guerre. En 2006, le pays signe une nouvelle Constitution et s'engage à mettre en place un système de gouvernance décentralisé qui renforcerait l'appropriation et la responsabilité au niveau local<sup>9,10</sup>. Pendant son mandat, de 2001 à 2019, le pays a connu une forte croissance économique<sup>9</sup> et a introduit des réformes de grande envergure dans le secteur de la santé et au-delà. Cependant, les efforts déployés pour tenir ces engagements ont été entravés, notamment par des crises socio-économiques et humanitaires récurrentes. Des tensions sous-jacentes continuent

de peser sur la gouvernance centrale dans la capitale Kinshasa, de compliquer la gestion décentralisée par les provinces et d'attiser les conflits en cours dans le centre et l'est du pays<sup>6</sup>.

Ces facteurs ont un impact dévastateur sur la santé de la population congolaise. Ainsi, une étude estime que la réalisation des cibles des Objectifs de développement durable (ODD) en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile pourrait permettre de sauver respectivement 218 000 et 1 300 000 vies, ce qui placerait la RDC devant tous les autres pays du monde (sauf deux) en termes de vies sauvées<sup>12</sup>. En 2019, la RDC se classe à l'onzième place de l'indice de développement humain (IDH)<sup>13</sup> et au cinquième rang des États les plus fragiles du monde, en grande partie à cause des fortes limitations des « fonctions étatiques de base au service de la population »<sup>14</sup>. Bien que le pays ait réalisé quelques progrès au cours des dernières décennies, les résultats en matière de santé restent médiocres. Le tableau 1 donne un aperçu des principaux indicateurs de santé infantile, maternelle et reproductive tirés des deux dernières enquêtes démographiques et sanitaires du pays<sup>15,16</sup>.

Le Gouvernement estime que seulement 35 % de la population vit à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé<sup>17</sup>. Les obstacles géographiques à l'accès aux soins de santé sont

aggravés par des facteurs économiques. En effet, près de 60 % du milliard de personnes vivant dans l'extrême pauvreté dans le monde se concentrent dans cinq pays, dont la RDC<sup>18</sup>. Une évaluation récente a révélé que la dépense moyenne par visite de soins ambulatoires en RDC était de 6,7 dollars, sans compter les paiements supplémentaires « sous la table » sollicités par certains prestataires<sup>19</sup>, alors qu'on estime que 73 % de la population subsiste avec moins de 1,9 dollar par jour<sup>11</sup>. En 2011, le Gouvernement a estimé que 75 % de la population était exclue de l'accès aux services de santé publique à cause de la pauvreté<sup>20</sup>. La plupart des congolais·e·s doivent choisir entre se soigner ou assumer une lourde charge financière. Face à ce choix, seuls 20 % de la population du pays ont recours régulièrement aux services de santé<sup>21</sup>.

La pénurie des services de santé et des autres services publics pour les personnes vivant en RDC est à la fois un moteur et une conséquence des défis socio-économiques et de développement du pays. La majorité de la morbidité et de la mortalité en RDC provient de conditions qui peuvent être facilement prévenues ou traitées à faible coût et avec succès grâce à des approches communautaires. Par conséquent, les programmes d'agents de santé communautaire (ASC) offrent une opportunité prometteuse pour la RDC d'accélérer les progrès dans l'amélioration de la santé et du développement de sa population.

**TABLEAU 1** : Les différents indicateurs de santé pour la RDC

INDICATEURS	2007 (DHS)	2013-2014 (DHS)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	92	58
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	148	104
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	549	846
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	31 %	45 %
Taux de couverture des enfants souffrant de diarrhées traitées avec des SRO	31 %	39 %
Besoins non satisfaits en matière de la planification familiale	24.4 %	27.7 %
Taux de couverture des accouchements en présence d'un personnel qualifié	74.0 %	80.1 %
Femmes enceintes qui assistent à au moins 4 CPN	47 %	48 %

## Comprendre le système de santé communautaire de la RDC

À l'heure actuelle, il n'existe aucun programme national à pleine échelle pour les ASC en RDC. Toutefois, divers cadres et volontaires de santé communautaire spécifiques au programme existent, dont la plupart sont connus sous le nom de relais communautaires ou RECO. Ces RECO appartiennent généralement à l'une des trois catégories suivantes :

1. **Les RECO prestataires** qui fournissent un paquet minimum de services, notamment la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour les maladies infantiles de base ainsi que les contraceptifs, et opèrent dans des unités connues sous le nom de sites de soins communautaires (SSC).
2. **Les RECO promotionnels** qui fournissent une éducation à la santé et encouragent les comportements de recours aux soins.
3. **Les volontaires de santé communautaire spécifiques** à un programme qui fournissent des services particuliers liés à des maladies particulières, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/ syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou la tuberculose<sup>22</sup>.

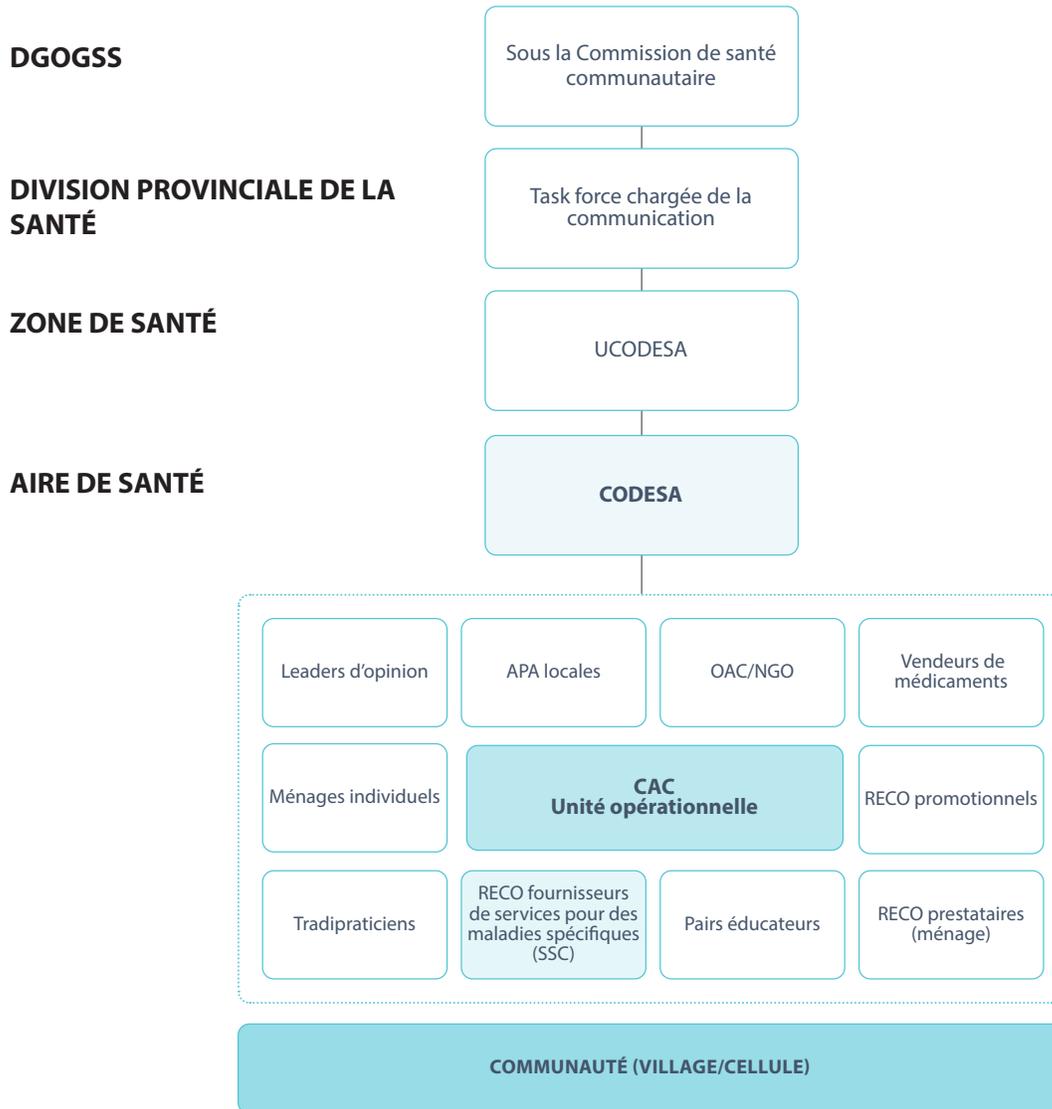
La multiplication des RECO à travers le pays a été un effort largement mené par les ONG et les bailleurs de fonds, conduisant à une fragmentation significative, une couverture incomplète et des disparités dans la prestation et la qualité des services. Compte tenu de l'éventail des programmes de santé communautaire en RDC, il est difficile de généraliser leurs caractéristiques opérationnelles, qui restent rarement décrites dans les documents politiques.

Les RECO sont des bénévoles non rémunérés, bien que certains reçoivent des allocations minimales, des paiements basés sur les performances, des incitations à la formation ou des compensations en nature, souvent laissés à la discrétion des partenaires d'exécution<sup>9</sup>. Ces dernières années, le Gouvernement congolais s'est efforcé de développer des cadres politiques pour soutenir, réglementer et commencer à uniformiser la santé communautaire.

La santé communautaire relève de la Direction nationale du Ministère de la santé publique (MSP) et de la coordination de la Division provinciale de la santé (DPS). L'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS) est une entité essentielle responsable de la planification et de la mise en œuvre de la santé communautaire, avec le soutien du Comité de développement de l'aire de santé (CODESA) et de la Cellule d'animation communautaire (CAC). Ces structures sont chargées de mobiliser les membres de la communauté dans un éventail de services sociaux multisectoriels<sup>9</sup>. Comme le montre la figure 1, de nombreux autres acteurs de la santé communautaire sont rattachés à chaque CAC, notamment les tradipraticiens, les pairs éducateurs et les vendeurs de médicaments. Mais, en général, le débat sur la santé communautaire en RDC concerne surtout les RECO<sup>3</sup>.

En RDC, les CODESA, les CAC et les autres structures communautaires connexes sont parfois appelés organisations communautaires. Ces structures sont essentielles pour la stratégie de participation communautaire du pays, sur laquelle repose le système de santé communautaire actuel et futur.

**FIGURE 1 :** Les acteurs de niveau communautaire, y compris les RECO, sont coordonnés par la Cellule d’animation communautaire (CAC) au niveau du village, sous la supervision du Comité de développement des aires de santé (CODESA). Source : Plan stratégique national pour la santé communautaire



## Les bases de la réforme de la santé communautaire en RDC

S'appuyant sur des décennies d'expérience dans le pays, les dirigeants de la RDC promeuvent de plus en plus la santé communautaire comme une approche formelle pour améliorer l'accès à la santé et ses résultats, ainsi que pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Mais, le processus a été long pour en arriver là : il a fallu de nombreuses années à la RDC pour considérer

la santé communautaire comme un élément clé de la résilience du système de santé face aux chocs causés, notamment par les épidémies, l'insécurité politique et les catastrophes naturelles.

Les réformes du secteur de la santé d'après-guerre se sont d'abord concentrées sur la reconstruction du système de santé national, sous la houlette du Gouvernement, en commençant par les services proposés en établissement. Bien que la santé communautaire ait été initialement mise de côté dans les documents de politique sectorielle, la RDC a connu à la fin des années 2000 une multitude de programmes de santé communautaire verticaux,

gérés par des organisations non gouvernementales (ONG). Cette période d'expérimentation a à la fois établi le pays comme un chef de file dans la mise à l'échelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) par le biais des RECO prestataires, mais a aussi contribué à la fragmentation persistante de la santé communautaire. Les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont conduit la RDC à réévaluer la primauté de la santé et de la participation communautaire. Ce changement a conduit à l'inclusion formelle historique de la santé communautaire dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020)<sup>23</sup> et à l'élaboration d'un Cadre Stratégique de la Participation Communautaire (PARTICOM)<sup>24</sup>, ouvrant ainsi de nouvelles opportunités pour faire progresser l'institutionnalisation de la santé communautaire.

Avant d'étudier plus en détails les efforts entrepris ces dernières années, il est utile de passer en revue les réformes précédentes du secteur de la santé en relation avec la santé communautaire. Au cours d'une série de réformes cycliques, les dirigeants de la RDC ont périodiquement évalué les progrès du secteur de la santé à partir de la mise en œuvre, du suivi et des examens en cours, et ont orienté les observations de ces évaluations dans de nouvelles réformes. De cette manière, la RDC s'est progressivement rapprochée de la mise en place d'un système de santé efficace, dirigé par le Gouvernement, qui répond aux besoins de la population en dépit d'importants obstacles géographiques et financiers aux soins.

## RETROUVER LE LEADERSHIP DU PAYS & DÉFINIR UNE VISION POUR LA RÉFORME D'APRÈS-GUERRE (2005)

Lorsque la RDC est sortie de la guerre et a signé sa nouvelle Constitution en 2005, le Gouvernement a lancé de vastes réformes du secteur public pour relancer la reconstruction. L'ampleur et la complexité des réformes requises donnaient à réfléchir.

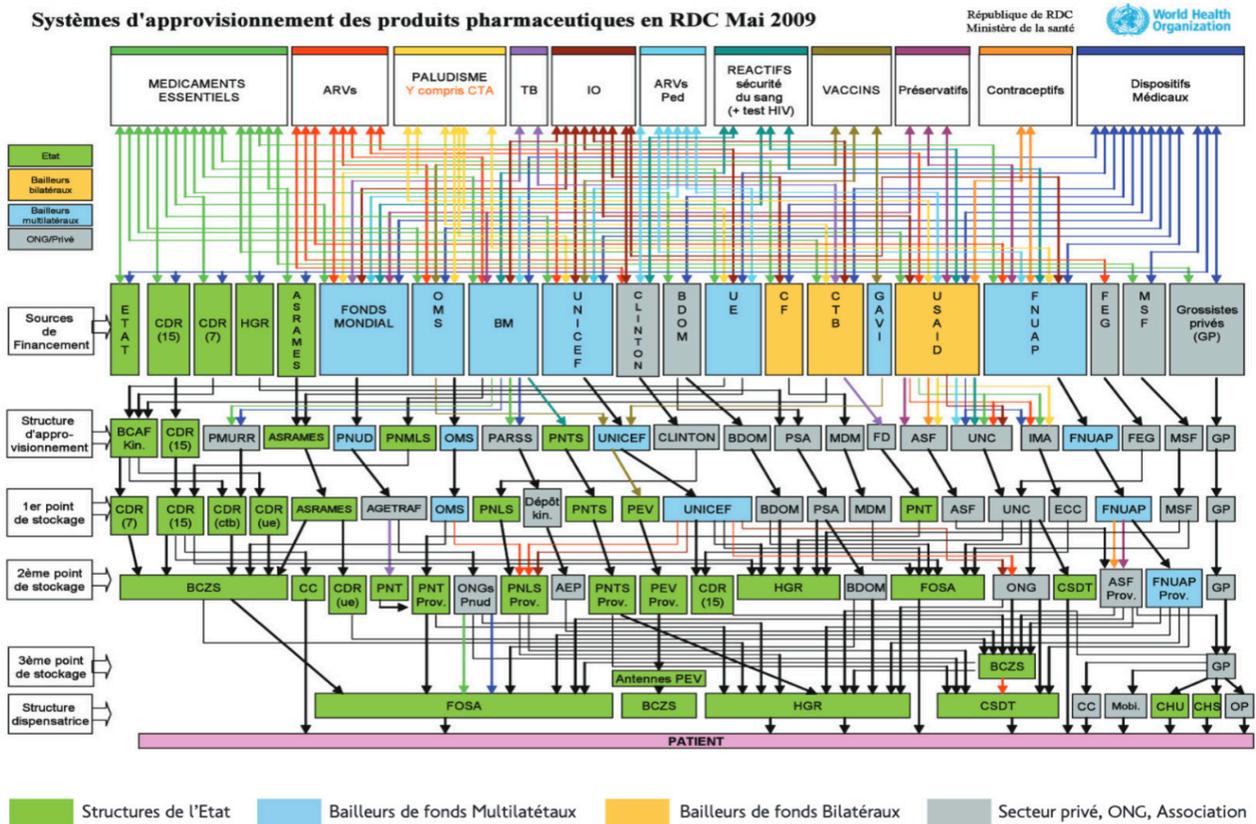
Malgré les nombreux défis socio-économiques et de gestion auxquels le pays a été confronté après son indépendance, la RDC a lancé des innovations

notables dans la réforme des systèmes de santé à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Ainsi, le pays a adhéré à la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur la « Santé pour tous »<sup>25</sup> et a été le pionnier du modèle africain de district sanitaire en tant que plateforme intégrée pour la prestation de soins de santé primaires<sup>10</sup>. Cependant, au cours des crises prolongées qui ont suivi, le financement et la réglementation du secteur public se sont effondrés. Au début des années 2000, d'après les mots du vice-premier Ministre chargé de la reconstruction, le système de santé de la RDC « n'était plus qu'une lointaine référence historique »<sup>26</sup>. Le pays dépendait presque entièrement des financements extérieurs et des décennies d'interventions verticalisées et dirigées par les bailleurs de fond avaient éloigné le secteur de son héritage de soins de santé primaires intégrés.

Il en résulte un système très inefficace, avec des coûts de gestion disproportionnés, des investissements redondants, une coordination alambiquée, une qualité de service médiocre et des opérations faibles. La chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé de la RDC est un exemple frappant de fragmentation et d'inefficacité (voir figure 2)<sup>10</sup>. En réponse, les dirigeants ont mis en place une coalition multipartite pour poursuivre une « réappropriation de la politique et de la gouvernance de la santé par le MSP à partir d'agences externes qui avaient défini ces politiques au cours des années précédentes »<sup>10</sup>. Le Gouvernement a cherché à identifier les causes profondes des défis que rencontraient le système de santé, et à construire un consensus autour d'une réponse concrète et coordonnée. Le résultat a été une stratégie de réforme globale qui a redéfini la structure décentralisée du système de santé de la RDC au niveau national, provincial et opérationnel.

Dans cette première phase de la réforme, la priorité était d'établir les principaux piliers du système de santé et les services de santé proposés en établissement. Bien que cela se soit fait en grande partie à l'exclusion de la santé communautaire, cela a néanmoins établi un cadre de système de santé sur lequel les réformes ultérieures de la santé communautaire pourraient s'appuyer. Alors que le Gouvernement s'apprêtait à promulguer sa

**FIGURE 2 :** Fragmentation du secteur de la santé en RDC (2009). Un exercice de cartographie de la chaîne d'approvisionnement réalisé en 2009 par le MSP et l'OMS a révélé un réseau vertigineux et dysfonctionnel de sources de financement, de mécanismes d'approvisionnement et de systèmes de distribution qui gaspillaient des ressources précieuses et généraient des ruptures de stock généralisées de médicaments et de fournitures essentielles.



Source: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels. 2010.

stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), il a demandé aux partenaires de renforcer le leadership, les procédures, et la capacité du Gouvernement ; de réduire la fragmentation ; et d'accroître la transparence<sup>26,27</sup>.

Conformément à ces objectifs, le Gouvernement a mis en place un mécanisme de coordination unique, le Comité national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS), et des plateformes associées pour améliorer la transparence et la gestion de l'aide extérieure. Au cours des années suivantes, ces réformes allaient considérablement améliorer l'efficacité du secteur de la santé et l'efficacité de l'aide<sup>10</sup>.

## ESQUIVER LES RÉISTANCES INITIALES À LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE (2005-2010)

Si ces réformes historiques ont permis de résoudre bon nombre des problèmes particulièrement fondamentaux et urgents du pays dans le secteur de la santé, elles en ont laissé d'autres en suspens. La question de savoir comment étendre les services de santé aux communautés est apparue comme un point de discord.

C'est ainsi que la SRSS a exprimé des inquiétudes quant aux approches des agents de santé communautaire, les qualifiant de « pas toujours nécessaires », « souvent nuisibles » et ayant été introduites à « l'instigation de certains partenaires financiers »<sup>26</sup>. Malgré ces critiques sévères, la

SRSS est restée ostensiblement silencieuse sur ce que devrait être l'approche du pays en matière de santé communautaire, ouvrant la voie à une fragmentation continue par partenaire, domaine pathologique et région géographique. Ces tensions et ces problèmes non résolus subsistent encore aujourd'hui dans le système de santé du pays et sont à l'origine des difficultés à établir une vision unifiée de la réforme des systèmes de santé communautaire.

Bien que les politiques et plans de haut niveau du secteur de la santé n'aient pas institutionnalisé la santé communautaire, ils n'ont pas non plus interdit

de telles approches. Certains acteurs au sein du Gouvernement ont contourné l'opposition pour engager des partenaires dans des programmes pilotes de santé communautaire, dans des domaines tels que la santé infantile, la planification familiale, le paludisme, le VIH et la tuberculose<sup>3</sup>. L'exemple le mieux documenté est sans doute celui de l'évolution de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) en RDC. Ces expériences ont été décrites en détail dans un certain nombre d'analyses<sup>28-32</sup>, et les principaux enseignements sont synthétisés dans la légende ci-dessous.

## LES BASES POUR UNE RÉFORME - PLAIDOYER ET MISE EN ŒUVRE PRÉCOCE DE LA PCIME EN RDC

En dépit des critiques formulées à l'encontre de la santé communautaire dans le SRSS, le MSP et ses partenaires ont créé à partir de 2005 des voies pour tester la PCIME dans le cadre du « Guide de Mise en œuvre pour les Sites de Soins Communautaires 2007 ».

Toujours active aujourd'hui, l'approche de la PCIME de la RDC met à niveau les RECO chargés de la promotion de la santé (relais promotionnels) pour agir en tant que RECO de prestation de services (relais prestataires). Ces RECO prestataires sont basés dans les SSC. Bien que décrits comme des « sites », les SSC ne sont pas censés être des bâtiments physiques. En plus de leurs responsabilités précédentes, les RECO prestataires fournissent des services de PCIME aux communautés situées à plus de 5 kilomètres de l'établissement de santé le plus proche, ou autrement inaccessibles en raison d'obstacles naturels. Ils sont supervisés par des infirmiers titulaires basés dans le centre de santé le plus proche. Les RECO prestataires reçoivent un soutien supplémentaire des structures d'engagement communautaire au niveau de la communauté et des centres de santé.

En 2007, le nouveau Ministre de la santé a attiré l'attention sur le fait que 80 % des décès infantiles en RDC se produisaient à la maison, avant même que l'enfant ne puisse recevoir les soins de santé nécessaires dans un centre de santé. Sur la base des premières données pilotes, il a appelé le pays à renforcer et à étendre les approches communautaires des soins de santé, y compris l'extension de la PCIME. Toutefois, ce soutien ne s'est pas traduit par des politiques et des plans sectoriels.

Néanmoins, en 2017, le MSP et ses partenaires avaient réussi à mettre en place 6 968 SSC et à étendre progressivement l'ensemble des services de la PCIME. Bien que la couverture ne soit pas totale, ces SSC couvraient 402 des 461 zones de santé éligibles dans l'ensemble des 26 provinces. Les études ont démontré que la PCIME a considérablement amélioré l'accès à la santé et les résultats dans les communautés soutenues. Cependant, les évaluations ont également révélé une fragmentation importante des approches et des variations dans la qualité des services. Les évaluateurs ont recommandé que pour que l'approche atteigne son plein potentiel, le MSP doit résoudre les divergences dans les orientations relatives à la santé communautaire et établir un environnement politique favorable à la santé communautaire.

## INTÉGRER LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN TANT QU'APPROCHE POUR ATTEINDRE LES OMD (2010-2015)

En 2010, le MSP a donné le coup d'envoi d'un cycle de réformes sectorielles. Les défenseurs de la santé communautaire espéraient qu'au fur et à mesure que le pays recueillerait des éléments probants à partir de divers programmes pilotes de santé communautaire dans tout le pays, leurs recommandations seraient intégrées dans les réformes sectorielles. Mais, cela n'a pas été le cas.

La sémantique de la santé communautaire était presque entièrement absente des nombreux documents politiques nouveaux et révisés qui ont vu le jour à cette époque, y compris le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015)<sup>17,20,33</sup>. Dans la mesure où ces documents mentionnaient la santé communautaire, c'était le plus souvent de manière tangentielle, voire même parfois dénigrante. En outre, ces documents éludaient des questions centrales telles que celles relatives aux paquets de services de santé fournis par les RECO. En résumé, les politiques issues de la réforme sectorielle de 2010 n'offraient toujours pas une vision claire de la manière dont la santé communautaire devait fonctionner en RDC.

Cependant, le PNDS a laissé la porte ouverte au Gouvernement et à ses partenaires pour mener des activités de santé communautaire dans les Zones de Santé, à la discrétion de l'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS)<sup>17</sup>. Dans ce contexte, les acteurs du MSP et leurs partenaires ont progressivement développé une variété d'initiatives de santé communautaire à travers le pays. Ces efforts se sont accompagnés par une multiplication de plans stratégiques spécifiques aux interventions, de normes de mise en œuvre, de manuels de formation et d'autres documents normatifs. Différentes initiatives ont défini les attentes en matière d'établissement et de gestion des structures et des cadres communautaires dans divers domaines de programme, de la planification familiale et de la PCIME à la nutrition et aux programmes verticaux spécifiques à certaines pathologies<sup>3,9,28</sup>.

En l'absence d'une gouvernance nationale forte, ces efforts n'ont été, au mieux, que vaguement coordonnés. Bien que le pays ait bénéficié d'un impact à court terme et acquis une riche expérience dans la mise en œuvre, ces approches verticalisées, fragmentées et dépendantes des parties prenantes ont souffert d'un manque de pérennité, d'une qualité faible et d'une échelle limitée. En fin de compte, ces défis ont limité le potentiel des programmes d'agents de santé communautaire en RDC et contribué à l'impossibilité de résoudre les problèmes sanitaires auxquels la population était confrontée<sup>3</sup>.

Heureusement, les écarts persistants en matière d'accès aux services de santé et de performance par rapport aux principaux objectifs de santé et de développement ne sont pas passés inaperçus. Au fur et à mesure que le pays progressait dans la période politique 2011-2015, il est devenu de plus en plus évident que le pays n'était pas sur la voie d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ainsi que les autres objectifs fixés pour le secteur de la santé. Ainsi, une série d'enquêtes sur la santé et le développement, notamment l'Enquête 1-2-3 de 2012<sup>34</sup> et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2013-2014<sup>16</sup>, ont révélé des inégalités et des lacunes flagrantes. Le MSP a utilisé ces données comme base pour une évaluation à mi-parcours des approches définies dans le PNDS 2011-2015.

Grâce à l'évaluation à mi-parcours, le MSP a constaté que le manque d'intérêt accordé par les politiques à la santé communautaire était au cœur de nombreux défis du secteur de la santé et a pris des mesures correctives. L'effort phare de réforme à mi-parcours du secteur de la santé a été le Cadre d'Accélération pour atteindre les OMD (CAO) 4 et 5 détaillés dans la figure 4<sup>30</sup>. Le CAO 4 et 5 a permis de réduire de manière impressionnante la mortalité infantile et maternelle dans les zones d'intervention, a soutenu une forte mobilisation communautaire multisectorielle et a replacé la RDC sur une trajectoire plus positive. Cependant, il est finalement arrivé trop tard pour que le pays atteigne son objectif immédiat de réaliser les OMD 4 et 5. Une évaluation du CAO 4 et 5 a attiré l'attention sur des défis bien connus, tels que les

faiblesses du système de santé, la fragmentation des approches des partenaires, la dépendance à l'égard de systèmes parallèles (comme par exemple pour la chaîne d'approvisionnement), et un manque d'engagement gouvernemental pour soutenir ou étendre l'approche. L'évaluation a spécifiquement

mis en garde contre le fait que l'approche, et plus largement la santé communautaire, manquait d'un « ancrage institutionnel » suffisant au sein du MSP, réduisant ainsi les perspectives de viabilité et d'impact à long terme<sup>30</sup>.

## SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET CADRE D'ACCÉLÉRATION POUR ATTEINDRE LES OMD 4 ET 5

En 2013, la RDC a adopté le CAO 4 et 5 avec le financement de la Banque mondiale, du Canada, du Fonds mondial, de Gavi, de la Suède, de l'Union européenne, de l'USAID et de l'UNICEF (voir la figure 4 jointe ci-dessous). Le CAO 4 et 5 est devenu le programme phare du pays en matière d'OMD et a finalement touché 44 des 515 zones de santé du pays. Sa principale stratégie reposait sur la distribution de « kits familiaux » pour la gestion des maladies infantiles et la promotion de l'accouchement en établissement. La distribution de kits a été complétée par :

1. Le renforcement de l'engagement communautaire et de la promotion de la santé par le biais de structures communautaires (CAC et CODESA) et l'amélioration de la gestion des SSC ;
2. L'association du financement basé sur la performance avec le renforcement des capacités des prestataires de santé ;
3. L'amélioration du suivi et de l'évaluation.

Reflétant les tensions dans l'espace de santé communautaire, les approches de la distribution des kits de santé infantile ont différé entre les principaux responsables de la mise en œuvre des CAO 4 et 5, à savoir le Management Sciences for Health (MSH) et l'UNICEF. Alors que MSH s'est concentré sur le renforcement et la distribution de kits de PCIME par le biais des SSC, l'UNICEF a opté pour une distribution directe aux familles. Une évaluation comparative a révélé que l'approche de MSH était bien plus efficace et apportait une valeur ajoutée en renforçant simultanément le système de santé communautaire.

## REPRIORISER LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LA PARTICIPATION À L'ÈRE DES ODD (2015 ET AU-DELÀ)

Sur la base de ces expériences, la RDC en est venue à attribuer un grand nombre de ses défis persistants dans le secteur de la santé aux faiblesses des systèmes et services de santé communautaire, ainsi qu'à la faible participation communautaire de manière plus générale. Reconnaisant la promesse que constitue la santé communautaire et la nécessité d'améliorer la gouvernance de la santé communautaire, le MSP a cherché, pour la première fois, à intégrer explicitement la santé communautaire dans le PNDS. Ainsi, le PNDS 2016-2020 a été le premier plan sectoriel à reconnaître positivement la mise en œuvre de la santé communautaire en cours dans le pays, une étape importante pour l'institutionnalisation de la santé communautaire :

*« La communauté joue déjà un rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires pour les enfants de moins de cinq ans à travers l'expérience pilote des sites de soins communautaires »<sup>23</sup>.*

En 2015, au moment de la rédaction du PNDS 2016-2020, la RDC entreprenait des réformes de grande envergure, notamment en faisant progresser la décentralisation, en restructurant davantage l'organisation administrative du pays (passant de 11 à 26 provinces), et en alignant les nouveaux plans sectoriels sur le Document de Stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR), un document incontournable pour le pays<sup>23,35,36</sup>.

Le Gouvernement considérait qu'une participation communautaire efficace était essentielle au succès de ces réformes. En l'absence d'une stratégie concrète et unifiée pour la participation communautaire, les dirigeants craignaient que

la fragmentation et la faible performance des approches de participation communautaire existantes dans différents secteurs n'entravent les efforts de réforme<sup>24</sup>. La Direction du développement des soins de santé primaires du MSP a donc mené un processus intersectoriel pour élaborer en 2016 le Cadre stratégique de la participation communautaire (PARTICOM)<sup>24</sup>.

Le cadre stratégique PARTICOM a défini des priorités et des activités visant à renforcer la participation communautaire, décrivant l'autonomisation des communautés comme un élément clé pour traiter les déterminants sociaux de la santé et stimuler le développement à la base. Le PARTICOM a défini des normes nationales pour la formation et le fonctionnement des structures communautaires qui sous-tendent la santé communautaire, comme les CODESA et les CAC, ancrant ainsi toutes les activités de participation

communautaire en RDC (voir la figure 1 pour une illustration de la manière dont ces structures communautaires supervisent les RECO)<sup>24</sup>.

Ensemble, le PNDS et le PARTICOM constituent des étapes critiques dans le parcours de la réforme de la santé communautaire en RDC. Comme le souligne un profil, ils ont « réorienté le système de santé pour accroître le rôle de la communauté dans la prestation des soins de santé, afin d'améliorer la responsabilité et la durabilité, et de mieux atteindre les populations mal desservies »<sup>9</sup>. Bien qu'ils aient posé les bases de la future réforme de la santé communautaire et des efforts d'institutionnalisation, ces documents n'ont pas résolu les problèmes chroniques de fragmentation, d'absence d'uniformisation et de mauvaise coordination en matière de santé communautaire. Ces problèmes devront être résolus par d'autres efforts de réforme.

# Les défis de l'institutionnalisation en RDC

La section précédente démontre les progrès importants réalisés au cours des dernières décennies pour placer les soins de santé primaires communautaires au centre de l'agenda de la santé et du développement de la RDC.

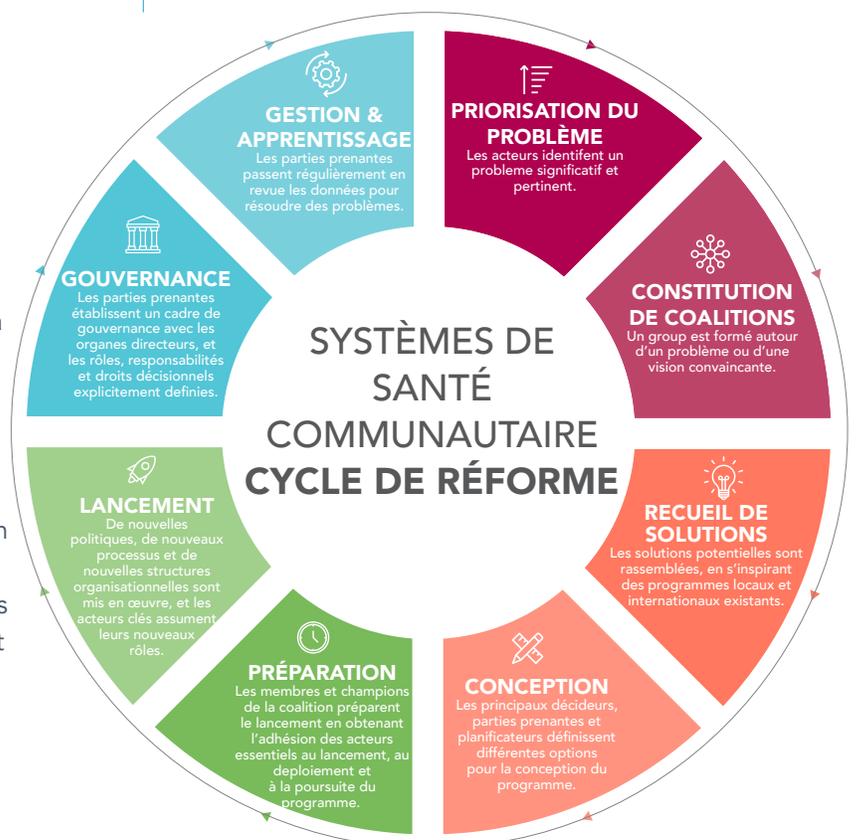
Cependant, le pays a été confronté à des défis persistants pour passer de l'élaboration des politiques à la pratique dans le secteur de la santé. Si l'on ne s'attaque pas à ces obstacles qui entravent une mise en œuvre efficace, il est peu probable que la RDC réalise sa vision de l'institutionnalisation de la santé communautaire : un système cohérent, basé sur la communauté, qui est aligné sur tous les documents de politique et qui fonctionne sans difficultés.

La préface du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 de la RDC salue « la cohérence et la pertinence des actions préconisées » du plan de santé précédent, reflétant ainsi les points forts de la phase de conception de la politique et du programme<sup>23</sup>. Malgré ces points forts, le déploiement de la politique a été entravé par une mobilisation insuffisante des ressources et du soutien au programme. Les lacunes dans la gestion et la gouvernance du programme ont entravé la mise en œuvre.

Comme l'explique l'évaluation, « l'insuffisance de mesures appropriées d'encadrement et de suivi structuré de sa mise en œuvre à tous les niveaux » a été un facteur d'échec de la politique<sup>23</sup>. Des avis similaires se retrouvent dans les évaluations rétrospectives de nombreuses politiques et plans nationaux de la dernière décennie, reflétant ainsi les difficultés systémiques à mettre pleinement en œuvre la réforme.

De nouvelles opportunités pour l'institutionnalisation de la santé communautaire ont émergé vers 2015 avec le lancement du nouveau PNDS et de la stratégie du PARTICOM. Cependant, avant d'examiner les avancées de la RDC dans ce cycle le plus récent de réforme de la santé communautaire, cette section analyse les lacunes du processus d'institutionnalisation qui ont conduit à ce moment charnière.

Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire est un point d'entrée utile pour comprendre les défis rencontrés dans les réformes passées. Apprendre des écueils des précédents cycles de réforme peut aider les parties prenantes à placer la santé communautaire en RDC sur une nouvelle trajectoire vers l'institutionnalisation.



## PRIORISATION DU PROBLÈME

À l'ère des ODD, la RDC a donné la priorité à la santé communautaire, en l'intégrant explicitement dans des documents sectoriels comme le PNDS. En réponse aux lacunes continues en matière de santé, le pays a reconnu à la fois l'opportunité qu'offrent les approches de santé communautaire et la nécessité d'améliorer la gouvernance des programmes de santé communautaire en RDC. L'inclusion de la santé communautaire dans le PNDS 2016-2020 et la stratégie du PARTICOM de 2016 a créé un environnement favorable à l'avancement des politiques, ouvrant une fenêtre pour un nouveau cycle de réforme.

Alors que les processus de réforme en RDC comprennent généralement des évaluations situationnelles détaillées qui permettent aux dirigeants d'identifier et de hiérarchiser les problèmes, au moment où le PNDS et PARTICOM ont été élaborés, aucune analyse de ce type n'avait été menée sur la santé communautaire<sup>3</sup>. Les évaluations du programme phare de la RDC en matière d'OMD (CAO 4 et 5) ont attiré l'attention sur des défis familiaux, tels que le manque d'engagement à soutenir ou à étendre le programme, les faiblesses générales du système de santé, la fragmentation des approches des partenaires et la dépendance à l'égard de systèmes parallèles (par exemple, pour la chaîne d'approvisionnement)<sup>30</sup>. Cependant, en l'absence d'une évaluation nationale complète de la situation de la santé communautaire en RDC, les parties prenantes et les partenaires ne disposaient pas de données sur lesquelles fonder leur plaidoyer, allouer des investissements ou prendre des décisions programmatiques au niveau macro.



## CONSTITUTION DE COALITIONS ET RECUEIL DES SOLUTIONS

Le MSP a fait preuve d'un fort leadership en alignant les partenaires internationaux du développement autour du PNDS, présentant une vision et une stratégie globales pour le secteur de la santé<sup>37</sup>. En générant un consensus national à travers et au-delà du MSP sur les

objectifs de la réforme du secteur de la santé, les autorités sanitaires ont renforcé la confiance et la collaboration avec les partenaires<sup>10</sup>. Dans le cadre de la stratégie du secteur de la santé, des mesures spécifiques ont pu être mises à l'essai, améliorées, repensées et adaptées.

Toutefois, cette cohérence dans la vision globale du secteur de la santé ne s'est pas immédiatement traduite dans la santé communautaire. Les défis de l'alignement de la multiplication des partenaires en matière de santé communautaire ont persisté<sup>3</sup>. Des vestiges d'une indifférence de longue date pour la santé communautaire subsistaient parmi certaines parties prenantes clés, issus d'expériences de fragmentation et de verticalisation. Dans un contexte de gouvernance décentralisée, fait de peu d'orientations directes sur la mise en œuvre de la santé communautaire, de nombreuses questions opérationnelles sont restées sans réponse et ont été remises en cause par les partenaires<sup>9</sup>.

La fragmentation persiste dans le contexte d'une gouvernance faible et en l'absence d'une coalition de parties prenantes gouvernementales, des bailleurs de fonds et des partenaires pour faire avancer les réformes de manière unifiée. Dans la mesure où les efforts de réforme ont été, par le passé, couronnés de succès en RDC, ils s'inscrivent souvent dans un domaine technique spécifique et ne sont pas efficacement intégrés ou coordonnés avec des efforts simultanés dans d'autres domaines. Les acteurs au sein et en dehors du MSP ont plaidé avec succès pour que des programmes avec des composantes de santé communautaire, comme la PCIME, soient testés et mis à l'échelle<sup>28</sup>. Cependant, ces programmes sont restés des projets autonomes et verticaux qui n'ont pas été pleinement intégrés dans les plans plus larges du secteur de la santé. En effet, de nombreuses innovations prometteuses ne se traduisent pas par des révisions de politiques ou par une adoption généralisée.

## CONCEPTION

Le PNDS 2016-2020 et la stratégie du PARTICOM ont tous deux représenté des ouvertures importantes pour la santé communautaire, mais ils

n'ont pas pleinement établi la clarté opérationnelle et les orientations nécessaires. Dans l'ensemble, la RDC a généré des orientations nationales abondantes pour le secteur de la santé, des programmes verticaux de lutte contre les maladies avec des composantes de santé communautaire, et des interventions spécifiques en santé communautaire. Si ces politiques et plans peuvent être bien conçus isolément, le défi réside dans leur intégration. Les cadres de santé communautaire, y compris les RECO, qui recoupent différents domaines de la santé, ne sont généralement pas intégrés dans les politiques verticales de santé<sup>3</sup>. Les documents d'orientation pour la mise en œuvre « contiennent souvent moins de détails sur les RECO, comme le nombre nécessaire dans le pays et les processus par lesquels ils sont soutenus, comme la formation et la supervision. Les politiques ne précisent pas comment les RECO accèdent aux fournitures ni comment ils interagissent avec les autres prestataires de santé communautaire et les agents de santé en établissement »<sup>9</sup>. Ce manque d'intégration de la santé communautaire au stade de la conception de divers programmes a empêché l'identification des lacunes ou des zones de divergence. Il existe donc une incohérence entre les différents documents, ce qui a contribué à la confusion au niveau infranational et à une mise en œuvre fragmentée.

## PRÉPARATION

Indépendamment des mérites de la politique nationale et de l'orientation des programmes qui ont été générés, ces documents n'ont pas été suffisamment diffusés. De plus, les parties prenantes au niveau national et infranational n'ont pas non plus été suffisamment orientées vers les changements de leurs rôles et responsabilités<sup>9,25</sup>. Même lorsqu'une telle mobilisation a lieu, elle peut présenter des recommandations incohérentes que les partenaires, les gestionnaires du MSP et les prestataires de services doivent résoudre au niveaux provincial, zonal, des centres de santé et des communautés.

La mobilisation des ressources a également été une faiblesse significative dans le secteur de la santé en RDC, y compris dans le domaine de la santé

communautaire. Jusqu'à ces dernières années, la RDC a toujours alloué moins de 5 % du budget national à la santé, soit nettement moins que les 15 % que les chefs d'État africains, dont la RDC, se sont engagés à allouer à Abuja<sup>38</sup>. Pour ne rien arranger, cette allocation « ne tient pas compte des priorités du secteur » et, en moyenne, seuls 70 % de ces fonds ont été déboursés<sup>17</sup>. Cette sous-affectation systématique des ressources du secteur de la santé, combinée à une déconnexion entre les ressources et les politiques, plans et priorités établis, a généré des lacunes considérables.

La faible mobilisation des ressources au niveau national crée un environnement propice à la fragmentation et à la verticalisation des programmes, les ONG et les partenaires extérieurs tentant alors de combler les lacunes. Les inefficacités générées par cette fragmentation et la mauvaise coordination des financements externes ne font qu'aggraver la situation. Ces carences financières ont des conséquences concrètes sur la qualité de la mise en œuvre de la santé communautaire. Par exemple, il y a un large consensus parmi les parties prenantes de la santé communautaire sur le fait que le modèle congolais de volontariat pour les RECO génère des problèmes de motivation, de rétention, de disponibilité pour les réunions, de taux de reportage et de prestation de services<sup>3,39</sup>. Cependant, il n'y a pas d'accord sur la façon de relever ce défi : l'idée que la RDC pourrait mobiliser suffisamment de ressources pour se doter d'un cadre national d'ASC rémunérés est considérée comme hautement irréaliste.

## LANCEMENT

Au moment de l'élaboration du PARTICOM fondateur et du PNDS 2016-2020, des données nationales précises sur la couverture sanitaire communautaire n'étaient pas facilement disponibles. Des analyses plus récentes ont toutefois confirmé l'impression selon laquelle les politiques de MSP n'étaient pas suffisamment déployées. Une évaluation des structures de participation communautaire réalisée par l'UNICEF en 2017 a révélé que 46 797 cellules d'animation communautaire (CAC) avaient été installées, mais que seulement 30 % d'entre elles pouvaient

être classées comme fonctionnelles d'après les normes de revitalisation du pays<sup>3</sup>. L'engagement communautaire variait selon les provinces, et la participation était médiatisée par de multiples structures simultanées présentant des niveaux de fonctionnalité variables. Le processus de revitalisation des structures de participation communautaire s'est enlisé face à l'insuffisance des directives pour orienter les membres des unités.

Une évaluation situationnelle de 2018 de la santé communautaire de la RDC<sup>3</sup> a noté que la couverture exacte des SSC à partir desquels les RECO ont servi les populations difficiles à atteindre ne pouvait pas être calculée, car le dénominateur était encore mal défini. Cependant, le bureau de coordination de la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant a estimé que la RDC aurait besoin de 21 299 SSC pour une couverture complète, alors que les 6 968 SSC déjà existants n'en représentent que 33 %. Entre 56 et 78 % des RECO actifs avaient été formés aux activités de promotion de la santé telles que le lavage des mains, les pratiques d'hygiène, la distribution de sels de réhydratation orale (SRO), la reconnaissance des signes de danger liés au paludisme et l'enregistrement des naissances. Moins de la moitié des RECO formés et actifs disposaient de matériel d'éducation sanitaire. Cette même évaluation a permis de dresser le profil de 16 activités opérationnelles majeures de santé communautaire (dont aucune n'a atteint une couverture nationale complète) et de plusieurs approches communautaires spécifiques à une maladie.



## GOUVERNANCE, GESTION ET APPRENTISSAGE

La gouvernance des programmes de santé communautaire en RDC a été une faiblesse majeure, exacerbée par la fragmentation continue entre les partenaires de mise en œuvre et la faible adhésion aux politiques existantes. Ce n'est que ces dernières années, suite à l'ouverture des opportunités de réforme de 2016, qu'un sous-comité national de santé communautaire a été établi. Si la décentralisation a été instituée en RDC en partie en réponse à la vaste superficie du pays et dans l'intention de renforcer la gouvernance et la responsabilité locales, ces structures sont encore relativement jeunes. Les divisions provinciales de la santé manquent de ressources et de systèmes nécessaires pour gérer le système de santé, tels que les ressources humaines, les infrastructures et les capacités logistiques<sup>32</sup>. Historiquement, les programmes verticaux contournaient souvent les équipes cadres des zones de santé, ce qui entraînait une confusion, un manque de coordination, une duplication des efforts et une utilisation inefficace des ressources<sup>26</sup>. Les innovations que ces programmes testent et les meilleures pratiques qu'ils développent pour la santé communautaire sont rarement institutionnalisées sans un canal clair pour les partager avec les parties prenantes et les intégrer systématiquement dans le paysage politique de la RDC.

À la lumière des lacunes dans l'ensemble des phases du cycle de réforme, les parties prenantes de la santé communautaire ont cherché à saisir les opportunités présentées par le PNDS 2016-2020 et la stratégie du PARTICOM 2016 alors que le secteur de la santé du pays entrait dans une nouvelle phase de mise en œuvre.

# L'investissement pour l'ICH : un catalyseur pour la réforme

## Les objectifs de l'investissement pour l'ICH en RDC

Si la participation et la santé communautaires font depuis longtemps partie du système de santé en RDC, l'absence de documents normatifs et de modèles opérationnels cohérents a entravé l'ampleur et la fonctionnalité des RECO et des structures communautaires, telles que les CAC et les CODESA<sup>3</sup>. En conséquence, les approches de la santé et de la participation communautaires étaient très divergentes, ce qui a compliqué les efforts de gestion et de gouvernance du MSP. Le PNDS 2016-2020 et le PARTICOM ont solidifié plusieurs des orientations politiques et stratégiques de la RDC en matière de participation communautaire, et plus largement du système de santé. Cependant, en tant que documents stratégiques de plus haut niveau, ils n'ont pas pleinement articulé la manière dont les normes actualisées de participation communautaire

fonctionneraient au sein du système de santé. Ils n'ont pas non plus réussi à définir une vision nationale de la prestation des services de santé communautaire.

Dans le cadre d'un ensemble d'efforts visant à combler ces lacunes, le MSP, l'USAID et l'UNICEF ont introduit en 2016 le programme pour l'intégration de la santé communautaire (ICH) de la RDC, et ont sélectionné Humana People to People Congo (HPP-Congo) comme partenaire de mise en œuvre. L'objectif principal de l'investissement pour l'ICH en RDC était de développer un modèle opérationnel complet, cohérent et reproductible pour mettre en œuvre les normes d'engagement communautaire définies dans le PNDS 2016-2020 et le PARTICOM au niveau des zones de santé, des centres de santé et des communautés<sup>39,40</sup>.

### APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH EN RDC

**PROJET :** Renforcer les systèmes d'agents de santé communautaire dans les zones urbaines et rurales de RDC

**PARTENAIRE D'EXÉCUTION :** Humana People to People Congo

**DATES :** 8 mars 2016 au 7 mars 2020

**MONTANT :** 549 437 dollars

**OBJECTIFS :**

1. Établir un modèle testé et répliquable pour la formation des RECO
2. Établir un modèle répliquable pour créer des liens plus étroits entre la communauté, les RECO et le personnel des établissements de santé locaux
3. Développer un programme basé sur l'expérience pour augmenter la capacité des organisations de santé communautaire

**MISE À L'ÉCHELLE :**

- 700 Relais Communautaire (RECO) Promotionnel organisés sous 123 Cellules d'Animation Communautaire (CAC) et 11 CODEV couvrant environ 20 000 ménages

**ZONES GÉOGRAPHIQUES CIBLÉES :**

**Zone urbaine :** 6 aires sanitaires au sein des Zones de Santé (ZS) de Kingabwa et Selembao

**Zone rurale :** 5 aires sanitaires au sein de la Zone de Santé (ZS) de Kasenga

Le projet pour l'ICH a commencé par une consultation et une sensibilisation intensives des parties prenantes afin de s'assurer que le programme suivait les directives établies. HPP-Congo s'est associé au Gouvernement et aux communautés pour déployer des politiques du MSP qui, jusqu'alors, n'avaient pas été testées en pratique. Dans l'esprit de la stratégie du PARTICOM, un objectif essentiel de la conception du programme était de renforcer les structures communautaires telles que les CODESA et les CAC.

HPP-Congo, en partenariat avec les Gouvernements locaux et nationaux, a orienté le personnel du Ministère au niveau des zones et des centres de santé vers les nouvelles politiques et les nouveaux plans, et a renforcé sa capacité à soutenir les structures communautaires qui seraient activées par le programme. Ils ont également engagé et renforcé les capacités des structures communautaires locales, conformément aux priorités du pays qui mettent l'accent sur la participation communautaire. Une fois ces systèmes mis en place, le programme a mobilisé les RECO de promotion de la santé et les communautés pour s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour tous (WASH), le paludisme, la santé maternelle et néonatale, la nutrition et le VIH/SIDA<sup>39-41</sup>.

Bien que limité géographiquement par rapport au vaste territoire de la RDC, le programme pour l'ICH visait à générer un apprentissage stratégique et des recommandations pour le développement du premier plan stratégique de santé communautaire de la RDC et d'autres réformes du secteur de la santé. Le programme a également cherché à développer des recommandations spécifiques pour adapter le modèle opérationnel aux contextes ruraux et urbains. Dès le début, le programme a également cherché à lier la mise en œuvre à la coordination et à la prise décisionnelle au niveau national par le biais d'ateliers de plaidoyer, d'échanges annuels sur les bonnes pratiques et de représentation dans les délégations lors de conférences mondiales telles que la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire qui s'est tenue en 2017 à Johannesburg (Afrique

du Sud)<sup>42</sup>.

L'intégration des RECO et des structures communautaires dans le système de santé par le biais du programme pour l'ICH a conduit à une utilisation accrue des services de santé existants et à une meilleure compréhension du rôle de la communauté dans la promotion de la santé de ses membres<sup>40</sup>. Elle a également généré des recommandations précieuses sur la façon dont les politiques et les plans du MSP peuvent à la fois être adaptés et mieux traduits en pratique.

## Stratégies de réforme et étapes clés pendant l'ICH

En 2016, la RDC était à un moment charnière pour la réforme des systèmes de santé communautaire suite au PNDS 2016-2020 et au lancement du PARTICOM en 2016. Au cours des années suivantes, les acteurs de la santé communautaire ont pris des mesures actives pour à la fois générer et capitaliser sur la dynamique de réforme à travers un certain nombre d'étapes du cycle de réforme. Cette section présente une analyse des principales initiatives en cours, en s'appuyant sur le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire pour encadrer ces avancées.

L'investissement pour l'ICH décrit ci-dessus a contribué aux progrès de la réforme au cours de cette période et, à ce titre, sera abordé plus en profondeur dans cette section. Cependant, comme nous le verrons plus loin, étant donné la nature complexe et étendue de la réforme des systèmes de santé communautaire, de nombreux autres acteurs ont déployé des efforts parallèles qui ont également contribué à l'évolution de la réforme. Ces efforts des défenseurs de la santé communautaire pour faire avancer la réforme jettent les bases d'une mise en œuvre nationale plus forte et plus cohérente à l'avenir.

Au cours des dernières années, la RDC a progressé vers une meilleure compréhension du paysage de la santé communautaire du pays, la création de coalitions de parties prenantes clés et la définition de priorités d'investissement. Bien que

l'investissement pour l'ICH ait été une initiative relativement modeste en termes de portée, il a contribué aux objectifs des parties prenantes de rationaliser les différents documents de politique et de rendre opérationnels le PNDS 2016-2020 et le PARTICOM de 2016. Ces efforts collectifs de nombreux acteurs de la santé communautaire ont conduit à l'élaboration historique du premier Plan stratégique de santé communautaire (PSSC) national du pays<sup>3</sup>. En outre, les efforts de la RDC pour définir les priorités d'investissement en partenariat avec la Mécanisme de financement mondial (GFF) de la Banque mondiale et la Feuille de route pour la santé communautaire ont facilité la mobilisation des ressources à l'initiative du pays<sup>43,44</sup>. Enfin, les défenseurs de la santé communautaire ont tiré parti des possibilités d'accroître l'adhésion politique au PSSC en intégrant la santé communautaire dans les programmes de la RDC visant à renforcer la résilience du système de santé face à l'épidémie d'Ebola (la plus meurtrière du pays) et à établir la couverture sanitaire universelle (CSU).

Il est important de noter que les lacunes décrites précédemment dans la section sur les défis liés à l'institutionnalisation sont importantes et ne seront pas surmontées rapidement ou facilement. En RDC, comme dans de nombreux autres contextes, la réforme de la santé communautaire n'a pas toujours suivi un chemin linéaire dans le cycle de réforme. Les activités de ces dernières années ont principalement travaillé à renforcer les phases antérieures du cycle de réforme, alors même que la mise en œuvre de la santé communautaire se poursuit, bien que de manière fragmentée et souvent imparfaite, comme décrit précédemment. Les activités visant à institutionnaliser la santé communautaire ont souvent rempli des fonctions multiples, comme le renforcement des coalitions au service du développement des bases de conception des politiques ou de la mobilisation des ressources. À cette fin, de telles activités polyvalentes peuvent apparaître dans ce récit à plusieurs phases du cycle de réforme, reflétant la manière dont elles font progresser chaque phase.



## PRIORISATION DES PROBLÈMES ET CONSTITUTION DE COALITIONS

Dans le prolongement du nouveau PNDS 2016-2020 et de la stratégie du PARTICOM de 2016, les responsables de la santé en RDC se sont efforcés de mieux comprendre le paysage de la santé communautaire et d'aligner les activités de santé communautaire sur les priorités énoncées dans ces documents. L'UNICEF a réalisé une analyse des blocages du système de santé et une évaluation situationnelle des approches du PARTICOM<sup>3,45</sup>, dont les résultats ont alimenté deux activités clés qui ont défini les priorités nationales pour le secteur de la santé : l'élaboration d'un dossier d'investissement national pour le Mécanisme de financement mondial (GFF)<sup>43</sup> de la Banque mondiale et la rédaction du premier PSSC de la RDC<sup>3</sup>.

Le processus même de définition des questions de santé prioritaires pour ces documents a rassemblé les parties prenantes d'une manière qui n'a pas nécessairement conduit à une coalition formelle, mais qui a nécessité que ces parties prenantes clés se rencontrent régulièrement et s'accordent sur les priorités nationales.

### RÉUNIR LES PARTENAIRES POUR DÉFINIR LES PRIORITÉS D'INVESTISSEMENT DU MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL

Lorsque la Banque mondiale a lancé le GFF en 2015 pour catalyser le financement des plans d'investissement dirigés par les pays et promouvant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, la RDC a été l'un des premiers pays à s'engager dans cette nouvelle initiative<sup>45</sup>. Si l'effort de rédaction du dossier d'investissement de la RDC a joué un rôle essentiel dans la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé du pays, il a également permis de rassembler les parties prenantes pour qu'elles s'alignent sur les priorités nationales.

En partenariat avec le GFF, le Gouvernement congolais a réuni une équipe multisectorielle et multidisciplinaire de parties prenantes des Ministères de la santé, du budget, de la planification et de l'intérieur, du bureau du Premier

ministre, de la société civile et des partenaires (par exemple, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale et l'USAID)<sup>43</sup>. Le MSP a pris la tête de la définition des priorités en matière de soins de santé primaires et reproductifs, en partenariat avec des représentants de la société civile et conformément au PNDS. Le groupe de travail sur la santé infantile de la RDC<sup>43</sup>, composé de tous les départements ministériels techniques impliqués dans la santé infantile et des partenaires gouvernementaux concernés, a joué un rôle clé de plaidoyer dans la détermination de l'allocation des ressources dans le dossier d'investissement.

Le dossier d'investissement a finalement donné la priorité à douze interventions pour s'attaquer aux principaux déterminants de la mortalité infantile et maternelle et aux blocages systémiques. Il est important de noter qu'il a mis en évidence les approches communautaires en tant que mécanisme essentiel de la prestation des services de santé prioritaires, et a fait du renforcement de la participation communautaire et de la prestation de services de santé à base communautaire une priorité d'investissement à part entière<sup>43</sup>.

### **POSER LES BASES D'UN PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

Le PSSC a été une étape décisive dans le processus d'institutionnalisation de la santé communautaire en RDC. Il a atteint deux objectifs : 1) évaluer le paysage de la santé communautaire en RDC, et 2) définir une orientation stratégique pour l'opérationnalisation des efforts de santé communautaire conformément au PNDS 2016-2020 révisé et au PARTICOM.

Dans son analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de l'écosystème de la santé communautaire du pays, le PSSC révèle à la fois des indications prometteuses sur les progrès de la santé communautaire et des domaines d'inquiétudes<sup>3</sup>. D'une part, les réseaux existants de RECO, de CAC et de CODESA, ainsi que les documents d'orientation, les modules de formation et les autres ressources, constituent une base solide pour le système de santé communautaire du pays. Les centres de santé qui ont bénéficié de l'implication des structures de participation

communautaire (CAC et CODESA) ont rapporté une amélioration significative de l'utilisation des services, démontrant la valeur de l'engagement communautaire pour le secteur de la santé et validant l'approche de la RDC consistant à cibler l'amélioration de la santé communautaire à travers ces structures. D'un autre côté, l'analyse FFOM a également révélé des lacunes importantes : des taux de couverture inacceptables des interventions de santé communautaire et des CODESA revitalisés, ainsi qu'un manque d'uniformisation dans la mise en œuvre, et d'importants problèmes sur la qualité des services de santé.

Pour élaborer le PSSC, les responsables de la santé communautaire, dont le directeur de la santé communautaire au sein de la Direction des soins de santé primaires du MSP, ont réuni une coalition d'intervenants communautaires ainsi que des partenaires techniques et financiers. Ils ont créé le PSSC par le biais de réunions de collecte d'informations et de consultation, d'ateliers pour rédiger des éléments de la stratégie, de séances de travail avec le MSP et des visites de terrain<sup>3</sup>. Grâce à l'investissement pour l'ICH, le HPP-Congo a organisé des ateliers nationaux pour faciliter l'apprentissage et l'échange entre les partenaires de la santé communautaire, ce qui a contribué à concevoir le PSSC. La Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire de 2017 à Johannesburg (Afrique du Sud) a également été une étape majeure pour l'élaboration du PSSC, au cours de laquelle une délégation de haut niveau de la RDC a participé à des séances d'apprentissage collectif avec d'autres délégations nationales, et a élaboré un plan d'action national pour faire avancer la réforme institutionnelle<sup>42</sup>.

L'équipe du PSSC a adopté une approche délibérément participative, comme l'explique le document lui-même : « La recherche systématique du consensus a été le principal mode de prise décisionnelle »<sup>3</sup>. L'engagement des parties prenantes de cette manière participative a renforcé l'adhésion au PSSC, même dans le contexte complexe et fragmenté de la RDC. La coalition informelle qui s'est réunie pour développer et valider le PSSC a depuis plaidé pour son

intégration avec d'autres priorités du secteur de la santé, y compris le PNDS récemment révisé (qui couvre maintenant la période 2019-2022). Compte tenu du rôle que joue ce document en tant que pilier essentiel de l'institutionnalisation de la santé communautaire, il existe une opportunité concrète de créer une coalition plus formelle entre les parties prenantes impliquées dans son développement et sa promotion.



## RECUEIL DES SOLUTIONS ET CONCEPTION DE POLITIQUES

La vision de l'institutionnalisation de la santé communautaire dans le cycle de réforme actuel de la RDC est sans doute de développer un système cohérent de politiques qui fonctionnent ensemble de manière transparente pour permettre une mise en œuvre efficace dans l'ensemble du pays. Cette vision s'articule autour d'une plateforme politique solide et d'un alignement des pratiques de santé communautaire à travers différents documents politiques. Le lancement du PNDS 2016-2020 et de la stratégie PARTICOM a bouleversé le paysage politique, ouvrant la voie à de nouvelles opportunités pour centrer la santé communautaire. Afin d'assurer la place de la santé communautaire et d'améliorer l'efficacité de sa mise en œuvre dans les futurs documents politiques, il était nécessaire d'identifier les défis opérationnels dans le cadre du nouveau régime politique et de trouver des solutions. L'investissement pour l'ICH a contribué à cet effort.

### TESTER LES SOLUTIONS POLITIQUES AU TRAVERS DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH

Grâce à l'investissement pour l'ICH, le HPP-Congo a testé un modèle opérationnel pour faire avancer les normes d'engagement communautaire définies dans le PNDS 2016-2020 et la stratégie PARTICOM au niveau des zones, des centres de santé et des communautés<sup>39-41</sup>. Cet essai des nouvelles politiques dans le contexte de la santé communautaire a permis d'identifier les points conflictuels et les obstacles potentiels à une mise à l'échelle généralisée, puis de tester des solutions pour orienter la conception et le déploiement futurs

des politiques. Les domaines spécifiques qui ont été testés comprennent :

- Les adaptations de la formation des RECO et du matériel de soutien pour s'adapter au contexte local.
- Les liens entre la communauté, les RECO et le personnel des établissements de santé locaux.
- Des modifications de l'approche programmatique pour les contextes urbains et ruraux.
- Le soutien aux communautés pour qu'elles soient des agents actifs dans la promotion de leur propre santé et l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans toute la RDC, la couverture insuffisante des services de santé communautaires à fort impact reste une faiblesse majeure du système de santé et devrait s'aggraver face à une forte croissance démographique. En collaboration avec les autorités sanitaires locales et le MSP, HPP-Congo a testé des stratégies pour améliorer la mise en œuvre dans les cadres politiques existants et a identifié des solutions créatives, comme :

### Formation en lecture, écriture et calcul :

Les critères de sélection nationaux de la RDC pour les RECO incluent un niveau minimum d'alphabétisation afin de pouvoir accomplir des tâches telles que le remplissage de formulaires et la rédaction de rapports. La mise en pratique de cette exigence a cependant réduit le nombre de candidates prêtes à accepter un poste de volontaire, et a souvent exclu les candidates (souvent des femmes) qui étaient les plus acceptables pour les membres de la communauté. Dans certaines communautés rurales, lorsque HPP-Congo a lancé le recrutement, il n'y avait aucun candidate qualifiée disponible. Par le passé, d'autres initiatives avaient soit recruté des candidates motivées pour devenir des RECO mais ne répondant pas à ces exigences minimales, soit été obligés de recruter des candidates alphabétisées mais peu intéressés par le poste de RECO. Ces derniers étaient plus susceptibles d'abandonner leur poste pour un emploi rémunéré, en particulier dans les zones urbaines, et moins

susceptibles de gagner la confiance de la communauté<sup>3</sup>.

Pour éviter d'avoir à exclure des candidat-e-s motivées et fiables sur la base de leur niveau d'alphabétisation, HPP-Congo a travaillé avec le MSP et les autorités locales pour introduire un programme d'alphabétisation en complément du recrutement des RECO. D'une durée de six mois, ce programme a permis de renforcer les compétences en lecture, en écriture et en mathématiques nécessaires pour que les RECO puissent accomplir les tâches qui leur incombent. HPP-Congo a également créé du matériel pédagogique et des outils de rapport mieux adaptés, avec des visuels et du texte disponibles dans la langue locale, pour remplacer le matériel inaccessible en langue française utilisé jusqu'alors. Le programme a permis à des membres particulièrement motivés de la communauté, qui auraient autrement été exclus, de s'enrôler, et aux RECO existants qui avaient été recrutés dans le cadre de programmes ne respectant pas l'exigence d'alphabétisation de conserver leur poste.

Grâce à ces ajustements, les gestionnaires et les superviseurs ont observé une amélioration radicale de la motivation, de la rétention et de la performance des RECO. De plus, le programme a recruté davantage de femmes que d'hommes. De cette façon, l'investissement pour l'ICH a contourné les blocages de la réforme pour développer une solution qui à la fois adhère à la politique existante et s'attaque aux problèmes créés par cette politique.

**Définir les zones de chalandise :** HPP-Congo a découvert que non seulement il n'y avait pas assez de RECO, mais que la plupart d'entre eux n'avaient pas de zones de couverture définies. Grâce à la fragmentation des services de santé communautaires, les zones de couverture des RECO variaient en fonction des activités qu'ils menaient. Par conséquent, les RECO ne pouvaient pas vérifier s'ils avaient effectivement atteint toutes les familles, ce qui a fait que certains ménages sont passés à travers les mailles du filet. Cela créait des frictions entre les RECO et la communauté, surtout dans les zones urbaines, où le problème était particulièrement aigu.

En réponse à ce défi, HPP-Congo a travaillé avec les RECO et les autorités locales pour cartographier les communautés et définir des zones de travail pour chaque RECO avec des ménages spécifiques à couvrir. Au cours du projet, les RECO ont été plus à même d'instaurer un climat de confiance en s'engageant auprès des ménages qui leur avaient été assignés et en assurant le suivi des familles qu'ils avaient référées à la clinique pour des soins. Ce changement a non seulement permis de garantir les taux de couverture, mais aussi d'accroître l'engagement communautaire et l'utilisation des services de santé en établissement, un objectif majeur du PSSC.

### **Renforcer la gouvernance décentralisée :**

Les programmes verticaux court-circuitent fréquemment les Équipes Cadres de la Zone de Santé (ECZS), en s'engageant directement avec les communautés. Par conséquent, ces équipes ont souvent une image peu claire des activités en cours, sans savoir dans quelles communautés elles ont lieu et avec quels RECO. Contrairement à la vision gouvernementale d'une gestion rationalisée et intégrée de la santé par le biais des zones de santé, il existe un grand nombre de RECO différents qui mènent des activités différentes de manière fragmentée et inefficace. L'investissement pour l'ICH vise à démontrer un modèle de collaboration différent, en donnant la priorité à l'ECZS comme principal partenaire de mise en œuvre du programme. HPP-Congo a organisé des séminaires pour sensibiliser les autorités locales aux nouveaux documents de politique, a fait appel aux ECZS pour co-faciliter les formations, les campagnes et réunions, et a partagé des plans d'action et des rapports trimestriels pour améliorer la transparence et l'appropriation. Ces efforts ont conduit à une implication accrue des autorités locales dans la santé communautaire, leur permettant une plus grande visibilité et une meilleure appropriation de ces activités.

### **LE PREMIER PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE LA RDC**

S'il reste à voir si les solutions testées dans le cadre du projet pour l'ICH seront inscrites dans des politiques à long terme, une opportunité d'influence à court terme est apparue lors de la

rédaction du premier plan stratégique national de la RDC entièrement dédié à la santé communautaire. Document de référence, le Plan Stratégique de Santé Communautaire (PSSC) a permis de prioriser les problèmes et de créer des coalitions dans l'écosystème de la santé communautaire du pays. Il a également offert, pour la première fois, une vision politique unifiée pour la santé communautaire.

Le PSSC définit les piliers d'un paquet minimum de services pour la santé communautaire, incluant les visites à domicile, la collecte de données d'état civil, les services liés à la PCIME, la référence vers les soins, la surveillance des maladies, et l'éducation pour promouvoir les pratiques de santé de base, y compris la vaccination<sup>3</sup>. Il identifie les CODESA et les CAC comme les principales structures utilisées pour renforcer les services de santé communautaire, conformément à la stratégie PARTICOM. La santé communautaire est donc fondée sur l'engagement communautaire. Le PSSC a l'intention de s'appuyer sur les structures, plateformes et documents politiques existants qui ont trait à la santé communautaire tout en insistant sur le rôle des interventions communautaires dans la réalisation des objectifs de santé nationaux définis dans le PNDS. Un large éventail d'acteurs au sein et en dehors du Gouvernement, y compris ceux impliqués dans l'investissement pour l'ICH, reconnaissent de plus en plus la nécessité de réformes de la santé communautaire fondées sur des éléments probants et l'expérience, et fonctionnant harmonieusement comme un système cohérent. Ces acteurs ont identifié un certain nombre de domaines des politiques et modèles de pratique existants, comme par exemple, la sélection, la formation et la rémunération des RECO ainsi que l'engagement communautaire, où l'incohérence entre les politiques peut au mieux créer de la confusion, et au pire générer des inefficacités et des écarts de performance importants. L'intention de réduire les coûts grâce à une main-d'œuvre bénévole a soulevé des défis en termes d'attraction de RECO ayant les compétences éducatives nécessaires pour répondre aux exigences du programme ; de priorisation des candidates qui seraient les plus acceptables pour la communauté à travers d'autres dimensions ; et de motivation et de rétention des RECO et des membres des structures communautaires.

Pour obtenir des résultats, le programme devait investir des ressources importantes dans l'alphabetisation ainsi que dans le recrutement et la formation préalable d'un plus grand nombre de nouveaux RECO et de membres des CAC et des CODESA pour remplacer ceux qui avaient décrochés.



## PRÉPARATION ET SUSCITER UNE VOLONTÉ POLITIQUE

L'importance croissante accordée à la santé communautaire et le renouvellement de la coordination de la santé communautaire ont permis au pays de définir plus clairement ses priorités. Cette priorisation, à son tour, a facilité la mobilisation et l'alignement des ressources à l'initiative du pays. Le leadership du pays dans le dossier d'investissement du Mécanisme de financement mondial (GFF)<sup>43</sup> et la feuille de route de la santé communautaire constituent de bons exemples<sup>44</sup>. Un élément essentiel de la préparation du PSSC pour une mise à l'échelle nationale est l'obtention d'une plus grande adhésion et d'un plus grand soutien politique. Les défenseurs de la santé communautaire ont été stratégiques dans la mobilisation de ce soutien en liant la santé communautaire aux programmes nationaux traitant de la résilience du système de santé et aux objectifs de soins de santé universels.

## MOBILISER LES RESSOURCES À TRAVERS LE DOSSIER D'INVESTISSEMENT DU MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL

Le dossier d'investissement du Mécanisme de financement mondial (GFF) a été conçu comme un outil permettant de mobiliser des ressources pour les priorités en matière de soins de santé primaires. Le fait que les approches communautaires aient été intégrées comme pilier prioritaire du dossier d'investissement témoigne des efforts des défenseurs de la santé communautaire. Bien que le dossier d'investissement ait contribué à la priorisation des problèmes et à la création de coalitions, comme décrit précédemment, son objectif premier était d'estimer le coût des politiques souhaitées, de recenser les ressources existantes et de développer un argumentaire convaincant pour les donateurs et les autres

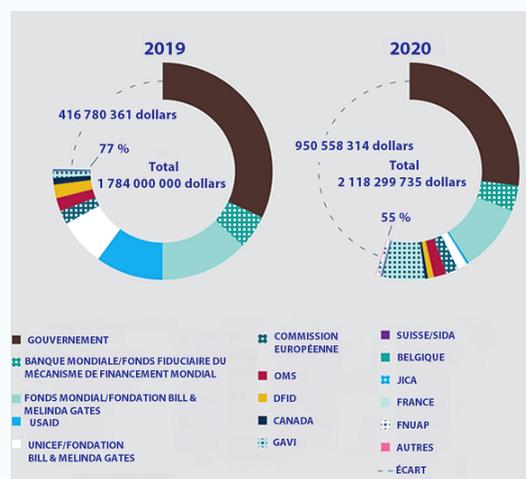
investisseurs afin de combler les déficits de financement.

À cette fin, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a soutenu l'évaluation des coûts des priorités du secteur de la santé incluses dans le dossier d'investissement<sup>45</sup>. Le Secrétariat du GFF a participé à un exercice de cartographie des ressources afin d'analyser les financements attendus au cours des cinq années suivantes dans les 14 provinces prioritaires du dossier d'investissement. Au moment de l'élaboration du dossier d'investissement, la cartographie des ressources a révélé qu'il manquait à la RDC environ 844 millions de dollars, soit 32 % du budget du dossier d'investissement, pour pleinement mettre en œuvre les activités souhaitées, certaines provinces étant plus sous-financées que d'autres<sup>43</sup>. Le GFF a combiné un investissement initial dans les besoins immédiats en matière de santé avec un renforcement des capacités à plus long terme afin de combler les lacunes de financement de la RDC<sup>38</sup>. En 2020, le GFF fournissait 60 millions de dollars de subventions qui ont permis de mobiliser 340 millions de dollars auprès de l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale, ainsi que des financements supplémentaires de l'USAID, de Gavi et du Fonds mondial. Le GFF a soutenu : le lancement d'une unité de financement de la santé publique dédiée à la gestion financière et à la planification ; la mise en œuvre d'une budgétisation basée sur les programmes pour contribuer à aligner les ressources sur le plan national ; l'introduction de stratégies visant à réduire la fragmentation des donateurs ; et l'établissement d'un processus régulier de cartographie des ressources<sup>38</sup> (voir figure 3). À la lumière des défis liés à l'exécution du budget, le dossier d'investissement a fixé un objectif pour aider la RDC à passer de 63 à 80 % d'exécution du budget<sup>43</sup>. À cette fin, le GFF a aidé à analyser les blocages au niveau central et décentralisé et a établi un comité interministériel pour suivre l'exécution du budget.

Parce que la RDC a adopté les priorités du dossier d'investissement dans le processus national de planification et de budgétisation de la santé, le MSP et ses partenaires ont été en mesure

d'identifier les lacunes de financement et de plaider pour davantage de ressources, notamment nationales. D'après le GFF, la part du budget gouvernemental allouée à la santé par la RDC est passée de 6,9 % en 2016 à 10 % en 2019<sup>38</sup>. Bien que la contribution relative du Gouvernement au budget du PNDS ait diminué entre 2019 et 2020 (voir figure 3), l'augmentation mineure absolue de la mobilisation des ressources gouvernementales constitue un progrès.

**FIGURE 3 :** Les résultats provisoires des exercices de la cartographie des ressources pour les années 2019 et 2020 montrent que le déficit de financement a augmenté entre ces deux années en raison à la fois des coûts plus élevés prévus pour 2020, mais aussi de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19).



## FEUILLE DE ROUTE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

En 2019, les responsables du MSP ont travaillé avec l'équipe chargée de la Feuille de route de la santé communautaire, une collaboration entre des donateurs multilatéraux et bilatéraux, des bailleurs de fonds privés et des organisations de santé mondiales (USAID, la Banque mondiale, l'OMS, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation Rockefeller et l'UNICEF) qui vise à attirer de nouvelles ressources vers la santé communautaire dans les pays prioritaires.

Le groupe a travaillé avec le Gouvernement

congolais et les principaux partenaires pour documenter les priorités nationales existantes en matière de santé communautaire. En présentant de manière concise les objectifs spécifiques à la santé communautaire et les lacunes en matière de financement, la Feuille de route pour la santé communautaire vise à mobiliser des fonds, à réduire la fragmentation, à identifier les possibilités d'améliorer la conception des programmes et à encourager l'engagement politique en faveur de la santé communautaire.

En RDC, les parties prenantes ont identifié certains des objectifs clés du pays en matière de santé communautaire : atteindre une plus grande couverture grâce à la généralisation des RECO, stabiliser le personnel des RECO, améliorer les liens avec le système de soins de santé primaires, renforcer les CAC pour assurer leur fonctionnalité, renforcer la chaîne d'approvisionnement et établir un système d'information sur la santé communautaire<sup>44</sup>. La Feuille de route a également identifié le besoin de mécanismes de coordination au niveau national pour la santé communautaire et un environnement politique, juridique et de gouvernance des affaires publiques plus favorable aux droits et devoirs des RECO.

L'évaluation par la Feuille de route des déficits de financement de la RDC a donné à réfléchir. Sur les 95 millions de dollars prévus pour l'extension et la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire entre 2018/19 et 2021/22, dont plus de la moitié (57 %) serait consacrée aux indemnités des RECO, seuls environ 2,1 millions de dollars ont été engagés et finalisés par les bailleurs et le Gouvernement congolais<sup>44</sup>.

### **LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE COMME RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET CATALYSEUR DE RÉSILIENCE**

L'expérience de la RDC avec le virus Ebola a été l'un des principaux facteurs qui a fait de la santé communautaire une priorité en RDC ces dernières années. Le virus Ebola est endémique en RDC, et au cours des 40 dernières années, le pays a connu 11 flambées de la maladie. La majorité de ces flambées épidémiques ont été contenues dans des villages ruraux, qui ont été rapidement isolés et contrôlés<sup>46</sup>.

Toutefois, en août 2018, la dixième flambée épidémique a émergé et est devenue ce qui s'impose désormais comme l'une des plus grandes épidémies d'Ebola de l'histoire, juste derrière l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest. Si les cas étaient largement concentrés dans le Nord-Kivu, une province marquée par l'insécurité, la maladie a également atteint les provinces voisines de l'Ituri et du Sud-Kivu, avant de franchir la frontière de l'Ouganda. Au moment où l'OMS a déclaré la fin de la flambée le 25 juin 2020, la RDC avait enregistré 3 470 cas probables et confirmés, ainsi que 2 287 décès<sup>47</sup>. Avant même la fin de la flambée 2018-2020, une onzième flambée non liée avait commencé dans la province de l'Équateur, avec 130 cas et 55 décès au moment où elle a été déclarée comme terminée le 18 novembre 2020<sup>48</sup>. Ces flambées ont recentré l'attention en RDC sur la nécessité d'avoir des systèmes de santé résilients, capables de détecter et de répondre rapidement aux flambées épidémiques. La riposte au virus Ebola a mobilisé une volonté politique de haut niveau pour développer des systèmes de réponse d'urgence durables et des systèmes de santé plus solides. Ce qui est remarquable, c'est le degré auquel la santé communautaire a occupé le devant de la scène pendant ces efforts. Au fur et à mesure que la dixième flambée d'Ebola progressait et posait des problèmes sans précédent pour la contenir, notamment parce qu'elle s'est produite dans des zones où les conflits se poursuivaient et que la confiance entre la population et les autorités gouvernementales s'est érodée, le rôle des structures communautaires et des RECO est passé au premier plan.

Les acteurs de la RDC et les agences de développement internationales ont fini par reconnaître que les échecs initiaux de l'endiguement de l'épidémie étaient liés à l'insuffisance de l'engagement communautaire, de la confiance et de l'accès aux populations isolées<sup>49,50</sup>. En raison de ces lacunes, les membres de la communauté ont refusé de participer à la recherche des contacts ou ont caché les membres malades de leur famille, et les équipes de riposte au virus Ebola ont été confrontées à une violence parfois mortelle.

Au fil du temps, les stratégies de réponse ont de plus en plus privilégié les objectifs liés à la participation communautaire. La quatrième stratégie intégrée, qui s'étend de juillet à décembre 2019, a fait de l'engagement communautaire un pilier essentiel de la riposte contre Ebola<sup>51</sup>. La stratégie enjoint les parties prenantes d'aider les communautés à s'approprier la riposte en mettant en œuvre les stratégies existantes en matière de santé et de participation communautaires. Plus précisément, les projets de la riposte à Ebola ont investi dans la revitalisation des CAC et des CODESA afin de soutenir le dialogue avec les dirigeants communautaires. La stratégie nationale a fixé comme objectif qu'au moins 50 % des alertes proviennent des CAC, ce qui démontre le rôle essentiel que le Gouvernement entend faire jouer à ces structures communautaires existantes. En réponse à la résistance de la communauté aux activités pour endiguer Ebola, les acteurs de la riposte dans une zone de santé affectée ont travaillé avec les communautés pour élaborer un document sur les « principes clés de l'engagement » signé par les membres de la communauté et les agents de santé pour guider leurs interactions, instaurer la confiance et assurer une responsabilité mutuelle<sup>52</sup>. Les membres de la communauté ont été engagés en tant que participant·e·s actifs dans la riposte face à Ebola, ce qui reflète une évolution de leur rôle dans la prestation plus large de services de soins de santé primaires.

Les récentes épidémies de maladie à virus Ebola en RDC, ainsi que la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), ont mobilisé la volonté politique de construire des systèmes de santé résilients, capables de détecter et de répondre rapidement aux épidémies. L'infrastructure de l'engagement communautaire mobilisée pour maîtriser Ebola ne devait pas être une solution court-termiste, mais plutôt un investissement à long terme pour renforcer le système de santé du pays contre les chocs futurs. Comme l'a noté le docteur Oly Ilunga Kalenga, alors Ministre de la santé, lors d'une réunion de haut niveau sur la dixième épidémie d'Ebola en RDC en juillet 2019, l'épidémie était « une crise de santé publique qui

intervient dans un environnement caractérisé par des problèmes de développement et de carences du système de santé »<sup>53</sup>. Par conséquent, celles et ceux qui soutiennent la réponse à l'épidémie doivent le faire en partenariat avec les institutions existantes pour éviter une fragmentation supplémentaire et des structures parallèles. Ce n'est qu'en ancrant la riposte à Ebola dans le système de santé existant et en renforçant le MSP que la RDC sera en mesure de garantir la durabilité des investissements dans la riposte, a-t-il souligné<sup>53</sup>.

Les parties prenantes en RDC entendaient que les investissements dans la composante communautaire de la riposte à Ebola ne servent pas seulement à répondre aux besoins futurs liés aux épidémies, mais aussi à renforcer la réponse du secteur sanitaire face aux crises sanitaires quotidiennes. La stratégie intégrée de lutte contre Ebola de juillet-décembre 2019, celle qui mettait en avant le rôle spécifique de l'engagement communautaire, soulignait que cet engagement devait être holistique. En ciblant des structures communautaires telles que les CAC, la stratégie prendrait en compte l'épidémie comme faisant partie des nombreux problèmes sanitaires et sociaux auxquels les communautés sont confrontées<sup>51</sup>. L'adhésion politique à cette stratégie consistant à tirer parti de la réponse communautaire face à la maladie à virus Ebola pour renforcer le système de santé à long terme est très large : elle inclut le Président Tshisekedi, qui a soutenu cette approche depuis sa prise de fonction début 2019.

Compte tenu de la fréquence et de la concomitance des épidémies (rougeole, choléra et fièvre jaune)<sup>29</sup>, il est essentiel de renforcer les services de soins de santé primaires et de surveillance épidémiologique au niveau communautaire. Les épidémies de maladie à virus Ebola ont mis en évidence ce fait et suscité une volonté politique que les acteurs de la santé communautaire peuvent désormais exploiter pour promouvoir l'institutionnalisation des politiques et la mobilisation des ressources pour la santé communautaire.

## METTRE À PROFIT LES TRANSITIONS POLITIQUES ET L'ÉLAN POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Tout en travaillant à l'institutionnalisation de la santé communautaire, la RDC a également adopté une vision de la couverture sanitaire universelle (CSU). En fait, la CSU a constitué l'épine dorsale du PNDS 2016-2020 intitulé « Vers une Couverture Sanitaire Universelle »<sup>23</sup>. En 2016, la RDC a réaffirmé son adhésion alors que le Partenariat international pour la santé évoluait vers la CSU2030, une coalition de pays et d'agences de développement internationales engagés à aligner les ressources et à renforcer les capacités pour la CSU. Dans le même temps, le pays a lancé sa stratégie nationale pour la couverture sanitaire universelle 2017-2019. Si le pays a fait quelques progrès dans l'alignement des donateurs sur cette vision, la stratégie n'a pas eu d'impact substantiel au niveau infranational<sup>37</sup>. De façon plus importante, l'effort pour atteindre la CSU a mobilisé une volonté politique au sommet.

En décembre 2018, le pays a organisé des élections présidentielles, qui ont conduit à la première transition pacifique du pouvoir en RDC depuis l'indépendance en 1960<sup>54</sup>. Félix Antoine Tshisekedi, ancien leader de l'opposition et désormais Président élu de la République démocratique du Congo, a forgé un Gouvernement de coalition et s'est engagé à entreprendre des changements radicaux dans les politiques gouvernementales. En 2019, le Président Tshisekedi a nommé le docteur Eteni Longondo en tant que nouveau Ministre de la santé, et tous deux ont exprimé un fort engagement envers la CSU. Le Président a continué à créer un élan derrière la CSU en nommant un conseiller spécial pour la CSU<sup>55</sup>. Il a également

partagé sa vision lors de réunions et de conférences importantes, telles que la réunion de haut niveau de l'ONU sur la CSU en 2019 et une réunion en tête-à-tête avec le Secrétaire général de l'ONU<sup>56</sup>. Bien qu'il reste à voir comment ces engagements seront traduits en pratique, il y a des raisons d'être optimiste quant à la capacité des défenseurs à transformer cette volonté politique en action.

La CSU figure désormais au premier plan des politiques et stratégies nationales du pays. Mais, il est peu probable que le pays parvienne à une telle couverture sans une réforme du personnel, y compris l'intensification de programmes de santé communautaire efficaces. Les approches de santé communautaire sont reconnues comme étant essentielles pour apporter des services de santé aux communautés éloignées et atteindre les ODD liés à la santé, particulièrement la CSU<sup>32</sup>. Étant donné l'adhésion politique à la CSU et ses liens avec la santé communautaire, il existe actuellement une réelle opportunité de faire avancer les réformes de santé. Les responsables de la santé communautaire ont donc fait preuve de stratégie en synchronisant la validation du plan stratégique de santé communautaire avec le recadrage du PNDS 2019-2022, parallèlement à d'autres transitions politiques simultanées. Par conséquent, le nouveau Gouvernement adhère de plus en plus à la vision exposée dans le PSSC. La réalisation de la CSU grâce à l'intensification des programmes de santé communautaire serait une victoire non seulement pour les défenseurs de la santé communautaire, mais aussi pour l'ensemble des congolaises pour lesquels les services de santé sont actuellement hors de portée.

# Opportunités et prochaines étapes

La RDC est bien placée pour aller de l'avant dans l'institutionnalisation de la santé communautaire. Les parties prenantes de la santé communautaire en RDC s'alignent de plus en plus autour d'une vision de l'institutionnalisation dans laquelle les politiques de santé communautaire et de participation communautaire sont non seulement fondées sur des éléments probants et des expériences, mais fonctionnent également de manière harmonieuse comme un système cohérent.

En s'appuyant sur les opportunités présentées par le PNDS 2016-2019 et la stratégie PARTICOM, les défenseurs de la santé communautaire ont travaillé à l'élaboration du premier plan stratégique national de santé communautaire, un document de base pour la poursuite des efforts d'institutionnalisation. Avec la création récente d'un sous-comité national de santé communautaire, la RDC dispose désormais d'une plateforme pour améliorer la coordination de la santé communautaire. Les efforts visant à mobiliser et à aligner les ressources nationales et internationales sur les priorités gouvernementales en matière de santé, notamment communautaire, ont pour but d'aider à combler le déficit de financement de la RDC pour améliorer les résultats en matière de santé.

Enfin, en liant l'avancement de la santé communautaire aux objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU) et à la riposte au virus Ebola, les défenseurs de l'institutionnalisation d'une approche communautaire peuvent mobiliser le type de volonté politique nécessaire à un changement durable.

Le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire peut contribuer à informer les défenseurs de la santé sur les prochaines étapes à suivre pour saisir les occasions actuelles de mieux institutionnaliser la santé communautaire.



## PRIORISATION DES PROBLÈMES ET CONSTITUTION DE COALITIONS

À la lumière de la pandémie mondiale de maladie à coronavirus (COVID-19) qui sévit actuellement, les pays du monde entier sont confrontés à la nécessité de détourner l'attention et les ressources des priorités préexistantes pour répondre à la COVID-19, même si l'impact économique de la pandémie entraîne des difficultés supplémentaires et des contraintes budgétaires. Pourtant, la pandémie peut contribuer à renforcer les systèmes de santé communautaire. Tout comme les expériences de la RDC avec la maladie à virus Ebola ont recentré l'attention sur la santé communautaire, les agents de santé communautaire du monde entier soutiennent les activités de réponse à la COVID-19 et protègent l'accès aux soins essentiels. Il reste à voir si les défenseurs de la santé communautaire en RDC seront en mesure de tirer parti de l'attention mondiale portée à la santé publique pour s'assurer que la santé communautaire et la CSU demeurent des priorités absolues.

De tels efforts seront probablement renforcés par le développement d'une coalition forte qui pourrait mobiliser une action collective. Étant donné le rôle que joue le PSSC en tant que pilier essentiel de l'institutionnalisation de la santé communautaire, il existe une opportunité concrète de créer une coalition plus formelle entre les parties prenantes impliquées dans son développement et sa promotion. En tant que coalition formelle, ces parties prenantes pourraient continuer à mobiliser la volonté politique, les ressources et les solutions innovantes pour soutenir la santé communautaire. En particulier, il existe des possibilités de lier l'institutionnalisation de la santé communautaire à d'autres priorités nationales, telles que l'atteinte de la CSU, le renforcement des capacités de réponse aux épidémies et le développement de la résilience du système de santé.



## RECUEIL DES SOLUTIONS ET CONCEPTION DE POLITIQUES

Afin de mettre concrètement en œuvre la vision et les orientations décrites dans le PSSC, les diverses parties prenantes multisectorielles devront revoir ou développer des plans d'action annuels comprenant des activités qui s'alignent sur le PSSC<sup>3</sup>. De même, les programmes verticaux devront ajuster leurs documents de politique pour correctement intégrer les activités communautaires inscrites dans le PSSC et pour s'assurer que les politiques existantes sont harmonisées avec le PSSC. Si ces programmes verticaux et d'autres partenaires d'exécution mettent à jour les documents de programmes nationaux existants et les intègrent dans un processus de formation national avec des directives nationales sur la supervision, le système de santé communautaire en RDC pourrait être davantage uniformisé. Les politiques futures et les documents de planification du secteur de la santé, comme le PNDS, devront prendre en compte non seulement le PSSC, mais aussi les enseignements tirés du projet pour l'ICH et d'autres programmes. Le développement d'un canal par lequel les enseignements du programme peuvent être systématiquement traduits en ajustements politiques sera une prochaine étape essentielle.



## PRÉPARATION DU PROGRAMME ET LANCEMENT

La RDC s'est fixé des objectifs ambitieux pour la mise à l'échelle des effectifs de RECO et le renforcement des capacités de ses organisations communautaires, particulièrement les CAC et les CODESA. Pour soutenir ces efforts de déploiement, le MSP devrait planifier une campagne intensive d'éducation et de sensibilisation avec toutes les parties prenantes, en particulier les organes de gouvernance infranationaux comme les équipes cadres des zones de santé. Sur la base des expériences du projet pour l'ICH, il existe un fort besoin d'équiper les autorités sanitaires décentralisées avec les informations dont elles

ont besoin pour assurer une mise en œuvre efficace. Il est également possible d'intégrer les enseignements du projet pour l'ICH dans le recrutement et la formation des RECO, ainsi que dans le renforcement des capacités des CAC et des CODESA, autant d'activités que le MSP et ses partenaires devront entreprendre dans les années à venir.

En outre, des fonds sont nécessaires pour couvrir les coûts du déploiement des services de santé communautaire à l'échelle nationale. Dans la mesure où le PSSC sera largement financé par des partenaires externes, ces derniers doivent s'aligner sur la vision nationale définie par le MSP. Le dossier d'investissement du GFF et la Feuille de route de la santé communautaire participent déjà à mobiliser des fonds qui s'alignent sur les priorités nationales, mais un déficit de financement persistant subsiste encore. Le Gouvernement de la RDC devra également s'assurer que la part du budget national allouée à la santé continue de croître, en vue d'atteindre à minima l'objectif de 15 % fixé par l'accord d'Abuja. En d'autres termes, la RDC doit veiller à établir les quelques 3 500 sites de soins communautaires supplémentaires qui, d'après le PSSC, sont nécessaires pour couvrir 50 % des besoins de la population<sup>3</sup>.



## GOUVERNANCE, GESTION ET APPRENTISSAGE

Dans le contexte de décentralisation de la RDC, le renforcement de la gouvernance et des capacités de gestion infranationales est essentiel pour assurer la mise en œuvre efficace de tout programme, y compris en matière de santé communautaire. Le PSSC a l'intention de coordonner les activités à tous les niveaux du système de santé, et reconnaît qu'il y a un risque de centralisation de l'appui technique au niveau national, ce qui pourrait entraîner un désengagement des autorités locales et des communautés<sup>3</sup>. Parce que le transfert insuffisant de ressources du niveau central vers le leadership provincial décentralisé peut entraver la gouvernance et la gestion efficace, c'est une question qui devra être abordée dans les années à venir<sup>57</sup>. La santé communautaire en RDC est liée à l'autonomisation

de la communauté, et la priorité est donnée à la localisation de l'autorité à travers les organisations communautaires, les équipes cadres des zones de santé et la gestion provinciale.

Le travail futur pour renforcer la gouvernance, la gestion et l'apprentissage de la RDC devra donc inclure l'ensemble des niveaux du système de santé : national, provincial, district, sous-district et communautaire. En théorie, chacun de ces niveaux joue un rôle dans la collecte et l'analyse des données des RECO. Ces structures de gouvernance sont souvent confrontées à des faiblesses opérationnelles et techniques dans l'examen régulier des données et l'évaluation de leur qualité<sup>58</sup>. Ainsi, est signalé un manque d'outils, de capacités et d'infrastructures disponibles pour la collecte et la compilation des données. De même, les mécanismes de retour d'information permettant d'incorporer les données dans l'amélioration du système sont limités<sup>58</sup>. À l'avenir, il sera vital de s'assurer que des données de qualité soient collectées et éclairent les décisions opérationnelles à tous les niveaux du système de santé.

Une fenêtre d'opportunité pour améliorer la gouvernance du programme réside dans les efforts récents pour mieux promouvoir l'égalité femmes-hommes dans le partage des ressources et des responsabilités. Le MSP a commencé à mettre en place des cellules sectorielles de genre pour promouvoir l'intégration du genre à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau communautaire. Reconnaisant à la fois l'importance cruciale de l'égalité femmes-hommes pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) et les défis persistants pour atteindre la parité dans les postes décisionnels en RDC, le Ministère du genre, de la famille et des enfants a institué la création d'une cellule sectorielle du genre dans chaque ministère au niveau national, provincial et opérationnel<sup>59</sup>. Au sein du MSP, ces cellules sectorielles du genre sont des structures permanentes ayant pour mandat de suivre et d'évaluer l'intégration du genre dans les politiques et programmes de l'administration. Les cellules de genre dans les provinces avec la programmation de l'USAID vont promouvoir la participation des femmes dans la

prise décisionnelle à tous les niveaux, y compris la représentation parmi les RECO. Cette infrastructure permettra de renforcer la capacité des institutions et des communautés congolaises à la fois à fournir des services de santé de qualité, mais aussi de contribuer à la promotion de l'égalité des droits entre les femmes et les hommes\*.

## Pour conclure

L'opportunité du moment en RDC pour institutionnaliser la santé communautaire, qui en soi porte en elle d'immenses possibilités de sauver des vies, ne peut guère être surestimée. Après avoir testé pendant plusieurs années des programmes de santé communautaire, comme la PCIME, sans institutionnaliser une approche nationale, le pays a récemment fait des progrès notables en intégrant la santé communautaire au sein de ses plans sectoriels de santé. Le plan stratégique national de santé communautaire, qui fait date, représente un bond en avant dans l'institutionnalisation des approches communautaires, la définition des piliers d'une approche communautaire et l'esquisse d'une vision pour une mise en œuvre à l'échelle nationale. Alors que la RDC s'efforce d'harmoniser les politiques fragmentées et les approches de mise en œuvre qui ont proliféré au cours des deux dernières décennies, l'investissement pour l'ICH peut offrir des enseignements utiles afin d'aligner la santé communautaire sur les documents politiques. Les récents efforts de mobilisation des ressources qui tendent à s'aligner sur les priorités nationales ont également souligné l'importance de la santé communautaire, comme le dossier d'investissement du GFF et la feuille de route sur la santé communautaire. Ces documents clarifient les priorités nationales et servent de références aux bailleurs de fonds qui cherchent à faire avancer la santé communautaire. Enfin, il est essentiel de reconnaître l'importance de l'expérience de la RDC face à la maladie à virus Ebola, et sa volonté politique d'atteindre la CSU. Avec cette fenêtre d'opportunité pour mobiliser un soutien de haut niveau pour la santé communautaire, il y a des raisons d'être optimiste chez celles et ceux qui espèrent voir de meilleurs résultats sanitaires en RDC dans les années à venir.

\* Les données figurant dans ce paragraphe ont été communiquées par M<sup>me</sup> Emilia Ntumba de la Direction du développement des soins de santé primaires du Ministère de la santé.

# Références

1. Organisation mondiale de la Santé. 2018. *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO\\_Guidelines-fr.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO_Guidelines-fr.pdf).
2. Chen N, Raghavan M, Albert J, et al. *The Community Health Systems Reform Cycle: Strengthening the Integration of Community Health Worker Programs Through an Institutional Reform Perspective*. Glob Heal Sci Pract. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429>.
3. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé Publique. *Plan Stratégique de la Santé Communautaire en RDC 2019-2022*. 2018.
4. Gondola CD. *The History of Congo*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group; 2002.
5. Hoschschild A. *King Leopold's Ghost: A Story of Greed, Terror, and Heroism in Colonial Africa*. New York: Mariner Books. 1998.
6. Meredith M. *The Fate of Africa: A History of the Continent Since Independence (Revised and Updated)*. New York: PublicAffairs. 2011.
7. International Rescue Committee. *Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing crisis*. 2007. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.rescue.org/report/mortality-democratic-republic-congo-ongoing-crisis>.
8. NBC News and Associated Press. *Review of Congo war halves death toll*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.nbcnews.com/id/34958903/ns/world\\_news-africa/t/review-congo-war-halves-death-toll/#.XvOP5ZNKjOQ](http://www.nbcnews.com/id/34958903/ns/world_news-africa/t/review-congo-war-halves-death-toll/#.XvOP5ZNKjOQ).
9. Devlin K, Egan KF, Pandit-Rajani T. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Democratic Republic of Congo*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/drc\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/drc_chs_catalog_profile_0.pdf).
10. Ntembwa HK, Van Lerberghe W. *Democratic Republic of the Congo: Improving Aid Coordination in the Health Sector*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186673>.
11. Banque mondiale. *République Démocratique du Congo - Vue d'ensemble*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>. Dernière mise à jour en avril 2021.
12. McArthur JW, Rasmussen K, Yamey G. *How many lives are at stake? Assessing 2030 sustainable development goal trajectories for maternal and child health*. BMJ. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1136/bmj.k373>.
13. Programme des Nations Unies pour le développement. *Rapport sur le développement humain 2019*. Disponible à l'adresse suivante : [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_overview\\_-\\_french.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf). Consulté en juin 2020.
14. The Fund for Peace. *Fragile States Index: Global Data (2020)*. Disponible à l'adresse suivante : <https://fragilestatesindex.org/data/>.
15. République Démocratique du Congo. Ministère du Plan et Macro International. *Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007, 2018*. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.
16. République Démocratique du Congo. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé Publique, MEASURE DHS, ICF International. *Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC II 2013-2014)*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>.
17. République Démocratique du Congo. Secrétariat général du Ministère de la santé. *Plan National De Développement Sanitaire 2011-2015*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/pnds\\_2011-2015.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2011-2015.pdf).
18. Programme des Nations Unies pour le développement. *Rapport OMD 2000 – 2015. Évaluation des progrès accomplis par la République Démocratique du Congo dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.undp.org/content/dam/dem\\_rep\\_congo/docs/MDG/UNDP-CD-RNOMD%202015%20RDC.pdf](https://www.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/MDG/UNDP-CD-RNOMD%202015%20RDC.pdf).

19. Laokri S, Soelaeman R, Hotchkiss DR. *Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection?* BMC Health Serv Res. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3211-x>.
20. République Démocratique du Congo. *Volume 1 : Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté. Deuxième génération (DSCR 2)*. 2011. Disponible à l'adresse suivante : [http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/16\\_DocumentDeLaStrategieDeCroissanceEtReductionDeLaPauvrete2eGeneration\\_DSCR\\_2011\\_2015\\_Vol.1\\_Octobre2011.pdf](http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/16_DocumentDeLaStrategieDeCroissanceEtReductionDeLaPauvrete2eGeneration_DSCR_2011_2015_Vol.1_Octobre2011.pdf).
21. Dunia GMB. *Implantation des sites de soins communautaires en République Démocratique du Congo: Consécration d'un double standard dans l'accès aux soins*. Pan Afr Med J. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.11604/pamj.2013.14.158.2003>.
22. Raven J, Wurie H, Idriss A, et al. *How should community health workers in fragile contexts be supported: qualitative evidence from Sierra Leone, Liberia and Democratic Republic of Congo*. Human Resources for Health 2020. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12960-020-00494-8>.
23. République Démocratique du Congo. Ministère de la santé publique. *Plan National De Développement Sanitaire 2016-2020: vers la couverture sanitaire universelle*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/RDC-Plan-National-de-Developpement-Sanitaire-2016-2020.pdf>.
24. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé Publique. *La Stratégie de Développement de La Participation Communautaire en RDC*. 2016.
25. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé. *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022: Vers la Couverture Sanitaire Universelle*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : [https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/PNDS-2019-2022\\_GOUVERNANCE.pdf](https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/PNDS-2019-2022_GOUVERNANCE.pdf).
26. Ministère de la Santé. *Stratégie de Renforcement du système de santé*. 2006.
27. Ministère du Plan. *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de la 1<sup>ère</sup> génération 2007-2010 (Draft 2)*. 2006.
28. USAID Maternal et Child Survival Program. *Prise en Charge Communautaire Intégrée de l'Enfant: Documentation des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement à la mise en oeuvre du programme en RD Congo*. 2012. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/DRCLongFrench\\_FINAL.pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/DRCLongFrench_FINAL.pdf).
29. USAID Maternal and Child Survival Program. *Review of Newborn Health Content in Integrated Management of Newborn and Childhood Illnesses and Integrated Community Case Management Training Materials and Job Aids in Seven Maternal and Child Survival Program Countries Findings and Recommendations*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.mcsprogram.org/resource/review-of-newborn-health-content-in-integrated-management-of-newborn-and-childhood-illnesses-and-integrated-community-case-management-training-materials-and-job-aids-in-seven-maternal-and-child-surviv/>.
30. UNICEF. *Évaluation sommative et formative du Cadre d'accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement (CAO) 4 & 5 en République Démocratique du Congo Rapport d'évaluation*. 2019.
31. Bahrambegi R, Prosnitz D, Wittcoff A, Nichol B, Ratnayake R. *Endline Survey Final Report: International Rescue Committee, Democratic Republic of Congo*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/malaria/areas/rapid\\_access\\_expansion\\_2015/drc\\_race\\_endline\\_survey1.pdf?ua=1](https://www.who.int/malaria/areas/rapid_access_expansion_2015/drc_race_endline_survey1.pdf?ua=1).
32. USAID Maternal et Child Survival Program. *Mise à échelle de la prise en charge intégrée des cas de maladies de l'enfant au niveau communautaire en République Démocratique du Congo*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2019/06/DRC-iCCM-Scale-Up-Technical\\_Brief\\_FINAL\\_French.pdf](https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/06/DRC-iCCM-Scale-Up-Technical_Brief_FINAL_French.pdf).
33. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé Publique SG. *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en République Démocratique du Congo*. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://docplayer.fr/34761187-Recueil-des-normes-d-organisation-et-de-fonctionnement-des-structures-sanitaires-de-la-zone-de-sante-en-republique-democratique-du-congo.html>.
34. Université d'Antwerp. *Enquête 1-2-3 (2005 & 2012)*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.uantwerpen.be/en/projects/centre-des-grands-lacs-afrique/donnees-nationales-congo/enquete-123-2005-2012>. Consulté en juin 2020.
35. République Démocratique du Congo. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité. *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de La Pauvreté 2011*. 2011.

36. Englebert P, Mungongo EK. *Misguided and Misdiagnosed: The Failure of Decentralization Reforms in the DR Congo*. Afr Stud Rev. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1017/asr.2016.5>.
37. Le Partenariat pour la Couverture Sanitaire Universelle. Profil de la République Démocratique du Congo. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.uhcpartnership.net/fr/country-profile/republique-democratique-du-congo/>. Consulté en novembre 2020.
38. Global Financing Facility, World Bank. *Countries leading the way: Delivering on the Global Promise of Better Health and Nutrition*. 2019-2020 Annual Report. 2020. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/files/documents/GFF-Annual-Report-2019-2020.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-Annual-Report-2019-2020.pdf).
39. Humana People to People Congo. *Strengthening the CHW Systems in Urban and Rural Congo: Annual Report for Integrating Community Health (March 2016-March 2017)*. 2016.
40. Humana People to People Congo. *Strengthening the Community Health Worker Systems in Urban and Rural Congo: Annual Report for Integrating Community Health (March 2018-March 2019)*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00TSNG.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TSNG.pdf).
41. Humana People to People Congo (HPP-Congo). *Description du Projet RECO* (document interne).
42. Humana People to People Congo (HPP-Congo). *ICHC Presentation: Strengthening the CHW Systems in Urban and Rural Congo*. Johannesburg (Afrique du Sud). 2018.
43. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé Publique. *Cadre d'Investissement pour la Santé Reproductive, Maternelle, du Nouveau-Né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle en République Démocratique du Congo*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/cadre-d%E2%80%99investissement-pour-la-sant%C3%A9-reproductive-maternelle-du-nouveau-n%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-l>.
44. Community Health Acceleration Partnership. *Community Health Roadmap: DRC*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.communityhealthroadmap.org/democratic-republic-of-congo>.
45. Global Financing Facility. *Democratic Republic of Congo GFF Country Spotlight*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/gff-democratic-republic-congo>.
46. Nguyen V-K. *An Epidemic of Suspicion — Ebola and Violence in the DRC*. N Engl J Med. 2019;380(14):1298-1299. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1056/nejmp1902682>.
47. Centers for Disease Control. *Overview: Democratic Republic of Congo Ebola Outbreak*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/drc/overview.html>.
48. Organisation mondiale de la Santé. *La 11<sup>ème</sup> épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo est officiellement finie*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.afro.who.int/fr/news/la-11eme-epidemie-debola-en-republique-democratique-du-congo-est-officiellement-finie>.
49. Bedford J, Chitnis K, Webber N, et al. *Community Engagement in Liberia: Routine Immunization Post-Ebola*. J Health Commun. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1080/10810730.2016.1253122>.
50. Ntumba HCK, Bompangue D, Situakibanza H, Tamfum JJM, Ozer P. *Ebola response and community engagement: how to build a bridge?* The Lancet. 2019. Disponible à l'adresse suivante : [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32532-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32532-2).
51. Comité Ministériel de lutte contre la Maladie à Virus Ebola. *Stratégie Intégrée de Réponse au Virus Ebola: Juillet-Décembre 2019*. 2019.
52. USAID. *Democratic Republic of the Congo - Ebola Outbreak Fact Sheet #1 FY 2020*. Disponible à l'adresse suivante : 2019. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/drc\\_fs01\\_11-08-2019.pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/drc_fs01_11-08-2019.pdf).
53. République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé. Déclaration de S.E. Dr Oly Ilunga Kalenga, Ministre de la santé de la République Démocratique Du Congo à la réunion de Haut Niveau sur la 10<sup>ème</sup> Épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) En RDC. 2019. <https://www.facebook.com/minsanterdc/posts/2440472192700772>.
54. France 24. *DR Congo unveils new government after months-long delay*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.france24.com/en/20190826-dr-congo-unveils-new-government-after-months-long-delay>.
55. Strategic Purchasing Africa Resource Center. *From the frontlines of the COVID-19 Response - Lessons learnt from Democratic Republic of Congo*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://sparc.africa/event/live-webinar-from-the-frontlines-of-the-covid-19-response-lessons-learnt-from-democratic-republic-of-congo-drc/>.

56. Ghebreyesus TA. *Conférence internationale de Kinshasa sur la couverture sanitaire universelle (CSU). Allocution du Directeur général de l'OMS*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/kinshasa-international-conference-on-universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/kinshasa-international-conference-on-universal-health-coverage-(uhc)).
57. USAID. *Integrated Health Program Fiscal Year 2018 Annual Report*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00TFDM.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TFDM.pdf).
58. USAID Maternal and Child Survival Program. *National Community Health Information Systems in Four African Countries Descriptions and Lessons from the Field, 2019*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/National-community-health-information-systems-in-four-african-countries.pdf>.
59. Gouvernement de la République Démocratique du Congo. Arrêté ministériel n° 045/cab/min. gefae/csl/c.adm/amb/2019 du 22 août 2019.