



## Rapport de Capitalisation

**Titre du projet : Renforcement de la participation communautaire dans le district sanitaire de Haut-Uélé ouest**

---

**Un projet de Medicus Mundi Navarra-Aragón-Madrid**

**Date : mercredi 20 février 2019**



Financé par  
l'Union européenne

**Ce document a été écrit par:**

Le Dr. Jeroen De Man, consultant indépendant affilié à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers/Belgique

Le Dr. François Zioko, Représentant national de MEDICUS MUNDI NAVARRA-ARAGON-MADRID en République démocratique du Congo

Le Dr. Jean-Claude Bataneni de la Communauté Evangélique du Christ au Cœur d'Afrique (CECCA16), coordinateur local du projet

**Ce document a été publié par:**

**MEDICUS MUNDI NAVARRA-ARAGON-MADRID**

Détails de contact:

Tel.: +34 948 131510

Adresse: Ronda las Ventas 4, 1º - 31600 - Burlada, Navarra. Espagne.

E-mail: [nam@medicusmundi.es](mailto:nam@medicusmundi.es)

Site web: [www.medicusmundi.es](http://www.medicusmundi.es) - [www.lasaludunderecho.es](http://www.lasaludunderecho.es)

Twitter: [@medicusmundinam](https://twitter.com/medicusmundinam)

Facebook: [medicusmundinam](https://www.facebook.com/medicusmundinam)

**Clause de non-responsabilité**

Cette publication a été produite avec le soutien financier de l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité de Medicus Mundi Navarra-Aragón-Madrid et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne.

## TABLE DES MATIERES

<b>ACRONYMES</b> .....	<b>1</b>
<b>DEFINITIONS</b> .....	<b>2</b>
<b>OBJECTIF</b> .....	<b>3</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>COLLECTE DES DONNEES</b> .....	<b>4</b>
<b>ANALYSE ET SYNTHÈSE DES DONNEES</b> .....	<b>5</b>
<b>LES LIMITES</b> .....	<b>5</b>
<b>CONTEXTE &amp; RATIONALE</b> .....	<b>6</b>
<b>CONTEXTE NATIONAL</b> .....	<b>6</b>
<b>CONTEXTE LOCAL</b> .....	<b>8</b>
<b>RATIONALE DU PROJET</b> .....	<b>9</b>
LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE: POURQUOI EST-ELLE ESSENTIELLE? .....	9
SITUATION EN HAUT-UELE .....	10
JUSTIFICATION DE CE PROJET.....	12
<b>ALIGNEMENT AVEC LA POLITIQUE NATIONALE</b> .....	<b>13</b>
<b>DESCRIPTION DU PROJET</b> .....	<b>15</b>
<b>RESUME DE L'ACTION</b> .....	<b>15</b>
<b>CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>16</b>
<b>OBJECTIFS DE L'ACTION</b> .....	<b>16</b>
<b>DESCRIPTION DE L'ACTION</b> .....	<b>17</b>
<b>IMPLEMENTATION</b> .....	<b>20</b>
<b>ACTEURS</b> .....	<b>20</b>
<b>PLANNING DES ACTIVITES</b> .....	<b>21</b>

<b>PHASE DE PREPARATION DU PROJET</b> .....	<b>21</b>
<b>IMPLEMENTATION DES ACTIVITES SPECIFIQUES</b> .....	<b>21</b>
REHABILITER ET/OU CONSTRUIRE LES BUREAUX DES CODEV .....	21
PROCEDER AUX ELECTIONS DE NOUVEAUX MEMBRES DES CODEV .....	22
FORMER LES MEMBRES DES CODEV EN TECHNIQUES D'ANIMATION ET EN AUTOPSIE VERBALE DES DECES. ....	23
REALISER LES AUTOPSIES VERBALES DES DECES SURVENUS DANS LES COMMUNAUTES ET EN FAIRE L'ANALYSE. ....	24
SENSIBILISER LA POPULATION SUR LES PROBLEMES DE SANTE RESPONSABLES DES DECES DANS LES COMMUNAUTES ET DANS LES STRUCTURES DE SANTE. ....	26
APPUYER LA POPULATION DANS LES TRAVAUX D'AMENAGEMENT DES POINTS D'EAU. ....	27
REALISER DES ENQUETES SEMESTRIELLES DE SATISFACTION AUPRES DES UTILISATEURS DES SERVICES DE SANTE AFIN DE CAPITALISER LEURS SUGGESTIONS. ....	28
<b>LIAISON AVEC DES INTERVENANTS CLES</b> .....	<b>29</b>
LES AUTORITES PUBLIQUES .....	29
LES AUTRES PARTENAIRES AVEC DES OBJECTIFS SIMILAIRES .....	29
LES GROUPES CIBLES .....	29
<b>SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE</b> .....	<b>29</b>
MONITORAGE & EVALUATION DU PROGRES.....	29
ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE .....	30
COORDINATION OPERATIONNELLE .....	31
<b>MECANISMES ET EFFETS DES ACTIONS</b> .....	<b>33</b>
<b>DEFINITION DES ELEMENTS DE LA THEORIE DU CHANGEMENT</b> .....	<b>33</b>
<b>DISCUSSION DES INPUTS ET LEURS EFFETS</b> .....	<b>35</b>
PRIMES DE PERFORMANCE .....	35
LES BUREAUX ET AUTRES SIGNES D'IDENTITE .....	35
LE COACHING PAR LES COORDINATEURS .....	36
LES OUTILS DE SOUTIEN .....	36
LES FORMATIONS .....	36
<b>LES EFFETS DES ACTIVITES SPECIFIQUES</b> .....	<b>38</b>
LES AUTOPSIES VERBALES (AV).....	38
LES ENQUETES DE SATISFACTION (EDS) .....	39
L'AMENAGEMENT DES SOURCES D'EAU.....	39

LES OUTCOMES DES ACTIVITES SPECIFIQUES .....	40
<b>CHANGEMENT DES INDICATEURS DU RENFORCEMENT COMMUNAUTAIRE PAR LES MEDIATEURS ET LES EFFETS CONSECUTIFS .....</b>	<b>41</b>
<b>LE ROLE DU CONTEXTE .....</b>	<b>45</b>
SITUATION GEOGRAPHIQUE DE LA ZONE .....	46
LA RELATION AVEC LE CORPS SANITAIRE (L'ECZ ET LES IT) .....	46
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	47
<b>LEÇONS RETENUES.....</b>	<b>49</b>
<b>FACTEURS FACILITATEURS PAR RAPPORT A L'IMPLEMENTATION .....</b>	<b>49</b>
<b>OBSTACLES A L'IMPLEMENTATION: .....</b>	<b>49</b>
<b>LES RESULTATS, LES MECANISMES ET LE CONTEXTE .....</b>	<b>50</b>
<b>LEÇONS GENERALES.....</b>	<b>51</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 1: CADRE LOGIQUE AVEC LES RESULTATS DES INDICATEURS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 2: ANALYSE SWOT .....</b>	<b>59</b>
<b>POINTS FORTS .....</b>	<b>59</b>
<b>POINTS FAIBLES .....</b>	<b>59</b>
<b>MENACES .....</b>	<b>59</b>
<b>OPPORTUNITES .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 3: ANALYSE DES AUTOPSIES VERBALES .....</b>	<b>60</b>

## ACRONYMES

AV	Autopsies verbales
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CECCA 16	16ème Communauté Evangélique du Christ au Cœur de l'Afrique
CODEV	Comité de Développement
COSA	Comité de santé
CS	Centre de Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
DUE	Délégation de l'Union Européenne
ECZ	Equipe Cadre de la Zone
IT	Infirmier titulaire
MMNAM	Medicus Mundi Navarra-Aragón-Madrid
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire
RN17	Rapport narratif de Juin 2017
RN18	Rapport narratif de Juin 2018
SNIS	Système national d'information sanitaire
ZS	Zone de Santé

## DEFINITIONS

**Le comité de santé (COSA)** est la structure de participation communautaire prévue par le Ministère de la santé au niveau de l'aire de santé. Il est en grande partie l'émanation des relais communautaires ou des agents de santé communautaire auxquels s'associent d'autres leaders communautaires. Les COSA fonctionnent comme l'interface entre le centre de santé et la population où on échange de l'information obtenue par les relais communautaires et par laquelle on organise des activités de santé communautaire (surtout la prévention). Le COSA fonctionnel est structuré avec un comité directeur élu et est en charge des activités suivantes: l'exécution des activités communautaires planifiées, l'organisation des réunions (mensuelles), la participation à la micro-planification de l'aire de santé, la rédaction des rapports d'activités et la transmission de ces rapports à l'Equipe cadre de la Zone de santé.<sup>1</sup>

**Les relais communautaires (RECO)** sont des membres de la communauté, élus ou coptés par la population, qui se portent volontaires pour exécuter les tâches ou des activités liées à la santé d'intérêt communautaire sous la supervision de l'infirmier titulaire du centre de santé. D'habitude, les RECO d'une aire de santé forment la cellule d'animation communautaire et chacun a pour charge de réaliser des visites à domicile.<sup>1</sup>

**Le comité de développement (CODEV)** se focalise pas seulement sur les activités liées à la santé (comme le COSA), mais aussi sur d'autres initiatives qui contribuent au développement durable et au bien-être de la communauté. Dans son fonctionnement, le CODEV est considéré plus indépendant du système de santé et donc plus autonome.

---

<sup>1</sup> <https://www.health4africa.net/2016/01/comite-de-sante-relais-communautaires-des-defis-pour-meilleur-role-dinterface-cas-de-la-republique-democratique-du-congo-rdc/>

## OBJECTIF

Du mois de mars 2015 au mois d'août 2018, MMNAM a implémenté un projet avec comme objectif général de renforcer les communautés dans la région de Haut-Uélé en République Démocratique du Congo. Ce projet constitue une expérience pilote qui pourrait être reproduite dans d'autres districts ; elle constitue donc une première dans l'ensemble du pays et dans la zone ciblée qui est en post-conflit et qui nécessite un dynamisme communautaire pour lui donner la chance de décoller dans le processus de développement. Un des objectifs de ce projet est de capitaliser cette expérience, afin d'apprendre comment on peut implémenter ce projet et ces actions dans d'autres régions. Ensuite, cette capitalisation contribue à la compréhension du fonctionnement et des dynamismes de la communauté. Cette compréhension peut servir comme un point de départ pour des études scientifiques, mais elle peut aussi inspirer le développement et l'implémentation d'autres initiatives qui envisagent le renforcement communautaire. Finalement, cette capitalisation a comme but d'informer les autorités locales, provinciales et nationales et, plus spécifiquement, les autorités de santé, afin d'améliorer le système de santé d'une façon inclusive en partenariat avec la communauté. Le but est d'être informé comment on peut contribuer à la proactivité des communautés et comment on peut améliorer la collaboration entre le système de santé publique et la communauté, ce qui mènera aux soins plus accessibles et d'une meilleure qualité. Le but est de contribuer au bien-être de la population et au développement durable du pays.

La capitalisation se focalise sur les actions du projet qui concernant les CODEV des zones de santé en prenant des perspectives différentes. Premièrement, après la description du projet, un chapitre sur **l'implémentation** discutera les démarches prises pour arriver aux résultats obtenus d'une perspective concrète. On examinera de près les barrières et les bonnes pratiques qui ont influencé l'implémentation des actions du projet. Deuxièmement, un chapitre sur **les mécanismes** analysera pourquoi et comment ces actions ont pu contribuer au renforcement de la communauté. Dans cette analyse, on démêlera les mécanismes qui expliquent les réalisations du projet. Connaître ces mécanismes qui expliquent comment les actions fonctionnent est essentiel pour savoir implémenter les actions du projet dans un autre endroit. D'ailleurs, implémenter des actions identiques dans un autre contexte sans tenir compte de ces mécanismes risque de donner des résultats inattendus et même indésirables à cause du contexte différent. Pour cette raison, plutôt que faire une copie exacte des actions du projet, on propose de cibler les mécanismes identifiés qui sont plus universels et qui jouent un rôle clé dans les changements initiés par les actions. Finalement, on discutera **des facteurs contextuels** ou des éléments du contexte qui ont influencé la réussite des actions. Tenir compte de ces facteurs est essentiel pour envisager l'implémentation du projet dans un contexte différent.

Ce document servira à partager la connaissance dans un réseau large qui inclue des chercheurs en santé publique, les autorités congolaises, des ONG qui pourraient envisager des initiatives similaires, et finalement, les communautés et les autorités de santé qui ont participé au projet. Le document sera présenté au niveau des revues annuelles provinciale et nationale. Cet outil sera rendu disponible aussi bien au niveau du Ministère Provincial de la Santé qu'au niveau du Ministère National de la Santé. Sous forme de présentation, la capitalisation sera partagée avec des chercheurs en santé publique (entre autres à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et l'Ecole Publique de l' « University of the Western Cape » à Cape Town). Finalement, on remarque que ce document peut soutenir les membres des CODEV dont les compétences ont été renforcées dans leur engagement comme formateurs dans d'autres régions du pays.

## METHODOLOGIE

### Collecte des données

Ce travail est basé sur les sources suivantes:

1) Des données collectées sur le terrain en utilisant des entretiens participatifs entre les acteurs locaux et le Dr. De Man, soutenu par l'équipe de la CECCA 16. Cette collecte des données a eu lieu au mois de Mars 2017 et au mois de Juillet 2018. Les entretiens suivaient le format d'interviews semi-structurées en utilisant des guides d'entretien. Plus spécifiquement, on a fait les activités suivantes:

- des discussions avec des groupes ciblés (focus groupe discussions) avec les participants suivants: 1) les membres des Comités de Développement (CODEV); 2) les membres des Equipes Cadres des Zones (ECZ)
- des entretiens avec les membres de la Division Provinciale de Santé (DPS) et les infirmiers titulaires des zones de santé (IT)
- des observations du fonctionnement des CODEV et de l'infrastructure construite par le projet
- des témoignages des coordinateurs et des superviseurs des équipes de la CECCA16 et MMNAM

En plus de détail, on présente les entretiens avec les CODEV et le staff du système de santé dans le tableau suivant:

Zones de Santé	Participant de l'interview
Niagara	Entretien avec le CODEV Entretien avec l'ECZ
Boma Mangbetu	Entretien avec le CODEV Entretien avec l'ECZ Entretien avec des IT
Rungu	Entretien avec le CODEV
Pawa	Entretien avec le CODEV Entretien avec l'ECZ Entretien avec des IT
Wamba	Entretien avec le CODEV Entretien avec l'ECZ
Isiro	Entretien avec le CODEV Entretien avec la DPS
Faradje	Entretien avec le CODEV Entretien avec l'ECZ
Watsa	Entretien avec le CODEV

2) La documentation liée au projet qui comprend:

- Le formulaire de demande de subvention rédigé par MMNAM
- Les rapports narratifs intermédiaires du projet rédigés par le Dr. Zioko (MMNAM)
- Les fiches de suivi trimestriel des activités du projet rédigées par le Dr. Zioko (MMNAM)
- Les sources de vérification produites par MMNAM & la CECCA16
- Les rapports d'évaluation intermédiaire et finale rédigés par le Dr. De Man

3) La documentation publique qui a été citée comme référence (en bas de page)

## Analyse et synthèse des données

L'analyse était basée sur l'identification des éléments pertinents par rapport aux perspectives de la capitalisation: l'implémentation du projet, les mécanismes des actions et les facteurs externes qui ont influencé l'implémentation et les mécanismes. L'idée était d'intégrer des données de plusieurs sources et des différents acteurs afin d'augmenter la validité des résultats rapportés. La partie sur l'implémentation est simplement une synthèse descriptive et chronologique des événements qui ont eu lieu, classifiés par action du projet. On a identifié des obstacles et des facteurs de réussite qui expliquent ces événements sans prétendre l'association causale. Tout ceci avec le but d'apprendre comment les obstacles ont été contournés et quelles sont les bonnes pratiques qui ont facilité l'implémentation.

Pour l'identification des mécanismes et des facteurs externes, on a construit un cadre conceptuel (ou l'hypothèse) basé sur la documentation et la littérature scientifique. Pendant les visites de terrain, on a testé cette hypothèse basée sur les interviews semi-structurées avec les acteurs locaux.

Finalement, intégrant les trois perspectives, on a fait la synthèse et on a formulé des leçons retirées.

## Les Limites

- Le temps limité sur le terrain nous a obligé d'utiliser des méthodes comme des discussions avec des groupes ciblés plutôt que des entretiens individuels et a limité le nombre des acteurs qu'on a pu interviewer
- A cause des difficultés d'accès on a favorisé des interviews avec les RECOS des aires de santé les plus accessibles
- La présence inévitable de certaines personnes (le coordinateur, les superviseurs, ...) pendant les entretiens a pu influencer les réponses de la population. Cependant, leur participation était nécessaire pour l'interprétation
- Les mécanismes identifiés n'ont pas été quantifiés
- Les langues et coutumes différentes ont pu être des barrières pendant les entretiens. L'équipe de la CECCA 16 a facilité la traduction.
- Les participants du projet ont été interviewés pendant le projet et par un consultant recruté par MMNAM qui était entouré par l'équipe de coordination pendant ses visites. Tout ceci a eu une grande influence sur les réponses des participants qui peuvent avoir vu la collecte de données comme une évaluation du projet.
- On n'a pas analysé les données de mortalité et morbidité récoltées par les autorités de santé pour les raisons suivantes: 1) l'évaluateur s'est focalisé sur « le processus » de l'objectif spécifique ou le renforcement communautaire, plutôt que sur l'impact (p.ex. diminution de la mortalité) de ce processus; 2) ces données sont souvent biaisées et sont seulement une approximation de la réalité (p.ex. les décès en dehors du système de santé ne sont souvent pas enregistrés); 3) ces indicateurs dépendent de plusieurs facteurs externes et dans un environnement complexe, il est difficile d'attribuer certaines tendances à une seule intervention

## CONTEXTE & RATIONALE

### Contexte national

La RDC est parmi les pays les plus pauvres et peu développés du monde. En 2017, la RDC avait un indice du développement humain (IDH) de 0.457 et le pays était à la 176<sup>ième</sup> position des 189 pays inclus<sup>2</sup>. Cette situation de la population est aggravée par des problèmes de sécurité comme des conflits nationaux et internationaux et des menaces de la santé publique comme des épidémies. Aux régions rurales, les services publics comme l'administration, les services de sécurité, l'éducation et la santé sont très peu développés ou même inexistants. L'infrastructure dans ces régions (les bâtiments publics, le réseau routier, le réseau d'électricité, etc.) est négligeable.

Actuellement la RDC connaît une pauvreté de masses avec de grandes disparités au niveau du revenu entre les milieux urbain et rural. En plus, les emplois du secteur formel ne représentent que 11,5 % de l'ensemble des emplois. Cette forte dépendance sur l'informel fait que la population soie confrontée à un phénomène de précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base.

A ce qui concerne l'inégalité de genre, la RDC a un indice d'inégalité de genre de 0.652, avec lequel le pays est en 152<sup>ième</sup> position de 160 pays en 2017<sup>2</sup>. Pour 100,000 naissances vivantes, il y a 693 femmes qui meurent par des causes rapportées à la grossesse. En plus, les femmes sont fortement sous-représentées au gouvernement: seulement 8.2 pourcents des sièges parlementaires sont occupés par des femmes. Au niveau de l'éducation, seulement 36.7 pourcents des femmes adultes a obtenu son diplôme secondaire comparé à 65.8 pourcents des hommes. Une enquête de santé rapporte que 27 % des femmes ont déclaré avoir subi, depuis l'âge de 15 ans, des violences sexuelles à un moment donné de leur vie et ces chiffres étaient pires en milieu rural<sup>3</sup>. Aux zones de conflits en RDC, il est fréquent que la violence sexuelle s'utilise comme arme de guerre<sup>4</sup>.

Malgré une amélioration considérable pendant les deux dernières décennies, l'état de santé de la population congolaise reste en-dessous de la norme. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est estimé à 97.6 pour mille en 2015<sup>5</sup>. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 60.0 ans en 2017. Selon l'OMS, la population de la RDC est touchée par plusieurs maladies épidémiques et les maladies infectieuses sont parmi les causes de mortalité les plus importantes (Figure 1)<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> [http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr\\_theme/country-notes/COD.pdf](http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/COD.pdf)

<sup>3</sup> [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300\\_0.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300_0.pdf)

<sup>4</sup> <https://debutcongolaises.org/effets-pervers-de-violence-sexuelle-rdc-presentee-arme-de-guerre/>

<sup>5</sup> <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-COD?lang=en>

<sup>6</sup> <http://www.who.int/countries/cod/en/>

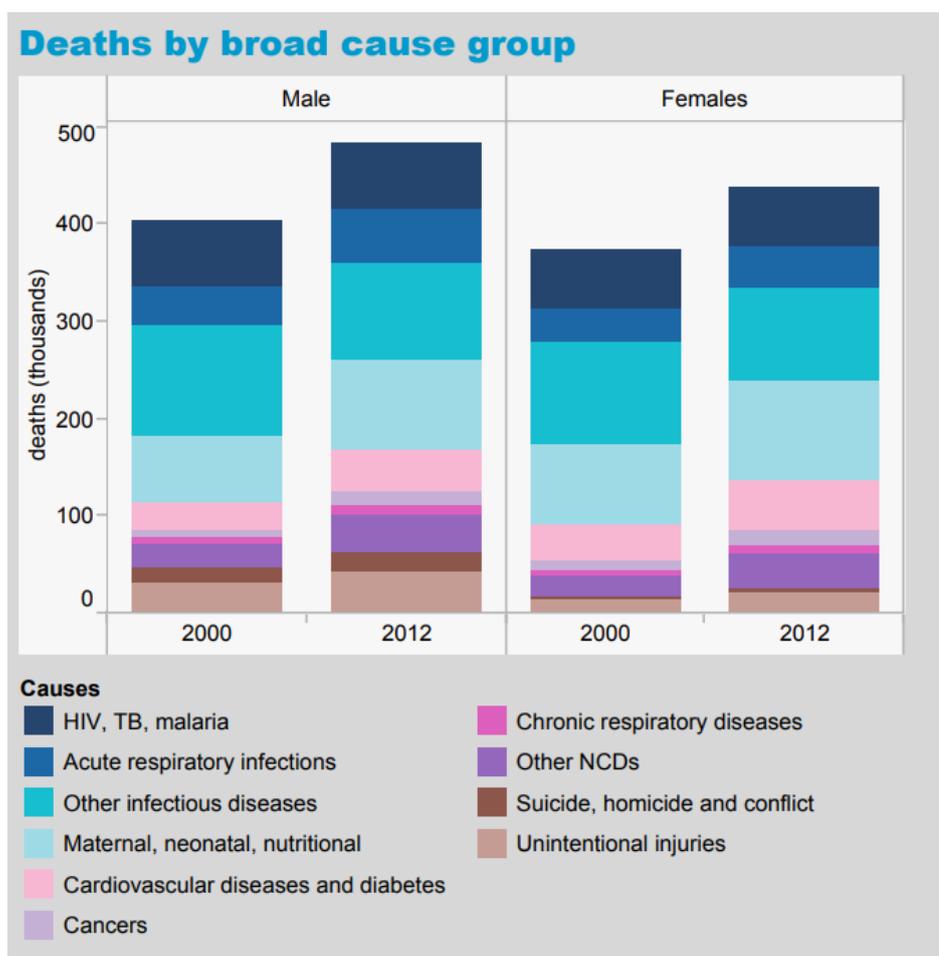


Figure 1: mortalité par cause

Outre les décès périnataux, les causes proéminentes de mortalité infantile sont le paludisme, les infections respiratoires et gastro-intestinales aiguës, la rougeole et les complications du VIH/Sida. Ces maladies sont souvent associées à la malnutrition. Des facteurs clés liés aux caractéristiques des services de santé congolais qui contribuent à ce pauvre état de santé de la population comprennent la faible couverture sanitaire, la faible capacité opérationnelle des structures, la faible qualité des soins et des services offerts et la faible utilisation de certains services de santé.

Le système de santé en RDC est très peu développé, fragile et ne répond pas aux demandes de la population. Un diagnostic des problèmes du système de santé est décrit dans le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020<sup>7</sup>. Une synthèse de ce diagnostic est reprise dans les phrases suivantes. En ce qui concerne l'infrastructure et l'équipement, le système souffre d'un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes et d'une faible capacité de maintenance. En ce qui concerne les ressources humaines, on note un déséquilibre dans la production et une répartition inéquitable. Il y a une faible motivation et fidélisation du personnel de santé ; la qualité de l'enseignement des professionnels de santé est insuffisante ; et il y a un faible développement des compétences du personnel de santé. Il y a une faible disponibilité permanente de médicaments

<sup>7</sup>[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/pnds\\_2016-2020\\_version\\_finale\\_29\\_avril\\_2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf)

essentiels, vaccins et intrants essentiels combinée à une persistance de la circulation de médicaments de mauvaise qualité. Concernant le financement de la santé, on note une faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé, une insuffisance des mécanismes de partage de risque, une fragmentation de l'aide publique au développement, une inefficace et faible application des procédures de gestion financière. Concernant l'information sanitaire, il y a une désintégration des différentes composantes du SNIS, une faible complétude, promptitude et justesse des données collectées, et une faible diffusion de l'information de qualité. Finalement, en ce qui concerne la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé: on note une régulation du secteur qui reste insuffisante, une normalisation qui est insuffisante et peu efficace, un faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes structurelles et une faible collaboration intra- et intersectorielle.

## Contexte local

La province de Haut-Uélé faisait partie de l'ancienne province Orientale et est une nouvelle province de la RDC depuis 2015. La province se situe au Nord-Est du pays sur la rivière Uélé (cf. Figure 2). La province de Haut-Uélé comprend les territoires des zones de santé de Doruma, Niangara, Rungu, Boma Mangbetu, Pawa, Wamba, Faradje, Dungu, Gombari, Watsa, Aba, Makoro et Isiro. La superficie est 89,683 km<sup>2</sup> avec une population de 1.920.867 personnes (estimée en 2006) ce qui donne une densité de 21 hab/km<sup>2</sup><sup>8</sup>. La province est limitrophe du Soudan et de l'Uganda. La province de Haut-Uélé est une zone post-conflit et parmi les provinces les plus pauvres de la RDC. La plupart des ménages n'ont accès ni à l'eau potable, ni à l'électricité, ni aux services de voirie. Actuellement, cette province n'a pas plus que 500 mètres de route macadamisée. L'accès aux services de santé est limité aussi bien par la barrière géographique que par celle financière. L'égalité des chances entre hommes et femmes sur le marché du travail et dans le domaine de l'éducation est loin d'être acquise. La province a un taux de mortalité élevé avec une proportion non négligeable des décès survenus en dehors des structures de santé, accentué par l'ignorance de la population sur les signes de danger. Dans l'ancienne province Orientale, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était estimé à 112 pour mille en 2019.

---

<sup>8</sup> <https://fr.wikipedia.org/wiki/Haut-Uele>

<sup>9</sup> <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SUBREGchildmortality-COD>



Figure 2: En rouge la province Haut-Uélé situé au nord-est du pays.

L'infrastructure et les services de santé sont très peu développés dans la province de Haut-Uélé, le budget consacré à la santé est peu et la population doit contribuer une partie substantielle directement de sa poche. L'accès aux services de santé a été considérablement réduit. L'analyse de la situation de cette étude a montré qu'une majorité des enfants meurent à domicile sans avoir consulté la première ligne publique. Des facteurs clés qui expliquent cette utilisation limitée sont le pauvre accès à la première ligne publique, une faible implication de la communauté, l'automédication et l'ignorance par la population. On note aussi la tendance parmi la population de chercher son salut dans la médecine traditionnelle et le spiritualisme qui sont généralement plus accessibles comparés avec la médecine moderne et surtout pour les maladies pour lesquelles la médecine moderne ne peut pas offrir une solution immédiate.

## Rationale du projet

La participation communautaire: pourquoi est-elle essentielle ?

La participation communautaire a été définie par l'OMS comme « un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté »<sup>10</sup>. La notion de la participation communautaire est indissolublement liée à la notion de soins de santé primaires qui donne un rôle central à la communauté<sup>11</sup>. Ou, comme décrit par Fournier: « *d'une part, c'est par la participation communautaire que les soins de santé primaires pourront être mis en œuvre et d'autre part, la participation*

---

<sup>10</sup> UNICEF-OMS, 1978, Les soins de santé primaires, UNICEF-OMS Genève.

<sup>11</sup> [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

*communautaire constitue une finalité ou tout du moins une composante importante du développement global. La participation communautaire est à la fois un processus et une finalité, le premier concourant à la deuxième<sup>12</sup>. »*

Adopté du document écrit par Rifkin où elle propose des arguments en faveur de la participation communautaire aux programmes de soins de santé<sup>13</sup>, on peut reprendre les mêmes arguments pour ce projet-ci:

1) Dans les pays en développement, notamment dans les régions rurales, il existe dans les communautés des ressources inexploitées qui permettraient de rendre les soins de santé plus accessibles et mieux acceptables, notamment en ce qui concerne les pauvres et défavorisées de la population. C'est à la communauté qu'il revient de choisir les moyens qui conviennent le mieux pour mobiliser ces ressources - qu'il s'agisse de matériel, d'argent ou de personnel - afin de répondre aux priorités de la collectivité, notamment en assurant des soins de meilleure qualité à un plus grand nombre de personnes.

2) Aux mêmes régions, les services de santé sont souvent sous-utilisés et mal utilisés. Quand les intéressés participent eux-mêmes à la planification des services, au stade de la conception comme de l'exécution, les services sont mieux adaptés à leurs besoins réels. C'est à dire que des discussions entre la communauté et les planificateurs et organismes en cause permettraient d'assurer des services mieux appropriés. De plus, il est probable que la population utiliserait davantage ces services, dès lors qu'elle aurait contribué à leur mise en place. Ceci est encore plus pertinent dans la région de ce projet ou une grande partie de la population va chercher des soins chez des tradipraticiens ou des charlatans.

3) Chacun a le droit et le devoir de participer aux décisions concernant des activités qui ont des répercussions sur sa vie quotidienne. C'est en assurant cette participation qu'on pourra augmenter la confiance en soi et développer le sens de l'auto-responsabilité faisant cruellement défaut chez les pauvres et les plus défavorisés. Cette participation permet de concrétiser l'idée selon laquelle la santé est un droit humain et un aspect de la justice sociale. En outre, si elle assure même aux plus pauvres un rôle dans l'amélioration des services de santé mis à leur disposition, elle crée un précédent en vue de leur participation à des activités communautaires de plus vaste portée.

En addition à ces arguments faits par Rifkin, on remarque que le potentiel des actions communautaires dans la prévention des maladies infectieuses, ainsi que les maladies chroniques non-transmissibles est énorme, surtout quand les services publics sont très limités ou même inexistantes comme dans les régions ciblées par le projet.

#### Situation en Haut-Uélé

La population de Haut-Uélé est une population peu éduquée, socioéconomiquement défavorisée et très vulnérable aux problèmes de santé. Sensibiliser cette population par rapport à la santé et la stimuler à chercher des soins primaires de qualité sont des activités essentielles. Néanmoins, comme dans la plupart du pays, on note une très faible participation de la communauté dans le processus de l'amélioration de l'état de santé des communautés. La population est très peu représentée dans la

---

<sup>12</sup> Fournier Pierre, Potvin Louise. Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59

<sup>13</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39058/9242561355\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39058/9242561355_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

planification et l'exécution des activités communautaires et dans le processus de suivi-évaluation de ces dernières. Bien que la population contribue énormément au financement du système de santé – actuellement, le financement par la communauté des Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS) est évalué à plus de 50 % – la voix de cette même communauté n'est pas vraiment prise en compte et elle continue à recevoir des services de santé auxquels elle devrait formuler des suggestions fondées pour que la qualité de ceux-ci puisse s'améliorer. Ceci est reflété dans « La stratégie de Renforcement du Système de Santé » deuxième édition, publié en mars 2010 par le Ministère de la Santé Publique:

*« 41. A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, il s'est créé des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux administratifs supérieurs. Cette pratique s'est intensifiée à partir des années 1990, lorsque les centres de santé et hôpitaux ont été amenés à reverser 5-10% de leurs entrées financières aux bureaux centraux des zones de santé (BCZS) qui eux-mêmes devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central. Ces versements servent au fonctionnement des activités, mais également aux rémunérations des personnels à ces différents niveaux. Au fil des années ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions. »*

*« 48. L'une des idées centrales de la participation communautaire est que la population devrait avoir un mot à dire sur ce qu'on lui offre: on en est bien loin. Et pourtant, la population contribue pour près de 70% au financement des charges récurrentes du fonctionnement des certaines zones de santé. »*

La faible participation communautaire peut s'expliquer:

- **de la perspective de la communauté:** Les membres de la communauté sont pauvres et peu capacités ce qui les rend difficile à participer dans les cadres de concertation et à exiger leurs droits. Les membres de la communauté ne sont pas des professionnels de santé et beaucoup parmi eux ont un bas niveau d'études. Leur principale source d'information est l'infirmier titulaire du centre de santé. Une distorsion de l'information de ce dernier entraîne automatiquement une distorsion au niveau des activités des relais communautaires et donc de la population. Cette asymétrie d'information et de connaissances entre l'infirmier titulaire et les membres de la communauté rend les activités dépendantes de l'infirmier titulaire. Ce qui en découle est une asymétrie de pouvoir ne permettant plus aux membres de la communauté d'être un réel contrepouvoir. Les membres de la communauté ne sont pas capacités pour exercer leur rôle d'interface entre la communauté et le centre de santé. Ils se sont plutôt concentrés au rôle de prolongement communautaire du centre de santé, interrompant ainsi le cycle de rétroaction. Il n'y a pas de modules spécifiques de renforcement de compétences des membres de COSA (p.ex. une formation aux techniques d'animation). Ils ne reçoivent que des briefings en rapport avec les activités de masse qui sont organisées. Finalement, il faut remarquer que les relais communautaires sont des volontaires, qui offrent une partie de leur temps pour des activités communautaires sans recevoir une rémunération. Pourtant, actuellement il leur est demandé de réaliser des activités presque chaque jour. Certaines de ces activités nécessitent des ressources supplémentaires qui ne sont pas mises à leur disposition. Ainsi, leur faible position socio-économique est souvent une barrière à leur travail comme bénévole.

- **de la perspective des autorités de santé:** la participation communautaire est peu stimulée par les autorités. L'évaluation et le suivi de la participation communautaire dans le cadre du Système National de l'Information Sanitaire (SNIS) est basé sur des indicateurs de processus qui ne reflètent pas l'efficacité ni la qualité de cette participation communautaire (p.ex. le nombre des réunions tenues sur

le nombre des réunions prévues). D'ailleurs, les responsables des zones de santé ne font pas d'arrangements institutionnels permettant aux COSAS et aux relais communautaires d'avoir un pouvoir légal permettant de jouer pleinement le rôle de contrôle social. Même dans les documents de politique nationale de santé, d'ailleurs peu vulgarisés, les activités de participation communautaire sont peu décrites.

- **de la perspective des prestataires de santé:** les membres des COSA se réunissaient dans l'enceinte des structures de santé où ils sont supervisés par les prestataires ce qui peut accentuer l'autorité des prestataires. Le manque d'un cadre où ils peuvent se réunir fait qu'ils deviennent dépendants de la structure de santé d'une part et d'autre part, les membres de la communauté ne savent pas où se plaindre quand ils doivent formuler des remarques ou des suggestions à la structure de santé. On note aussi que les prestataires de soins ne se sentent pas dans l'obligation de redevabilité vis-à-vis de la population.

On remarque aussi que les communautés ciblées ont été exposées à plusieurs facteurs qui peuvent avoir affecté la confiance en leurs propres capacités. Il est clair que pendant l'époque du colonialisme, les populations ont souffert d'une crise d'identité et suite du traitement paternaliste des colonisateurs, leur estime de soi s'est affaiblie. Actuellement, l'influence de ce colonialisme est encore présente, physiquement comme des restants des infrastructures coloniales, mais aussi dans la société, parmi la génération des congolais qui ont vécu cette époque et qui portent leur histoire avec eux. Un autre facteur qui potentiellement a affecté la vie communautaire est la présence de plusieurs conflits dans la zone du projet. Quoiqu'être exposée aux conflits externes pourrait renforcer une communauté, le type de conflits où on utilise des infiltrés dans les communautés et où la communauté est la victime d'une guerre entre plusieurs groupes armés qui volent les communautés et les considèrent comme leur trophée de guerre, est plutôt estimé d'affaiblir la confiance et les relations entre les membres de ces communautés. Un exemple concret est la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre pour déshumaniser les femmes menant à la destruction de l'identité et du tissu social d'une société<sup>14</sup>.

Des autres facteurs qui ont potentiellement affecté l'estime de soi des communautés et de leurs membres comprennent des facteurs qui traitent les gens comme des récipiens passifs qui n'ont pas le droit ni la capacité de prendre des initiatives propres. On pense, entre autres, aux religions imposantes et aux initiatives d'aide externe qui traitent les gens d'une façon paternaliste.

Justification de ce projet

Ce projet-ci répond à ce manque avec son action centrale: « le renforcement de la participation communautaire aux régions rurales de la RDC ». Augmenter l'autonomie de la communauté, son identité et la perception de sa capacité est nécessaire pour obtenir une mobilisation de la population vers une meilleure santé. En plus, ce renforcement communautaire est primordial dans le développement et l'amélioration des différents déterminants de la santé: l'éducation, la prospérité socio-économique, la mobilité, etc. La participation communautaire étant un thème transversal, les actions de ce projet sont un soutien synergique incontournable pour la réussite des autres interventions qui se réalisent dans l'étendue ciblée aussi bien dans le domaine de santé que dans les autres domaines du développement, le CODEV étant une interface entre la communauté et les différents intervenants de développement. La réorganisation et la structuration des CODEV leur conféreront une force, une légitimité aussi bien dans les communautés qu'au sein des politiques. Il

---

<sup>14</sup> <https://deboutcongolaises.org/effets-pervers-de-violence-sexuelle-rdc-presentee-arme-de-guerre/>

s'agit en réalité d'une reconnaissance de la participation communautaire dans tout le processus de développement.

La formulation spécifique du projet est basée sur des données collectées pendant les missions réalisées par MMNAM et la CECCA 16 en 2014. Ces deux missions ont épinglé les problèmes suivants:

- **Du faible accès de la population aux services de santé** lié, entre autres, à une barrière financière conséquente de la pauvreté de la population. Cette pauvreté a été mise en évidence en estimant les dépenses globales moyennes par tête à 156\$ en 2009, légèrement inférieure à la moyenne nationale qui est environ 175\$ par tête par an.
- **Du taux de mortalité élevé avec une proportion non négligeable des décès survenus en dehors des structures de santé**, accentué par l'ignorance de la population sur les signes de danger. Le taux de mortalité infantile dans l'ensemble de la province est passé de 173 pour 1.000 Naissances Vivantes en 1995 à 143 en 2001 et ensuite à 89 en 2007. Celui de la mortalité maternelle est passé respectivement de 2.236 décès pour 100.000 Naissances Vivantes à 1.645 décès et ensuite à 677 décès, alors que la moyenne nationale est enregistrée pour 545 décès.
- **De la faible participation communautaire dans le processus de l'amélioration de l'état de santé des communautés** par manque de moyens et de compétences et des prestataires des soins qui ne se sentent pas dans l'obligation de redevabilité (accountability) vis-à-vis de la population. Comme conséquence, la population est absente dans la planification, dans l'exécution des activités communautaires et dans le processus de suivi-évaluation de ces dernières.

## Alignement avec la politique nationale

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo dispose d'une politique sanitaire nationale dont le but est de « *promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté* » (Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020).<sup>15</sup>

La RDC a ratifié la déclaration d'Alma Ata (septembre 1978) et a opté les soins de santé primaires comme politique nationale sanitaire, avec ses 8 composantes dont la participation communautaire. Dans la déclaration d'Alma Ata, les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilisé de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

La seconde conférence internationale sur la promotion de la santé qui s'est tenue en Australie, à Adélaïde, en avril 1988 a donné aux politiques de santé une nouvelle orientation en privilégiant la participation de la population, la coopération entre les divers secteurs de la société et les soins de santé primaires.

---

<sup>15</sup>[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/pnds\\_2016-2020\\_version\\_finale\\_29\\_avril\\_2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf)

Depuis juin 2006, la RDC a créé un cadre référentiel dans lequel sont menées des interventions synergiques visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Ce cadre, appelé Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)<sup>16</sup> est un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le MS. Il contribue à la réalisation des priorités nationales et des objectifs globaux et sous régionaux poursuivis par le pays, notamment la lutte contre la pauvreté et l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (ODD). Dans cette SRSS, 5 sous axes sont évoqués en ce qui concerne la revitalisation d'une ZS dont la participation communautaire.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015<sup>17</sup> propose trois pistes plausibles pour améliorer l'accès aux services de santé pour les plus démunis en comptant sur la participation communautaire et l'éducation sanitaire et la communication: l'achat des services, la gratuité des soins et les mutuelles de santé basé sur la solidarité des membres. Le programme d'actions de développement du gouvernement provincial 2013-2015 est conçu sur base de 4 piliers dont le troisième est relatif à l'accès aux services sociaux de base et du capital humain. Dans le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020<sup>15</sup>, le rôle essentiel joué par la communauté a de nouveau été accentué. Le document repose sur trois principaux axes stratégiques dont le premier axe est « *le développement des zones de santé* ». Un des deux résultats assignés à cet axe est notamment « *la proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs), le contrôle communautaire et le développement des zones de santé est augmentée de 50%.* »

La volonté du gouvernement à lutter contre la pauvreté s'est matérialisée en élaborant les documents stratégiques de la croissance et de la réduction de la pauvreté<sup>18</sup> (DSCR-1 pour la période de 2006 à 2010, DSCR-2 pour la période de 2011 à 2015) qui ont permis au pays de consolider la coopération bi- et multilatérale et de bénéficier de certaines facilités pour la réduction de la pauvreté et l'augmentation de la croissance. La production de ces documents s'est conformée au processus participatif et décentralisé de la nouvelle stratégie de lutte contre la pauvreté. Signalons également que le DSCR-2 est fondé sur 4 piliers dont le premier concerne le renforcement de la gouvernance et de la paix et le troisième l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et le renforcement du capital humain.

Le gouvernement congolais s'est résolument engagé à lutter contre la pauvreté depuis plusieurs décennies ce qui est reflété dans la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté du gouvernement. Le processus d'élaboration de cette stratégie a été conduit dans un cadre participatif, impliquant tous les acteurs au développement, y compris les organisations de la société civile, dans un esprit d'appropriation de la stratégie. Aussi, tous les partenaires techniques et financiers (PTF), les organisations de la société civile (OSC), les provinces à travers les ministères ayant la planification dans leurs attributions, ont été consultés à toutes les étapes. La promotion et le renforcement de la dynamique communautaire est un des fils conducteurs dans cette stratégie.

---

<sup>16</sup> [http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/2\\_StrategieDeRenforcementDuSystemeDeSante\\_SRSS\\_Juin2006.pdf](http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/2_StrategieDeRenforcementDuSystemeDeSante_SRSS_Juin2006.pdf)

<sup>17</sup> [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Democratic%20Republic%20of%20Congo/pnds\\_2011-2015.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Democratic%20Republic%20of%20Congo/pnds_2011-2015.pdf)

<sup>18</sup> [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/RDC\\_-\\_2011-2015\\_-\\_Document\\_de\\_strat%C3%A9gie\\_de\\_r%C3%A9duction\\_de\\_la\\_pauvret%C3%A9.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/RDC_-_2011-2015_-_Document_de_strat%C3%A9gie_de_r%C3%A9duction_de_la_pauvret%C3%A9.pdf)

## DESCRIPTION DU PROJET

### Résumé de l'action

Lieu de l'action	République Démocratique du Congo (RDC), District Sanitaire (DS) du Haut-Uélé Ouest, Zones de Santé (ZS) de Boma-Mangbetu, Wamba, Isiro, Watsa, Faradje, Niangara, Rungu, Gombari et Pawa
Durée de l'action	Le projet ayant une durée de 42 mois, il a été amorcé le 1er mars 2015
Objectifs de l'action	<u>Objectif global</u> : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population  <u>Objectif spécifique</u> : Amélioration de la qualité de la participation communautaire dans les activités des Soins de Santé Primaires
Groupes cibles (qui bénéficieront directement de l'action au niveau de l'objectif de cette dernière)	Les 8 CODEV des 8 ZS appuyées avec leurs CODEV au niveau des aires de santé
Bénéficiaires finaux (qui tireront un profit à long terme de l'action au niveau de la société ou du secteur au sens large)	190.618 femmes en âge de procréer et les 210.683 enfants de moins de 5 ans
Résultats estimés	Les comités de développement (CODEV) de 8 ZS du DS de Haut-Uélé sont renforcés et structurés  Un cadre de concertation entre le pouvoir public, les prestataires des soins et la population est mis en place et renforcé en vue d'améliorer la qualité des services de santé  (Un édit parlementaire provincial est soumis à l'adoption pour la prise en charge des vulnérables en ce qui concerne l'accès aux services de santé) *
Activités principales	- Renforcer et Structurer les CODEV de 8 ZS  - Faire des enquêtes de satisfaction des services de santé et stimuler la participation des CODEV aux cadres de concertation du ministère de la santé  (- Mettre en place un CODEV provincial, plaider pour obtenir la promulgation d'une loi favorable pour l'accès des vulnérables aux services de santé et vulgariser celle-ci.)*

\* Ces éléments font partie du projet mais ne seront pas traités dans cette capitalisation

## Cadre théorique

Trois éléments clés dans l'approche communautaire ont guidé le développement de ce projet.

**La Concertation** est un moyen qui permet l'analyse, la réflexion, les choix, les décisions et les interventions les plus pertinents par rapport aux attentes de la communauté. Dans une vision de la santé considérée comme un concept dynamique basé sur des interactions complexes, il n'apparaît ni pertinent, ni réaliste, de se lancer isolément, que ce soit comme individu, comme organisme ou même comme réseau, à l'assaut des grands défis contemporains de la promotion de la santé. La concertation va chercher à impliquer l'ensemble des acteurs de la communauté en organisant la participation effective et concrète de la population à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration de stratégies de planification qui permettront à la communauté d'atteindre un meilleur bien-être.

**Le partenariat intersectoriel** permet une action globale et adaptée à la complexité des réalités. L'idéal est de réunir des partenaires de secteurs différents pour agir. L'intégration horizontale de la préoccupation santé à l'intérieur des vocations d'autres secteurs de la vie sociale ou économique, en santé communautaire par exemple, est un plus. Le caractère intersectoriel permet une action plus globale et donc plus adaptée aux réalités du problème.

**Le réseautage provincial des CODEV en créant un CODEV provincial qui en assure la coordination.** Le but est de créer un dispositif de partage des ressources et de recherche des solutions. Il est considéré comme un « assemblage non structuré d'acteurs libres », entretenant entre eux une communication forte ; il met en communication ces acteurs, les renforçant l'un à l'autre et créant entre eux une complicité grâce à laquelle ils se sentent beaucoup plus forts qu'isolés.

## Objectifs de l'action

L'objectif spécifique du projet est l'amélioration de la qualité de la participation communautaire dans les activités des soins de santé primaires, afin d'atteindre l'objectif général: l'amélioration de l'état de santé de la population. De manière générale, la participation communautaire s'organise autour d'une aire de santé donnée avec le concours de la population qui y vit. Elle choisit ses représentants pour les différents niveaux de prise de décision bénéfique à la communauté. Cette idée est très encourageante parce que ces organisations réunissent des personnes qui vivent ensemble et qui partagent le même environnement. En suivant le même principe, les différents CODEV des aires de santé se réunissent et choisissent leurs représentants qui forment le CODEV au niveau de la zone de santé. Au niveau provincial le projet envisage de mettre en place un CODEV provincial qui puisse agir en faveur de tous les CODEV et qui puisse faire le plaidoyer à ce niveau en ce qui concerne la planification des activités et les avantages des organes de la participation communautaire.

Avec le renforcement de la participation communautaire, le projet compte contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de 8 ZS du DS de Haut-Uélé en obtenant les résultats suivants:

- L'Amélioration de la couverture sanitaire au niveau préventif et promotionnel
- L'Amélioration de la couverture curative basée sur une augmentation de l'accès, une adaptation des soins centrés sur les patients et une stimulation de la population pour fréquenter les structures.
- L'implémentation d'un acteur fonctionnel intermédiaire, appelé CODEV, entre soignants et soignés, afin d'améliorer la relation entre ces deux groupes. Cet acteur intermédiaire constituera une source d'information importante pour la population, sur les compétences des prestataires et la qualité des services de santé, à travers le mécanisme de redevabilité. En plus, cet acteur intermédiaire facilitera l'accès aux structures de santé et diffusera l'information sanitaire à la population.

## Description de l'action

Le projet ciblait les 8 zones du District Sanitaire de Haut-Uélé Ouest dans la Province Orientale de la République Démocratique du Congo (RDC): Boma-Mangbetu, Wamba, Isiro, Dungu, Niangara, Rungu, Doruma et Pawa (cf. Figure 3). Au cours du projet, une neuvième zone a été ajoutée: la ZS de Gombari (dans cette ZS, l'action s'est limitée à la construction et l'équipement d'un bureau pour le CODEV). Le projet s'est déroulé sur une période de 42 mois à partir du premier mars 2015. Le projet s'est focalisé sur les 135 comités de santé (COSA) ou plutôt, les 135 comités de développement (CODEV) du territoire cible (les bénéficiaires directs), afin d'améliorer la santé de toute la population résidente et en particulier: les 190.618 femmes en âge de procréer et les 210.683 enfants de moins de 5 ans. Le personnel des structures des soins et les autorités politico-sanitaires (les ECZ et la DPS) ont également été impliqués dans ce projet, bien que le focus fût clairement sur la communauté. Afin d'atteindre ses objectifs, le projet proposait trois résultats principaux desquels cette capitalisation se focalise sur les deux premiers: 1) le renforcement et la structuration des CODEV de ces 8 ZS ; et 2) la mise en place d'un cadre de concertation entre le pouvoir public, les prestataires des soins et la population en vue d'améliorer la qualité des services de santé, plus spécifiquement, en utilisant des enquêtes de satisfaction. La troisième activité comprend la mise en place d'un CODEV provincial et le plaidoyer pour obtenir la promulgation d'une loi favorable pour l'accès des vulnérables aux services de santé et la vulgarisation de celle-ci. Les activités sont schématisées dans le cadre logique à la fin de ce document (annexe 1).

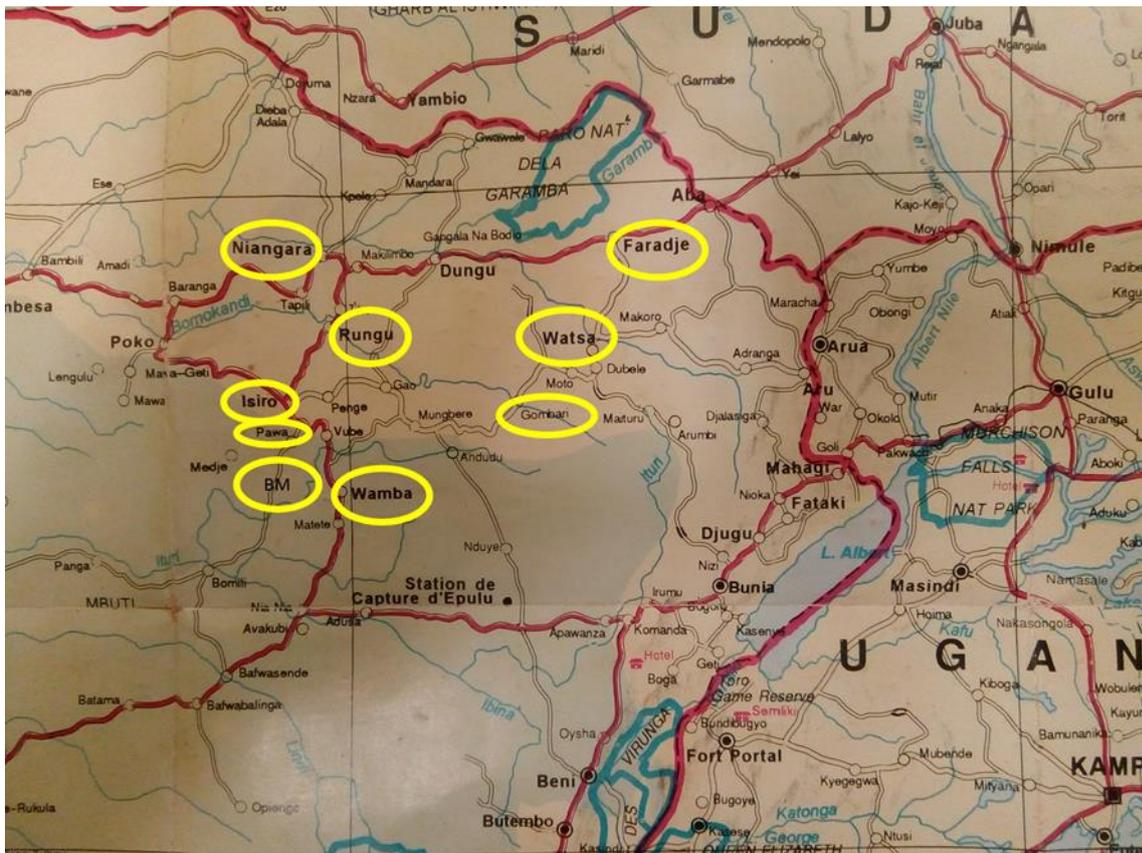


Figure 3: La province de Haut-Uélé avec les territoires du projet encerclés en jaune.

Le renforcement et la structuration des CODEV correspondent à la transformation des comités de santé (COSA) en comités de développement (CODEV). Un premier élément de cette structuration est

l'organisation d'une élection des membres du CODEV par la communauté. Afin de renforcer les capacités des membres élus, ils bénéficieront d'une formation sur les techniques d'animation pour les préparer à gérer des réunions communautaires et de sensibiliser les populations.

Un deuxième élément de la structuration est la construction des bureaux de CODEV: des bureaux construits sur des terrains cédés par les autorités locales et la dotation des mobiliers nécessaires (comme des chaises, des tables, etc.). Basés sur une architecture modeste, les bureaux peuvent être construits avec des matériaux disponibles localement et n'exigent pas des moyens avancés pour leur maintenance. Actuellement les CODEV ne disposent pas d'espace pour pouvoir conserver leurs documents et pour pouvoir travailler. Les documents des communautés sont généralement conservés à tort dans les structures de santé de leur ressort. Rendre disponibles des bureaux pour les CODEV constitue une action qui renforce les CODEV et les considère comme des organisations indépendantes des structures de santé dans leur fonctionnement. Les bureaux qui sont construits pour les CODEV sont modestes, comprenant des dimensions ne dépassant pas 50 m<sup>2</sup> (10 m de long et 5 m de large), sans compartiment et pouvant servir également à rassembler les membres pour une réunion ou une rencontre. C'est également dans ces bureaux que les membres de la population peuvent déposer les plaintes, les suggestions ou les messages d'encouragement qu'ils ont à faire aux prestataires des soins. Le but est de créer un siège comme lieu de rencontre qui les permet de fonctionner indépendamment des structures de santé et plus proches de la population.

Le renforcement des CODEV comprend aussi des activités plus spécifiques comme la réalisation des autopsies verbales, la réalisation des enquêtes de satisfaction et la mise en place d'un cadre de concertation (deuxième activité principale), et l'aménagement des points d'eau. On décrit ces activités spécifiques en plus de détails:

**Réalisation des autopsies verbales (AV):** En cas de décès dans la communauté (compris les structures de santé), un membre du CODEV (le RECO) est supposé visiter les proches du décédé afin d'obtenir de l'information sur le décès et de donner un message de prévention à la famille. Le but est de reconstruire l'histoire de la maladie (compris l'itinéraire des soins qui avait été pris par le malade), d'élucider les raisons du décès et de classer le décès (décès maternel, décès infantile ou autre). Le message de prévention est basé sur l'information recueillie et a comme but de prévenir une occurrence similaire.

Dans une deuxième étape, toute l'information recueillie est compilée et analysée afin d'apprendre les causes majeures et la localisation des décès (aux structures de santé, à domicile, l'espace publique...). Le but de cette analyse est d'orienter des séances de promotion de santé en fonction des problèmes qui seront relevés dans les résultats des autopsies verbales d'une façon systématique. En addition, l'information obtenue servira au renforcement de la position des RECOs qui maintenant détiennent de l'information essentielle et supplémentaire à l'information détenue par les autorités de santé.

**La mise en place d'un cadre de concertation entre le pouvoir public, les prestataires des soins et la population en vue d'améliorer la qualité des services de santé.** Des enquêtes semestrielles de satisfaction sont organisées auprès des utilisateurs des services publics de santé primaire dont les résultats servent à alimenter un cadre de rencontre semestrielle locale entre le pouvoir public, les prestataires (les IT aux centres de santé) et la population. Ensuite, des membres des CODEV participent aux cadres de concertation du secteur sanitaire (p.ex. le conseil de gestion, le conseil d'administration des ZS et la revue provinciale annuelle) pendant lesquels les prestataires sont confrontés aux desiderata de la population. Le but est de renforcer la population dans la revendication de leurs droits,

d'augmenter l'accès financier et d'améliorer la qualité des soins en tenant compte de la demande de la communauté.

**L'aménagement des points d'eau avec un apport local non négligeable de la population.** Cette activité envisage de protéger des points d'eau afin de garantir l'accès à l'eau courante. La communauté contribue dans la construction de la source avec des moyens comme le gravier et le sable, la main d'œuvre et l'accommodation pour le technicien.

**Un édit parlementaire provincial est soumis à l'adoption pour la prise en charge des vulnérables en ce qui concerne l'accès aux services de santé.** Cette activité ne fait pas partie du focus de la capitalisation, mais comme c'est une activité importante du projet, on en donne une description succincte. Cette activité est basée sur trois sous-activités. D'abord, le but est d'organiser un CODEV provincial: les différents CODEV des zones de santé choisissent leurs représentants qui forment le CODEV au niveau provincial. Ce CODEV provincial devrait agir en faveur de tous les CODEV et faire le plaidoyer à ce niveau en ce qui concerne la planification des activités et les avantages des organes de la participation communautaire. Une des activités de ce CODEV provincial est de faire une proposition de loi qui sera soumise aux membres de la communauté de manière à obtenir au moins 1.000 signatures des personnes différentes. Ensuite, elle sera soumise au parlement provincial pour son adoption.

Une fois adoptée au niveau du parlement, le CODEV provincial fera le suivi auprès des autorités compétentes à la matière jusqu'à sa promulgation. Cette loi promulguée sera vulgarisée pour que la population puisse en être informée. Les masses média locales seront exploitées à cet effet. La vulgarisation de la loi se fera aussi de bouche à l'oreille, en exploitant les opportunités énumérées ci-haut concernant la sensibilisation de la population sur les causes de mort à domicile.

## IMPLEMENTATION

Dans ce chapitre, on discutera du processus d'implémentation et des résultats (directs) obtenus par les actions. Le but est de décrire les démarches prises et de présenter les solutions qu'on a trouvées pour dépasser les obstacles qui se sont présentés pendant l'implémentation des actions. Après quelques thèmes transversaux comme les acteurs, le planning et la préparation, on discutera de l'implémentation des activités spécifiques avec leurs résultats. Certains indicateurs du projet sont aussi formulés dans l'annexe 1 ou le cadre logique du projet.

### Acteurs

Les acteurs principaux qui jouent un rôle direct et opérationnel dans les activités sont:

**Les membres des CODEV** sont les acteurs principaux chargés de la mise en œuvre des activités programmées dans le cadre de cette action. Toutes les activités tournent autour des CODEV ce qu'il les met au centre de l'action. Les CODEV sont des organes de participation communautaire reconnus comme tels. Le projet promeut une collaboration étroite avec le personnel des structures des soins et les autorités politico-sanitaires.

**Les cadres de la DPS de Haut-Uélé Ouest** ont joué un rôle essentiel dans la formation des membres des CODEV.

**Les prestataires des soins (les IT):** partenaires incontournables de la population et responsables de sa prise en charge en cas de maladie ou au moment de réalisation des activités préventives et promotionnelles. Ils sont des conseillers de la population en matière sanitaire.

**Les autorités locales** procédaient à l'arbitrage lors des rencontres entre les prestataires des soins et les membres des CODEV.

Les acteurs principaux qui jouent un rôle dans la coordination du projet:

**MMNAM** (le demandeur principal ou le responsable principal): Une ONG active en RDC qui appui les districts sanitaires d'une façon intégral et mettant l'accent sur le renforcement des soins de santé primaires. Entre autres, cette ONG a appuyé un projet pour la mise en place des mutuelles de santé et leur réseautage au niveau des provinces de Kinshasa, de l'Equateur et du Bas-Congo. Les membres de l'équipe qui soutenaient le projet d'une façon directe étaient le chef du projet qui est médecin, expert en santé publique et représentant national de MMNAM et une administratrice qui a soutenu l'équipe de CECCA16 et la gestion administrative du projet. MMNAM assurait l'appui technique et gestionnaire de cette action et faisait l'accompagnement de la CECCA 16 sur le terrain. MMNAM a réalisé des missions courtes sur le projet soit pour intervenir dans les formations des formateurs, soit pour accompagner la CECCA 16 pour donner une assistance technique et gestionnaire aux CODEV.

**La Communauté Evangélique du Christ au Cœur d'Afrique** (CECCA 16) (codemandeur) est présente, dans le district depuis plus de 20 ans et dispose d'un réseau de structures sanitaires qui est bien développé et qui est sous la direction d'un bureau de coordination. La CECCA 16 était responsable de la mise en œuvre de l'action sur le terrain. Elle travaillait en étroite collaboration avec les CODEV et les autorités politico-sanitaires locales. La CECCA 16 a organisé des supervisions régulières des CODEV et basé sur des observations et en communication avec les CODEV, ils ont formulé des recommandations pratiques. L'équipe de la CECCA16 comprenait un coordonnateur de terrain, un animateur et une secrétaire caissière. Le coordonnateur du terrain était responsable de la mise en œuvre technique du projet: il veillait à la réalisation correcte de l'ensemble des activités du projet et de l'accompagnement

technique des CODEV et des prestataires des soins. L'animateur a fait l'animation des CODEV: il était plus proche de ceux-ci et les accompagnait de manière régulière. La secrétaire caissier était responsable de la gestion financière, administrative et matérielle du projet. Elle réalisait les dépenses du terrain, tenait les journaux de caisse et présentait la comptabilité sommaire à MMNAM.

## Planning des activités

L'action comme définie dans le cadre logique a commencé par les formations au niveau de la DPS et la CECCA 16 par MMNAM. Ensuite les activités ont été organisées en deux vagues de missions de terrain par la CECCA 16 dans l'ensemble des 8 Zones de Santé et les 135 aires des santé appuyés. Au mois de mai 2015, dans les ZS de Faradje, Watsa, Rungu et Niangara et au mois d'août 2015, dans les 4 autres ZS: Pawa, Boma Mangbetu, Wamba et Isiro. Pendant ces missions de terrain, la CECCA 16 a réalisé d'abord l'organisation des élections et ensuite la formation des membres nouvellement élus, soutenu par des membres de la DPS. Pendant que les superviseurs techniques de la CECCA 16 animaient les sessions de formation, ils négociaient avec les autorités locales les terrains dans lesquels les bureaux des CODEV devraient être construits. La construction des bureaux s'est initiée bientôt après ces premières missions et s'est terminée dans les mois qui suivaient dans la plupart des ZS. Le développement du cadre de concertation entre le pouvoir public, les prestataires et la population, et le plaidoyer au niveau du parlement provincial pour l'accès des vulnérables aux services de santé interviendront au cours des deux dernières années. La troisième année permettra de consolider les acquis du projet et de les documenter pour l'expérience pour sa réplication aux autres régions.

## Phase de préparation du projet

MMNAM a organisé plusieurs rencontres avec les professionnels de santé des structures sanitaires de la Province du Haut-Uélé. Elles ont permis de circonscrire le problème de la participation communautaire (cf. plus haut sous « *rational du projet* »). Les contacts ont été également pris avec la Division Provinciale de la Santé (DPS) pour se mettre en accord au sujet des activités et de s'assurer que les activités s'alignaient bien avec le plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) de 2011-2015.

Avant le démarrage des activités, on a voulu comprendre la situation existante par rapport aux CODEV. Il s'agissait de faire un état des lieux sur le fonctionnement des 8 CODEV ciblés en relevant leurs forces et leurs faiblesses. Avec l'accompagnement technique de MMNAM et de la CECCA16 les membres des CODEV ont fait un exercice sous forme de brainstorming afin de comprendre leur situation du moment (Baseline).

## Implémentation des activités spécifiques

Réhabiliter et/ou construire les bureaux des CODEV

### *Processus*

En communication avec les autorités locales, des terrains ont été cédés pour la construction des bureaux. Le plaidoyer a été fait au niveau des autorités locales pour leur expliquer le bien fondé d'avoir un bureau qui servira pour les activités communautaires, un bâtiment qui sera construit en plein village, séparé de la structure de santé. MMNAM et la CECCA 16 ont pris la responsabilité dans le processus d'attribution du marché relatif aux travaux de construction de ces bureaux. Un appel d'offre a été lancé. Les membres des CODEV, les cadres du Ministère de la santé et les autorités locales

faisaient partie de la commission d'analyse des offres. En général, la construction de ces bureaux s'est passée sans problèmes.

Une fois que les bureaux étaient construits, les équipes de MMNAM et la CECCA 16 ont stimulé les CODEV dans l'appropriation de leur salle. Le processus d'appropriation n'était pas facile, car c'était plutôt l'ECZ qui s'est approprié de la salle dans plusieurs zones de santé. Parfois les bureaux étaient gérés par les ECZ plutôt que par les CODEV (p.ex. ZS Isiro: la clé était gardée par la DPS). Il sied de signaler que dans la majorité des cas les ECZS ne disposent pas d'assez d'infrastructures et les quelques-unes dont elles disposent se trouvent dans un mauvais état. Néanmoins, cette appropriation s'est améliorée au cours du déroulement du projet, grâce au coaching par l'équipe de CECCA 16. Les CODEV y réussissent d'organiser des réunions trimestrielles par zone de santé, malgré le contexte difficile.

### *Résultats*

Des bureaux ont été construits dans 9 zones de santé (inclus dans la ZS de Gombari, une zone qui a été ajoutée pendant le projet). Pendant des visites, on a rencontré des bureaux propres et bien maintenus. A certains endroits, les CODEV ont réussi à équiper davantage la salle (p.ex. à Watsa & Rungu, on a installé de l'électricité). Dans certaines ZS, les bureaux des CODEV servent à abriter également diverses réunions et rencontres organisées par les ECZ: conseils d'administration auxquels participent également les autorités politico-administratives locales et celles sanitaires de la province, les réunions mensuelles de monitoring des activités sanitaires regroupant les infirmiers titulaires des structures de santé, les réunions de conseil de gestion des Zones de Santé, les sessions de formation de la ZS, etc.

L'appropriation des bureaux s'est améliorée au cours du projet. Les ECZ ont de plus en plus reconnu le CODEV et les bureaux comme leur propriété (p.ex. A Isiro, la clé est maintenant gardée par le CODEV au lieu de la DPS. A plusieurs endroits, le CODEV a réussi de faire louer la salle à l'ECZ ou aux autres groupes).

Procéder aux élections de nouveaux membres des CODEV

### *Processus*

Les élections étaient organisées en commençant par les CODEV des zones de santé. Les membres nouvellement élus de ces derniers ont élu les membres des CODEV des aires de santé. Les autorités locales et les IT ont été consultés pour gagner leur avis par rapport à l'organisation des élections. Les critères et les profils des candidats étaient définis en fonction de chaque poste à pourvoir (p.ex. savoir lire & écrire en français, être de bonne moralité, avoir l'esprit de bénévolat, etc.). Finalement, c'étaient les membres de la communauté qui ont pu voter pour les candidats. Les femmes ont été encouragées à postuler dans les élections des membres des comités directeurs des CODEV et au moins un poste par CODEV zonal était réservé pour une femme. En général, les élections se sont passées sans grands soucis. La majorité des membres élus étaient des membres anciens des COSA.

Cette activité a été organisée en deux vagues suivant les missions de terrain réalisées dans l'ensemble des 8 Zones de Santé appuyée. Au mois de mai 2015, dans les ZS de Faradje, Watsa, Rungu et Niangara et au mois d'août 2015, dans les 4 autres ZS: Pawa, Boma Mangbetu, Wamba et Isiro. L'équipe de la CECCA 16 a finalisé les élections dans les 8 ZS et 134 aires qui ont été toutes visitées, à l'exception de l'AS d'AKUA de la ZS de Faradje à cause de l'insécurité causée par la présence des rebelles ougandais de la LRA.

### Résultats

Les 134 CODEV concernés comprennent 2.920 membres élus d'une façon démocratique, avec une moyenne de près de 22 membres par CODEV. Parmi ces membres, 810 (28 %) sont dans les comités directeurs dont 197 femmes (24 %). Il y a près de 6 membres en moyenne par comité directeur.

Un point faible des élections était le manque d'inclusion des minorités. Des groupes indigènes comme les pygmées étaient très peu représentés. En plus, la majorité des membres élus étaient des anciens membres de la communauté de santé (COSA) qui ont renouvelé leur mandat.

Former les membres des CODEV en techniques d'animation et en autopsie verbale des décès.

### Processus

L'objectif de cette action était de former les membres des CODEV nouvellement élus (N= 2920) sur des techniques d'animation et sur les autopsies verbales des décès, afin qu'ils puissent être capables d'assurer des séances de communication avec les membres de la communauté d'une part, et d'autre part de collecter les informations au sujet des décès survenant dans les communautés et dans les structures de santé.

Pour former un tel grand nombre de personnes sur une nouvelle matière qui n'est pas maîtrisée par des autres, on a choisi d'utiliser la formule de « former des formateurs » (« train-the-trainers »). En plus, une prime a été prévue pour les facilitateurs et les participants aux sessions de formation. Dans une première vague MMNAM s'est chargé de former des formateurs parmi les cadres de la CECCA 16 et de la DPS de Haut-Uélé. Au total 48 cadres ont bénéficié de cette formation dont 38 de la CECCA 16 et 10 de la DPS, alors qu'il a été initialement prévu d'en former que 10 cadres pour les deux structures. La liste des cadres du Ministère de la Santé qui devraient être formés a été définie entre Medicus Mundi, CECCA 16 et la DPS. La méthodologie éducationnelle appliquée a été andragogique, sans exposés magistraux et avec beaucoup d'exercices pratiques. La dynamique a été telle que les participants eux-mêmes ont été mis à la découverte de la matière et à sa suite. Ensuite, la deuxième vague des formations a été animée par les formateurs formés et dans les Zones de Santé ciblées. Au cours du mois de mai 2015, les formations ont été animées dans les Zones de Santé de Faradje, Watsa, Rungu et Niangara par deux superviseurs techniques de la CECCA 16 (un superviseur pour deux ZS) épaulés par les responsables de la mobilisation sociale de chacune de ces 4 ZS. Pour les formations des ZS de Niangara et Rungu, un cadre du réseau de la CECCA 16 affecté à la Zone de Santé de Vedana y a été également associé. Notons que seule l'aire de santé AKUA de la ZS de Faradje n'a pas pu bénéficier de la formation parce que les formateurs ne pouvaient pas atteindre cette aire de santé à cause de l'insécurité causée par la présence des rebelles ougandais de la LRA. Néanmoins, l'infirmier de cette aire de santé a pu suivre cette formation dans une autre aire de santé. Au cours du mois d'août 2015, les formations se sont poursuivies dans les 4 autres Zones de Santé: Pawa, Boma Mangbetu, Wamba et Isiro. Au cours des sessions de formation, nous avons noté une bonne appréciation par les bénéficiaires à travers leur participation active et leur intérêt. En plus, les membres des CODEV estimaient les formations pertinentes et bien organisées et l'implication des autorités sanitaires a montré à la population que la DPS reconnaît ces formations.

Une dernière formation, organisée et animée par le représentant national de MMNAM, a abordé les thèmes sur les interventions à base communautaire et le plaidoyer basé sur les problèmes identifiés par les activités du projet (le taux élevé des décès à domicile, les causes les plus fréquentes des décès, la faible qualité d'accueil aux CS, la tarification élevée aux CS). Comme les formations ultérieures, celle-ci a également connu une méthodologie participative avec des exercices pratiques. Le niveau

d'assimilation de la matière par les participants a été testé avant et après la formation et a montré que les thèmes enseignés lors de la formation étaient connus parmi les participants mais la formation a consisté à fixer et à systématiser leurs connaissances.

### *Résultats*

Le bilan final des formations se résume comme suit:

- 48 cadres ont été formés comme formateurs, dont 38 de la CECCA 16 et 10 de la DPS
- Les membres des 134 CODEV ont été formés, à l'exception de ceux du CODEV de l'aire de santé AKUA de la Zone de Santé de Faradje. Ainsi donc, 2.899 membres des CODEV ont été formés sur les 2.920, soit 99 %. Parmi les membres des CODEV formés, il y a eu 498 femmes, soit 17 %.
- 46 acteurs clés (2 membres par CODEV, 1 animateur communautaire par ZS, 14 cadres de la CECCA 16 et 9 cadres des autorités de santé) ont été formés sur les interventions à base communautaire et le plaidoyer. Parmi les 46 participants, il y avait 12 femmes (26 % des participants).

Le projet a introduit l'idée d'échanger de la connaissance parmi les membres des CODEV d'une façon participative. Néanmoins, plusieurs membres mentionnent qu'ils ne se sentent pas encore suffisamment capables d'organiser un tel échange entre eux-mêmes.

Réaliser les autopsies verbales des décès survenus dans les communautés et en faire l'analyse.

### *Processus*

L'objectif des AV est de collecter de l'information sur les décès qui se sont produits dans la communauté et d'en faire l'analyse afin d'orienter la promotion de santé par la communauté. En plus, pendant les visites des familles, les RECOS communiquent un message de prévention basé sur la cause et les circonstances du décès.

Après être formés, les membres des CODEV reconnaissent posséder la connaissance nécessaire pour réaliser les AV et la sensibilisation. Typiquement, les AV étaient organisées de la manière suivante: après qu'un décès s'est produit, un des membres du CODEV était informé par d'autres membres de la communauté. Généralement, on respectait une période de 2 mois après le décès pour ne pas déranger la famille dans leur première phase de deuil. L'entretien avec la famille était basé sur des questions décrites dans un canevas. Le RECO était supposé remplir ce canevas avec l'information obtenue de la famille du décédé. Après avoir rempli le canevas, le RECO donnait un message de prévention qui était pertinent par rapport aux circonstances du décès (p.ex. l'utilisation d'une moustiquaire si le patient souffrait du paludisme). Pour l'analyse de l'ensemble des décès, tous les canevas étaient collectionnés et les données étaient introduites par l'équipe de la CECCA 16 dans un logiciel fait en Excel, préparé par l'équipe de MMNAM. L'analyse même était faite par l'équipe de MMNAM au début et ensuite déléguée progressivement à l'équipe de la CECCA 16. Les résultats de l'analyse étaient partagés avec les CODEV par l'équipe de la CECCA 16. Les CODEV des aires de santé qui avaient réalisé des AV recevaient des primes mensuelles de performance de 10 USD (un type de compensation pour les coûts de transport, le temps investi etc.).

Comme les aires de santé se trouvent à une position très éloignée, la distribution des canevas des AV aux aires de santé n'aurait pas été possible en utilisant les moyens de transport du projet. Pour cette raison, les canevas ont été distribués en utilisant la hiérarchie fonctionnelle du système de santé. D'abord, les canevas ont été distribués aux différentes ECZ pendant des réunions mensuelles à Isiro. Ensuite, les animateurs communautaires des ECZ respectives les distribuaient parmi les IT des

différentes aires de santé pendant de réunions zonales de SNIS. Finalement, les IT les distribuèrent aux membres des CODEV par aire de santé. Pour la collecte des résultats, le même système a été utilisé, mais dans l'autre direction. Utiliser le système de santé de cette manière était la seule solution réaliste et a bien fonctionné, malgré quelques irrégularités.

L'implémentation des AV a connu des difficultés, surtout au début du programme. Des raisons pour ces difficultés étaient multiples.

Au début, la population avait des difficultés pour accepter les AV. Il y avait une méfiance parmi la population qu'il s'agissait d'un contrôle du gouvernement. Au cours du projet, l'attitude de la population a changé ce qui était probablement dû à la sensibilisation par les RECOS. Parmi la population, cette sensibilisation a renforcé l'idée que c'est une honte de ne pas avoir été parti aux structures de santé avec un malade.

La distribution des canevas a connu des problèmes également. Surtout au début quand l'animateur communautaire de l'ECZ ne recevait pas de prime, les CODEV ont réclamé le manque des canevas à cause des ruptures. L'introduction des primes mensuelles de \$20 pour les animateurs communautaires les a motivés à faire une meilleure supervision de la distribution et collecte des canevas, ce qui a probablement contribué à un meilleur rapportage. Des autres facteurs qui ont contribué aux ruptures comprenaient une panne de la photocopieuse et la difficulté d'estimer le nombre de canevas nécessaire pendant la période de trois mois.

La première version du canevas des AV était assez longue et seulement disponible en français ce qui a intimidé les RECOS. Pour cette raison, on a réduit le nombre des questions en collaboration avec les cadres du ministère de santé et on a traduit le canevas en langue locale ce qui a facilité le travail des RECOS.

Une irrégularité concernait la distribution des primes de performance de 10USD prévus pour les CODEV d'aire de santé qui avaient réalisé des AV était dû au fait qu'au début du projet, la distribution des primes était faite à travers des IT. Les membres des CODEV se méfiaient des bonnes intentions des IT et pour cette raison, l'équipe de coordination avait décidé de distribuer les primes par les présidents des CODEV zonaux, ce qui a été mieux accepté par les membres des CODEV.

L'animateur communautaire, membre de l'ECZ, était supposé accompagner les CODEV au cours des réunions dans lesquelles ils envisageaient de discuter les AV pour les aider à interpréter les données. Malgré une formation, les AC n'étaient pas capables de donner le soutien approprié pour une telle analyse de base. Pour cette raison, les coordinateurs du projet ont décidé que les analyses soient faites par l'équipe de MMNAM et celle de la CECCA 16. Les CODEV ont été informés des résultats de ces analyses à travers l'équipe de CECCA16.

L'analyse des données récoltées a été faite par MMNAM et CECCA 16 (cf. annexe 3). Il y aurait été utile de comparer ces données avec les données disponibles dans les rapports du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Pour des raisons pratiques, ceci n'a pas été possible.

### Résultats:

Le rapportage des AV s'est significativement amélioré au cours du projet de 39% des rapports attendus<sup>19</sup> en 2015, à 69 % en 2016, à 69 % en avril 2018, ce qui a donné un total de 7.264 AV récoltées à la fin du mois d'avril 2018 (cf. Tableau 1).

Période	Structure de santé		Domicile		Route		Eglise ou Guérisseur		Autres		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nombre
2014-2015	338	52%	260	40%	32	5%	10	2%	6	1%	646
2016	1.498	51%	1.247	42%	98	3%	49	2%	72	2%	2.964
2017	1.584	59%	877	33%	112	4%	43	2%	71	3%	2.687
Juin 2018	534	55%	338	35%	62	6%	14	1%	19	2%	967
Total	3.954	54%	2.722	37%	304	4%	116	2%	168	2%	7.264

Tableau 1: le nombre d'AV par an et par endroit où le décès s'est produit

Les données récoltées par les RECOS ont contribué à une meilleure compréhension du taux de mortalité et inclut de l'information sur des caractéristiques démographiques, le lieu et la cause des décès. Malgré qu'il s'agisse d'une estimation, l'information récoltée par les CODEV est plus complète que l'information récoltée par le système de santé dans la mesure où cette dernière ne tient pas compte des décès qui se sont produits en dehors des structures de santé. En plus, les AV donnent de l'information additionnelle comme la distribution géographique selon les aires de santé et une description des circonstances du décès.

Sensibiliser la population sur les problèmes de santé responsables des décès dans les communautés et dans les structures de santé.

### Processus

Pendant les visites des AV, les RECOS étaient supposés communiquer un message de prévention à la famille de la personne décédée. Ces messages de sensibilisation étaient composés pendant les réunions de CODEV au cours desquelles les rapports des AV étaient présentés. Basé sur les résultats de ces rapports, on a conçu les messages de sensibilisation. L'ensemble des messages qu'ils ont fait à la population consistait à les encourager de consulter les structures de santé et ils se résument en gros comme suit:

- Consulter directement l'hôpital en cas des maladies graves
- Il ne faut pas trainer avec les malades à la maison
- Importance de suivre les CPN pour les femmes enceintes et les CPS pour les enfants
- Amener les malades à temps dans les structures de santé pour une meilleure prise en charge
- Il faut s'occuper des personnes vieilles et ne pas les laisser seules
- Que les enfants ne prennent pas de l'alcool et du tabac et que les adultes les prennent mais pas en excès.

### Résultats

La sensibilisation a été faite à 10.545 personnes (dont 6.341 femmes, soit 60 %), un total depuis le début de cette activité jusqu'en fin avril 2018.

<sup>19</sup> « Les rapports attendus » sont basé sur la référence de 1 décès par mois par aire de santé.

Appuyer la population dans les travaux d'aménagement des points d'eau.

### *Processus*

Dans un premier temps, l'équipe de la CECCA 16 a fait un état des lieux concernant les points d'eau dans les 8 Zones de Santé appuyées, soutenu par l'équipe de MMNAM et avec l'apport des chefs de villages et les IT. Le but était de sélectionner les points d'eau adéquats à transformer dans une source protégée. Les critères suivants servaient à faire une cotation des points d'eau:

- Le point d'eau ayant un débit adéquat
- Existence d'une activité humaine autour du point d'eau: les activités humaines réalisées autour ou aux environs du point d'eau font que l'eau soit contaminée
- La possibilité de réunir l'apport local pour obtenir le sable, le gravier, etc.
- L'existence d'un comité de gestion de point d'eau existant qui est responsable pour la maintenance.

En fonction de ces critères, 124 points d'eau ont été sélectionnés pour être réhabilités avec l'apport local de la population. Ce nombre a été augmenté à 184 d'abord et ensuite à 206 pendant le projet, basé sur le besoin et la demande élevée. Le projet a contribué pour les matériaux qui ne pouvaient pas être obtenus dans les milieux comme le ciment, les tubes PVC et le coût de la main d'œuvre des techniciens.

Les travaux d'aménagement des sources d'eau ont connu une lenteur pour deux raisons majeures. D'abord, il y a eu une réticence de la part de la population à céder leur apport local en matériaux locaux disponibles pour faire avancer les travaux, alors que les rumeurs suivant lesquelles les fonds auront été remis aux membres des CODEV pour acheter ces matériaux circulaient dans les communautés. La réticence était liée aussi au fait que le projet envisageait d'aménager une seule source d'eau dans chaque aire de santé. Pour des aires de santé plus grande, une seule source ne couvre qu'une seule partie de la population appartenant à cette aire, ce qui a mené à une résistance à contribuer parmi le reste de la population. La deuxième raison concernait des fortes pluies durant l'année qui ont formé un obstacle étant donné que le projet s'exécutait dans une zone forestière. En adressant la réticence de la population, l'équipe de coordination a changé leur stratégie. Initialement ils attendaient la réalisation de l'apport de la communauté (p. ex. le sable, le gravier) avant de faire la contribution par le projet (coût du technicien etc.). Initier le processus de la construction en prévoyant la contribution par le projet a convaincu les membres des CODEV que l'intention était sincère. Ceci a stimulé les communautés à faire leur contribution. En adressant les fortes pluies, on a planifié les constructions pendant la saison sèche.

Après la construction, il y avait la maintenance des sources qui a posé un grand problème: malgré le coaching persistant des superviseurs du projet pendant les réunions de supervision, des émissions à la radio, l'organisation des comités de gestion en pensant y inclure des consommateurs plutôt que le président de CODEV, la mobilisation des IT pour encourager la population et des communiqués aux autorités locales pour les motiver de faire l'apport. En appliquant toutes ces stratégies, l'apport de la population à la maintenance s'est amélioré au cours du projet, mais n'a pas mené à des résultats satisfaisants. Les difficultés liées à cette maintenance médiocre peuvent s'expliquer par les raisons suivantes: la source est publique et la maintenance demande un investissement collaboratif et organisé, la différence entre le point d'eau protégé et la source naturelle est tellement grande que la population est déjà satisfaite avec une telle amélioration, et il y a un manque de conscience des risques potentiels dus à l'eau stagnante.

### *Résultats*

206 points d'eau sont aménagés avec un apport local non négligeable de la population. A certains endroits (ZS Watsa), la communauté a pris l'initiative de construire une source sans l'apport du projet.

Réaliser des enquêtes semestrielles de satisfaction auprès des utilisateurs des services de santé afin de capitaliser leurs suggestions.

### *Processus*

Pour réaliser les enquêtes de satisfaction, il fallait former les membres des CODEV ce qui était également basé sur une approche « former les formateurs ». Cette formation s'étalait à deux niveaux. D'abord, les membres des CODEV au niveau des 8 ZS ont été formés pendant un jour par l'équipe de MMNAM et celle de la CECCA 16. Les formés à leur tour ont formé les membres des CODEV au niveau des aires de santé pendant un jour. Cela étant, les personnes formées au niveau des zones jouaient un rôle de supervision de la réalisation des enquêtes faites par les membres des CODEV au niveau des aires de santé. Les enquêtes ont été réalisées à un rythme semestriel, auprès des utilisateurs/trices qui ont réellement bénéficié des services de santé. De cette manière on a réussi à évaluer le degré de la satisfaction d'une part et à collecter des suggestions que la population formulait à l'égard des prestataires des soins des gens de l'autre part. Au cours du projet, le protocole des enquêtes semestrielles de satisfaction a été révisé en essayant de dichotomiser l'appréciation de différents critères retenus pour la qualité des services (en bon ou mauvais) plutôt que de faire une échelle de cotation (Excellent, Très bien, Bien, etc.) qui était difficile et mal appréhendé par les enquêtés et dont l'appréciation ne reflétait pas clairement l'intention de ceux-ci.

A la fin de chaque semestre, des interprétations préliminaires ont été discutées et partagées entre les membres de la communauté, les autorités locales et les prestataires des soins pendant des rencontres semestrielles. Des améliorations réalistes ont été formulées avec l'apport de chaque partie prenante. Les cadres de concertation se sont mis en place sans aucun effort de la part des équipes de coordination: les acteurs ont trouvé eux-mêmes le besoin de se réunir compte-tenu des résultats des enquêtes de satisfaction. Finalement, les données ont été introduites par l'équipe de CECCA 16 et analysés par l'équipe de MMNAM basé sur la même procédure que les AV.

### *Résultats*

Les enquêtes et des rencontres avec les prestataires ont été réalisées dans toutes les zones. Les enquêtes ont été administrées auprès de 1.480 utilisateurs/trices des services de santé, dont 717 femmes (48%) et 763 hommes (52%). Les enquêtes de satisfaction y ont réussi d'évaluer plusieurs aspects de la qualité des services y compris l'administration des soins, l'accueil et la consultation et la disponibilité des médicaments et des équipements dans les CS. Du point de vue accès financier, ils ont contribué à une estimation des prix payés par les patients aux centres de santé et ont donné de l'information sur la perception de la population par rapport à ces prix. D'ailleurs, ils ont contribué à l'identification des causes fréquentes pour lesquelles la population décide de consulter au CS. En utilisant les enquêtes de satisfaction, les membres du CODEV affirment qu'ils étaient capables d'identifier des manques et besoins concernant la qualité de soins. En annexe 4, on présente analyse faite par MMNAM des données des enquêtes de satisfaction.

En ce qui concerne le cadre de concertation, les membres des CODEV ont rapporté une attitude ouverte et collaborative des IT afin d'améliorer la qualité des soins. Dans les zones de santé de Watsa, Faradje, Niangara et Rungu, le problème du mauvais accueil a été débattu de manière favorable au sein des aires de santé, entre la communauté et le personnel des CS d'une part, et d'autre part, par

l'intermédiaire du BCZS, entre les infirmiers de tous les CS et les présidents des CODEV. Dans la zone de santé de Watsa les infirmiers qui ne se sont pas améliorés ont été désaffectés de leur CS et ont été redéployés dans une autre structure de la Zone de Santé. En tout cas dans la majorité des cas, les CODEV disent eux-mêmes que les résultats des enquêtes, discutés dans le cadre de concertation, ont contribué à améliorer l'accueil dans les CS. Plusieurs CODEV rapportent aussi une tarification diminuée comme résultat de ces enquêtes. Les IT et les autorités de santé ont confirmé que les enquêtes de satisfaction sont un outil effectif qui aide à la concertation entre les prestataires et la population et qui aide à produire un changement positif (p. ex. elles contribuent à améliorer l'accueil aux structures de santé). Remarquable est que les IT se sont montrés très ouverts pour des critiques (confirmé par le CODEV d'Isiro). Les ECZ et la DPS s'intéressaient de recevoir les données collectées ce qui, entre autres, permettront la comparaison entre les structures publiques et celles privées.

## Liaison avec des intervenants clés

### Les autorités publiques

Les relations entre MMNAM, la CECCA 16 et la DPS (Division Provinciale de la Santé) étaient bonnes. Les cadres du ministère de la santé qui étaient localisés dans les zones de santé ont été impliqués dans la mise en œuvre du projet, notamment les animateurs communautaires des BCZS ont été impliqués dans la collecte de l'information des autopsies verbales des décès et dans celle des enquêtes de satisfaction des utilisateurs des services de santé. L'équipe de CECCA 16 a maintenu des bons rapports avec les cadres des BCZ de chacune des zones de santé ce qui a amélioré la coordination des activités. Le ministre de la santé provincial était au courant du projet comme il en a été briefé plusieurs fois par l'équipe de la CECCA 16 et celle de MMNAM.

### Les autres partenaires avec des objectifs similaires

En général, le projet a eu des difficultés pour établir des liens et des synergies avec d'autres partenaires (p.ex. des autres ONG) qui travaillent dans la même région avec des objectifs similaires. Malgré les intentions de coordonner leurs actions (p.ex. la participation des responsables du projet chargés de la mise en œuvre aux cadres de concertation définis par la DPS), une vraie synergie ne s'est jamais opérationnalisée.

### Les groupes cibles

Les relations avec les bénéficiaires du projet étaient bonnes. En général, les membres des CODEV ont montré leur gratitude et leur satisfaction avec le travail fait par les équipes de MMNAM et la CECCA 16. Néanmoins, le travail avec la communauté engendre parfois des incompréhensions, c'est le cas par exemple des rumeurs qui ont circulé suivant lesquelles les membres des CODEV auraient reçu les fonds de la part du projet pour acheter les matériaux qu'ils devraient rendre disponibles à la population pour les travaux d'aménagement des sources d'eau. Il a fallu des missions longues de terrain pour expliquer cela à la population.

## SUIVI et accompagnement technique

### Monitoring & évaluation du progrès

L'équipe de MMNAM et l'équipe de la CECCA 16 étaient en charge du suivi du projet qui était basé sur des indicateurs prédéterminés (cf. annexe 1: cadre logique). En collaboration avec les acteurs locaux concernés dans la mise en œuvre du projet, ils ont exécuté une évaluation interne à mi-parcours.

Deux évaluations externes ont été faites par un consultant externe de l'institut de médecine tropical. Ces évaluations consistaient à apprécier l'état et la qualité d'exécution des actions afin d'établir des

recommandations permettant d'améliorer la phase suivante. Les objectifs spécifiques étaient les suivants:

- 1) apprécier le degré de la mise en œuvre des actions comme décrit dans le cadre logique et apprécier la prise en compte des recommandations des évaluations faites à mi-parcours de l'action
- 2) évaluer les critères CAD de l'OCDE qui sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact
- 3) évaluer les critères de complémentarité qui sont: la cohérence, l'appropriation, la couverture et l'intégration de genre

#### Accompagnement technique

Pour ce qui est de suivi technique, des missions d'accompagnement technique se sont réalisées par MMNAM et pendant ses deux missions d'évaluation, le consultant externe de l'institut de médecine tropical a donné des conseils techniques (cf. monitoring & évaluation du progrès).

En avril 2015, une première mission d'accompagnement technique a été réalisée par le représentant national de MMNAM au bénéfice de l'équipe de gestion du projet de la CECCA 16. Cette mission avait consisté à mettre en place les bases pour un bon démarrage du projet, présenter le projet à la DPS, organiser la formation des formateurs en autopsie verbale des décès, réfléchir et planifier la suite des activités dans les ZS appuyées et programmer l'acquisition du matériel roulant prévu dans le projet.

En Juin 2015, une deuxième mission a été réalisée par l'administratrice générale de MMNAM au bénéfice de l'équipe de gestion du projet de la CECCA 16. Cette mission avait consisté à mettre en place les outils de gestion, à former le personnel de la CECCA 16 sur les procédures de gestion et à planifier les activités.

En Octobre 2015, une troisième mission a été réalisée par le représentant national de MMNAM. Cette mission a permis d'analyser le niveau de réalisation des activités et de faire des recommandations utiles, de retracer le chronogramme de la période restante pour la première année d'exécution du projet. Elle a été également une occasion pour faire un accompagnement de la gestion économique du projet à la suite des faiblesses qui ont été décelées dans les rapports précédemment transmis au bureau de MMNAM.

En Mars 2016, une quatrième mission a été réalisée par l'administratrice générale de MMNAM en faveur de l'équipe de la CECCA 16. Elle a consisté à faire un suivi de la gestion du projet, d'accompagner l'équipe locale à clôturer le rapport économique de la première année d'exécution du projet et mettre les outils de gestion en place pour l'année suivante.

En Juin 2016, une mission d'accompagnement technique a été réalisée par le représentant national de MMNAM. Au cours de cette mission il était question de (i) faire le suivi du projet, (ii) de procéder à la réception définitive de certains bureaux des CODEV, (iii) de faire le coaching sur l'analyse des autopsies verbales des décès en faveur des cadres de la CECCA 16, (iv) d'expliquer le protocole d'enquête de satisfaction que les CODEV devraient commencer à être faite auprès des utilisateurs des structures de santé et (v) de faire la visite du modèle de la source aménagée.

En mars 2017 une mission a été réalisée par MMNAM accompagné par le coordonnateur et un superviseur du projet avec le triple objectif: 1) faire le suivi du projet et un accompagnement technique à l'équipe de la CECCA 16, notamment évaluer les activités des CODEV et faire des visites de certaines

sources d'eau aménagées, 2) animer la session de formation aux CODEV sur les interventions à base communautaire et le plaidoyer, 3) participer à la mise en place du CODEV provincial.

En juin 2017, une mission d'accompagnement technique a été réalisée par le Représentant national de MMNAM. Au cours de cette mission il était question de: 1) faire le suivi du projet, 2) d'élaborer un tableau de bord pour le suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours et 3) définir avec le CODEV provincial les activités qu'il devra mener.

En janvier 2018 une mission d'accompagnement a été faite de manière conjointe avec un représentant de l'Union Européenne, et ensuite seulement avec l'équipe de MMNAM. L'Union Européenne avait planifié cette mission pour évaluer les différentes réalisations du projet et donner des orientations pratiques pour la suite du projet. Ensuite la mission seule avec MMNAM a consisté à faire le suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours et des activités normales du projet.

En mars 2018 une mission a été organisée pour poursuivre le suivi des activités d'une part et pour pouvoir assister à la séance de plaidoyer auprès des autorités politico-sanitaires et des leaders communautaires pour le lancement de la campagne de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées organisée par SANRU (Santé Rurale) et le ministère de santé.

Les membres des CODEV rapportent avoir apprécié les supervisions comme utiles et essentielles. Pour eux, la continuation des supervisions était un des éléments nécessaires pour continuer les activités initiées.

Les équipes de la CECCA16 et MMNAM rapportent avoir eu une bonne collaboration entre eux-mêmes. Les formations et supervisions par l'équipe de MMNAM ont été perçues comme très enrichissantes et utiles par l'équipe de la CECCA16. Des caractéristiques qui ont joué un rôle important dans la réussite du projet liées à l'équipe de la CECCA16 comprennent leur connaissance du terrain et leur réseau avec les communautés, les prestataires et les autorités. En ce qui concerne l'équipe de MMNAM, on note sa polyvalence, son expérience en gestion de projets, et sa connaissance du terrain.

#### Coordination opérationnelle

En mars et août 2015, des missions ont été réalisées par les deux animateurs du projet avec les objectifs principaux: procéder au lancement du projet; présenter le projet aux cadres de ces Zones de Santé; revisiter les CODEV; organiser les élections des comités directeurs des CODEV; organiser les formations des membres de CODEV de toutes les aires de santé en autopsies verbales et en techniques de communication; sensibiliser la population sur le démarrage des activités d'autopsie verbale des décès; faire le plaidoyer pour acquérir l'espace pour la construction des salles de réunion pour les membres de CODEV; fixer la date du début de réalisation des activités des autopsies verbales des décès et rechercher les bases des données par rapport aux sources d'eaux aménagées et non aménagées.

En fin 2015 et début 2016, les animateurs ont fait une deuxième visite des ZS pour faire le suivi de leurs activités, vérifier la qualité des autopsies verbales des décès qui sont déjà réalisées par les membres des CODEV, analyser la pertinence des activités qu'ils mènent, vérifier si les apports locaux en matériaux (sable, graviers) pour les travaux d'aménagement des sources d'eau sont déjà rassemblés par la population et faire le suivi des travaux de finissage de construction des bureaux des CODEV.

En Mai 2016, des missions ont été réalisées par les animateurs pour accompagner les CODEV dans leurs activités. Une mission a été réalisée par le coordonnateur local du projet pour le suivi des travaux des bureaux des CODEV de Faradje et Watsa et procéder ainsi à leur réception définitive.

En août 2016, deux grandes missions simultanées ont été organisées dans deux axes différents de rayons d'action: axe Rungu-Niagara-Faradje-Watsa et axe Isiro-Pawa-Boma Mangbetu-Wamba. Ces missions avaient pour objectifs de sensibiliser la population à collecter davantage l'apport local pour les travaux d'aménagement des sources d'eau, d'introduire le protocole concernant les enquêtes de satisfaction des utilisateurs des services de santé et d'organiser des rencontres d'accompagnement avec les comités directeurs des CODEV visités.

En novembre et décembre 2016, deux autres missions de suivi et d'accompagnement ont été organisées pour orienter les activités des CODEV d'une part et d'autre part susciter l'apport local en matériaux locaux pour accélérer les travaux d'aménagement des sources d'eau en profitant de la saison sèche qui s'approchait. L'apport a été ralenti à la suite des rumeurs suivant lesquelles les CODEV auraient été financés pour s'approvisionner en matériaux locaux.

En mai 2017, une mission de supervision a été réalisée, axée principalement dans la Zone de Santé de Wamba et centrée sur le suivi des travaux d'aménagement des sources d'eau et des activités des CODEV.

En juillet – septembre 2017, des missions ont été réalisées dans les 8 Zones de Santé (exclus la zone de santé de Gombari). Les activités spécifiques suivantes ont été réalisées au cours de ces missions: 1) suivi et accompagnement des CODEV, 2) explication des nouveaux canevas révisés des autopsies verbales des décès et des enquêtes de satisfaction et 3) Lancée à grande échelle et suivi des travaux d'aménagement des sources d'eau.

En octobre 2017, une mission a été réalisée dans l'axe Isiro-Pawa-Boma Mangbetu-Wamba pour accompagner les membres des CODEV dans le remplissage du canevas d'autopsie amélioré et pour le suivi des travaux d'aménagement des sources d'eau

En février 2018, une mission a été réalisée pour assurer le suivi et l'accompagnement des CODEV des Zones de Santé de Rungu, Niagara, Faradje et Watsa, et pour assurer le suivi des travaux d'aménagement des sources d'eau.

En mai 2018 une septième mission a été réalisée avec les objectifs de: (i) faire le suivi des activités des CODEV, (ii) lancer les enquêtes de satisfaction pour le premier semestre 2018, (iii) faire le suivi des travaux d'aménagement des sources d'eau et (iv) planifier avec les CODEV les activités du dernier trimestre de l'action, entre juin et août 2018.

## MECANISMES ET EFFETS DES ACTIONS

Dans ce chapitre on identifie les mécanismes ou les éléments clés qui expliquent comment les actions décrites plus haut contribuent au renforcement de la communauté et des autres aspects de l'impact. Ces éléments clés sont indispensables dans le scale-up ou l'implémentation de ce projet dans les autres régions. Plutôt qu'implémenter une copie exacte des actions décrites plus haut, il faut modifier les actions en tenant compte du contexte et de ces mécanismes. D'ailleurs, les mêmes mécanismes peuvent nous expliquer pourquoi le projet a bien réussi à certaines régions et moins aux autres. La Figure 4 a incorporé ces mécanismes ensemble avec les inputs et les outcomes des actions du projet sous la forme d'une théorie du changement. Plus bas, après la discussion des mécanismes, on connecte ces mécanismes avec des éléments contextuels. Comme on a discuté dans la méthodologie, l'identification de ces mécanismes a été basée sur des données obtenues par des interviews en groupe et individuel. Il est évident que cette information dépend de la source, la raison pour laquelle on la rapporte entre braquets carrés: [CODEV] pour les CODEV, [ECZ] pour l'équipe cadre de zone, [PRESTATAIRES] pour les infirmiers qui travaillent aux centres de santé, [DPS] pour la division provinciale de santé.

### Définition des éléments de la théorie du changement

La Figure 4 nous présente les éléments suivants:

- 1) **Les indicateurs du renforcement communautaire** correspondent aux éléments qui font partie de la définition du renforcement communautaire utilisée dans ce manuscrit:
  - a) **L'auto-efficacité collective** correspond à la perception d'être capable à exécuter des activités en groupe avec l'approbation du groupe et en obtenant des résultats envisagés par les membres du groupe.
  - b) **La perception d'autonomie** correspond à la perception d'être engagé à des activités approuvées et envisagées collectivement.
  - c) **La motivation interne** est une forme de motivation qui émerge parmi les membres de la communauté, plutôt d'être déclenchée par des facteurs externes.
  - d) **La mobilisation des autres membres** indique la transmission d'une attitude positive par rapport à la collaboration communautaire. Une telle mobilisation témoigne aussi d'une atmosphère ouverte et encourageante des autres membres sans être compétitif. Elle est aussi signe d'une meilleure cohésion entre les membres de la communauté.
- 2) **Les inputs** correspondent aux éléments qui ont été ajoutés par le projet à la situation initiale (avant le démarrage du projet).
- 3) **Les outcomes collectifs** correspondent aux résultats du renforcement communautaire.
- 4) **Les activités spécifiques** sont les activités proposées à la population pour améliorer leur état de santé: les autopsies verbales, les enquêtes de satisfaction et la construction des sources d'eau. Ces activités sont décrites sous le chapitre « description du projet ».

- 5) **Les outcomes spécifiques correspondent** aux résultats des activités spécifiques
- 6) **Les médiateurs** comprennent des éléments qui font le pont entre les outcomes des activités spécifiques et les indicateurs du renforcement communautaire.

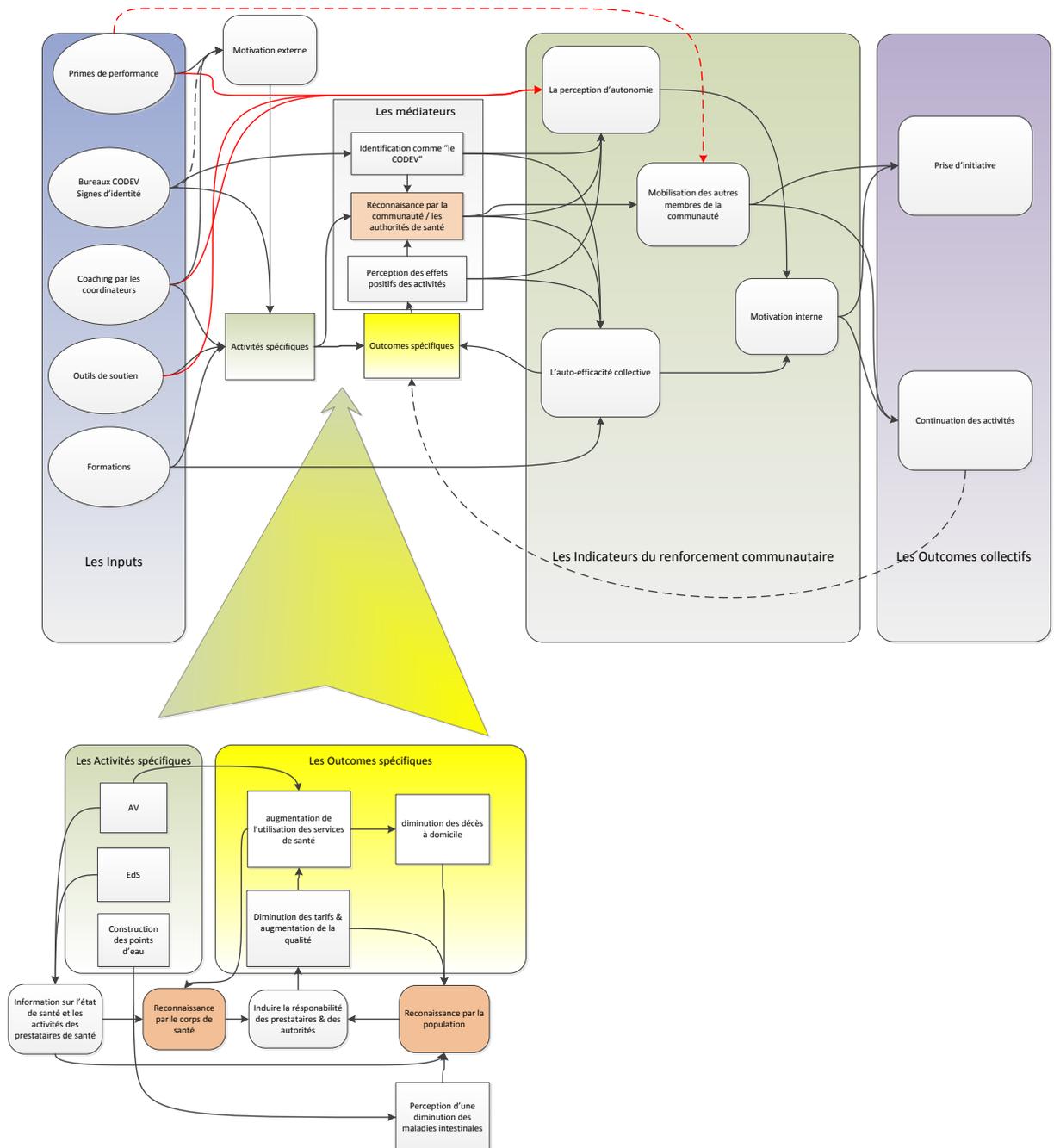


Figure 4: Schéma de la théorie de changement avec les différents éléments et leurs relations. Le petit schéma au-dessous de la flèche vert-jaune donne plus de détails des activités spécifiques et des outcomes spécifiques.

## Discussion des inputs et leurs effets

Cette discussion est basée sur la Figure 5 montrant les différents inputs et leurs effets (présentés par des flèches).

### Primes de performance

Des primes ont été données par aire de santé sous condition que les membres du CODEV faisaient des autopsies verbales. Cette forme de compensation a contribué à la motivation extrinsèque des membres des CODEV. L'implémentation des primes a clairement montré son effet: les autopsies verbales ont connu une augmentation énorme. Les autopsies verbales demandaient une contribution importante du RECO (le transport, le temps, l'effort...) ce qui peut justifier cette compensation. Néanmoins, des activités portées par des formes de compensation externes sont d'habitude peu durables: quand la compensation se termine, l'activité est à risque de cesser. Pour cette raison, la perception d'autonomie sera diminuée avec une telle forme de compensation (représenté par la flèche rouge qui connecte les primes avec la perception d'autonomie). Les primes peuvent aussi avoir compromis la mobilisation des autres membres de la communauté (flèche rouge pointillée).

*« Les primes de performance nous ont motivés » [CODEV FARADJE, WATSA, PAWA, BOMA-MANGBETU, WAMBA]*

*« La volonté, des outils et l'argent sont les éléments clés qui nous ont motivés » [CODEV NIANGARA]*

*« On aura besoin des primes pour continuer les activités » [CODEV NIANGARA, WATSA, ISIRO]*

*« Ce qui concerne la motivation des membres: l'argent n'était pas suffisant pour faire les autopsies verbales » [CODEV PAWA]*

*« La majorité de la population veut des primes de motivation. Dès qu'ils ont compris qu'il n'y a pas d'argent à gagner, ils se sont retirés » [ECZ NIANGARA]*

### Les bureaux et autres signes d'identité

Les membres du CODEV rapportent que des signes d'identité (des macarons) et l'attribution d'un bureau et des mobiliers (chaises et tables) ont contribué à leur identification comme CODEV. Ces éléments d'identité ont joué un rôle essentiel dans le projet parce qu'ils ont défini le CODEV d'une manière tangible. En plus, ils ont contribué à la reconnaissance des membres par les autres membres de la communauté, par les prestataires et par les autorités locales. Cette confirmation de leur identité a aussi contribué à l'appropriation des outcomes des activités spécifiques. De telle façon, cette identification a joué un rôle essentiel dans la perception d'autonomie et l'auto-efficacité de la population (cf. Figure 5: L'identification comme médiateur). Selon certains membres, ces éléments peuvent avoir joué un rôle comme motivateur externe avec des effets similaires comme les primes de performance. Néanmoins, on n'a pas pu documenter ceci d'une façon suffisante.

*« Le bâtiment a été une motivation pour nous » [CODEV RUNGU, FARADJE]*

*« Nous sommes motivés parce que nous avons bénéficié d'une belle salle de réunion, bien équipée avec une armoire et des chaises » [CODEV WATSA]*

Le processus d'appropriation des bureaux n'a pas été facile dans toutes les zones: parfois les bureaux étaient gérés par les ECZ plutôt que par les CODEV (p.ex. ZS Isiro: la clé était gardée par la DPS). Néanmoins, au cours du projet, l'appropriation s'est améliorée grâce au coaching de l'équipe de la CECCA 16.

Le coaching par les coordinateurs

Les RECOS ont reconnu que le coaching était essentiel dans la réussite des activités. Les coordinateurs de MMNAM et la CECCA16 leur ont apporté de l'aide et du conseil essentiel et ils ont joué un rôle important dans la négociation avec les prestataires, les autorités et les autres parties. Plusieurs membres ont indiqué qu'à la fin du projet le manque de coaching sera un des éléments qui déterminera si les activités continueront. Les membres affirment avoir appris du coaching, mais certains membres l'ont aperçu aussi comme une forme de motivation extrinsèque ce qui a probablement eu un effet négatif sur leur perception d'autonomie. Le coaching était initialement assez directif, mais dans la deuxième moitié du projet, l'approche a été plus participative (suivant l'avis formulé dans l'évaluation externe à mi-parcours).

*« On n'est pas encore indépendant, on a besoin de l'accompagnement. » [CODEV NIANGARA]*

*« Le suivi pour l'organisation des activités était essentiel » [CODEV FARADJE, ISIRO, PAWA, BOMA-MANGBETU]*

*« Les activités comme les AV et les EDS ne continueront pas, s'il n'y a plus l'analyse des rapports par les équipes de coordination » [CODEV FARADJE]*

*« Nous nous sentons plus indépendants, mais Medicus a une force, quelqu'un qui nous protège pour organiser nos activités » [CODEV WATSA]*

Les outils de soutien

Les RECOS ont eu besoin de plusieurs outils pour faire leurs activités. Des exemples comprennent les canevas nécessaires pour faire les autopsies verbales et les enquêtes de satisfaction, le ciment pour faire les sources, des mégaphones, etc. C'est évident que ces outils ont rendu les activités efficaces. Néanmoins, le désavantage est que les RECOS se sentent dépendants de ce soutien, ce qui a contribué à une diminution de leur autonomie aperçue.

*« On a besoin d'une organisation qui peut nous soutenir avec des moyens de transport pour continuer les activités. » [CODEV RUNGU, FARADJE, PAWA]*

*« Les outils de support (canevas) étaient nécessaires pour faire réussir les activités » [CODEV WATSA, ISIRO, PAWA, BOMA-MANGBETU]*

*« On a besoin de plus de soutien pour fonctionner indépendamment » [CODEV NIANGARA, FARADJE, ISIRO, PAWA, BOMA-MANGBETU]*

Les formations

Comme décrit plus haut, les RECOS ont été formés pour la mise en œuvre des activités spécifiques comme les autopsies verbales et des méthodes pour améliorer le fonctionnement des CODEV comme les techniques d'animation. Les RECOS se sentaient plus capables après avoir suivi ces formations (p.ex. la formation sur les AV). Ceci implique que ces formations n'ont pas seulement garanti le bon fonctionnement des activités, mais elles ont aussi augmenté l'auto-efficacité des RECOS.

« Nous nous sentons motivés par les formations » [CODEV FARADJE, ISIRO, PAWA]

« Les formations nous ont permis de faire les activités » [CODEV NIANGARA, FARADJE, ISIRO, BOMA-MANGBETU]

« Nous nous sentons plus aptes après la formation, on se sent outillé » [CODEV NIANGARA, FARADJE, WATSA, BOMA-MANGBETU]

« Nous nous sentons plus indépendants après avoir été formés » [CODEV FARADJE]

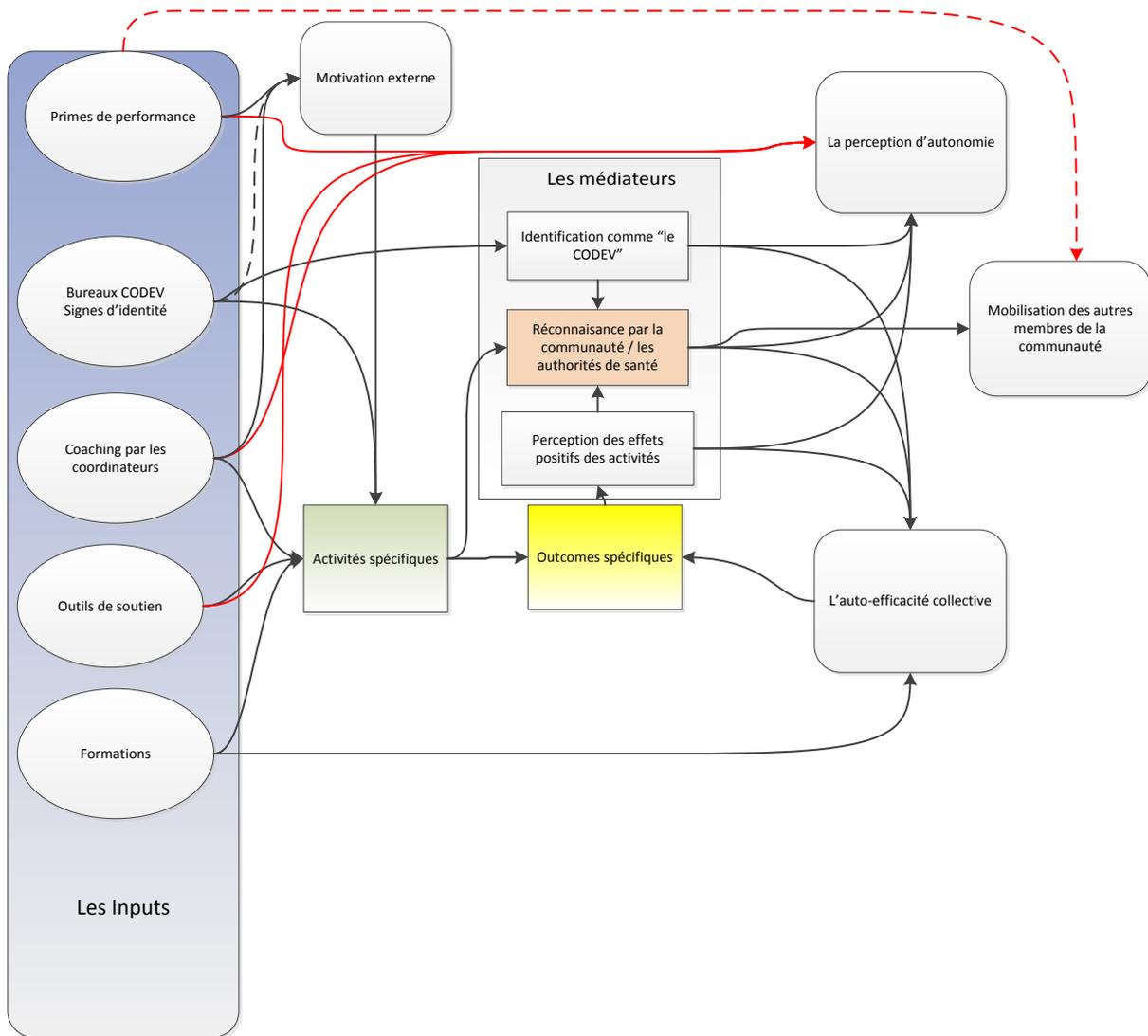


Figure 5: les différents inputs en relation avec leurs effets

## Les effets des activités spécifiques

Les Autopsies verbales (AV)

Les AV ont augmenté l'utilisation des services de santé par la sensibilisation: en cas de décès à domicile les RECOS avisaient les proches d'aller consulter les services de santé en cas de maladie (Figure 6). Ainsi, les RECOS ont rapporté un changement de mentalité parmi la population: en cas de décès à domicile, la famille se montrait plus gênée qu'auparavant. Au cours du projet, on a enregistré une diminution du nombre de décès à domicile en faveur d'une augmentation des décès aux structures de santé (cf. Tableau 1) combiné avec une augmentation des consultations aux services de santé. Le fait d'avoir associé la sensibilisation a été très bénéfique et a amélioré l'acceptation des autopsies auprès des ménages.

Les AV ont aussi résulté de la récolte d'information par rapport aux décès. Cette information a aidé à la prise de conscience du taux de mortalité parmi les RECOS et les membres de la communauté, ce qui est estimé avoir contribué à l'augmentation de l'utilisation des services. La possession et la maîtrise des données des décès survenus en dehors des structures sanitaires par les membres des CODEV ont renforcé l'identité de ces derniers à l'égard des infirmiers et des ECZS. En effet, ces derniers ne disposent que des données des décès survenus dans les structures de santé ; et dans ce cas, l'apport de travail des RECOS est complémentaire et essaie de donner une idée plus ou moins complète sur les décès survenus dans la communauté en général.

*« La fréquentation des structures sanitaires a augmenté et il y a moins de visites chez les tradipraticiens et moins d'automédication » [CODEV FARADJE, WATSA, ISIRO, PAWA, WAMBA], [PRESTATAIRES]*

*« Diminution du taux de la mortalité: diminution des décès maternels et des accouchements à domicile grâce à l'autopsie verbale. » [CODEV RUNGU, BOMA-MANGBETU, WAMBA]*

*« Les AV ont obtenu que les gens se précipitent à l'hôpital » [CODEV NIANGARA, FARADJE, WATSA], [ECZ NIANGARA], [PRESTATAIRES]*

*« La population a été sensibilisée pour se rendre aux structures sanitaires » [CODEV ISIRO, PAWA], [ECZ FARADJE]*

*« Maintenant, les gens préfèrent mourir à l'hôpital » [CODEV WATSA]*

*« Grâce à la sensibilisation, on a obtenu une diminution des décès à domicile. Les AV nous ont enseigné les causes des décès dans la communauté » [CODEV NIANGARA, FARADJE, WATSA, ISIRO, WAMBA]*

*« On a gagné du respect de la population et des IT » [CODEV NIANGARA, WATSA, ISIRO]*

*« La communauté fait confiance aux membres des CODEV pour livrer l'information concernant les décès ; nous vivons en harmonie avec eux » [CODEV ISIRO]*

*« Il est bien de connaître la cause de décès » [CODEV FARADJE]*

*« On a appris à sensibiliser la famille sur les causes de décès » [CODEV WATSA, ISIRO]*

### Les enquêtes de satisfaction (EDS)

En ce qui concerne les EDS on apprend qu'obtenir de l'information concernant l'accès financier et la qualité de soins (l'accueil et le traitement par les gestionnaires) a deux effets importants: 1) le renforcement de la position de négociation des membres des CODEV; et 2) l'augmentation de la reconnaissance des RECOS par les prestataires (Figure 6).

Ces deux effets renforcent la position des RECOS dans leurs négociations avec les prestataires et les autorités de santé, ce qui a mené à une diminution des tarifs et une augmentation de la qualité (surtout par rapport à l'accueil du patient). A leur tour, la qualité et la diminution des tarifs répondent à la demande élevée, partiellement évoquée par les autopsies verbales, résultant à une utilisation élevée des soins de santé et une diminution des décès à domicile. Ces résultats, augmentent la reconnaissance des CODEV par la communauté, et de nouveau renforcent la position de négociation des CODEV dans leur partenariat avec le pouvoir public et les prestataires (privés ou publics) à travers les cadres de concertation mis en place par le ministère de santé. Les résultats positifs de leurs actions montrent que les membres du CODEV sont capables de produire un changement qui bénéficie à la population (p. ex. une amélioration de l'accueil aux structures de santé) contribuant à leur auto-efficacité collective.

*« Les EDS ont mené à la diminution de la tarification des actes au niveau de la structure sanitaire. Les malades n'ont plus peur de rentrer aux structures sanitaires et l'accueil s'est amélioré. » [CODEV NIANGARA, FARADJE, WATSA, ISIRO, BOMA-MANGBETU], [ECZ NIANGARA]*

*« Grâce à cette enquête, les prestataires ont changé leur approche. » [CODEV RUNGU, FARADJE, ISIRO]*

*« Les ES ont permis d'améliorer l'accueil » [CODEV RUNGU, WATSA]*

*« Cette activité permet de savoir comment les patients ont été accueillis, comment ils ont été suivis. C'est une méthode pour suivre ce qu'on a fait. Les rencontres avec les infirmiers ont mené à une diminution des tarifs aux structures. » [CODEV RUNGU, WATSA, ISIRO, PAWA]*

*« Grâce aux enquêtes, les malades fréquentent plus les structures » [CODEV RUNGU, BOMA-MANGBETU, WAMBA]*

*« Au début, les infirmiers avaient peur, mais après ils ont compris que c'est important » [CODEV RUNGU]*

*« Les IT ont pris la conscience de la qualité des soins » [CODEV FARADJE]*

*« Il est possible et important de partager ou de discuter avec le corps soignant » [CODEV WATSA, ISIRO, PAWA]*

*« On a plus peur des IT » [CODEV PAWA]*

### L'aménagement des sources d'eau

En ce qui concerne la construction des sources d'eau, la population et les CODEV ont l'impression que le taux des maladies intestinales a diminué, ce qui contribue à la reconnaissance des travaux organisés par les membres des CODEV (Figure 6).

« La qualité de l'eau est amélioré, le nombre de cas de diarrhée et celui des vers intestinaux ont diminué » [CODEV RUNGU, NIANGARA, FARADJE, WATSA, ISIRO, PAWA, BOMA-MANGBETU], [PRESTATAIRES]

« Les membres du CODEV sont respectés dans la communauté, parce que les gens pensent que les activités sont importantes » [CODEV RUNGU, PAWA]

« La population a été sensibilisée et participe dans l'aménagement » [CODEV FARADJE, ISIRO, PAWA]

« Ceci a causé une relation entre CODEV et la population, on a transmis l'esprit de développement » [CODEV WATSA]

« On a noté une meilleure collaboration entre la population et les CODEV concernant les sources d'eau » [ECZ FARADJE]

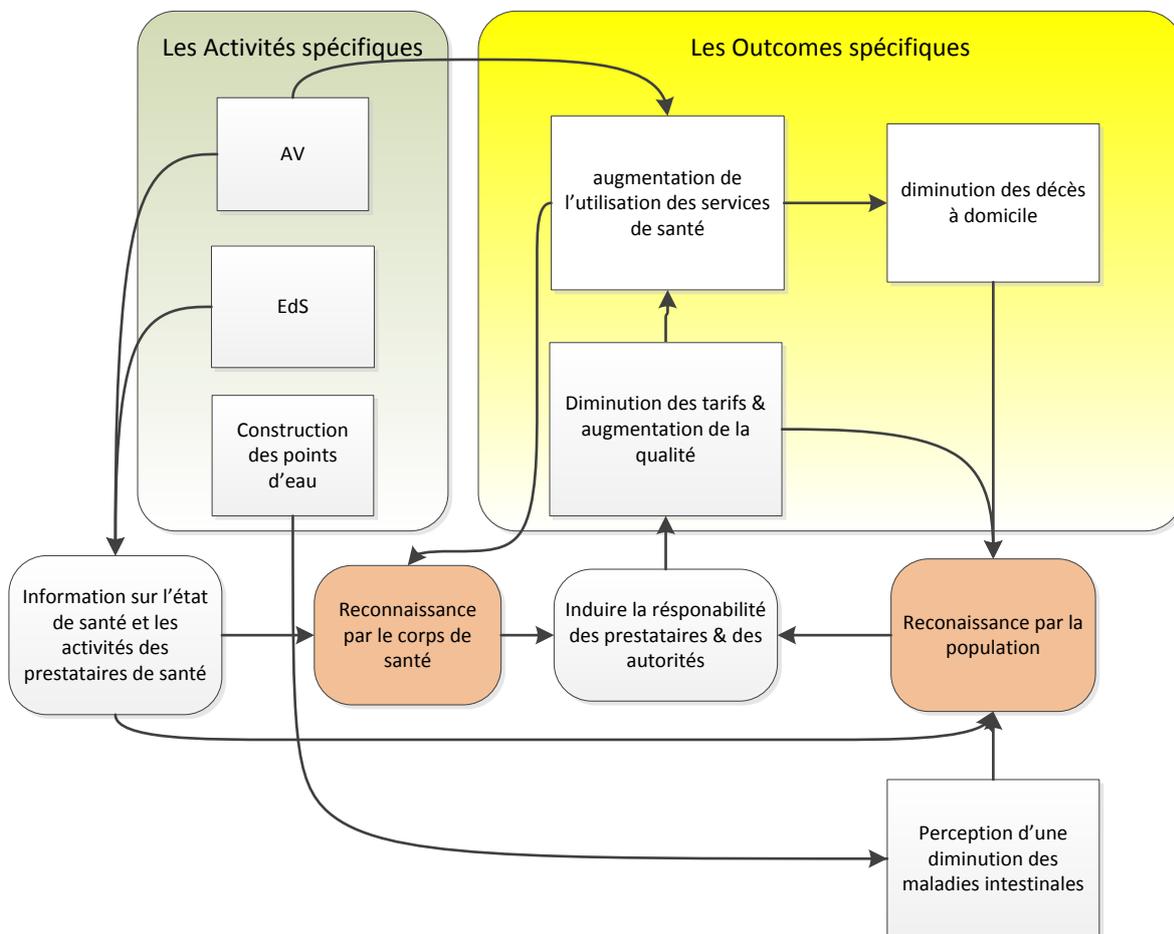


Figure 6: Les activités spécifiques en relation avec leurs effets

#### Les outcomes des activités spécifiques

Le taux d'utilisation des services curatifs dans les 8 Zones de Santé appuyées a fortement augmenté de 44,84% en 2015 à 67,59% en Juin 2018 (Tableau 2). Pendant les entretiens avec les CODEV, la plupart des RECOS était persuadée que leurs actions de sensibilisation ont contribué à une

augmentation de l'utilisation des soins aux centres publics. La diminution des tarifs et l'amélioration de la qualité sont deux autres facteurs qui ont probablement joué un rôle dans cette augmentation de l'utilisation. Dans certaines zones de santé, le rôle de ces facteurs a été confirmé par l'ECZ. Néanmoins, l'utilisation est un indicateur arbitraire et très sensible aux facteurs externes. La forte augmentation (de 61,0% en Décembre 2015 à 116,0% en Juin 2017) à Pawa par exemple, est premièrement due à une épidémie de malaria. En plus, on remarque qu'il y avait déjà une tendance à l'augmentation avant que le projet soit démarré et que d'autres activités du projet comme l'aménagement des sources devraient plutôt diminuer l'utilisation. Néanmoins, il est important à noter que les RECOS ont la perception (rapporté par eux-mêmes) qu'ils ont pu sensibiliser les gens à utiliser les services de santé publique. En plus, une augmentation de l'utilisation des services de santé est estimée avoir contribué à la diminution du nombre de décès survenus à domicile.

*« Les gens accèdent plus rapidement aux soins » [CODEV NIANGARA, RUNGU, FARADJE, WATSA, ISIRO, BOMA-MANGBETU]*

*« On a compris que la sensibilisation est importante » [CODEV NIANGARA, RUNGU, FARADJE, WATSA, ISIRO, BOMA-MANGBETU]*

*« Être en contact avec la communauté et avec les malades est important » [CODEV RUNGU, ISIRO, PAWA, WATSA]*

*« Ce projet a facilité une belle relation entre la communauté et les CODEV » [CODEV WATSA, PAWA]*

*« Le taux d'utilisation des services a augmenté » [ECZ NIANGARA, BOMA-MANGBETU]*

*« On ne pense pas que les activités des CODEV ont mené à une augmentation du taux d'utilisation » [ECZ PAWA]*

N°	Zones de Santé	Taux d'utilisation			
		2015	2016	Juin 2017	Mars 2018
1	Boma Mangbetu	40,00%	79,00 %	93,00 %	50,9%
2	Faradje	42,56%	57,20 %	56,40 %	43,9%
3	Isiro	48,13%	54,80 %	60,00%	44,9%
4	Niangara	16,83%	35,80 %	39,00%	17,1%
5	Pawa	63,94%	61,00 %	116,00 %	54,7%
6	Rungu	49,41%	51,80 %	49,50 %	48,1%
7	Wamba	55,60%	62,30 %	80,60 %	28,7%
8	Watsa	37,21%	40,00 %	46,20 %	71,6%
<b>Total</b>		<b>44,84%</b>	<b>55,24 %</b>	<b>67,59 %</b>	<b>42,49%</b>

Tableau 2: Progrès du taux d'utilisation par an et par zone

## Changement des indicateurs du renforcement communautaire par les médiateurs et les effets consécutifs

Comme décrit dans les paragraphes derniers, les activités spécifiques (les AV, Les EDS, et l'aménagement des sources d'eau) contribuent à la reconnaissance des CODEV par les ECZ, les autorités de santé et le reste de la communauté (Figure 7). Cette reconnaissance et la perception des effets positifs jouent un rôle de médiateur, en renforçant l'auto-efficacité collective et la perception

de l'autonomie. Ce renforcement ne serait pas possible sans que les membres des CODEV aient une notion de leur propre identité ce qui a été établi par leur bureau et les accessoires. L'augmentation de l'auto-efficacité collective est assumée d'élever la performance des activités des CODEV ce qui mène à des résultats meilleurs qui à leur tour vont augmenter l'auto-efficacité encore plus (= la rétroaction positive).

*« Les membres du CODEV sont respectés dans la communauté, parce qu'ils pensent que les activités sont importantes » [CODEV RUNGU, FARADJE]*

*« On a gagné la confiance par rapport aux ITs » [CODEV NIANGARA, ISIRO, PAWA]*

*« La population nous reconnaît et nous sommes valorisés par le corps soignant » [CODEV NIANGARA, WATSA, PAWA, BOMA-MANGBETU, WAMBA]*

*« Maintenant on me pose des questions, on m'appelle l'infirmier » [CODEV WATSA, BOMA-MANGBETU]*

*« La population nous écoute attentivement maintenant » [CODEV WATSA, ISIRO]*

*« On est capable de prendre des décisions maintenant, on a de la responsabilité maintenant » [CODEV BOMA-MANGBETU]*

*« Comme CODEV, nous avons plus de l'influence, et la reconnaissance, nous sommes mieux reconnus dans plusieurs domaines, pas seulement dans le domaine de la santé » [CODEV ISIRO]*

*« Nous nous sentons plus forts comme CODEV » [CODEV WATSA]*

*« Je me sens plus capable parce que j'ai réalisé des AV & EDS » [CODEV BOMA-MANGBETU]*

*« On a changé de mentalité, on a instauré l'idée de la participation communautaire » [CODEV PAWA]*

*« Les CODEV ont aidé la participation communautaire ; ils sont devenus plus actifs et plus impliqués et il y a plus de membres qui participent » [ECZ FARADJE, PAWA, BOMA-MANGBETU], [PRESTATAIRES]*

*« L'approche des CODEV nous a permis de comprendre l'approche de développement et de la participation: ce que tu ne faisais pas, mais ce que tu es capable à faire » [CODEV NIANGARA, FARADJE]*

*« Les réunions mensuelles augmentent notre confiance en soi » [CODEV BOMA-MANGBETU]*

*« Le projet nous a aidés à comprendre comment nous devons changer le comportement de la communauté » [CODEV FARADJE]*

*« Avec la sensibilisation des membres, la communauté a connu un changement de la participation active de la communauté » [CODEV PAWA]*

*« Les CODEV sont indépendants et travaillent avec le corps sanitaire et ils jouent le rôle de pont entre la communauté et le corps soignant » [CODEV RUNGU]*

*« Nous nous sentons plus indépendants, nous sommes prêts pour la sensibilisation de la population, nous avons appris l'auto-prise-en-charge » [CODEV ISIRO, PAWA]*

*« Les membres du CODEV ont proposé des actions concrètes pour améliorer les structures de santé » [ECZ NIANGARA]*

*« La communauté est devenue plus autonome et a pris des initiatives comme l'élevage & l'agriculture, une caisse de solidarité ... » [ECZ FARADJE]*

On doit remarquer que la reconnaissance des CODEV parmi la population a contribué à une collaboration avec les autres membres de la communauté. Néanmoins, on estime que cet effet pourrait être diminué en payant des primes de performance aux membres des CODEV, comme ceci pourrait être vu comme un privilège et donc pourrait avoir créé des tensions.

*« Nous sommes capables de mobiliser les ressources humaines et on peut prendre des initiatives nous-mêmes » [CODEV WATSA]*

*« La communauté elle-même s'est organisée » [CODEV PAWA]*

Basé sur la théorie, on sait que l'auto-efficacité et la perception d'autonomie sont des éléments qui encouragent la motivation intrinsèque plutôt que la motivation extrinsèque (Figure 7). La motivation est intrinsèque lorsque la raison derrière les agissements d'un individu est issue d'une relation directe entre l'individu et la tâche qu'il accomplit. En d'autres termes, ce type de motivation est défini comme si on fait quelque chose simplement dans le but de faire cette chose, et non pas à cause d'un facteur externe comme des primes de performance par exemple. La motivation extrinsèque, cependant, existe si l'élément qui motive les actions de l'individu n'a pas de relation directe avec la tâche. Pendant les interviews avec les membres des CODEV, ils indiquent clairement la présence d'une motivation intrinsèque.

*« On est motivé pour obtenir les besoins réels de la communauté, on travaille pour la communauté » [CODEV WATSA]*

*« On a appris l'esprit de sacrifice, on travaille pour les autres » [CODEV PAWA]*

*« La diminution des maladies dans la communauté est un facteur de motivation » [CODEV NIANGARA]*

*« On se sent motivé à prévenir les maladies qui conduisent vite à la mort » [CODEV PAWA]*

*« Les membres du CODEV sont plus motivés qu'avant » [ECZ NIANGARA]*

*« Des résultats comme le changement du comportement des IT, la participation de la communauté et l'augmentation de la fréquentation des structures de santé nous ont motivés » [CODEV FARADJE]*

*« Nous sommes devenus motivés à se battre pour notre cause, l'argent c'est quelque chose qui passe » [CODEV WATSA]*

L'augmentation de la motivation interne est jugée comme le mécanisme qui a mené et va mener aux outcomes collectifs: la prise de nouvelles initiatives par la communauté (p.ex. la construction des écoles en paille, l'entretien des routes, etc.) et la continuation des activités pendant, mais surtout, après le projet.

*« On va continuer les initiatives de développement et la sensibilisation et les autopsies verbales, parce que c'est pour défendre l'intérêt de notre communauté » [CODEV WATSA]*

« Nous sommes capables de mobiliser les ressources humaines et on peut prendre des initiatives nous-même » [CODEV WATSA]

« On se sent plus apte, par exemple à prendre des autres initiatives avec la population » [CODEV PAWA, WAMBA]

« Les initiatives pratiques du développement continueront après la fin du projet: la sensibilisation de la population, cultiver les champs ... » [CODEV FARADJE]

« L'approche CODEV nous a aidés à avoir la vision plus large, de faire autre chose » [CODEV ISIRO]

« On va continuer certaines activités, comme p.ex. l'élevage » [CODEV PAWA]

« Nous croyons que les activités vont continuer grâce à la formation et la collaboration entre les membres et les IT » [CODEV PAWA]

« L'approche de développement nous a inspirés pour faire d'autres activités, p.ex.: dans leur aire de santé: améliorer les structures de santé, l'élevage, acheter des médicaments pour les centres de santé. » [CODEV RUNGU]

« On va construire des structures de santé avec du bois, faire l'élevage sur des champs communautaires et creuser un puits à notre propre initiative. » [CODEV NIANGARA]

« On a commencé une caisse de solidarité et on va créer des champs et l'élevage pour les CODEV » [CODEV FARADJE]

« On collecte de l'argent pour construire et électrifier un centre de santé. Nous avons mis des panneaux et fabriqué des briques pour la construction d'une salle de réception. Nous envisageons construire un bloc opératoire, la construction d'une salle pour l'IT et un petit dépôt pharmaceutique. Nous avons acheté une vache pour donner du lait et préparé des champs d'arachide » [CODEV WATSA]

« Nous devons identifier des travaux en commun. On contribue maintenant pour des initiatives comme la culture des champs, l'élevage, la construction des logements aux structures de santé. » [CODEV PAWA]

« On a pris des initiatives nous-mêmes: on a construit une maison pour le centre de santé pour faire loger des malades, on a commencé une caisse pour le deuil, on fait des travaux aux champs en collaboration » [CODEV BOMA-MANGBETU]

« On fabrique des briques pour la construction de la maternité, un hangar pour l'accueil des femmes enceintes et un bâtiment pour les malades au niveau du centre de santé. On a commencé une caisse pour appuyer les activités de développement. » [CODEV WAMBA]

« On a organisé la population: ils font la culture du riz, ils pêchent du poisson. On a sensibilisé les gens pour s'organiser avec le sable et des cailloux (concernant l'aménagement des sources). On a pris l'initiative d'aménager le bâtiment du centre de santé, et la plantation des arbres. On a commencé des mutuelles de santé » [CODEV ISIRO]

« On veut continuer les enseignements sur la maintenance des sources d'eau. On continue à gérer le bureau et ceci va permettre de l'utiliser par d'autres groupes. » [CODEV RUNGU]

« On va collecter des contributions de la communauté pour payer les membres du CODEV pour continuer les activités. » [CODEV RUNGU]

Un grand défi de ce projet a été de trouver l'équilibre entre une approche plus directive et une approche qui laisse plus de liberté aux CODEV pour organiser les activités eux-mêmes. Il est clair que l'approche plus directive en combinaison avec des facteurs qui contribuent à la motivation extrinsèque a aidé à démarrer les activités et de ce point de vue ; cette approche nous semble la bonne pour atteindre des résultats à court terme. Cependant, cette approche plus directive a clairement compromis l'augmentation de l'autonomie perçue par les CODEV comme ils se sentent encore fort dépendants à la fin du projet.

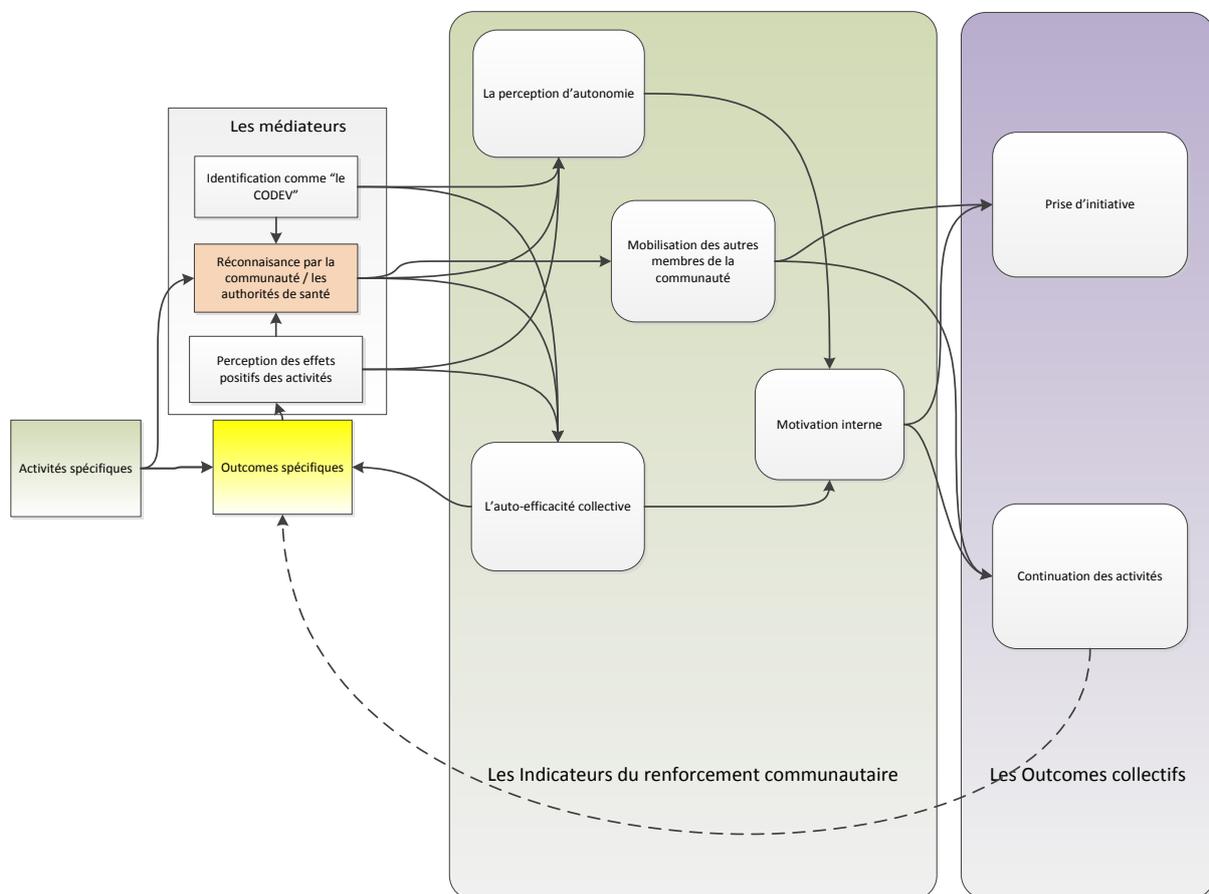


Figure 7: Les médiateurs en relation avec les indicateurs du renforcement communautaire et les outcomes collectifs

## Le rôle du contexte

Tenir en compte des éléments du contexte qui ont influencé la réussite des actions et qui influencent les mécanismes discutés avant est crucial en envisageant l'implémentation des activités similaires dans un contexte différent. D'un point de vue méthodologique, l'appréciation de ces facteurs contextuels a été un grand défi aussi bien que l'appréciation de la performance des ZS. L'appréciation de la performance des ZS rapportée ci-dessous a été basée sur des entretiens avec le coordonnateur du terrain et des observations des CODEV dans leur environnement.

### Situation géographique de la zone

Le projet a été moins fructueux aux aires de santé moins accessibles due à des barrières géographiques. A Niangara par exemple, les aires de santé sont difficilement accessibles. Des barrières géographiques peuvent aussi avoir gêné les RECOS pour atteindre les réunions trimestrielles, ainsi que la distribution des outils de soutien (p.ex. les canevas pour les AV).

### La relation avec le corps sanitaire (l'ECZ et les IT)

L'engagement des autorités locales de la santé (l'ECZ) et les IT était un facteur crucial pour garantir une bonne collaboration avec les CODEV. Malheureusement, cet engagement n'était pas évident et les ECZ et les IT se sont plutôt tenus au second plan. Dans certaines zones, les membres des ECZ ont même contrarié les activités des CODEV: p.ex. la confiscation du bureau et du mobilier des CODEV pour leurs propres réunions (ZS Isiro) ou comme dépôt de matériel (ZS Boma Mangbetu), ou p.ex. l'appropriation de l'argent destiné pour les membres du CODEV par des IT (Boma Mangbetu). A l'autre côté, certains IT se sont montrés très collaborateurs et ont bien répondu aux demandes de la population (p. ex. à Watsa, les IT ont diminué les tarifs des consultations en communication avec la population). Un autre exemple d'une bonne collaboration entre la communauté et le système de santé est la distribution et la collecte de canevas.

*« Il y a une bonne collaboration avec le corps soignant et les autres membres de la communauté » [CODEV RUNGU, ISIRO, PAWA]*

*« Les CODEV se sentaient unis avec le corps soignant dans le travail » [CODEV WATSA]*

*« Après des négociations avec le BCZS, la clé du bureau de CODEV est maintenant gardée par la présidente du CODEV » [CODEV ISIRO]*

*« Les primes données aux IT n'arrivaient pas chez les membres des CODEV » [CODEV BOMA-MANGBETU]*

*« On a vécu un mauvais accueil par nos responsables (les IT) ; les réunions avec les IT ne se sont pas bien passées » [CODEV BOMA-MANGBETU]*

*« Il y a une bonne collaboration avec le CODEV » [ECZ NIANGARA]*

*« Le lien avec l'ECZ s'est amélioré ; il y a une meilleure communication avec la population et le CODEV » [ECZ FARADJE]*

*« On n'était pas bien informé des activités du CODEV » [ECZ PAWA, BOMA-MANGBETU], [PRESTATAIRES]*

*« La relation entre l'ECZ et le CODEV reste problématique: il manque la participation active de l'ECZ pour la supervision des membres du CODEV » [ECZ PAWA]*

Selon les ECZ, leur attitude était due à ne pas avoir été considérés comme un acteur essentiel dans le projet et ne pas avoir été informés des activités, ni des résultats des activités du projet. Tout ceci a été contesté par les coordinateurs du projet.

*« On n'a pas été impliqué d'une façon active » [ECZ NIANGARA], [PRESTATAIRES]*

*« L'implication de l'ECZ n'était pas claire » [ECZ FARADJE]*

« Il nous manque du feedback concernant les données AV & EdS » [ECZ NIANGARA, FARADJE, PAWA]

« Ils (les membres du CODEV) nous informent mais ils n'ont jamais demandé l'ECZ d'être impliquée » [ECZ PAWA]

En plus, les ECZ réfèrent au manque de rémunération pour des activités qu'ils avaient pu réaliser: des supervisions, l'interprétation et l'analyse des données, des formations etc. Ils réfèrent aussi à la perte de leur autorité à cause de l'autonomisation de la communauté. Avant le projet, il était possible de forcer la communauté à faire ce qu'eux ils estimaient important – souvent influencé par des agendas des bailleurs externes ou internes. Avec l'autonomisation de la communauté, ils ont perdu cette autorité.

« Si on veut vraiment intégrer les activités, le partenaire pourrait voir s'il y a un appui spécifique pour l'ECZ » [ECZ PAWA, NIANGARA]

« C'est comme si le projet a volé nos femmes (interprétation: on ne peut plus utiliser la communauté et les faire exécuter certaines tâches) » [ECZ], [PRESTATAIRES]

L'implication des animateurs communautaires des ECZ dans la collecte des rapports des autopsies verbales et des enquêtes de satisfaction (comme décrit avant sous l'implémentation des activités spécifiques ; « réaliser les autopsies verbales ») a changé l'attitude des ECZ dans plusieurs zones (p.ex. à Niangara).

« Au début il y avait la guerre avec l'équipe cadre, ils se sentaient dépassés, après ils ont regagné la confiance. » [CODEV NIANGARA]

« Impliquer un seul membre de l'ECZ n'est pas suffisant » [ECZ PAWA]

Pour mieux cadrer l'attitude de l'ECZ dans son contexte local, on discute deux éléments qui peuvent aider à comprendre leur perspective. Typiquement dans cette région, des projets de santé soutiennent les ECZ d'une façon directe sans en tenir compte de l'avis de la communauté. Cette approche « top-down » renforce la position des ECZ et les stimule à prendre une attitude autoritaire. Ensuite, l'ECZ fait partie d'un système de santé qui est organisé d'une façon très hiérarchique. Par exemple, la distribution des salaires passe par l'ECZ ce qui pourrait faciliter une réduction du salaire de l'IT qui se trouve plus bas dans la chaîne. La population ou les utilisateurs finaux se trouvent au niveau le plus bas du système ce qui implique qu'ils ont la voie très faible.

Caractéristiques de la population

On discute des caractéristiques cruciales de la population qui ont influencé le succès des activités des CODEV et les mécanismes décrits plus haut.

**Le niveau d'éducation** des membres des CODEV a joué un rôle dans leur apprentissage. Les membres du CODEV d'un niveau d'éducation plus haut se montrent plus capables d'appliquer ce qu'ils ont appris pendant les formations et de conceptualiser ce qui s'est passé pendant le projet. Ils se montrent plus capables d'embrasser la valeur de la participation communautaire. Le niveau d'éducation a été un élément clé dans la performance des CODEV aux zones plus urbaines comme Watsa et Isiro où les gens sont plus éduqués comparé aux zones comme Boma Mangbetu ou Niangara. On remarque aussi une implication plus élevée des femmes aux zones où les gens sont plus éduqués.

**Le temps disponible** à consacrer par les membres des CODEV se montre un facteur important dans la performance des CODEV. Au milieu semi-urbain, comme à Isiro, la performance des CODEV était plus bas que dans certaines zones plus rurales, malgré un niveau d'éducation et socio-économique plus élevé des membres du CODEV. Ceci pourrait s'expliquer par la disponibilité diminuée des membres du CODEV d'Isiro (ils peuvent avoir plusieurs boulots, une famille, etc.).

**Le statut socio-économique** des membres des CODEV peut avoir contribué à la performance des CODEV comme des membres plus riches sont estimés d'avoir plus de moyens à leur disposition (p.ex. des moyens de transport pour faire des AV). Dans des régions avec une population plus riche comme la ZS de Watsa (région minière), la population s'est montrée plus engagée à faire des contributions matérielles.

## LEÇONS RETENUES

« L'approche CODEV » aspire le renforcement de la communauté et ses représentants en adressant le développement dans sa totalité, plutôt que cibler le domaine de santé. Ce projet nous montre que l'implémentation des CODEV peut aboutir à ce renforcement de la communauté. On discutera d'abord les facteurs qui ont joué un rôle dans l'implémentation de ce projet, puis, on discutera les résultats et les mécanismes des activités spécifiques du projet et finalement on présentera des leçons générales.

### Facteurs facilitateurs par rapport à l'implémentation

1) L'implémentation a bénéficié d'une phase de préparation pendant laquelle les coordinateurs du projet ont rencontré les agents clés des autorités de santé pour s'accorder sur le sujet des activités et s'assurer que les activités s'alignent à la politique nationale. Le fonctionnement des comités de santé (les COSA) a été évalué pour connaître leurs forces et faiblesses.

2) Le développement, l'implémentation et le suivi des actions du projet ont été faits par des experts qui comprennent bien le contexte local et qui ont des connections importantes, y compris les acteurs clés des prestataires de santé, les autorités de santé (les ECZ et la DPS), les autorités locales et les communautés.

3) Les activités spécifiques étaient innovatrices et complémentaires: les autopsies verbales ciblaient la promotion de santé, tandis que l'activité des enquêtes de satisfaction ciblait la qualité des soins et l'accès financier. L'implémentation des activités a suivi un ordre logique pour maximaliser la synergie entre les activités spécifiques.

4) L'implémentation a été faite en partenariat avec la communauté qui jouait le rôle central dans ce projet. Les autorités de santé, les prestataires de santé et les autorités locales ont été informés et consultés. Pour certaines actions, ils ont été impliqués d'une façon active.

5) Les membres des communautés étaient très ouverts et motivés par rapport aux formations. La formule de « former des formateurs » s'est montrée une approche efficace.

6) Le système de santé a joué un rôle essentiel dans la collection et la distribution d'information et des outils (p.ex. la distribution des canevas pour les autopsies verbales).

7) Des primes de performance ont stimulé l'implémentation des activités à court terme, mais elles ont eu un effet négatif sur la pérennisation des activités.

8) Les prestataires de santé (les infirmiers titulaires) se sont montrés très ouverts pour rentrer en dialogue avec les communautés et pour faire des changements en faveur de la qualité des services de santé.

### Obstacles à l'implémentation

1) Ce projet communautaire n'a pas été bien accueilli par les autorités locales de santé (en particulier les équipes cadre de zone), malgré qu'ils aient été informés, consultés et même impliqués par les coordinateurs du projet. A plusieurs instants, les ECZ ont même contrarié le projet. Cette réaction suggère qu'ils se sentaient menacés par rapport à leur autorité. Le système de santé aux zones du projet a été identifié comme très hiérarchique avec les médecins chef des zones occupant une des positions plus hautes dans la communauté. On assume que, parmi d'autres facteurs, l'approche d'autres projets de développement encourage et renforce cette culture hiérarchique ce qui a mené

aux difficultés éprouvées dans l'implémentation de ce projet qui cible l'autonomisation de la communauté.

2) Faire des autopsies verbales est une activité délicate qui nécessite la confiance de la population. Les RECOS ont obtenu cette confiance en informant la population de l'objectif des AV et par la sensibilisation continue sur l'importance des AV.

3) Les membres des communautés ciblées ne maîtrisent pas la compétence pour faire une analyse simple des données des AV ou des EDS.

4) Il a prouvé difficile d'engager la population à faire la maintenance des sources d'eau.

5) Les primes de performance ont eu un effet négatif sur l'appropriation des activités et leur pérennisation.

6) Il y a avait une réticence de la part de la population à céder leur apport local en matériaux locaux disponibles pour l'aménagement des sources. Une des raisons de cette réticence était la méfiance par rapport aux membres des CODEV.

7) Deux faiblesses de l'implémentation du projet sont le manque de synchronisation avec d'autres partenaires et la pauvre inclusion des minorités.

## Les Résultats, les mécanismes et le contexte

Le projet a démontré que les activités spécifiques (les AV et les EDS) peuvent aboutir à l'augmentation de l'utilisation des services de santé et l'information sur l'état de santé de la population et la qualité des services de santé.

Spécifiquement, en utilisant les AV, les RECOS ont stimulé la population à consulter les services de santé publique ce qui a mené à une diminution des décès à domicile. Les EDS ont contribué à l'augmentation de la qualité perçue par la population et l'augmentation de l'accès financier ce qui a encouragé la population d'utiliser les services de santé. Finalement, ces activités ont contribué à la mise en place d'un cadre de concertation entre les prestataires, les CODEV et les autorités locales.

On a identifié plusieurs mécanismes qui expliquent comment les actions du projet ont réussi à renforcer la communauté. La perception des effets positifs de leurs actions, la construction de l'identité communautaire, et finalement, la reconnaissance par les prestataires, les autorités de santé et la population, sont des médiateurs qui ont mené à une augmentation de l'auto-efficacité collective (les membres des CODEV se sentent capables de réaliser un changement positif), la perception de l'autonomie (les membres s'engagent aux activités envisagées par la communauté) et la mobilisation des autres membres de la communauté. Ces derniers facteurs ont, à leur tour, contribué à la motivation intrinsèque ce qui a mené à la continuation des activités et la prise des nouvelles initiatives par la communauté (Schéma Figure 4).

Finalement, on a identifié plusieurs facteurs contextuels qui ont influencé les résultats et les mécanismes entre les zones différentes: la situation géographique et la mobilité de la population (p.ex. l'accès aux centres de santé), la relation avec le corps sanitaire (les équipes cadre de zones et les prestataires de santé), et des caractéristiques de la population: le niveau d'éducation, le temps disponible et le statut socio-économique.

## Leçons générales

1) Un grand défi pour des projets comme celui-ci est de trouver la balance entre la stimulation des activités par la motivation extrinsèque et la supervision directe: « command and control », et la motivation intrinsèque. Dans ce projet, les primes de performance ont vraiment boosté certaines activités, mais le manque des primes post-projet a été rapporté comme un des obstacles majeurs pour continuer les activités et donc, à long terme, la suppression des primes affectera la pérennisation du projet.

2) Une constatation remarquable est la réaction négative des équipes cadres de zone (cf. les leçons sur l'implémentation). L'attitude autoritaire des équipes cadres ne s'aligne pas avec les directives nationales qui recommandent le renforcement des communautés. Au même temps, on remarque que ce projet était un des seuls projets qui se focalisaient en majeure partie sur le renforcement de la communauté. On estime que l'approche suivie par d'autres initiatives (nationales et internationales) contribue à cette attitude autoritaire des ECZ et donc indirectement à la répression des communautés avec des effets désastreux au niveau du développement de la RDC.

3) Le succès de l'approche « former des formateurs » suggère que plus d'attention à la formation et le coaching des membres des CODEV pourrait aboutir aux communautés dans lesquelles les membres partagent des bonnes pratiques et des expériences au niveau de l'aire de santé, au niveau zonal et même au niveau provincial. Soutenir les CODEV à échanger de l'expertise sur des thèmes de développement peut avancer leur connaissance technique, mais peut aussi renforcer leur identité et leur autonomie.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce document tiennent à remercier les membres des communautés des zones de santé de Boma-Mangbetu, Wamba, Isiro, Watsa, Faradje, Niangara, Rungu et Pawa qui ont bien voulu partager leur temps, leurs idées et leurs opinions. Ensuite, nous tenons à remercier les membres des équipes cadres de zone, les professionnels de santé de ces zones et la division provinciale de santé pour leur temps et leur effort de partager leurs expériences. Nous voulons bien remercier aussi les équipes de la CECCA16 et de Medicus Mundi Navarra-Aragón-Madrid qui ont contribué à l'organisation du projet et cette capitalisation. Finalement, nous tenons à remercier Elisa de Biurrun Bakedano de MEDICUS MUNDI NAVARRA-ARAGON-MADRID pour ses inputs cruciaux par rapport au contenu et l'édition du document.

## ANNEXE 1: CADRE LOGIQUE AVEC LES RESULTATS DES INDICATEURS

CADRE LOGIQUE DU PROJET			
	Logique d'intervention	Indicateurs de réalisation objectivement vérifiables	Synthèse des constats de l'évaluation (voyez le rapport pour plus de détail)
<b>Objectifs Généraux</b>	<i>OG: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du District Sanitaire de Haut-Uélé Ouest dans la Province Orientale.</i>	<i>Le taux de mortalité maternelle est passé de 677 à moins de 400 pour 100.000 Naissances Vivantes en 2017 dans le DS de Haut-Uélé Ouest de la Province Orientale</i>  <i>Le taux de mortalité infantile est passé de 89 à moins de 50 pour 100.000 Naissances Vivantes en 2017 dans le DS de Haut-Uélé Ouest de la Province Orientale</i>	A ajouté par MMNAM si estimé utile.
<b>Objectif spécifique</b>	<i>OS: Amélioration de la qualité de la participation communautaire dans les activités des Soins de Santé Primaires dans le District Sanitaire de Haut-Uélé dans la province Orientale sur une période de 42 mois.</i>	<i>OS - « indicateur 1 »: Le taux d'utilisation des services curatifs dans les 8 Zones de Santé appuyées est passé de 27 % en 2013 à plus de 40 % en 2017</i>	Le taux d'utilisation a atteint 67,59 % en Juin 2018 (source: RN 18). Le taux d'utilisation est un indicateur arbitraire qui peut être influencé par plusieurs autres facteurs. Néanmoins, on estime que la sensibilisation par les CODEV a contribué d'une façon positive à l'utilisation des services sanitaires publiques.

<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p><i>R1- Les comités de développement de 8 Zones de Santé du District Sanitaire de Haut-Uélé sont renforcés et structurés</i></p>	<p><i>1.1: 8 bureaux des CODEV de 8 Zones de Santé appuyées sont construits et équipés</i></p> <p><i>1.2: Au moins une femme est comprise dans la composition de 8 CODEV de 8 Zones de Santé appuyées</i></p> <p><i>1.3: Au moins 20 cadres de la DPS et du DS de Haut-Uélé et au moins 150 membres des CODEV de 8 Zones de Santé appuyées sont formés en technique d'animation et en autopsie verbale des décès</i></p> <p><i>1.4. Au moins 124 points d'eau sont aménagés avec un apport local non négligeable de la population. Le nombre a été augmenté à 184, basé sur le besoin et la demande élevée.</i></p>	<p>9 bureaux des CODEV ont été construits, équipés (chaises et tables) et sont bien maintenus par les membres des CODEV (cfr photos en annexe). Constats de la visite actuelle pour les zones de Pawa, Watsa, Gombari, Boma Mangbetu, Isiro, Faradje, Rungu, Niangara. La zone de Wamba a été visitée en 2017. En dehors des objectifs formulés, 2.700 macarons (signes de reconnaissance pour les membres de CODEV) ont été distribués. A Watsa, Pawa et Boma Mangbetu cette distribution est en cours.</p> <p>Dans les zones visitées, au moins 4 femmes étaient présentes comme membres des CODEV. La participation des femmes était variable: dans certaines zones elles étaient plus actives que les hommes (ZS Isiro), mais dans la plupart des zones, les femmes se tenaient au second plan.</p> <p>Plusieurs membres par CODEV confirment avoir été formés en sujets proposés. Les membres des CODEV se montrent enthousiastes de ces formations et ont trouvé les formations utiles. Après avoir été formé, les membres de la DPS ont contribué aux formations des membres des CODEV.</p> <p>Des sources ont été visitées aux zones d'Isiro, Pawa et Boma Mangbetu. Pendant la visite en 2017, on a visité des sources à Wamba. La maintenance des sources a été problématique comme rapporté dans l'évaluation de 2017. En 2018, cette maintenance a été améliorée grâce au coaching persistant, mais elle reste problématique à certains endroits. Le nombre total des sources aménagés avec un apport local est 138 en Juin 2018 (RN 18).</p>
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>R2- <i>Un cadre de concertation entre le pouvoir public, les prestataires des soins et la population est mis en place et renforcé en vue d'améliorer la qualité des services de santé</i></p>	<p>2.1: <i>40 rencontres semestrielles sont organisées entre le pouvoir public, les prestataires des soins et la population</i></p> <p>2.2: <i>Présence d'au moins deux représentants des CODEV dans les revues provinciales annuelles parmi lesquels il y a au moins une femme</i></p>	<p>Les membres des CODEV rapportent que les rencontres avec les prestataires des soins ont eu lieu et basées sur les résultats des enquêtes de satisfaction ; ils ont plaidoyé pour des améliorations des services. Les résultats principaux sont (dépendent de la zone): une tarification diminuée et une meilleure qualité des soins (p.ex. l'accueil, le temps d'attente).</p> <p>La présidente du CODEV provincial est une femme qui a joué un rôle actif dans la supervision des CODEV et a fait le plaidoyer pour obtenir une loi favorable aux vulnérables.</p>
	<p>R3- <i>Un édit parlementaire provincial est soumis à l'adoption pour la prise en charge des vulnérables en ce qui concerne l'accès aux services de santé</i></p>	<p>3.1: <i>Une pétition de la loi favorable aux vulnérables est rédigée, signée par au moins 1.000 personnes et soumise au parlement</i></p> <p>3.2: <i>Une loi en faveur des vulnérables est promulguée pour leur accès aux services de santé</i></p>	<p>La pétition a été faite grâce à l'effort de la présidente du CODEV provincial.</p> <p>Malgré plusieurs efforts, cette loi n'a pas été promulguée. Parmi les barrières, on note les problèmes politiques actuels et la préparation des élections législatives et présidentielles. Néanmoins, on note un renforcement des relations entre les coordinateurs du projet et les autorités de santé (le ministre provincial, la DPS, etc.)</p>

<p><b>Activités à développer</b></p>	<p>A.1.1. Réhabiliter et/ou construire les bureaux des CODEV de 8 Zones de Santé du DS de Haut-Uélé Ouest</p> <p>A.1.2. Procéder aux élections de nouveaux membres des CODEV de 8 ZS concernées</p> <p>A.1.3. Doter les CODEV de 8 ZS appuyées et de la CECCA 16 d'un minimum d'équipements</p> <p>A.1.4. Former les membres des CODEV en techniques d'animation et en autopsie verbale des décès</p> <p>A.1.5. Réaliser les autopsies verbales des décès survenus dans les communautés et dans les structures de santé et en faire l'analyse</p> <p>A.1.6. Sensibiliser la population sur les problèmes de santé responsables des décès dans les communautés et dans les structures de santé</p> <p>A.1.7. Appuyer la population dans les travaux d'aménagement des points d'eau</p>	<p>Cf. R1.1</p> <p>Les membres des CODEV, les IT et les ECZ confirment l'organisation des élections au début du projet.</p> <p>Cf. R1.1</p> <p>Cf. R1.3</p> <p>La réalisation des AV a été confirmée pendant des entretiens avec les CODEV, les ECZ et les IT. L'analyse des AV a été faite par l'équipe MMNAM et celle de la CECCA 16.</p> <p>La sensibilisation par les CODEV a été confirmée pendant des entretiens avec les CODEV, les ECZ et les IT. Les CODEV confirment avoir reçu des mégaphones.</p> <p>L'appui a été confirmé par les CODEV. Dans certaines aires de santé, il y a eu des difficultés pour mobiliser les gens pour l'aménagement des sources.</p>
--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>A.1.8. Assurer l'accompagnement technique et gestionnaire aux équipes des CODEV et à la structure de la CECCA 16</p> <p>A.1.9. Réaliser des évaluations techniques et l'audit financier</p> <p>A.2.1. Réaliser des enquêtes semestrielles de satisfaction auprès des utilisateurs des services de santé afin de capitaliser leurs suggestions</p> <p>A.2.2. Organiser une rencontre semestrielle locale entre le pouvoir public, les prestataires et la population pour partager les résultats des enquêtes trimestrielles</p> <p>A.2.3. Faire participer la population dans les différents cadres de concertation du secteur de santé</p> <p>A.3.1. Développer un CODEV provincial</p>	<p>Cet appui a été confirmé par les membres des CODEV et la CECCA 16.</p> <p>En 2017, une évaluation technique a eu lieu et les recommandations ont été considérées et implémentées si faisable.</p> <p>La réalisation des enquêtes a été confirmée pendant des entretiens avec les CODEV, les ECZ et les IT. Les analyses des AV et les Enquêtes de satisfaction ont été faites et partagées avec les membres des CODEV.</p> <p>La réalisation des rencontres a été confirmée pendant des entretiens avec les CODEV, les ECZ et les IT. Dans certaines zones, les CODEV ont participé aux réunions avec les ECZ.</p> <p>Cf. dernier point</p> <p>Une élection des membres du CODEV provincial a eu lieu (cf. rapport d'évaluation 2017) et 2 femmes ont été élues.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>A.3.2. Soutenir et accompagner l'action de lobbying de la population pour faire adopter et promulguer le nouveau cadre légal sur la prise en charge des vulnérables, notamment les indigents en ce qui concerne l'accès aux services de santé</p> <p>A.3.3. Vulgariser la loi qui sera promulguée pour la prise en charge des vulnérables notamment des indigents en ce qui leur accès aux services de santé</p> <p>A.3.4. Capitaliser l'expérience de la participation communautaire telle que vécue dans le DS de Haut-Uélé et en faire large diffusion dans le reste de l'étendue de la PO en particulier et dans celui du pays en général</p>	<p>Le soutien et l'action de lobbying ont pris lieu, confirmé par la présidente du CODEV provincial. Il y a eu des difficultés pour la promulgation d'un nouveau cadre légal sur la prise en charge des vulnérables.</p> <p>Cf. dernier point</p> <p>Cette activité est en cours</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANNEXE 2: ANALYSE SWOT

### Points forts

- L'utilisation des autopsies verbales et des enquêtes de satisfaction pour la participation communautaire, la sensibilisation, et au même temps comme des outils de monitoring, correspondent à une approche synergique et intégrée à tous les niveaux du système de santé (l'information collectée est utilisée par les IT, les ECZ, et la DPS).
- Après la formation des membres du CODEV, les membres sont stimulés de transmettre leur connaissance au reste de la population (cf. principe de communauté d'apprentissage).
- Les autorités locales affirment que les activités correspondent à la politique nationale.
- L'approche communautaire par les CODEV est une approche multidimensionnelle, intégrant différents secteurs y compris celui de la santé
- Participation significative des femmes
- Il y a plusieurs aspects innovateurs dans ce projet qui peuvent inspirer des autres projets et la politique locale et nationale. La façon de redynamiser des CODEV (p. ex. par la disposition d'un bureau équipé) est une nouveauté dans le pays. L'utilisation des autopsies verbales pour renforcer la participation communautaire est très originale et peu décrite dans la littérature internationale.

### Points faibles

- Pauvre inclusion des groupes vulnérables (p.ex. les pygmées)
- Appropriation par la population reste limitée
- Implication des autorités de santé a été limitée

### Menaces

- Manque d'accès aux services de santé de qualité
- Manque du soutien étatique pour les autorités de santé
- Difficile à engager la population, les ECZ et les prestataires sans motivation extrinsèque
- Population peu éduquée et pauvre
- Région enclavée avec un état de routes déplorable
- Friction entre les autorités de santé et les CODEV

### Opportunités

- Les équipes locales de CECCA 16 et MMNAM sont dynamiques et polyvalentes
- Synergie avec les autres partenaires actifs dans la région
- Apport significatif de la population
- Chefs de village soutiennent les activités communautaires (p.ex. la sensibilisation de la population et la sélection des CODEV).
- La population se montre ouverte pour des formations, pour apprendre
- La DPS et le ministre provincial expriment leur soutien pour le projet
- La CECCA 16 et MMNAM ont un réseau local important

### ANNEXE 3: ANALYSE DES AUTOPSIES VERBALES

#### a. Ampleur de la mortalité et la mortalité par sexe

Le taux moyen de mortalité exprimé en pour mille a évolué comme suit et comme l'illustre le tableau ci-dessous:

- Il est parti de 1,21 décès pour 1000 habitants en fin décembre 2015 à 2,31 décès en fin 2016 ; puis à 2,10 en fin 2017 et enfin à 1,51 décès pour 1000 habitants en juin 2018
- En réalité le taux de mortalité n'a pas connu une diminution, mais au contraire il est parti de 1,21 décès pour 1000 habitants en fin 2015 à 1,51 décès pour 1000 habitants en juin 2018. Cependant il faut comprendre que les RECO affirment que les efforts de sensibilisation ont apporté de changement de comportement dans la mesure où l'effectif des décès enregistrés dans les structures sanitaires a augmenté en défaveur de ceux enregistrés à domicile. En outre, il faut comprendre aussi que le rapportage des décès au début du projet, au cours de l'année 2015, a été assez timide avec un taux de rapportage de 39 % seulement contre un taux de rapportage de 69 % en juin 2018. De ce fait, il est difficile d'apprécier la teneur de diminution du taux de mortalité dans la mesure où le nombre des rapports reçus en 2015 n'était pas important.

ZONE DE SANTE	Population totale	Taux de mortalité en pour mille			
		Août à décembre 2015	2016	2017	Janvier à juin 2018
Isiro	253.222	1,12	1,64	1,45	1,24
Pawa	173.010	1,82	2,34	2,22	1,49
Wamba	135.758	1,89	2,28	2,24	1,37
Faradje	125.587	1,07	2,60	2,22	1,66
Niangara	113.735	1,24	3,65	2,96	2,23
Rungu	106.123	0,79	3,78	3,00	1,88
Watsa	262.038	0,79	1,38	1,52	1,17
Boma Mangbetu	11.241	1,15	2,87	2,66	1,85
<b>Total</b>	<b>1.281.874</b>	<b>1,21</b>	<b>2,31</b>	<b>2,10</b>	<b>1,51</b>

Au total 7.264 décès ont été enregistré entre août 2015 et juin 2018 dans les 8 Zones de Santé appuyées parmi lesquels 4.264 ont touché des hommes (59 %) et 3.000 ont touché des femmes (41 %). La situation se résume dans le tableau ci-dessous :

ZONES SANTE	DE	Population totale	Nbre d'autopsies verbales des décès			Nbre des mois rapports		
			Hommes	Femmes	Total	Rapports reçus	Rapports attendus <sup>20</sup>	%
Niangara		113.735	538	400	938	409	560	73 %
Boma Mangbetu		112.401	458	322	780	333	490	68 %
Rungu		106.123	518	336	854	330	490	67 %
Pawa		173.010	607	441	1.048	437	630	69 %
Wamba		135.758	469	345	814	419	595	70 %
Isiro		253.222	654	410	1.064	457	700	65 %
Faradje		125.587	433	333	766	381	630	60 %
Watsa		262.038	587	413	1.000	477	630	76 %
<b>Total</b>		<b>1.281.874</b>	<b>4.264</b>	<b>3.000</b>	<b>7.264</b>	<b>3.243</b>	<b>4.725</b>	<b>69 %</b>

#### b. Mortalité par tranches d'âges

Parmi les personnes décédées par tranches d'âges, la prédominance est masculine avec une telle tendance en ordre décroissant : 2.284 personnes de 15 à 49 ans (31 %) ; 1.791 enfants de moins de 5 ans (25 %) ; 1.184 personnes de 50 à 64 ans (16 %) ; 881 personnes de 65 à 79 ans (13 %) ; 612 personnes d'au moins 80 ans (8%) et 501 personnes de 5 à 14 ans (7%). La situation se résume dans le tableau ci-dessous :

Aires de Santé	Total décès		< 5 ans		5 à 14 ans		15 à 49 ans		50 à 64 ans		65 à 79 ans		80 ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
ISIRO	654	410	125	86	41	25	202	133	125	79	99	59	52	38
PAWA	607	441	138	107	52	51	192	119	116	64	74	63	40	32
WAMBA	469	345	87	83	42	35	171	120	99	51	56	34	17	19
FARADJE	433	333	151	114	16	8	100	87	72	44	67	44	37	26
NIANGARA	538	400	122	126	23	25	148	98	81	49	90	43	74	59
RUNGU	518	336	137	100	25	21	186	101	71	36	44	33	59	41
WATSA	587	413	112	98	26	20	254	180	108	57	59	41	28	17
BOMA MANGBETU	458	322	102	103	50	41	133	60	81	50	58	29	38	35
<b>Total</b>	<b>4264</b>	<b>3000</b>	<b>974</b>	<b>817</b>	<b>275</b>	<b>226</b>	<b>1386</b>	<b>898</b>	<b>753</b>	<b>430</b>	<b>547</b>	<b>346</b>	<b>345</b>	<b>267</b>

<sup>20</sup> « Les rapports attendus » sont basé sur la référence de 1 décès par mois par aire de santé.

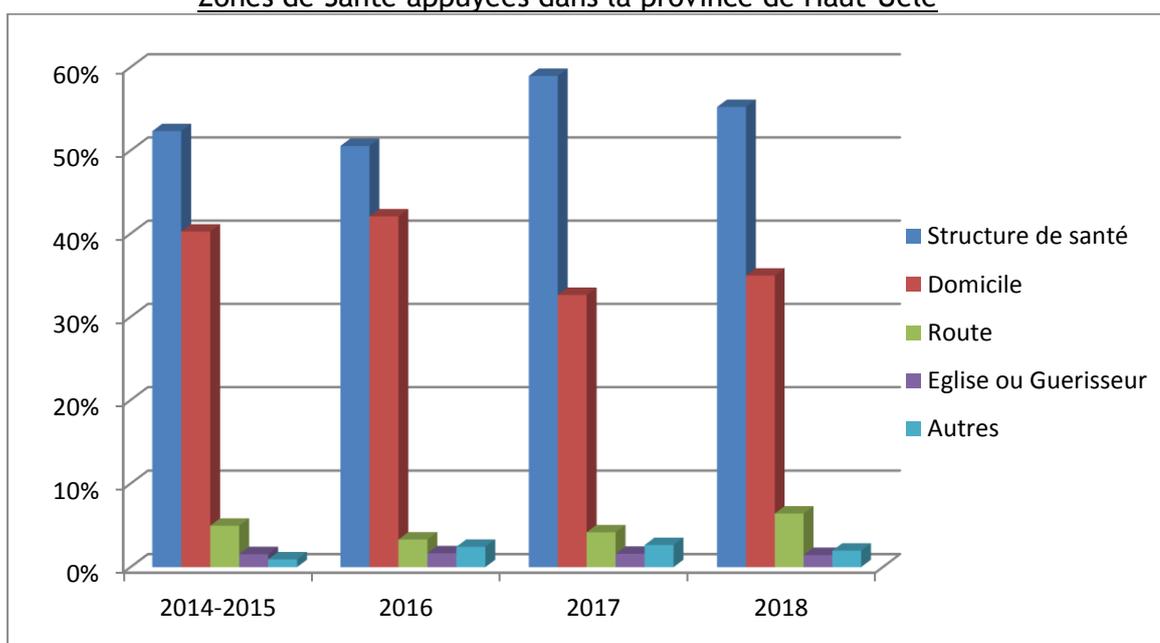
c. Lieux où les décès sont survenus

Concernant les lieux de survenue des décès : 3.954 décès (54%) sont intervenus dans les structures de santé ; 2.722 à domicile (37%) ; 304 en route (4 %), soit dans la forêt, soit par accident, soit en train d’avancer vers une structure de santé pour se prendre en charge ; 115 à l’église ou chez le guérisseur (2 %) et 168 soit 2 % au campement à la recherche des minerais ou à la rivière (il y a eu un cas d’un homme qui a été capturé par le crocodile). Parmi les 2.722 décès survenus à domicile, l’effectif qui concerne les femmes est de 274 seulement repartis en 34 ; 52 ;118 et 70 respectivement d’août à décembre 2015 ; en 2016 ; en 2017 et entre janvier et juin 2018.

Il est important de faire remarquer le nombre des décès survenus à domicile diminue au profit de ceux survenus dans les structures de santé comme le montrent le tableau et le graphique suivants :

Période	Structure de santé		Domicile		Route		Eglise ou Guérisseur		Autres		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nombre
2014-2015	338	52%	260	40%	32	5%	10	2%	6	1%	646
2016	1.498	51%	1.247	42%	98	3%	49	2%	72	2%	2.964
2017	1.584	59%	877	33%	112	4%	43	2%	71	3%	2.687
2018	534	55%	338	35%	62	6%	14	1%	19	2%	967
Total	3.954	54%	2.722	37%	304	4%	116	2%	168	2%	7.264

Lieux de survenue de 7.264 décès autopsiés entre août 2015 et juin 2018 dans les 8 Zones de Santé appuyées dans la province de Haut-Uélé



En effet, le taux des décès survenus à domicile est passé de 40 % entre 2014 et 2015 à 33 % en 2017 et à 35 % entre janvier et juin 2018 ; alors que celui des décès survenus dans les structures des soins est passé de 52 à 59 % et à 55 % pour les mêmes périodes.

Cependant, il sied de signaler que la situation devra être améliorée dans les Zones de Santé suivante :

- Niangara où la proportion des décès survenus à domicile (48 %) dépasse celui des décès survenus dans les structures de santé (41 %)
- Rungu où la proportion des décès survenus à domicile (44 %) est presque égale à celle des décès survenus dans les structures de santé (47%)
- Watsa où la proportion des décès survenus dans les structures de santé (42 %) ne dépasse de manière significative celle des décès survenus à domicile (49 %)

La situation se résume dans le tableau ci-dessous :

Aires de Santé	Nombre des personnes décédées					Lieu de décès					
	Hommes	Femmes	Total	Enfants	Femmes en âge de procréer	Domicile	En route	Service de santé	Chez le Guérisseur	Autres	Total
ISIRO	654	410	1064	226	104	361	53	622	5	23	1064
PAWA	607	441	1048	307	98	338	50	635	6	19	1048
WAMBA	469	345	814	221	87	254	34	499	12	15	814
FARADJE	433	333	766	244	70	293	24	436	3	10	766
NIANGARA	538	400	938	288	90	453	39	380	24	42	938
RUNGU	518	336	854	259	83	374	37	401	18	24	854
WATSA	587	413	1000	229	152	418	33	494	34	21	1000
BOMA MANGBETU	458	322	780	273	41	231	34	487	14	14	780
<b>Total</b>	<b>4264</b>	<b>3000</b>	<b>7264</b>	<b>2047</b>	<b>725</b>	<b>2722</b>	<b>304</b>	<b>3954</b>	<b>116</b>	<b>168</b>	<b>7264</b>

#### d. Causes les plus fréquentes des décès

Les 15 causes les plus fréquentes des décès couvrent 70,21 % de ces cas des décès (au total 5.100 décès sur les 7.264 enregistrés) et concernent les pathologies reprises dans le tableau ci-dessous et en ordre décroissant comme le montre le tableau ci-dessous. Il est important de faire remarquer que les 7 premières causes à elles seules représentent plus de 50 % des causes des décès dont le paludisme, l'anémie, la maladie, la hernie, la TBC, la diarrhée et le VIH/Sida.

N°	Pathologies	Fréquence	Proportion	Proportion cumulée
1	Paludisme	1331	18,32%	18,32%
2	Anémie	865	11,91%	30,23%
3	Maladie	405	5,58%	35,81%
4	Hernie	338	4,65%	40,46%
5	Tuberculose	323	4,45%	44,91%
6	Diarrhée	291	4,01%	48,91%
7	VIH/Sida	249	3,43%	52,34%
8	Hypertension artérielle	222	3,06%	55,40%
9	Rien à signaler	221	3,04%	58,44%
10	Accident	194	2,67%	61,11%
11	Méningite	163	2,24%	63,35%
12	Pneumonie	132	1,82%	65,17%
13	Douleurs abdominales	124	1,71%	66,88%
14	Gastrite	123	1,69%	68,57%
15	Cardiopathie	119	1,64%	70,21%
	Total	5100		

Ces causes sont très différentes à celles enregistrées pour plus de 70 % (1.119) des 1.562 décès survenus dans la Zone de Santé de Kingabwa dans la Ville/Province de Kinshasa d'octobre 2014 à décembre 2017 tels qu'illustrés par le tableau suivant mais seulement nuancés par les faits suivants:

Parmi les 8 causes qui représentent plus de 50 % des causes de décès figurent, comme dans la province de Haut-Uélé, le paludisme, l'anémie et la TBC, auxquelles s'ajoutent notamment

- les accidents surtout ceux liés au trafic routier à cause de l'introduction des motos taxis comme moyens rapide de circulation des personnes (et aussi de leurs biens)
- la cardiopathie et l'hypertension artérielle liées au stress de la vie et au mode d'alimentation
- l'ulcère de Buruli qui est assez fréquent
- et le diabète qui prend de plus en plus d'ampleur

Cependant le VIH/Sida et la hernie ne constituent pas de gros problèmes de santé à cause de la bonne prise en charge et de la prévention pour le premier et de non-exposition aux travaux lourds comme de travaux de champs pour la seconde.

	Causes	Fréquence	Fréquence cumulée	Fréquence relative	Fréquence relative cumulée
1	Paludisme	235	235	15,04%	15,04%
2	Accident	115	350	7,36%	22,41%
3	Cardiopathie	99	449	6,34%	28,75%
4	Hypertension	91	540	5,83%	34,57%
5	Anémie	87	627	5,57%	40,14%
6	Tuberculose	80	707	5,12%	45,26%
7	Ulcère de Buruli	50	757	3,20%	48,46%
8	Diabète	50	807	3,20%	51,66%
9	Mort subite	47	854	3,01%	54,67%
10	Diarrhée	46	900	2,94%	57,62%
11	Fièvre	46	946	2,94%	60,56%
12	Fièvre typhoïde	35	981	2,24%	62,80%
13	AVC	32	1.013	2,05%	64,85%
14	Cirrhose du foie	31	1.044	1,98%	66,84%
15	Hernie	29	1.073	1,86%	68,69%
16	Noyade	26	1.099	1,66%	70,36%
17	Inconnue	20	1.119	1,28%	71,64%
	Total	1.119			