



**CENTRE DE CONNAISSANCES
EN SANTÉ EN R.D. CONGO**
ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF

RAPPORT ANNUEL
2024

Table des matières

4 Remerciements

5 À propos du CCSC-ASBL

6 Liste des abréviations et acronymes

7 Résumé exécutif

8 Introduction

9 Participations aux études

10 Tableau 1. Productions scientifiques du CCSC-ASBL en 2024

11 Le rôle de l'administration provinciale de la santé dans l'appui aux équipes de gestion des districts sanitaires en République Démocratique du Congo : élaborer une théorie initiale du programme d'une évaluation réaliste

13 Facilitateurs et obstacles du système de santé à l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires en République Démocratique du Congo : une étude multi méthode

15 Comment le contexte façonne-t-il l'appui technique de l'administration provinciale de la santé aux équipes de gestion des districts de santé en République Démocratique du Congo ? Une évaluation réaliste

17 La médicalisation de la première ligne de soins en milieu rural au Sud Kivu, RD Congo : une étude mixte descriptive

18 Le choléra à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo : Déterminants et mise au point d'une stratégie de contrôle adaptée à ce contexte urbaine.

21 Intégrer les services de santé mentale dans le système de soins de santé primaires en République Démocratique du Congo : est-ce possible et sous quelles conditions ?

23 Consultances

24 Tableau 2. Marchés de consultance réalisés par le CCSC-ASBL en 2024

25 Atelier d'élaboration du plan opérationnel du projet grand rattrapage des enfants zéro-dose & sous vaccinés (SV) et de FAE en RDC

25 Atelier d'Evaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre des interventions en faveur de la réduction d'EZD et ESV

26 Collaboration entre le CCSC-ASBL et le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale

26 Renforcement des capacités du personnel

26 Participation aux conférences nationales et internationales

27 Tableau 3. Formations, conférences, ateliers et webinaires suivis par le personnel du CCSC-ASBL en 2024

28 Gouvernance du CCSC-ASBL

28 Tenue des réunions du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale

28 Tenue de l'Assemblée Générale

29 Tenue des réunions de la Direction Exécutive

29 Rémunération du personnel

30 Synthèse du rapport financier 2024

30 Recettes

31 Cotisation et droit d'adhésion des membres

31 Tableau 4. Recettes en 2024

31 Tableau 5. Dépenses 2024

32 Conclusion et perspectives

Remerciements



Quatre années après la fin, en décembre 2020, du financement de l'Union européenne et le départ conséquent de ses experts seniors, le CCSC-ASBL est resté droit dans ses bottes ! Cette résilience est le résultat incontestable de plusieurs facteurs dont les quatre principaux sont repris dans les lignes qui suivent. Primo, l'appui inestimable du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPHPS) qui a, non seulement depuis sa création, octroyé à titre gracieux les locaux du siège du centre, mais aussi sollicite régulièrement à titres divers et à différents niveaux de la pyramide sanitaire, les

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

Faustin Chenge Mukalenge

Directeur du CCSC-ASBL

À propos du CCSC-ASBL



CONTEXTE DE CRÉATION

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

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

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

NOS VALEURS



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

Autonomie

nous agissons librement et en toute indépendance

Impartialité

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

Intégrité

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

Rationalité

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

NOTRE VISION



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

NOTRE MISSION



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

NOTRE DEVISE



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

ORGANE DE GOUVERNANCE



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

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

Liste des abréviations et acronymes



AINCS	: Appui Institutionnel au Niveau Central-Santé
ASBL	: Association Sans But Lucratif
BCZ	: Bureau Central de la Zone de Santé
CA	: Conseil d'Administration
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCSC	: Centre de Connaissances en Santé en R.D. Congo
CNP-SS	: Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CTC	: Centre de Traitement de Choléra
DPS	: Division Provinciale de la Santé
ERSP	: Ecole Régionale de Santé Publique
ESP	: Ecole de Santé Publique
ESS	: Etablissement de Soins de Santé
FAE	: Fonds Accélérateur de l'Equité
FOSA	: Formation Sanitaire
GFF	: Global Financing Facility
HGR	: Hôpital Général de Référence
ICAMO	: Intervention-Context-Actors-Mechanisms-Outcomes
IMT	: Institut de Médecine Tropicale
INRB	: Institut National de Recherche Biomédicale
MSPHPS	: Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale
UCB	: Université Catholique de Bukavu
UNIKIN	: Université de Kinshasa
UNILU	: Université de Lubumbashi
UNIKIS	: Université de Kisangani
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PCA	: Président du Conseil d'Administration
PSP	: Prestataires de Soins Primaires
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RDC	: République Démocratique du Congo
SV	: Sous Vacciné
UCB	: Université Catholique de Bukavu
ULB	: Université Libre de Bruxelles
USD	: United States Dollars
UTC	: Unité de Traitement de Choléra
ZD	: Zéro Dose
ZS	: Zone de Santé

Résumé exécutif

Le CCSC-ASBL est une structure qui a pour mission de conseiller les pouvoirs publics, en particulier le Ministère de la Santé, Hygiène et Prévoyance Sociale, à prendre des décisions concernant le développement des systèmes et politiques de santé qui soient basées sur les évidences. Sa création s'inscrit dans une dynamique internationale qui vise à renforcer la base des évidences scientifiques dans la prise de décisions concernant l'organisation des systèmes et la définition des politiques de santé. Au cours de l'année 2024, grâce à l'implication de ses experts présents dans les différentes Ecoles de Santé Publique du pays (ESP Unikin, Unilu, Unikis, ERSP-UCB) et à l'international (ESP Rabat et IMT Anvers), d'une part, et le financement obtenu à travers les marchés de consultance, d'autre part, le CCSC-ASBL a participé dans la production des publications scientifiques (articles, dissertations doctorales, mémoire,...). Ces productions scientifiques ont porté sur les thématiques diverses (choléra, santé mentale, renforcement des capacités des équipes cadres des districts sanitaires, ...). Treize (13) thématiques ont fait l'objet de renforcement des capacités de son personnel. Deux réunions extraordinaires dont l'une du Conseil d'Administration (CA) et l'autre de l'Assemblée Générale (AG) se sont tenues en 2024. Ces réunions ont porté sur les points suivants : (i) l'élection et/ou le renouvellement des membres du CA ; (ii) l'élection du Président du CA (PCA) ; (iii) la désignation de l'Administrateur-Délégué, (iv) l'approbation d'adhésion des nouveaux membres. En 2024, le CCSC-ASBL a enregistré 9 nouvelles adhésions. Ainsi, le nombre de membres effectifs (personnes physiques) est passé de 20 en 2023 à 29 en

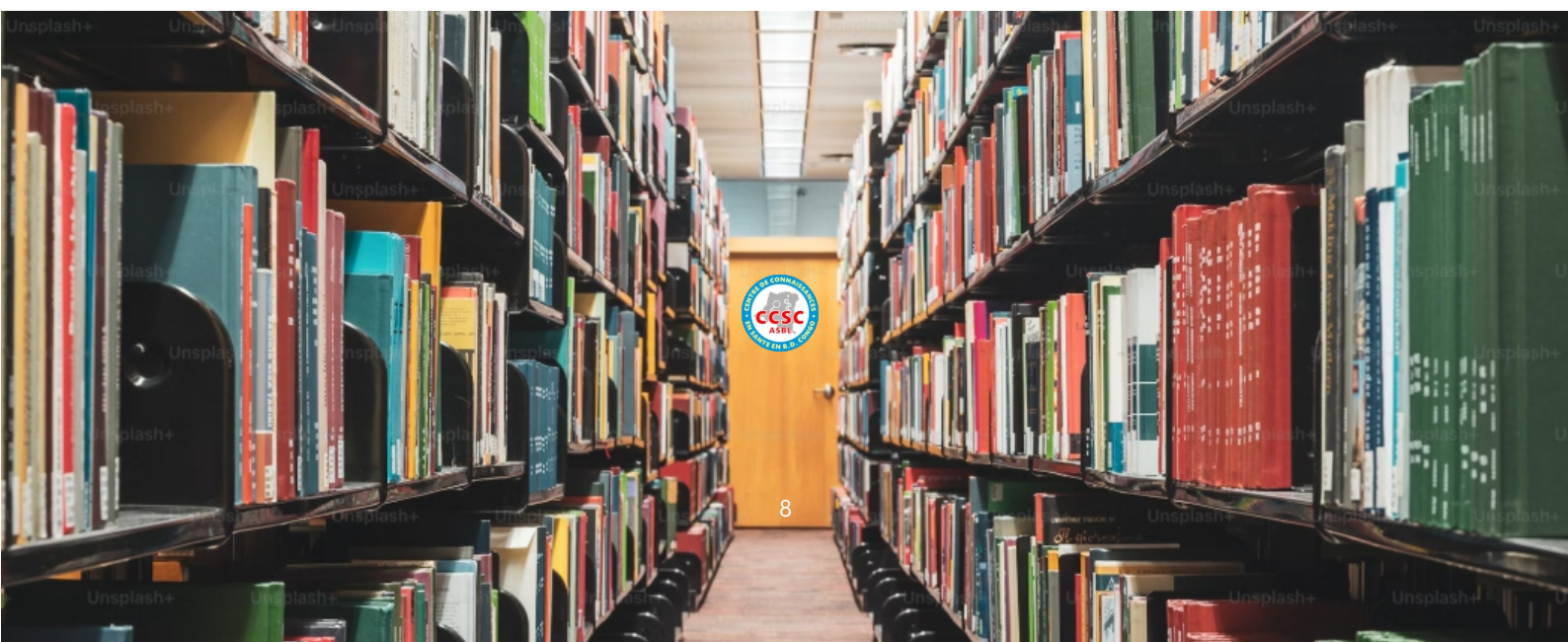
2024. En termes de cotisation des membres, \$2335 (deux mille trois trente-cinq dollars américains) ont été collectés en 2024. Par ailleurs, aucune cotisation n'a été enregistrée de la part des personnes morales, ni l'obtention de la subvention de la part du gouvernement au cours de la même année. La collaboration entre le Ministère de la Santé et le CCSC-ASBL au cours de l'année 2024, a été marquée par la participation du personnel de ce dernier aux différentes activités organisées par la plateforme de la SRMNEA-Nut (Assemblée Générale, Réunions du Secrétariat Technique, etc), par le Programme élargi de vaccination (PEV) dans le cadre du projet FAE, aux revues, ainsi qu'aux réunions de la commission Gouvernance du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS). En guise de conclusion, nonobstant l'absence du financement sous forme de subsides, le CCSC-ASBL a poursuivi sa mission et maintenu son fonctionnement, grâce à sa nouvelle stratégie de mobilisation des fonds, à travers les cotisations de ses membres et les marchés de consultance, source principale de sa résilience au manque de financement structurel. Ses productions scientifiques, bien que moindres comparativement aux années précédentes ont couvert plusieurs thématiques et domaines ci-haut évoqués. Les différentes thèses en cours de production de ses experts ainsi que les différents livrables (articles scientifiques, notes de politique, ...) attendus dans le cadre de l'Accompagnement scientifique et capitalisation des recherches menées par l'appui institutionnel au niveau central – Santé (AINCS) ainsi que du projet FAE contribueront à la réalisation de sa mission en 2025.

1. Introduction

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

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

Depuis la fin en 2020 du financement de l'UE ASBL dans le cadre du programme RIPSEC, la survie et l'accomplissement de la mission du CCSC-ASBL sont assurés par sa participation aux études dans le cadre des recherches doctorales de certains de ses membres et aux missions de consultance commanditées et lui confiées par des organisations de coopération bi- et multilatérale. Ces missions de consultance particulièrement sont rémunérées et permettent à l'association d'assurer son fonctionnement minimal et, ensemble avec les études, de générer des données, de les analyser et de produire des évidences sous formes d'articles publiés ou de rapports. Ces articles et rapports sont systématiquement partagés avec les autorités du Ministère de la Santé pour s'en servir dans les processus de prise de décision, notamment lors de l'élaboration des documents stratégiques (politiques, normes, directives, ...). Ce rapport présente les activités menées et les résultats obtenus par le CCSC-ASBL au cours de l'année 2024.



2. Participations aux études



Cinq chercheurs, membres du CCSC-ASBL, rattachés aux établissements universitaires de renom en RDC, notamment l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi (UNILU) « Antoine Okitandjate, Erick Mukala », Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu (ERSP-UCB) « Armand Mulume, Samuel Makali » et Ecole de Santé Publique de l'Université de Kisangani (UNIKIS) « Samuel Bosongo », ont bénéficié de l'accompagnement scientifique de l'association, ce qui leur a permis de bien conduire leurs recherches doctorales et de master. Ces recherches, portant sur des thématiques variées et hautement pertinentes pour le secteur de la santé en RDC (tableau 1), ont donné lieu à des publications scientifiques et à des présentations dans des forums nationaux et internationaux au cours de l'année 2024.

Le tableau 1 présente la synthèse des productions scientifiques du CCSC-ASBL au cours de l'année 2024, suivie des résumés en Français et des pages de résumés en Anglais pour les publications originellement en Anglais.



Tableau 1. Productions scientifiques du CCSC-ASBL en 2024

Année 2024				
N°	Auteur	Co-auteurs ou promoteurs	Titre	Nature
1	Antoine Okitandjate	Chenge Mukalenge Faustin, Okenge Ongongo Léon, Mwembo Tambwe -A-Nkoy Albert, Lunguya Metila Octavie	Le choléra à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo : Déterminants et mise au point d'une stratégie de contrôle adaptée à ce contexte urbain	Dissertation doctorale
2	Armand Mulume	Ghislain Bisimwa, Samuel Makali	La médicalisation de la première ligne de soins en milieu rural au Sud Kivu, RD Congo : une étude mixte descriptive	Mémoire de master
3	Erick Mukala	Faustin Chenge, Abdoulaye Sow, Bart Criel, Joris Michielsen, Kris Van den Broeck, Yves Coppieters	Health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo: a multimethod study	Article
		Bart Criel, Didier Chuy, Faustin Chenge, Yves Coppieters	Intégrer les services de santé mentale dans le système de soins de santé primaires en République Démocratique du Congo : est-ce possible et sous quelles conditions ?	Dissertation doctorale
4	Samuel Bosongo	Zakaria Belhiti, Faustin Chenge, Bart Criel, Yves Coppieters, Bruno Marchal	The role of provincial health administration in supporting district health management teams in the Democratic Republic of Congo: eliciting an initial programme theory of a realist evaluation	Article
		Zakaria Belhiti, Faustin Chenge, Bart Criel, Bruno Marchal, Yves Coppieters	How Does the Context Shape the Technical Support from the Provincial Health Administration to District Health Management Teams in the Democratic Republic of Congo? A Realist Evaluation	Article

1.1. Le rôle de l'administration provinciale de la santé dans l'appui aux équipes de gestion des districts sanitaires en République Démocratique du Congo : élaborer une théorie initiale du programme d'une évaluation réaliste

RÉSUMÉ

Contexte : En 2006, le ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo a conçu une stratégie visant à renforcer le système de santé en développant les districts sanitaires. Cette stratégie comprenait une réforme de l'administration sanitaire provinciale afin de fournir un soutien technique efficace aux équipes de gestion des districts sanitaires en termes de leadership et de gestion. Les équipes sanitaires provinciales ont été créées en 2014, mais peu d'études ont été réalisées sur la manière dont, pour qui et dans quelles circonstances leur soutien aux districts fonctionne. Nous rapportons ici le développement d'une théorie initiale du programme qui constitue la première étape d'une évaluation réaliste cherchant à combler ce manque de connaissances.

Méthodes : Pour éclairer la théorie initiale du programme, nous avons collecté des données par le biais d'une revue de la portée des études primaires sur le renforcement des capacités de leadership ou de gestion des gestionnaires des districts sanitaires en Afrique subsaharienne, d'un examen des documents de politique et d'entretiens avec les concepteurs du programme. Nous avons ensuite mené une analyse des données en deux étapes : premièrement, l'identification des caractéristiques de l'intervention, du contexte, des acteurs, des mécanismes et des résultats par le biais d'une analyse thématique du contenu, et deuxièmement, la formulation de configurations intervention–contexte–acteur–mécanisme–résultat (ICAMO) en utilisant une approche rétroductive.

Résultats : Nous avons identifié six configurations ICAMO expliquant comment un soutien technique efficace (c'est-à-dire personnalisé, centré sur la résolution des problèmes et stimulant la réflexion) peut améliorer les compétences des membres des équipes de gestion des districts sanitaires en activant une série de mécanismes (notamment la pertinence perçue positive du soutien, la crédibilité perçue positive du personnel de l'administration sanitaire provinciale, la confiance dans le personnel de l'administration sanitaire provinciale, la sécurité psychologique, la réflexivité, l'auto-efficacité et l'autonomie perçue) dans des conditions contextuelles spécifiques (notamment un environnement d'apprentissage favorable, l'intégration de programmes verticaux, un personnel d'administration de la santé publique compétent, un espace de décision optimal, des conditions de travail favorables, la disponibilité des ressources et l'absence d'influences politiques négatives).

Conclusion : Nous avons identifié des configurations initiales de l'ICAMO qui expliquent comment l'appui technique de l'administration sanitaire provinciale aux équipes de gestion des districts sanitaires est censé fonctionner, pour qui et dans quelles conditions. Ces configurations de l'ICAMO seront testées dans des études empiriques ultérieures.

Mots-clés : Appui technique, Équipes de gestion des districts sanitaires, Administration sanitaire provinciale, République Démocratique du Congo, Évaluation réaliste

RESEARCH

Open Access



The role of provincial health administration in supporting district health management teams in the Democratic Republic of Congo: eliciting an initial programme theory of a realist evaluation

Samuel Bosongo^{1,2,3,4*} , Zakaria Belhiti^{5,6}, Faustin Chenge^{1,4,7}, Bart Criel³, Yves Coppieters² and Bruno Marchal³

Abstract

Background In 2006, the Ministry of Health in the Democratic Republic of Congo designed a strategy to strengthen the health system by developing health districts. This strategy included a reform of the provincial health administration to provide effective technical support to district health management teams in terms of leadership and management. The provincial health teams were set up in 2014, but few studies have been done on how, for whom, and under what circumstances their support to the districts works. We report on the development of an initial programme theory that is the first step of a realist evaluation seeking to address this knowledge gap.

Methods To inform the initial programme theory, we collected data through a scoping review of primary studies on leadership or management capacity building of district health managers in sub-Saharan Africa, a review of policy documents and interviews with the programme designers. We then conducted a two-step data analysis: first, identification of intervention features, context, actors, mechanisms and outcomes through thematic content analysis, and second, formulation of intervention–context–actor–mechanism–outcome (ICAMO) configurations using a retroductive approach.

Results We identified six ICAMO configurations explaining how effective technical support (i.e. personalised, problem-solving centred and reflection-stimulating) may improve the competencies of the members of district health management teams by activating a series of mechanisms (including positive perceived relevance of the support, positive perceived credibility of provincial health administration staff, trust in provincial health administration staff, psychological safety, reflexivity, self-efficacy and perceived autonomy) under specific contextual conditions (including enabling learning environment, integration of vertical programmes, competent public health administration staff, optimal decision space, supportive work conditions, availability of resources and absence of negative political influences).

*Correspondence:
Samuel Bosongo
sbosongo@gmail.com
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2024. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

1.2. Facilitateurs et obstacles du système de santé à l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires en République Démocratique du Congo : une étude multi méthode

RÉSUMÉ

Introduction : L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires, c'est-à-dire le processus par lequel une gamme de soins et de services de santé mentale essentiels sont mis à disposition dans des établissements de soins de santé polyvalents existants qui ne les fournissaient pas auparavant, peut être facilitée ou entravée par plusieurs facteurs du système de santé qui sont encore mal compris. Cette étude visait à identifier les facilitateurs et les obstacles du système de santé à l'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires en République Démocratique du Congo (RDC) afin d'améliorer le taux de réussite des programmes d'intégration.

Méthodes : Nous avons mené une étude exploratoire transversale multi méthodes. Les parties prenantes (gestionnaires, prestataires de services de santé, usagers des services, etc.) de seize des vingt-six provinces de la RDC y ont participé. Nous avons recueilli des données qualitatives par le biais de 31 entretiens individuels, semi-structurés et en face à face avec des informateurs clés. Nous avons ensuite recueilli des données quantitatives par le biais d'une enquête auprès de la population auprès de 413 répondants. Nous avons analysé les entretiens par le biais d'une analyse thématique, en attribuant des verbatims à des thèmes et sous-thèmes prédéfinis. Pour les réponses à l'enquête, nous avons effectué une analyse descriptive suivie d'une régression logistique binomiale pour explorer les associations entre les variables d'intérêt.

Résultats : Un engagement fort des dirigeants, des attitudes positives envers les soins de santé mentale, la disponibilité des protocoles de soins, le partage des tâches en santé mentale ($p < 0,001$) et un nombre suffisant de prestataires de soins primaires (PSP) ($p < 0,001$) ont été identifiés comme des facteurs clés facilitant une intégration réussie du système de santé. Cependant, les obstacles à l'intégration sont principalement liés à une mauvaise compréhension de ce qu'est l'intégration et de ce qu'elle n'est pas, ainsi qu'à la mauvaise fonctionnalité et aux mauvaises performances des établissements de santé. En outre, la stigmatisation, la faible priorité accordée à la santé mentale, le manque de référents en santé mentale, le faible taux de rétention des professionnels de santé formés, le manque d'outils de rapportage, le manque de lignes directrices nationales standardisées pour l'intégration ($p < 0,001$), le manque de financement ($p < 0,001$), la pénurie de spécialistes en santé mentale pour encadrer les PSP ($p < 0,001$) et le manque de médicaments psychotropes ($p < 0,001$) ont été identifiés comme des obstacles à l'intégration du système de santé.

Conclusion : Améliorer la fonctionnalité des structures de soins primaires avant d'intégrer les soins de santé mentale serait bénéfique pour une plus grande réussite. En outre, pour s'attaquer aux obstacles identifiés, tels que le manque de financement et la stigmatisation liée à la santé mentale, il faut une action multipartite dans tous les éléments constitutifs du système de santé.

Mots-clés : Services de santé mentale, Soins primaires, Intégration, Système de santé, Facilitateur, Obstacle, Étude multi méthode, République Démocratique du Congo.

RESEARCH

Open Access



Health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo: a multimethod study

Erick Mukala Mayoyo^{1,2,3,4*} , Faustin Chenge^{1,4}, Abdoulaye Sow⁵, Bart Criel⁶, Joris Michielsens⁶, Krij Van den Broeck⁷ and Yves Coppieters²

Abstract

Background The integration of mental health into primary care—i.e., the process by which a range of essential mental health care and services are made available in existing multipurpose health care settings that did not previously provide them—can be facilitated or hindered by several health system factors that are still poorly understood. This study aimed to identify health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo (DRC) to improve the success rate of integration programs.

Methods We conducted a multimethod, cross-sectional exploratory study. Stakeholders (managers, health service providers, service users, etc.) from sixteen of the twenty-six provinces of the DRC participated. We collected qualitative data through 31 individual, semistructured, face-to-face key informant interviews. We then collected quantitative data through a population-based survey of 413 respondents. We analyzed the interviews via thematic analysis, assigning verbatims to predefined themes and subthemes. For the survey responses, we performed descriptive analysis followed by binomial logistic regression to explore the associations between the variables of interest.

Results Strong leadership commitment, positive attitudes toward mental health care, the availability of care protocols, mental health task sharing ($p < 0.001$), and sufficient numbers of primary care providers (PCPs) ($p < 0.001$) were identified as key health system facilitators of successful integration. However, barriers to integration are mainly related to a poor understanding of what integration is and what it is not, as well as to the poor functionality and performance of health facilities. In addition, stigma, low prioritization of mental health, lack of mental health referents, low retention rate of trained health professionals, lack of reporting tools, lack of standardized national guidelines for integration ($p < 0.001$), lack of funding ($p < 0.001$), shortage of mental health specialists to coach PCPs ($p < 0.001$), and lack of psychotropic medications ($p < 0.001$) were identified as health system barriers to integration.

*Correspondence:
Erick Mukala Mayoyo
erickmukala1@gmail.com; mukalae@yahoo.fr

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2024. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

1.3. Comment le contexte façonne-t-il l'appui technique de l'administration provinciale de la santé aux équipes de gestion des districts de santé en République Démocratique du Congo ? Une évaluation réaliste

RÉSUMÉ

Depuis 2014, le secteur de la santé en République démocratique du Congo fait l'objet de réformes visant à renforcer l'Administration provinciale de la santé (PHA) afin de mieux soutenir le développement des districts sanitaires par le biais d'un appui technique aux équipes de gestion de la santé de district (DHMT). Cependant, on comprend mal comment, pour qui et dans quelles conditions ce soutien fonctionne. À l'aide d'une approche d'évaluation réaliste, cette étude visait à tester une première théorie de programme de soutien technique aux DHMT par le personnel des PHA dans la province du Kasai Central. Les données ont été recueillies à partir d'examens de documents, d'entrevues, de questionnaires et de systèmes d'information sur la santé de routine. Après avoir analysé thématiquement la mise en œuvre, le contexte, les acteurs, les mécanismes et les résultats, nous avons appliqué un raisonnement réductif pour relier ces éléments à l'aide de l'heuristique ICAMOCs (Intervention-Context-Actors-Mechanisms-Outcomes configurations). Nous avons identifié neuf ICAMOC montrant comment les contraintes de ressources et les défis politiques et organisationnels ont entravé la fourniture efficace d'un soutien technique. Ces défis ont déclenché des mécanismes invalidants, tels qu'une faible motivation, l'auto-efficacité, un sentiment de responsabilité, la sécurité psychologique, la réflexivité, la pertinence perçue du soutien, la crédibilité perçue du personnel des PVVIH et l'autonomie perçue, ce qui a donné lieu à des résultats mitigés. Le système de financement basé sur la performance a permis d'atténuer certains problèmes en fournissant des ressources et en stimulant la motivation extrinsèque, mais des inquiétudes persistent quant à sa viabilité en raison de la dépendance à l'égard des financements extérieurs. Ces résultats soulignent la nécessité d'un engagement politique fort et d'efforts coordonnés pour relever ces défis.

Mots-clés : République Démocratique du Congo ; les équipes de gestion de la santé au niveau local ; l'administration provinciale de la santé ; évaluation réaliste ; support technique.

Article

How Does the Context Shape the Technical Support from the Provincial Health Administration to District Health Management Teams in the Democratic Republic of Congo? A Realist Evaluation

Samuel Bosongo ^{1,2,3,4,*}, Zakaria Belrhiti ^{5,6}, Faustin Chenge ^{1,4,7}, Bart Criel ³, Bruno Marchal ³ and Yves Coppieters ²

- ¹ Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani 2012, Democratic Republic of the Congo; faustin.chenge@unilu.ac.cd
- ² École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1070 Bruxelles, Belgium; yves.coppieters@ulb.be
- ³ Institute of Tropical Medicine Antwerp, 2000 Antwerp, Belgium; bcriel@ext.itg.be (B.C.); bmarchal@itg.be (B.M.)
- ⁴ Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo, Kinshasa 3088, Democratic Republic of the Congo
- ⁵ Département de Santé Publique and Management, École Internationale de Santé Publique, Université Mohammed VI des Sciences de la Santé, Casablanca 82403, Morocco; zbelrhiti@um6ss.ma
- ⁶ Centre Mohammed VI de la Recherche et Innovation (CM6RI), Rabat 10112, Morocco
- ⁷ École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi 1825, Democratic Republic of the Congo

* Correspondence: samuel.bosongo.itigaino@ulb.be; Tel.: +243-813975676



Citation: Bosongo, S.; Belrhiti, Z.; Chenge, F.; Criel, B.; Marchal, B.; Coppieters, Y. How Does the Context Shape the Technical Support from the Provincial Health Administration to District Health Management Teams in the Democratic Republic of Congo? A Realist Evaluation. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2024**, *21*, 1646. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121646>

Academic Editor: Stephen H. Linder

Received: 1 October 2024

Revised: 23 November 2024

Accepted: 6 December 2024

Published: 10 December 2024



Copyright: © 2024 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Since 2014, the health sector in the Democratic Republic of the Congo has been undergoing reforms aimed at strengthening the Provincial Health Administration (PHA) to better support health district development through technical support to district health management teams (DHMTs). However, there is limited understanding of how, for whom, and under what conditions this support works. Using a realist evaluation approach, this study aimed to test an initial program theory of technical support to DHMTs by PHA staff in Kasai Central Province. Data were collected from document reviews, interviews, questionnaires, and routine health information systems. After thematically analysing the implementation, context, actors, mechanisms, and outcomes, we applied retroductive reasoning to connect these elements using the Intervention–Context–Actors–Mechanisms–Outcomes configurations (ICAMOCs) heuristic. We identified nine ICAMOCs showing how resource constraints and political and organisational challenges hindered the effective delivery of technical support. These challenges triggered disabling mechanisms, such as low motivation, self-efficacy, a sense of accountability, psychological safety, reflexivity, the perceived relevance of support, the perceived credibility of PHA staff, and perceived autonomy, resulting in mixed outcomes. The performance-based financing scheme helped mitigate some issues by providing resources and boosting extrinsic motivation, but concerns persist about its sustainability due to reliance on external funding. These findings highlight the need for strong political commitment and coordinated efforts to address these challenges.

Keywords: technical support; district health management teams; provincial health administration; Democratic Republic of Congo; realist evaluation

1. Introduction

Achieving Sustainable Development Goal 3 (SDG3) related to health and well-being, particularly the universal health coverage (UHC) target, requires strong health systems capable of effective stewardship, resource creation, financing, and service delivery [1,2]. However, progress toward SDG3 is hindered by weak health systems, especially in low- and middle-income countries like the Democratic Republic of the Congo (DRC) [2].

1.4. La médicalisation de la première ligne de soins en milieu rural au Sud Kivu, RD Congo : une étude mixte descriptive

RÉSUMÉ

Introduction : En ce jour, la présence du médecin à la première ligne de soins est une réalité dans les villes de la RDC quoi que cela soit contradictoire aux normes d'organisation du système des soins en vigueur. Il reste encore un questionnement concernant la situation de ce phénomène en milieu rural et instable en RDC. L'objectif de cette étude est de décrire et donner les perceptions des parties prenantes de la santé sur ce phénomène en milieu rural et en instabilité au Sud-Kivu.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale mixte (quantitative et qualitative) de mai à juin 2018 dans quatre zones de santé rurales (ZS) au Sud-Kivu (Ruzizi, Fizi, Miti Murhesa et Kitutu). Les données quantitatives concernaient le profil des formations sanitaires (FOSA) de première ligne bénéficiant des prestations d'un médecin généraliste. Les données qualitatives ont été récoltées grâce aux entretiens individuels semi-dirigés menées auprès de 21 personnels de santé de la ZS ainsi que les leaders communautaires. Un cadre thématique a été conçu au préalable grâce à la revue de la littérature et en lien avec les objectifs de l'étude. Ce cadre avait trois thèmes principaux : (a) les perceptions du rôle du médecin à la première ligne de soins, (b) les conditions de travail du médecin et les relations avec ses collaborateurs et (c) les préalables de mise en place d'un médecin à la première ligne de soins. Des analyses descriptives des données quantitatives ont été faites par le logiciel Stata version 15.0, et une analyse thématique manuelle a été réalisée pour les données qualitatives.

Résultats : Dans les quatre zones de santé rurales visitées au Sud-Kivu, 22 formations sanitaires ont répondu à la définition d'une FOSA de première ligne dans lesquelles travaillaient au moins un médecin généraliste. 68% des FOSA appartenait au secteur privé et associatif avec comme propriétaires majoritaires : les agents de santé (36%), les commerçants (18%) et les associations de plusieurs personnes (14%). Plus de la moitié de ces FOSA n'était pas intégrées dans le système de santé local, avait moins de 5 ans d'existence, appliquait une tarification par acte, était à moins de 5Km de l'hôpital général de référence (HGR) et ne rapportait pas les données complémentaires du paquet de soins effectué au bureau central de la zone de santé (BCZ). 77% des médecins travaillant dans ces FOSA n'avait pas une affectation officielle de l'autorité sanitaire. Le paquet offert était constitué de : consultation (95,5%), hospitalisation (95,5%), transfusion sanguine (73%), activités chirurgicales (plus de 70% pour les césariennes, appendicectomie, cure herniaire et 45,5% pour les laparotomies exploratrices). Pour ce qui est de la typologie du médecin, le type majoritaire (59%) était celui prestant dans une FOSA privée lucrative et offrant le paquet complet d'activités médicales et chirurgicales sans être reconnu par les autorités sanitaires. Selon les opinions des gestionnaires sanitaires en occurrence le médecin chef de zone et de certains prestataires de soins, la présence du médecin à la première ligne a un impact négatif sur l'hôpital général de référence (HGR) en termes de séquestration et de référence tardive des malades. Certains infirmiers de ces FOSA se sentent frustré de laisser la gestion au médecin. De

l'autre côté, la communauté apprécie la présence du médecin en première ligne car cela rapproche les soins de qualité de la population et le prix de soins devient moins couteux qu'à l'HGR. Les médecins œuvrant dans ces FOSA quant à eux se disent avoir accepté de travailler dans ces FOSA soit par manque de travail dans des structures sanitaires appropriées, soit en réponse aux besoins de la population qui vit souvent loin de l'HGR. Selon eux, quelques préalables sont nécessaires pour une bonne prestation du médecin en première dont notamment la reconnaissance par le BCZ avec définition claire du paquet des soins à offrir, une prise en charge financière par l'état et l'amélioration des conditions de vie des médecins.

Conclusion : Bien qu'encore moins important qu'en milieu urbain, la présence du médecin en première ligne de soins est une réalité aussi dans le milieu rural en RDC. Ce phénomène est favorisé par la prolifération anarchique des FOSA privées, la surproduction des médecins et un besoin de rapprochement des soins de qualité aux populations éloignées de l'HGR. Des initiatives prises jusque-là ne sont pas à la hauteur du problème car se limitant à une petite échelle et non basées sur des normes valides. Il est donc préférable de saisir cette opportunité pour réguler correctement la présence des médecins généralistes à la première ligne de soins avant que ce phénomène ne devienne incontrôlable.

Mot-clés : Médicalisation, première ligne de soins, milieu rural, Sud-Kivu, RD Congo

1.5. Le choléra à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo : Déterminants et mise au point d'une stratégie de contrôle adaptée à ce contexte urbaine.

RÉSUMÉ

Introduction : Le choléra est endémique dans la province du Haut-Katanga, et en particulier à Lubumbashi. D'octobre 2008 à octobre 2023, le Gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC), à travers le ministère du Plan et de la Coordination de l'Aide au Développement et les autres parties prenantes ont élaboré quatre Plans d'élimination de choléra, sans passer d'abord par un plan de contrôle. Cependant, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de trois premiers Plans sont très mitigés. Parmi les limites opérationnelles, nous observons la médicalisation de la lutte contre le choléra, l'absence d'utilisation des évidences dans la révisitation des stratégies et directives, et le recours indéniable aux ressources des partenaires techniques et financiers (PTF) lors de notification et de gestion des flambées épidémiques de choléra. L'objectif général de la recherche était de générer des connaissances permettant de proposer une stratégie de lutte efficace contre le choléra en tant que problème de santé publique dans le contexte de la ville de Lubumbashi. D'une manière spécifique, il s'agissait de : (i) Déterminer les facteurs biologiques, cliniques et épidémiologiques de la morbidité et de la mortalité dues au choléra à Lubumbashi; (ii) Evaluer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des

prestataires de soins et des Leaders communautaires sur le choléra à Lubumbashi; (iii) Analyser les paramètres physico-chimiques et bactériologiques des eaux domestiques durant une épidémie de choléra à Lubumbashi; (iv) Recueillir les avis des experts concernant la pertinence et l'opportunité de mettre au point une stratégie de contrôle de choléra adaptée au contexte de Lubumbashi; (v) Mettre au point une stratégie de contrôle de choléra adaptée au contexte de Lubumbashi.

Matériels et méthodes : Cette recherche a été menée à Lubumbashi, du 1er janvier 2017 au 30 avril 2024. La revue de la littérature pertinente sur le choléra, l'analyse des différents plans stratégiques d'élimination de choléra en RDC et les quatre études empiriques ont été réalisées. Parmi les études réalisées, il s'agissait de : (1) étude transversale analytique cas-témoins non appariée incluant les données du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020. Les données ont été collectées dans les unités de traitement de choléra (UTC), centres de traitement de choléra (CTC), ainsi que dans les établissements de soins de santé (ESS), et au cours d'une enquête ménage ; (2) une étude CAP transversale, quantitative et qualitative du type phénoménologique et pragmatique, prospective à visée analytique. Celle-ci a ciblé les prestataires des soins et des leaders communautaires à Lubumbashi sur les signes, la transmission, la prévention et le traitement de choléra. Elle a été menée du 5 septembre 2021 au 5 septembre 2022; (3) une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée sur les échantillons d'eaux domestiques (puits non aménagés, puits aménagés, puits traditionnels « Bishimpo » et l'eau de Regideso) collectés dans les 11 zone de santé (ZS) de Lubumbashi, de 1er mars au 31 octobre 2023 ; (4) Points de vue des experts de la RDC sur l'opportunité et la pertinence d'un plan de contrôle de choléra à Lubumbashi, de 1er mars au 30 avril 2024. Nous avons analysé les données quantitatives à l'aide du logiciel STATA IC, version 12. Pour les données qualitatives, nous avons recouru à l'analyse de contenu et à la triangulation des informations. Les eaux domestiques étaient analysées au laboratoire Labotest à l'aide d'équipements adaptés à ces échantillons.

Résultats : La première étude a identifié les déterminants de la morbidité associés au choléra : sexe masculin (ORa=1.41; [IC] : 1,04-1,89), niveau d'instruction $\leq$ à 6 ans d'études (ORa=1.64; [IC] :1.05-2.54), contact connu d'un cas de choléra (ORa=5.9; [IC]95 % : 2.60-13.67) et méconnaissance des moments critiques de lavage des mains (ORa=1.46; [IC]95 % : 1.08-1.98). La prise en charge médicale au-delà de 24 heures du début des signes (ORa=2.23; [IC] 95 % : 1.22-4.05) et la déshydratation sévère (ORa=2.67; [IC] 95 % : 1.65-4.34) ont été associés au décès dû au choléra. En revanche, l'antibiothérapie (ORa = 0.58; [IC] 95 % : 0.35-0.95) et un niveau d'instruction $\geq$ à 6 ans d'études (ORa = 0.39; [IC] 95 % : 0.21-0.71) étaient protecteurs. L'étude CAP des prestataires des soins et des leaders communautaires de Lubumbashi sur le choléra a montré que le niveau de CAP était suffisant chez 36,11 % [IC] 95 % : 31,36-40,86). Et à 21,0 % chez les prestataires de soins et 15,11 % chez les leaders communautaires. En plus, une attitude favorable associée à la sensibilisation systématique sur le choléra était trouvée. La croyance à la guérison du choléra était estimée à 55 % (n=396), par l'automédication à 16 % et par la prière à 4 % (n=396). L'étude sur l'analyse physico-chimique et bactériologique des eaux domestiques dans 11 ZS Lubumbashi, a trouvé 52 % (n=400) du taux de contamination. *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhi*, *Shigella dysenteriae* et *Klebsiella pneumoniae* sont prédominantes. Aucun *Vibrio*

cholerae n'a été trouvé. Par ailleurs, trois prélèvements d'eaux de Bishimpo ont été contaminés, en plus des germes précités, par le *Vibrio non cholerae*. Une association modérée, positive, entre le niveau de contamination bactérienne et les sources d'eaux domestiques a été trouvée, coefficient de corrélation de Pearson ($r = 0.46$), ($p=0,04$). L'étude sur le point de vue des experts sur l'opportunité et la pertinence de mettre au point une stratégie de contrôle de choléra adaptée au contexte de Lubumbashi a montré qu'environ 78% ($n=36$) des répondants avaient trouvé pertinent de développer une stratégie adaptée pour le contrôle de choléra à Lubumbashi. Parmi les répondants, 86,1% ($n=36$) avaient estimé que la RDC devrait d'abord élaborer un plan de contrôle de choléra avant de proposer le plan d'élimination de cette maladie. Seuls 11,1% ($n=36$) avait une opinion contraire. Aussi 81,0% ($n=36$) des répondants ont estimé qu'il était opportun de mettre au point une stratégie de contrôle de choléra à Lubumbashi, compte tenu de l'évolution de cette maladie. Enfin, sur la base des résultats de quatre études empiriques, de l'évaluation des plans d'élimination du choléra mis en œuvre et de la revue de littérature pertinente sur le choléra, nous avons élaboré une stratégie de contrôle de choléra adaptée à Lubumbashi que nous avons dénommée SCCHOLA. Celle-ci repose sur six piliers, à savoir : (i) communauté et groupes à risque ; (ii) malades de choléra ; (iii) contacts avec les malades de choléra ; (iv) moyens de transport ; (v) eaux domestiques et restaurants ; (vi) et établissements scolaires et universitaires.

Conclusion : Cette recherche a élucidé les déterminants de persistance de choléra à Lubumbashi. Il s'agit des déterminants individuels humains (sexe masculin, âge ≤ 10 ans, niveau de scolarité ≤ 6 ans pour les malades, méconnaissance des moments de lavages des mains, contact avec un cas de choléra, faible connaissance des prestataires et des leaders communautaires sur le choléra), des déterminants d'organisation de services (retard dans la prise en charge médicale, absence d'usage d'antibiotique) et des déterminants environnementaux hydriques de choléra (faible couverture en eau potable, absence d'évaluation systématique de la qualité bactériologique des eaux, et de décontamination en tout moment). A ce propos, l'avis des experts pluridisciplinaires concourt, majoritairement à l'opportunité et la pertinence de mettre au point d'une stratégie de contrôle de choléra à Lubumbashi. Et, le plan de contrôle doit précéder le plan d'élimination de choléra. Ces résultats (évidences) ont contribué à l'élaboration d'une stratégie de contrôle de choléra adaptée (SCCHOLA) au contexte de Lubumbashi. Cette stratégie, c'est une proposition qui peut également être appliquée dans le contexte similaire. Avec la survenue des flambées épidémiques pendant l'étude, de 2023 à 2024, certains aspects et composantes de cette stratégie ont déjà pu être appliqués sur le terrain lors de notre appui technique à la division provinciale de la santé (DPS). La SCCHOLA recourt aux ressources locales et spécialisées de la ZS. Et au cadre pluridisciplinaire, multisectorielle, cas du cadre d'échange sur la prévention et la réponse aux événements de santé « CEPRES ». La SCCHOLA s'applique dans les activités regroupées dans les trois volets : préventifs (réseautage des latrines, décontamination systématique des moyens des transports, utilisation du vaccin oral contre le choléra, lavage des mains au savons, utilisation des latrines hygiéniques, consommation d'eaux potables et des aliments bien cuits et protégés), curatifs (prise en charge correcte et à temps des malades, la chimioprophylaxie, installation des structures des prises en charge des malades dans toutes les ZS, et promotionnels (sensibilisation et éducation du public

et des groupes spécifiques, comme les voyageurs, les commerçants, les élèves et étudiants sur les mesures d'hygiène, l'initiative d'assainissement du milieu piloté par les communautés locales, notamment des points d'eaux domestiques, sensibilisation des décideurs sur le réseautage des latrines à l'épicentre de choléra). Chacun des trois volets ci-haut dressera les limites opérationnelles identifiées dans la position du problème pour plus d'impact dans le contrôle de choléra à Lubumbashi.

1.6. Intégrer les services de santé mentale dans le système de soins de santé primaires en République Démocratique du Congo : est-ce possible et sous quelles conditions ?

RÉSUMÉ

Introduction : En République Démocratique du Congo (RDC), le fardeau des troubles mentaux est l'une des dix principales causes de morbidité, mais paradoxalement, il existe des lacunes importantes dans les soins. Pour combler ces lacunes, la stratégie d'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP) est recommandée. À cet effet, une expérience d'intégration des services de santé mentale dans les établissements de soins primaires a été lancée à Lubumbashi, sous le prisme de la recherche-action. Sur base de cette expérience d'intégration et d'autres expériences dans le pays, cette recherche visait à générer des connaissances sur la possibilité et les conditions d'intégration des services de santé mentale dans le système de SSP en RDC.

Méthodes : La recherche a été menée principalement dans le district sanitaire de Tshamilemba, mais aussi les districts sanitaires de Mangembo et Lubero. L'approche de recherche à méthodes multiples a été utilisée pour étudier les expériences d'intégration, à travers cinq études. Les expériences qui ont testé la faisabilité du Programme d'action comble les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'Organisation mondiale de la Santé ont été documentées. La situation initiale à l'intégration de la santé mentale a été évaluée, les facilitateurs et les barrières du système de santé susceptibles de conditionner le succès ou l'échec de l'intégration ont été identifiés, et le mix des services de soins de santé mentale a été déterminé avant l'intégration. En fonction des études, des données quantitatives et qualitatives secondaires et primaires ont été collectées à l'aide de diverses méthodes, notamment l'entretien, la discussion de groupe focalisée, la revue documentaire et le questionnaire. Les analyses qualitatives et quantitatives ont été réalisées à l'aide de NVivo et de SPSS.

Résultats : L'analyse situationnelle a révélé des besoins urgents en matière de santé mentale caractérisés par une forte prévalence des problèmes de santé mentale, notamment dans les situations de crise sanitaire ou humanitaire, et de faibles capacités de réponse opérationnelle des districts sanitaires. Avant l'intégration, le mix des services de santé mentale était suboptimal. Malgré de nombreuses barrières liées au système de santé, les facilitateurs liés à ce système ont permis de bien mener le processus d'intégration. L'intégration des services de santé mentale dans le système de SSP a été

réalisée avec succès, à la satisfaction des parties prenantes impliquées, bien que le fait que certaines conditions n'aient pas été remplies ait affecté son efficacité clinique. L'accessibilité aux soins de santé mentale a été améliorée, même si environ 50 % de la population continue de parcourir plus de 5 km pour accéder aux services de santé mentale. Le taux de consultations curatives pour les troubles de santé mentale, qui était inconnu au début de tous les programmes, a atteint 14 NC/1 000 habitants/an, en fonction des districts de santé. Toutefois, les attitudes de la stigmatisation liée la santé mentale n'ont que très peu évolué.

Conclusion : Les résultats montrent que l'intégration des services de santé mentale dans le système de SSP congolais est possible lorsque le mhGAP est adopté. Ils révèlent que l'efficacité de l'intégration dépend de la satisfaction de certaines conditions. Ces résultats soulignent la nécessité d'une action concertée des acteurs sanitaires et non sanitaires du système de santé pour relever les défis de la santé mentale, et ainsi améliorer l'efficacité et la durabilité de ces expériences dans le contexte congolais et dans des contextes similaires.

Mots-clés : Intégration, santé mentale, soins de santé primaires, recherche-action, approche de recherche à méthodes multiples, République Démocratique du Congo.

2. Consultances

En 2024, en consortium avec PATH, le CCSC-ASBL a commencé la mise en œuvre des activités relatives à la gestion des connaissances dans le cadre de l'Assistance Technique pour le Fonds Accélérateur de l'Équité (FAE). Cette mise en œuvre a consisté pour le CCSC-ASBL à installer les points focaux dans les 4 provinces prioritaires (Kasaï Oriental, Maniema, Mongala, Tshopo et Maniema), réaliser une enquête d'état des lieux des pratiques de vaccination en faveur des enfants Zéro-doses (EZD) et sous-vaccinés, et réaliser une collecte active des données de ces derniers. Par les biais de ses assistants de recherche, le CCSC-ASBL a également participé activement aux différents ateliers organisés dans le cadre de ce projet. Outre le projet FAE, en consortium avec l'Université Libre de Bruxelles et avec le financement d'Enabel, le CCSC-ASBL a soumissionné et gagné le marché de

consultance portant sur « Accompagnement scientifique et capitalisation des recherches menées par l'appui institutionnel au niveau central – Santé (AINCS) ». Le tableau 2 reprend les consultations réalisées par le CCSC-ASBL au cours de l'année 2024.



Entretien entre Joël Ekofo, Assistant de Recherche au CCSC-ASBL, et la gardienne d'enfant de l'AS Umoja_ZS de Kabondo/Projet FAE



Entretien entre Dr Chrispin Kabanga, Assistant de Recherche au CCSC-ASBL, et l'IT de l'AS Université_ZS de Tshilenge/Projet FAE

Tableau 2. Marchés de consultance réalisés par le CCSC-ASBL en 2024

Marchés	Objectifs	Période de mise en œuvre	Livrables	Bailleurs de fonds	Observation
Assistance Technique pour le Fonds Accélérateur de l'Equité (FAE) :	Soutenir la mise en place du Centre de gestion des connaissances, qui concentrera initialement ses activités dans 4 provinces prioritaires (Tshopo, Maniema, Kasai Oriental et Mongala) ayant plus de 50 000 enfants ZD (en 2021). De façon spécifique, il est question de: • Générer des connaissances et synthétiser les leçons apprises sur les obstacles, les profils des enfants ZD et les causes profondes de la persistance des enfants ZD dans les communautés ; • Documenter et évaluer les bonnes pratiques pour identifier, suivre et vacciner durablement les enfants ZD ; • Sélectionner les meilleures pratiques à mettre à l'échelle en fonction de leur efficacité, de leur efficience, impact et durabilité et les diffuser, en collaboration avec quatre institutions académiques partenaires.	De 22 février 2024 au 28 février 2025	• Rapport d'installation des Points Focaux (PF) du CCSC - ASBL ; • Rapport d'état des lieux des pratiques d'identification des enfants ZD et SV ; • Rapport sur le profil des enfants ZD et SV ; • Rapport de la documentation ; • Rapport synthèse sur des leçons apprises ; • Notes de politique ou d'information sur les meilleures pratiques de récupération des enfants ZD et SV identifiées et sélectionnées	PATH/GAVI	En cours
Accompagnement scientifique et capitalisation des recherches menées par l'appui institutionnel au niveau central –Santé (AINCS)	• Entreprendre des recherches appliquées originales pour soutenir l'intervention AINCS et la politique congolaise dans la mise en œuvre du volet protection financière de la CSU ; • Apporter un appui stratégique à l'intervention AINCS dans son dialogue politique avec le MSPHPS et les structures de mise en œuvre de la CSU pour orienter les réformes en se basant sur les évidences.		• Articles scientifiques ; • Notes politiques Rapports de recherche et de capitalisation ; • Présentations publiques lors de réunions stratégiques de la CSU, des conférences nationales et internationales.	Enabel	Mise en vigueur en 2025

2.1. Atelier d'élaboration du plan opérationnel du projet grand rattrapage des enfants zéro-dose & sous vaccinés (SV) et de FAE en RDC

Tenu dans la périphérie de Kinshasa, au village Venus à Bibwa, du 24 mai au 02 juin 2024, cet atelier avait pour objectifs :

- Exploiter le plan de rattrapage afin d'élaborer le Plan d'Action Opérationnel (PAO);
- Elaborer les normes, directives et fiches techniques de rattrapage et FAE des enfants de 0 à 59 mois;
- Définir les stratégies de couverture de zones spéciales en service de vaccination en RDC;
- Définir le mécanisme de synergie des

activités de fonds accélérateur d'équité (FAE) et du plan de rattrapage dans la mise en œuvre ;

- Valider les outils de micro-planification, de collecte et de transmission des données selon la tranche d'âge de 12 à 59 mois.

Au cours de cet atelier, le CCSC-ASBL a présenté le niveau de mise en œuvre des activités du projet et a participé à la révision des outils de collecte des données des EZD et SV.

2.2. Atelier d'Evaluation à mi-parcours de la mise en œuvre des interventions en faveur de la réduction d'EZD et ESV

Du 04 au 07 novembre 2024, le CCSC-ASBL a participé à l'atelier d'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre des interventions en faveur de la réduction d'EZD et ESV. L'objectif de cet atelier était d'améliorer la mise en œuvre de ces initiatives de réduction du nombre d'EZD et ESV, à travers un forum d'échange d'expériences et d'évaluation des résultats. De façon spécifique, il était question de : (i) évaluer les plans de réduction du nombre d'EZD et d'ESV par les acteurs de mise en œuvre ; (ii) identifier les pratiques

susceptibles d'enrichir Mashako 3.0 ; (iii) formuler les orientations pour une mise en œuvre efficace ; (iv) établir un plan de mise en œuvre des recommandations. Dans la phase préparatoire, le centre a produit le canevas de présentation et participé au briefing des acteurs sur le remplissage de ce dernier. Pendant l'atelier, il a présenté le niveau de mise en œuvre de ses activités et participé aux échanges. En post atelier, il a élaboré la synthèse des pratiques identifiées lors de l'atelier.

3. Collaboration entre le CCSC-ASBL et le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale

Outre sa mission principale qui est celle de conseiller les pouvoirs publics notamment le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale à prendre des décisions informées par les évidences, le CCSC-ASBL travaille en synergie avec quelques programmes et directions dudit ministère en leur apportant un appui technique. C'est dans ce cadre que le CCSC-ASBL via son personnel a, au cours de l'année 2024, participé aux différentes activités organisées par le ministère de la santé à travers la

plateforme de la Santé de Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de la Nutrition, en sigle SRMNEA-Nut (Assemblée Générale, Réunions du Secrétariat Technique, etc), ainsi que celles organisées par le Programme élargi de vaccination (PEV) dans le cadre du projet FAE. Outre ces activités, le Directeur du CCSC-ASBL a pris part aux 8 réunions sur les 12 prévues de la commission Gouvernance du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS).

4. Renforcement des capacités du personnel

4.1. Participation aux conférences nationales et internationales

Au cours de l'année 2024, le personnel du CCSC-ASBL a participé à plusieurs activités scientifiques organisées aux niveaux national et international, qui ont renforcé leurs capacités, notamment les conférences,

les ateliers, les formations et les webinaires. Au total 13 thématiques (tableau 3) ont fait l'objet de renforcement des capacités du personnel du CCSC-ASBL au cours de cette année.

Tableau 3. Formations, conférences, ateliers et webinaires suivis par le personnel du CCSC-ASBL en 2024

Date	Organisateur	Thématique	Bénéficiaire	Mode de participation
14 janvier 2024	Alliance for Health Policy and Systems Research	Learning health systems (suite et fin)	Samuel Bosongo	Virtuel
15 février 2024	Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB)	Evaluation de la résilience inhérente aux zones de santé affectées par les conflits armés chroniques à l'Est de la RDC : une étude de cas extrêmes (séminaire de thèse)	Samuel Makali (récipiendaire), Erick Mukala, Joël Ekofo, Samuel Bosongo (Participants)	Présentiel
	Jeudi Médical	Prévention et lutte contre le choléra en RDC, où en sommes-nous	Chrispin Kabanga	Virtuel
12 mai 2024	Equipe RENARD en collaboration avec l'Institut de Recherche pour le Développement (France) et le Centre Pédagogique Université de l'Université de Montréal	MOOC – Transfert de connaissances (suite et fin)	Samuel Bosongo	Virtuel
		MOOC – Note de politique		
Du 20 au 22 mai 2024	Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi et le Programme National de Lutte contre le Paludisme	Journées scientifiques de la Faculté de Médecin	Antoine Okitandjate	Virtuel
Du 29 au 30 mai 2024	Université de Kinshasa et Institut National de Recherche Biomédicale	Colloque 'One Health'	Antoine Okitandjate	Virtuel
29 mai 2024	Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB)	Facilitateurs et obstacles du système de santé à l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires en République démocratique du Congo : une étude à méthodes multiples (séminaire de thèse)	Erick Mukala (récipiendaire), Faustin Chenge, Joël Ekofo, Samuel Bosongo, Samuel Makali (participants)	Présentiel
11 septembre 2024	Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB)	Résilience du système de santé dans un contexte de crise complexe : cas de l'Est de la République Démocratique du Congo (thèse)	Samuel Makali (récipiendaire), Albert Tambwe, Armand Mulume, Erick Mukala, Ghislain Bisimwa, Joël Ekofo, Samuel Bosongo (participants)	
21 septembre 2024	Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université de Bukavu	La médicalisation de la première ligne de soins en milieu rural au Sud Kivu, RD Congo : une étude mixte descriptive (mémoire de master)	Armand Mulume	Présentiel
16 octobre 2024	Banque Mondiale (BM)	Autonomie financière des FOSA : Arguments, Contraintes et les pistes d'actions	Faustin Chenge, Joël Ekofo	Virtuel
31 octobre 2024	Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB)	Contexte et mise en œuvre de l'appui technique de l'administration sanitaire provinciale aux équipes cadres des districts sanitaires en République Démocratique du Congo : une évaluation réaliste (séminaire de thèse)	Samuel Bosongo (récipiendaire), Erick Mukala, Joël Ekofo, Samuel Makali (participants)	Présentiel
Du 04 au 07 novembre 2024	Programme Elargi de Vaccination (PEV-RDC)	Atelier d'évaluation du plan de réduction du nombre d'enfants zéro dose et sous vaccins en RDC	Chrispin Kabanga, Joël Ekofo	Présentiel
16 décembre 2024	Banque Mondiale/Global Financing Facility (GFF)	Financement de la santé : comment utiliser au mieux l'outil juridique	Joël Ekofo	Virtuel

5. Gouvernance du CCSC-ASBL

5.1. Tenue des réunions du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale

Au cours de l'année 2024, deux réunions extraordinaires dont l'une du Conseil d'Administration (CA) et l'autre de

l'Assemblée Générale du CCSC-ASBL ont été tenues en date du 16 mai à l'Ecole de santé publique de Kinshasa et en ligne.

5.1.1. Tenue du Conseil d'Administration

Deux points figuraient à l'ordre du jour, à savoir : (i) le choix ou l'élection du Vice-Président du CA, du Secrétaire-rapporteur et du Trésorier; (ii) les divers.

Conformément aux dispositions de l'article 15 du statut, alinéa 2 et 3, le choix aux différents postes s'est fait par consensus, de la manière suivante :

- **Vice-Président** du CA : Professeur Dr Mwene-Batu Lyabayungu Pacifique, Directeur de l'Ecole Régionale de Santé

Publique de l'Université Catholique de Bukavu ;

- **Secrétaire rapporteur** : Professeur Ordinaire Dr Losimba Likwela Joris, Chef de Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine et Pharmacie de l'Université de Kisangani ;
- **Trésorier** : Professeur Dr Mashinda Kulimba Désiré, Directeur de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa.



5.1.2. Tenue de l'Assemblée Générale

Au cours de la réunion extraordinaire de l'AG, les points suivants ont été examinés, validés et adoptés : (i) l'élection et/ou le renouvellement des membres du CA ; (ii) l'élection du Président du CA (PCA) ; (iii) la désignation de l'Administrateur-Délégué, (iv) l'approbation d'adhésion des nouveaux membres ; (v) les divers.

Ainsi à l'unanimité, neuf personnes faisant partie de l'ancienne configuration du CA ont été reconduites en qualité des membres du CA par l'AG. Par ailleurs, trois nouvelles personnes ont été choisies pour faire partie du CA, qui est constitué actuellement de 12 membres. Le Professeur Ordinaire Dr Mwembo Tambwe Nkoy Albert a été élu PCA

par les membres de l'AG pour un mandat de 3 ans, allant du 17 mai 2024 au 16 mai 2027. 3Conformément aux statuts du CCSC-ASBL, spécialement dans ses articles 12 -11 et 20 alinéa 1, les membres de l'AG présents, ont décidé à l'unanimité de renouveler leur confiance au Professeur Ordinaire Dr Chenge Mukalenge Faustin comme Administrateur Délégué ou Directeur du CCSC-ASBL pour un mandat de 6 ans allant

du 16 mai 2024 au 16 mai 2030. La Direction exécutive du CCSC-ASBL a reçu et présenté 9 nouvelles demandes d'adhésion à l'Association à l'AG pour étude et/ou approbation. A ce jour, le CCSC-ASBL compte 29 membres effectifs et 2 membres d'honneurs. Une brève présentation des différents projets et productions scientifiques réalisés par le CCSC-ASBL après l'arrêt du financement de l'UE a été faite.

5.1.3. Tenue des réunions de la Direction Exécutive

Dans le cadre de suivi de la mise en œuvre des activités des différents projets, plusieurs réunions ont été organisées à la Direction Exécutive du CCSC-ASBL. Par ailleurs, certains membres de son personnel ont pris part aux différentes réunions tenues en

dehors de son siège, notamment celles organisées par le PEV et d'autres parties prenantes dans le cadre du projet FAE, ainsi que celles de la Commission de Gouvernance du CNP-SS.



5.1.4. Rémunération du personnel

Au cours de l'année 2024, le CCSC-ASBL n'a pas pu assurer une rémunération régulière de son personnel, suite au manque de financement, comme ce fut dans le passé. Cependant, à la suite de certains marchés de

consultance exécutés au cours de l'année, une prime périodique a été octroyée au personnel ayant participé à l'exécution de ces marchés.

6. Synthèse du rapport financier 2024

6.1. Recettes

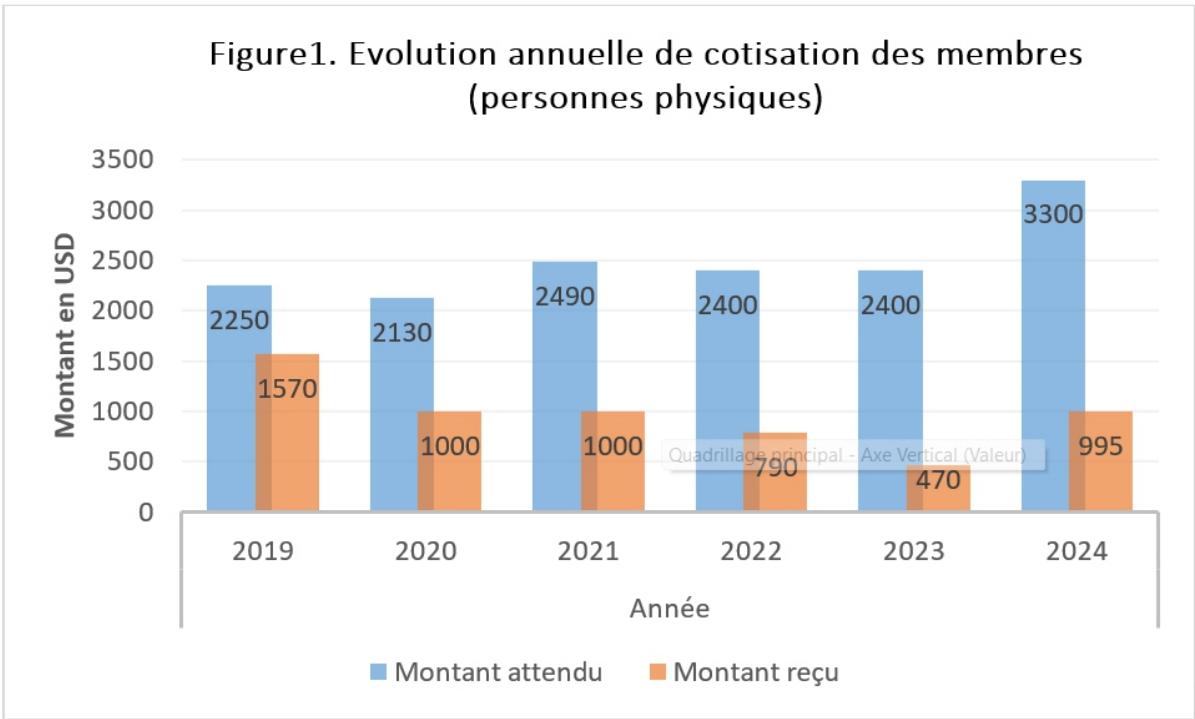
Le CCSC-ASBL a pu mener ses activités grâce aux reliquats de 2023, aux cotisations de ses

membres et aux marchés de consultance gagnés.

6.1.1. Cotisation et droit d'adhésion des membres

Les frais de cotisation et de droit d'adhésion restent l'une des sources de financement permanent du CCSC-ASBL. Etant statutaire, la cotisation est fixée à \$10 (Dix dollars américains) le mois par personne physique et à au moins \$250 (Deux cent cinquante dollars américains) l'an par personne morale. Un forfait (droit d'adhésion) de \$30 (Trente dollars américains) est fixé par personne

physique et \$ 50 (Cinquante dollars américains) par personne morale. En 2024, le CCSC-ASBL a enregistré 9 nouvelles adhésions. Ainsi, le nombre de membres effectifs (personnes physiques) est passé de 20 en 2023 à 29 en 2024. La situation actualisée de recouvrement des cotisations des membres de 2019 à 2024 est présentée à la figure 1.



En termes de recouvrement, \$2335 (deux mille trois trente-cinq dollars américains) ont été collectés en 2024 dont \$510 pour 2021, \$410 pour 2022, \$420 pour 2023 et 995 pour 2024. Signalons qu'en 2024, la

situation de cotisations des membres (personnes physiques) a connu une amélioration. Par ailleurs, aucune cotisation n'a été enregistrée de la part des personnes morales au cours de la même année.

6.1.2. Cotisation et droit d'adhésion des membres

Le CCSC-ASBL n'a pas bénéficié de frais de fonctionnement du Gouvernement en 2024.

Le tableau 4 reprend l'ensemble des recettes

du CCSC-ASBL mobilisées au cours de l'année 2024.

Tableau 4. Recettes en 2024

Produits d'exploitation (recettes en USD)	2024
Excédent (solde banque) année 2023	12 237,05
Cotisation membres	2 335,00
PATH (Fonds Accélérateurs de l'Équité : FAE)	136 880,64
Total Produits (recettes)	151 452,69

Le tableau 5 présente la synthèse des dépenses engagées par le CCSC-ASBL au cours de l'année 2024.

Tableau 5. Dépenses 2024

Charges d'exploitation (dépenses en USD)	2024
Autres charges	4 248,66
Impôts et cotisation sociale	658,79
Communication et internet	3 489,00
Carburant véhicule	3 745,83
Entretien et réparation	1 944,40
Équipements	5 955,45
Fournitures	2 585,24
Frais bancaires	874,05
Charge du personnel	33 000,00
Voyages (Mission de services)	25 364,00
Total charges	81 865,42

7. Conclusion et perspectives



Au cours de l'année 2024, le CCSC-ASBL a poursuivi sa mission et maintenu son fonctionnement, grâce à sa nouvelle stratégie de mobilisation des fonds, à travers les cotisations de ses membres et les marchés de consultance, source principale de sa résilience au manque de financement structurel. Ses productions scientifiques, bien que moindres

comparativement aux années précédentes ont couvert plusieurs thématiques et domaines, notamment le choléra, la médicalisation de la première ligne des soins en milieu rural, l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ainsi que le rôle de la division provinciale de la santé dans le soutien aux équipes-cadres des zones de santé. Cette régression des productions scientifiques est due en partie à l'indisponibilité de la majorité de ses experts, suite à la rédaction de leurs dissertations doctorales, ce qui présage une année 2025 plus fructueuse, couronnée par des soutenances de thèses de ces derniers. Dans le cadre de la collaboration avec le Ministère de la Santé, le CCSC-ASBL via son personnel a, au cours de l'année 2024, participé aux différentes activités organisées par la plateforme de la SRMNEA-Nut (Assemblée Générale, Réunions du Secrétariat Technique, etc), par le PEV dans le cadre du projet FAE, revues, ainsi qu'aux réunions de la commission Gouvernance du CNP-SS.

Le CCSC-ASBL est déterminé à maintenir son fonctionnement et à accomplir sa mission en 2025, notamment celle de produire les évidences dans le secteur de la santé. Les différentes thèses en cours de production de ses experts ainsi que les différents livrables (articles scientifiques, notes de politique,...) attendus dans le cadre de l'Accompagnement scientifique et capitalisation des recherches menées par l'appui institutionnel au niveau central – Santé (AINCS) ainsi que du projet FAE contribueront à la réalisation de sa mission.

NOTES

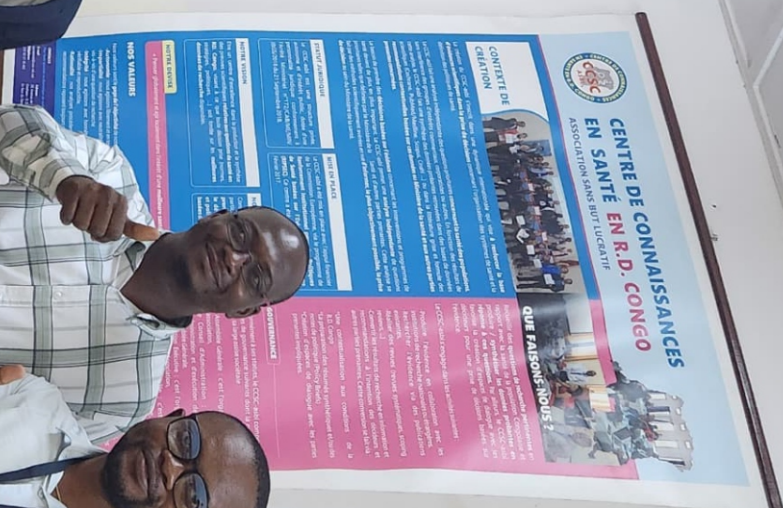
Date

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features multiple horizontal rows, each defined by two parallel dashed lines. The lines are evenly spaced across the entire page, providing a guide for handwriting practice. There is no text or other markings on the paper.

NOTES

Date

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features approximately 20 horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for handwriting practice. The paper is otherwise blank, with no margins, text, or other markings.





CONTACTS

E-mail :

secretariat@ccsc-rdc.net

Téléphone :

+243 82 51 45 465

Adresse :

39, Av. de la Justice, C. de la Gombe
Kinshasa - R. D. Congo
En face du Secrétariat Général de la Santé