



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

**RAPPORT ANNUEL
2021 & 2022**



Table des matières

04 Remerciements	18 Production du CCSC-ASBL en 2021 et 2022 <ul style="list-style-type: none">- Bilan de la production et synthèse des évidences- Manuscrits publiés dans des revues scientifiques à comités de lecture
05 À propos du CCSC-ASBL	27 <ul style="list-style-type: none">- Manuscrits soumis, en attente d'une décision- Livre publié au cours de l'année 2021
06 Liste des abréviations et acronymes	28 <ul style="list-style-type: none">- Posters
07 Introduction	34 Participation aux réunions des commissions CNP-SS Renforcement des capacités du personnel <ul style="list-style-type: none">- Participation aux conférences nationales et internationales- Au niveau national- Conférence des jeunes chercheurs en santé Nextgen
08 Mise en œuvre de la stratégie de développement du CCSC-ASBL au cours des années 2021 et 2022 <ul style="list-style-type: none">- Pérennisation et financement du CCSC-ASBL- Management du CCSC en tant qu'ASBL- Tenue des réunions mensuelles de la Direction Exécutive (DE)- Rémunération régulière du personnel, paiement de l'impôt professionnel sur le revenu (IPR) et cotisations à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)	35 <ul style="list-style-type: none">- Au niveau international- Sixième Conférence Scientifique de l'African Health Economics and Policy Association (AfHEA)
09 <ul style="list-style-type: none">- Diversification des sources de financement- Suivi de l'engagement des subsides émergeant du budget de l'Etat 2021 et 2022- Plaidoyer pour l'inscription du CCSC-ASBL budget de l'Etat 2023	38 <ul style="list-style-type: none">- Cinquième symposium annuel de African Forum for Research and Education in Health (AFREhealth)- Septième Symposium Global sur les Systèmes de Santé/HSR
10 <ul style="list-style-type: none">- Poursuite du plaidoyer pour un financement du CCSC-ASBL par le programme FA5-RDC- Poursuite du plaidoyer pour un financement éventuel du CCSC-ASBL par les partenaires techniques et financiers (PTF) du Ministère de la Santé	48 Communication pour la visibilité du CCSC-ASBL <ul style="list-style-type: none">- Gestion et Alimentation du site Web du CCSC-ASBL- Activités de communication Synthèse du rapport financier : comptes d'exploitation 2021 et 2022
11 <ul style="list-style-type: none">- Suivi des cotisations et du droit d'adhésion des membres du CCSC-ASBL	50 Conclusion et perspectives
13 Evaluation du Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo à la fin du financement de l'Union Européenne	
14 Marchés de consultance avec le label « CCSC-ASBL » en 2021 et 2022 <ul style="list-style-type: none">- Réalisation en 2021 des états des lieux et du plan d'établissement de l'Hôpital Général de Référence Saint-Joseph de Limete, à Kinshasa	
16 <ul style="list-style-type: none">- Capitalisation des expériences des mécanismes de financement de santé à la Tshopo, au Sud-Ubangi et au Kongo Central en collaboration avec l'IMT-Anvers en 2022- Enquête finale pour le monitoring en temps réel dans les communautés et les formations sanitaires en appui à l'initiative « Communautés amies des enfants » (CFC/RTM, 2022)	



Remerciements

Toute notre gratitude à toutes les personnes physiques et morales, à quelque niveau que ce soit du processus de prise de décision en Santé, qui ont compris depuis sa création, l'intérêt et la pertinence de l'existence du Centre de Connaissances en Santé en RD. Cong.o. Leur soutien continu et indéfectible, même en cette période de traversée du désert du Centre sur le plan financier est un motif et une raison d'espérer en son meilleur avenir. Avec ce soutien, le CCSC-ASBL continuera de jouer sa mission, celle de 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 informées par les évidences scientifiques.

Faustin Chenge

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 de santé 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 aux 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 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 toute décision prise (normes, stratégies, politiques, ...) soit fondée 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 informées par 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

Liste des abréviations et acronymes

3ie : International Initiative for Impact Evaluation	FC : Francs Congolais
AFHEA : African Health Economics and Policy Association	HGR : Hôpital Général de Référence
AFRAFRA : Afrique Francophone et Fragilité	HSJ : Hôpital Saint-Joseph
AFREHEALTH : African Forum for Research and Education in Health	HSR : Health Systems Research
AFROHUN : Africa One Health University Network	IDRC : International Development Research Centre
AG : Assemblée Générale	IMT-Anvers : Institut de Médecine Tropicale-Anvers
APA : American Psychological Association	INRB : Institut National de Recherche Biomédicale
ASBL : Association Sans But Lucratif	IPR : Impôt Professionnel sur les Rémunérations
ASSAF : Academy of Science of South Africa	MSPHP : Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
BDOM : Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales	NCD : Non Communicable Disease
BMGF : Bill and Melinda Gates Foundation	Nextgen : Next Génération
CA : Conseil d'Administration	OMS/AFRO : Organisation Mondiale de la Santé/Région Africaine
CATALYSE : Covid-19 et Systèmes de Santé en Afrique de l'Ouest et Centrale	PAO : Plan d'Action Opérationnel
CCSC : Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo	PATH : Program for Appropriate Technology in Health
CDC : Center for Disease Control	PDSS : Projet de Développement du Secteur de la Santé
CDP : Cartographie des Données Probantes	PRIMAFAMED : Primary Care and Family Medicine Network for Sub-Saharan Africa
CERDAS : Centre de Coordination des Recherches et de Documentation en Sciences Sociales desservant l'Afrique Subsaharienne	PROSANI : Projet de Santé Intégré
CFC : Child Friend Community	RDC : République Démocratique du Congo
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale	RIPSEC : Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RD. Congo
COVID-19 : Coronavirus Disease-19	RTM : Real Time Monitoring
CPC : Chargé de Plaidoyer et de Communication	SONAS : Société Nationale d'Assurances
CREDO : Capacity building Research on Emerging Diseases, DR Congo	SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
CSU : Couverture de Santé Universelle	UE : Union Européenne
CTCO : Centre de Traitement Covid	UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund
DE : Direction Exécutive	UNIKIN : Université de Kinshasa
DGD : Direction Générale de Développement	UNIKIS : Université de Kisangani
Enabel : Agence Belge de Développement	UNILU : Université de Lubumbashi
ENSP-Rabat : Ecole Nationale de Santé Publique-Rabat	USAID : United States Agency for International Development
ESP : Ecole de Santé Publique	USD : United States Dollars
ESU : Enseignement Supérieur et Universitaire	WB : World Bank
FA4 : Framework Agreement 4	ZAR : Zone d'Apprentissage et de Recherche
FA5 : Framework Agreement 5	ZS : Zone de Santé

1 Introduction

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

Alors que l'année d'extension sans coût des activités sollicitée et obtenue par le CCSC-ASBL auprès de l'Union Européenne a expiré en 2020, l'année 2021 a été consacrée à l'évaluation globale et à l'audit externe des fonds mobilisés dans le cadre du projet RIPSEC. Pour l'évaluation du CCSC-ASBL, deux consultants (Sénior et Junior) externes ont été recrutés pour la réalisation de ce travail.

Du 1^{er} Août 2020 au 31 Juillet 2022, le CCSC-ASBL a été impliqué dans un projet de recherche portant sur l'analyse et étude des

données probantes, des politiques et des systèmes de riposte à la Covid-19 en Afrique de l'Ouest et Centrale, « **CATALYSE en sigle** ». Ce projet a concerné six pays de l'Afrique de l'Ouest, à savoir : le Ghana, le Nigéria, le Sénégal, la Guinée, le Bénin et un pays de l'Afrique Centrale, la RD. Congo. Dans le cadre de ce projet, l'objectif était d'analyser le processus et l'organisation de la riposte à la Covid-19 afin d'informer la santé publique et les réponses politiques et d'apprendre comment les gouvernements, le public, le système de santé et les acteurs non étatiques/privés ont réagi à la Covid-19. Dans le cadre de cette étude, il a été question pour chaque pays de produire au moins un article scientifique sur des leçons apprises de la gestion de la Covid-19 dans chaque contexte. Signalons par ailleurs que l'avènement de la Covid-19 en 2020 et le manque de financement structurel et permanent entre 2021-2022 n'ont pas permis au CCSC-ASBL de mener à bon escient ses activités et d'atteindre ses objectifs statutaires. Cette situation a eu un impact négatif sur le fonctionnement du CCSC-ASBL, occasionnant ainsi le départ de deux de son personnel de la direction exécutive, notamment la chargée de plaidoyer et de communication et d'un Assistant de recherche junior. Cependant, le recrutement d'un jeune médecin comme Assistant de recherche junior ainsi que les différentes consultations réalisées ont permis tant soit peu au CCSC-ASBL de poursuivre sa mission et d'atteindre quelques objectifs. Ce contexte de crise a été aussi une grande opportunité managériale de se réinventer et d'adapter aussi bien la façon de travailler que les résultats à produire. C'est ici que cette célèbre citation d'Antoine de Saint-Exupéry trouve tout son sens : « **L'homme se découvre quand il se mesure à l'obstacle** ».

Le présent rapport présente les activités effectuées et les résultats obtenus par le CCSC-ASBL au cours des années 2021 et 2022 et en tire des leçons pour une meilleure

2 Mise en œuvre de la stratégie de développement du CCSC-ASBL au cours des années 2021 et 2022

Les activités réalisées et les résultats atteints sont présentés selon les axes prioritaires identifiés dans la stratégie de développement du CCSC-ASBL 2019-2023

2.1. Pérennisation et financement du CCSC-ASBL

2.1.1. Management du CCSC en tant qu'ASBL

Au cours des années 2021 et 2022, aucune réunion du Conseil d'Administration, ni Assemblée générale du CCSC-ASBL n'ont été tenues, faute de financement. Seules les réunions de la Direction exécutive ont été tenues.

Dans l'ensemble, les activités suivantes ont été réalisées en 2021 et 2022 dans le cadre du management de l'Association :

2.1.2. Tenue des réunions mensuelles de la Direction Exécutive (DE)

Dix-sept réunions ont été tenues au cours de l'année 2021 dont douze ordinaires et cinq extraordinaire. Au cours de l'année 2022, 15 réunions ont été tenues, dont 3 extraordinaires. Ces différentes réunions étaient des occasions de faire les points sur l'évolution des différentes activités du CCSC-ASBL.



Figure 1. Photo prise au cours de la réunion de la direction exécutive sous la direction du Directeur du CCSC-ASBL

2.1.3. Rémunération régulière du personnel, paiement de l'impôt professionnel sur le revenu (IPR) et cotisations à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

La fin en décembre 2020 du financement de l'Union Européenne a mis le CCSC-ASBL dans une situation d'incertitude pour rémunérer régulièrement son personnel au niveau de la Direction exécutive et assurer un minimum de fonctionnement. Afin de maintenir une activité minimale pour réaliser sa mission, le Centre a su mener un plaidoyer efficace auprès de l'IMT Anvers et a obtenu un financement dans le cadre de FA4. Toujours avec le soutien de l'IMT Anvers, le Centre

a pu être impliqué comme institution de recherche dans le cadre du projet de recherche portant sur l'analyse et étude des données probantes, des politiques et des systèmes de riposte à la Covid-19 en Afrique de l'Ouest et Centrale, « **CATALYSE en sigle** » financé par l'**International Development Research Centre (IDRC)**. Quoique modiques et axées sur les résultats contrairement aux subventions de l'UE reçues aux cours de cinq dernières années, les ressources ainsi mobilisées ont permis tout de même au CCSC de motiver son personnel de la Direction exécutive et de s'acquitter partiellement des charges imposables dues à l'Etat.

2.1.4. Diversification des sources de financement

Conformément à sa stratégie de développement, le CCSC-ASBL a mis au point des mécanismes de mobilisation de fonds et de diversification des sources de financement suivants au cours des années 2021 et 2022.

2.1.4.1. Suivi de l'engagement des subsides émergeant du budget de l'Etat 2021 et 2022

Il sied de signaler qu'au cours des années 2021 et 2022, le CCSC-ASBL a poursuivi le plaidoyer et a obtenu l'inscription d'un chapitre budgétaire dans les Lois de finances de deux années. Néanmoins, nous n'avons pas eu accès aux informations concernant les lignes budgétaires allouées au CCSC-ASBL en 2021. Cependant, le chapitre budgétaire inscrit au budget de l'Etat 2022, est détaillé en lignes budgétaires dans le tableau 1.

Tableau 1. Répartition de l'allocation budgétaire du Gouvernement au CCSC-ASBL, 2022

NATURE	LIBELLE	MONTANT (FC)
36625	Primes, gratifications et indemnités non permanente	20 114 714
46011	Fournitures et petits matériels	21 008 359
56132	Titre de voyage à l'intérieur	3 991 812
56181	Frais de mission à l'intérieur	6 371 842
TOTAL		51 486 727

Malheureusement, ce chapitre budgétaire en faveur du CCSC-ASBL n'a pas été mobilisé, malgré les démarches engagées par la Direction. Nous avons pourtant pu obtenir l'engagement pour un montant de 31 477 417,06 FC au 2^e trimestre pour l'année 2022, mais la liquidation au Ministère du Budget et l'ordonnancement et le paiement par le Ministère des Finances n'ont pas suivi.

2.1.4.2. Plaidoyer pour l'inscription du CCSC-ASBL au budget de l'Etat 2023

Nous continuons le plaidoyer auprès de la cellule budgétaire de la Direction d'Etudes et Planification (DEP) du Ministère de la Santé pour que le chapitre budgétaire en faveur du CCSC-ASBL soit maintenu chaque année dans le budget de l'Etat. Le défi en 2023 sera alors celui de faire aboutir toutes les opérations de la chaîne des dépenses, à savoir : l'engagement par le Ministre de la Santé, la liquidation par celui du Budget et l'ordonnancement et le décaissement par celui des Finances.

2.1.4.3. Poursuite du plaidoyer pour un financement du CCSC-ASBL par le programme Framework Agreement 5 (FA5-RDC)

Dans la même perspective de diversification des sources de financement, un plaidoyer a été fait depuis 2019 pour l'intégration du CCSC-ASBL au programme pluriannuel de l'IMT Anvers (Framework Agreement 5 « FA5 ») allant de 2022 à 2026 avec le financement de la Direction Générale de Développement (DGD) du Gouvernement de la Belgique. Ce programme issu de l'accord-cadre entre l'Institut de Médecine Tropicale (IMT-Anvers) et la DGD, débuté en 2022, n'a pas encore commencé à l'ESP-UNILU faute de justificatifs des projets antérieurs menés par certaines Institutions de Recherche Congolaises avec le financement de la DGD. Par ailleurs, les démarches continuent pour que ce programme débute en 2023. Les prévisions budgétaires au bénéfice du CCSC-ASBL dans le cadre de FA5 sont présentées dans le tableau 2

Tableau 2. Prévisions budgétaires pour le CCSC-ASBL dans le programme Fa5

Libellé	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Fonctionnement de base	5 860	5 860	5 860	5 860	5 860	29 300
Subventions salaires	23 500	23 500	23 500	23 500	23 500	117 500
Fellow (2ième année fellow CREDO)	9 500	-	-	-	-	9 500
Total	38 860	29 360	29 360	29 360	29 360	156 300

2.1.4.4. Poursuite du plaidoyer pour un financement éventuel du CCSC-ASBL par les partenaires techniques et financiers (PTF) du Ministère de la Santé

Comme mentionné plus haut, le CCSC-ASBL a été contacté et a accepté de faire partie d'un consortium d'institutions de recherche réunissant six pays (Ghana, le Nigéria, le Sénégal, la Guinée, le Bénin et la RD. Congo) pour mener chacune une étude de cas exploratoire pour le compte de son pays. Cette étude a consisté à examiner le processus de prise de décisions et de recenser chronologiquement et progressivement les preuves existantes et leur utilisation dans ce processus décisionnel relatif à la riposte contre la pandémie de la Covid-19 au niveau national, provincial, voire local, depuis son apparition en mars 2020 en RDC. Il s'agissait aussi de définir la trajectoire et les réponses politiques et systémiques à la Covid-19 à ces différents niveaux, ainsi que les effets prévus et imprévus de la réponse dans chaque pays. Cette étude, à l'acronyme « CATALYSE », a duré deux ans (du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2022) et a mis en place un apprentissage collaboratif entre les différents pays par le biais de discussions et de dialogues politiques avec les principales parties prenantes afin d'apporter des réponses multisectorielles appropriées à la Covid-19 et à des situations d'urgence sanitaires similaires. Une extension sans coût d'une durée de six mois (allant jusqu'au 31 janvier 2023) a été sollicitée et obtenue auprès de l'IDRC afin de permettre aux pays de finir avec toutes les productions (articles scientifiques et rapports d'activités). Chaque pays a reçu dans le cadre du projet 19,140.00\$ par semestre, soit un montant total de 76,560.00\$ pour les deux années d'étude.

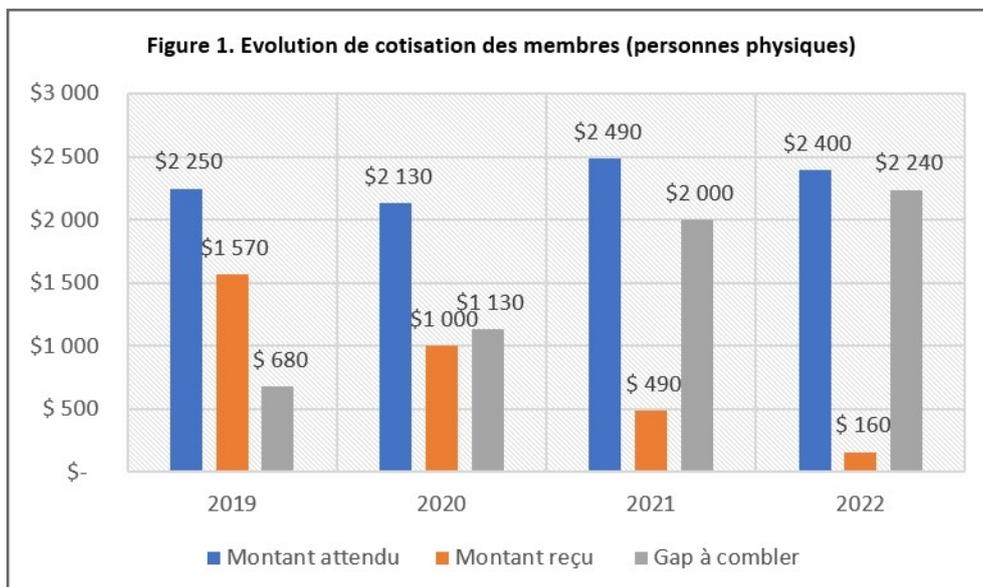
Outre le projet « CATALYSE », le CCSC-ASBL et l'IMT ont développé conjointement un protocole de recherche sur la : « Gouvernance urbaine en contexte de crise : le cas de la ville de Kinshasa pendant la pandémie de Covid-19 » dans le cadre du projet « CREDO ». Ce protocole a été accepté et financé à hauteur de 51,048.00 € dont 22,000.00 € gérés par le CCSC-ASBL et 29,048 € par l'IMT au cours de l'année 2021. Pour mener cette étude, un chercheur local a été engagé, en la

personne de Monsieur Rigobert Mbima Kutwela, chercheur au Centre de Coordination des Recherches et de Documentation en Sciences Sociales desservant l'Afrique Subsaharienne (CERDAS en sigle). Il a bénéficié d'une bourse de 600\$/mois pour conduire cette étude au cours de laquelle, il a effectué un voyage à Anvers pour bénéficier d'un accompagnement technique et scientifique.



2.1.4.5. Suivi des cotisations et du droit d'adhésion des membres du CCSC-ASBL

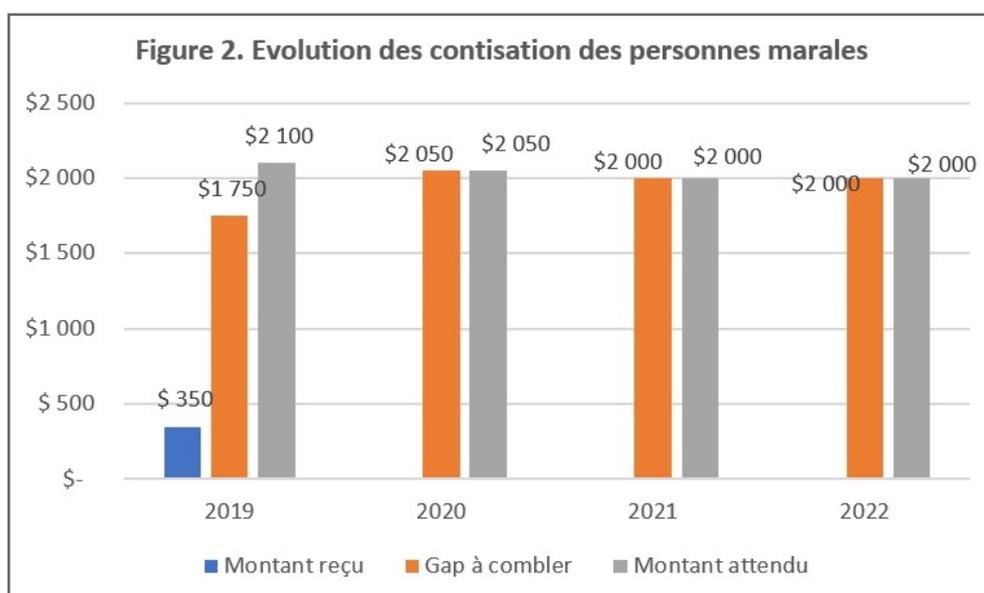
Les cotisations des membres du CCSC-ASBL sont statutairement l'une des sources des ressources du Centre. Elles ont été fixées, au cours de son AG du 01 mars 2019 à 10\$/mois par personne physique et à au moins 250\$/an par personne morale. Un forfait de 30\$/personne physique et 50\$/personne morale a été fixée comme droit d'adhésion. Pour inciter les membres à s'acquitter de ce devoir statutaire, le suivi des cotisations au cours des années 2021 et 2022 a été assuré par des rappels individualisés par mails reprenant la situation détaillée de chacun, par appel et SMS téléphonique. Cette stratégie a permis à certains membres de régulariser la situation de leurs cotisations de 2019, 2020, et/ou à d'autres de s'acquitter de leur devoir de cotiser en 2021 et 2022. La situation actualisée du recouvrement des cotisations de 2019 à 2022 est présentée dans les figures 1 et 2.



La situation des cotisations des membres/personnes physiques ne fait que régresser. Cela a été beaucoup plus remarquable à partir de 2021 avec l'avènement de COVID-19.

S'agissant du nombre des personnes physiques ayant cotisé, la situation se présente comme suit :

- En 2019 : 9 personnes sur /15 se sont acquittées de la totalité de leur frais, soit 150\$; 2 personnes sur 15 ont cotisé respectivement 100\$ et 120 \$ et les 4 restant n'ont pas cotisé.
- En 2020 : le nombre des membres est passé de 15 à 17 personnes grâce à 3 nouvelles adhésions et à cause du décès d'un membre, en la personne du Professeur OKITO LONDA WEMAKOY. Parmi ces 17 personnes, 7 ont cotisé la totalité de leurs frais , 1 a cotisé 30\$, 1 parmi les 3 adhérents a cotisé 100\$ et les 8 autres n'ont rien donné.
- En 2021 : le nombre d'adhésions est passé de 17 à 20 personnes grâce à 3 nouvelles adhésions. Trois sur 20 personnes ont donné la totalité, 1 personne a donné 100\$ et 16 autres n'ont rien donné.
- En 2022 : l'effectif des membres n'a pas évolué. Seules 2 personnes ont cotisé dont 1 la totalité et l'autre 40\$.

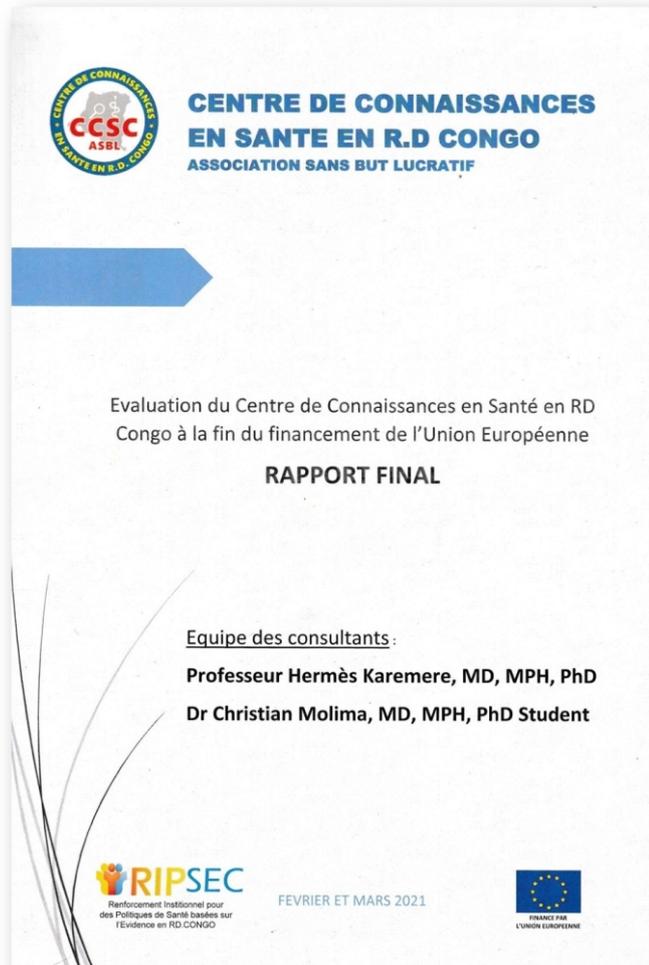


La figure 2 montre que la situation des cotisations des membres personnes morales n'a pas du tout évolué depuis 2019 à ce jour. Seul en 2019, 1 membre sur 7 a payé la totalité soit 300\$ pour l'adhésion et cotisation mensuelle et un autre a donné le droit d'adhésion soit 50\$.

3 Evaluation du Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo à la fin du financement de l'Union Européenne

A l'issue du financement de l'UE, une évaluation globale du CCSC-ASBL, depuis sa mise en place, a été réalisée sous trois angles à savoir : l'atteinte des résultats assignés, la pérennisation du CCSC-ASBL après le financement de l'UE et l'apprentissage. Pour ce faire, un appel d'offre ouvert au public a été lancé en ligne dans [médiacongo](#) du 12 au 31 janvier 2021. A l'issue de cet appel, 7 candidatures ont été réceptionnées. Après examen objectif et rigoureux de ces candidatures, deux consultants (Sénior et Junior) ont été recrutés pour mener cette évaluation. Les recommandations issues de cette évaluation ont porté essentiellement sur la nécessité de : - Renforcer la gouvernance du CCSC ; - Améliorer la gestion des connaissances ; - Etendre et consolider l'intégration du CCSC dans les réseaux nationaux et internationaux de synthèse des évidences ; - Mobiliser le financement ; - Améliorer la communication et la diffusion des productions du CCSC ; - obtenir l'engagement des parties prenantes à soutenir le CCSC ; - Mener le plaidoyer et le dialogue politique ; - Etendre les activités du CCSC dans les provinces. (voir [Rapport_Evaluation_CCSC_2021.pdf](#) ([ccsc-rdc.net](#)))

Dans le même cadre, le CCSC-ASBL a fait l'objet, en 2022, d'un audit externe des dépenses effectuées pendant le financement de l'UE par le cabinet MAZAR dont le rapport est encore attendu.



4 Marchés de consultance avec le label « CCSC-ASBL » en 2021 et 2022

En 2021 et 2022, le CCSC-ASBL a soumissionné à huit appels d'offre au total. De ces huit appels d'offres, seuls deux ont été gagnés, à savoir :

- Capitalisation des expériences des mécanismes de financement de santé à la Tshopo, au Sud-Ubangi et au Kongo Central en collaboration avec l'IMT-Anvers/ Enabel-Memisa : marché gagné et contrat signé le 22/07/2022.
- Enquête finale pour le monitoring en temps réel dans les communautés et les formations sanitaires en appui à l'initiative « Communautés amies des enfants » (CFC/RTM, 2022) volets qualitatif et quantitatif : marché gagné et fiches techniques signées et endossées par la Direction d'Etudes et planification du Ministère de la santé le 29/08/2022.

Quant à la consultance pour la réalisation des états des lieux et du plan d'établissement de l'Hôpital Général de Référence Saint-Joseph de Limete, à Kinshasa, le contrat a été signé en 2020, mais les travaux ont été effectués en 2021.

4.1. Réalisation en 2021 des états des lieux et du plan d'établissement de l'Hôpital Général de Référence Saint-Joseph de Limete, à Kinshasa.

Le CCSC-ASBL a été recruté en fin 2020 pour faire un état des lieux de l'organisation et du fonctionnement de l'Hôpital Saint-Joseph (HSJ) de Limete, à Kinshasa. Cette étude a été réalisée du 20 janvier au 15 mars 2021 et avait pour objectif de : - Décrire l'organisation et le fonctionnement de l'HSJ ainsi que son positionnement dans la carte sanitaire de la ville province de Kinshasa ; - Analyser l'environnement interne de l'HSJ dans ses composantes relatives à l'offre des services et soins de santé assortis des indicateurs de performance et au management dans ses différents volets ; - Analyser l'environnement externe du fonctionnement de cet Hôpital dans le cadre de la carte sanitaire de la ville de Kinshasa (le positionnement de l'HSJ par rapport au réseau BDOM, son rayonnement, ses interactions avec la zone de santé de Limete et la division provinciale de la santé de Kinshasa, le BDOM, l'archevêché de Kinshasa et divers partenaires d'appui) ; - Et enfin, contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans le contexte de la CSU en réponse aux problèmes de santé fréquents de la population. Synthétiser l'organisation et le fonctionnement de l'HSJ en identifiant les forces, menaces et opportunités. A l'issue de cette consultance, un rapport d'état des lieux a été élaboré ainsi qu'un plan d'établissement hospitalier (PEH)

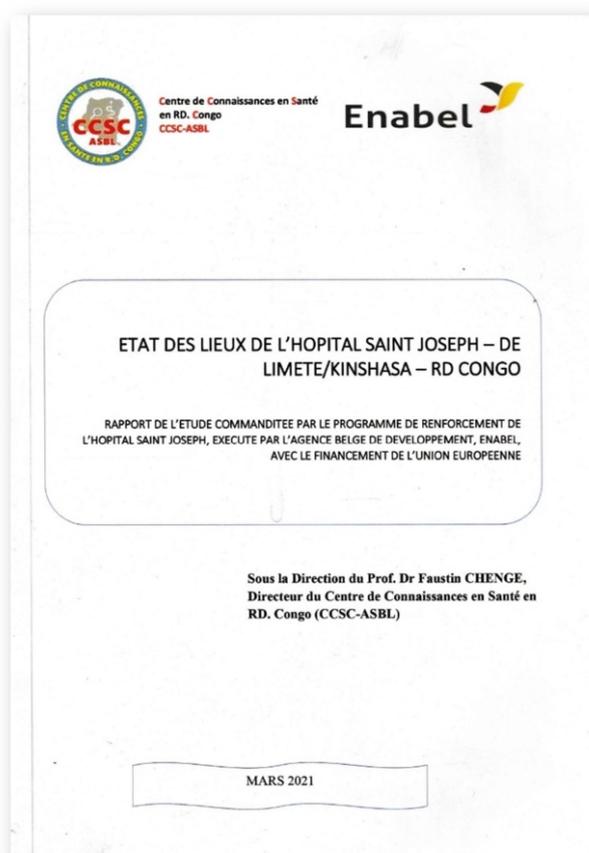




Figure 3. Visite de l'Hôpital Saint-Joseph par l'équipe du CCSC

4.2. Capitalisation des expériences des mécanismes de financement de santé à la Tshopo, au Sud-Ubangi et au Kongo Central en collaboration avec l'IMT-Anvers en 2022

Dans les provinces de la Tshopo et du Sud-Ubangi, avec l'appui d'ENABEL ainsi que dans celle du Kongo Central avec l'appui de MEMISA, différents mécanismes de financement des soins de santé sont mis en œuvre. C'est dans ce cadre que l'IMT-Anvers en collaboration avec le CCSC-ASBL a été mandaté pour apporter un appui technique et méthodologique aux équipes de terrain dans les 3 provinces sur capitalisation de leurs expériences en matière de financement de soins.



Figure 4. Photo de famille après l'atelier de lancement de la capitalisation des mécanismes de financement de la santé à la Tshopo, au Sud-Ubangi et au Kongo Central

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

En 2017, l'UNICEF, en partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), a lancé l'approche « Communauté Amie des Enfants soutenue par le monitoring en temps réel » dans cinq pays de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : République démocratique du Congo, Guinée, Libéria, Tchad et Togo. Cette initiative avec sa composante « monitoring en temps réel » procède par une approche intégrée, avec un suivi de programme systématique basé sur des preuves reposant sur des données clés provenant des systèmes de santé, de la communauté et des formations sanitaires, ainsi que de la responsabilité sociale et de la communauté, mécanismes d'engagement, disponibles en temps réel au niveau des systèmes de gouvernance locale pour guider la prise de décision et l'action au niveau local. Au-delà de la couverture, l'initiative CFC / RTM cherche à renforcer d'autres aspects importants des systèmes de santé : fonctionnalité des systèmes de santé communautaires, services fournis dans les établissements de santé, connaissances, attitudes et pratiques des mères vis-à-vis des services essentiels de SMNI et principalement utilisation des données pour la prise de décision. C'est dans ce cadre qu'une enquête a été diligentée par l'Unicef et mise en œuvre par le CCSC-ASBL dans trois

provinces de la RDC, notamment dans la ville de Kinshasa (ZS de N'Sele), dans les provinces de Kwango (ZS de Kenge) et du Kasai Oriental (ZS de Tshilenge et Miabi) durant la période allant de septembre à décembre 2022.

Cette enquête comportait deux volets :

Le premier volet quali-quantitatif visait à mettre à jour les domaines à améliorer qui pourraient nécessiter des recherches plus poussées afin de formuler une stratégie adéquate : (i) en évaluant la disponibilité des services, du personnel, des infrastructures, des médicaments pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la population et des enfants, particulièrement par l'examen de l'interaction entre les prestataires de soins et les acteurs de la communauté ; (ii) en déterminant si les systèmes de santé communautaire en place contribuent de manière régulière à l'utilisation des données pour la prise de décisions et (iii) en appréciant la perception de la population vis-à-vis de la santé et des services santé offerts pour la prise en charge de problèmes de santé auxquels elle fait face.

Le second volet, exclusivement quantitatif visait à : (i) fournir des données de haute qualité pour évaluer la situation des enfants, des adolescents, des femmes et des ménages CFC/RTM; (ii) fournir les données nécessaires au suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux, en tant que base pour des actions futures; (iii) recueillir des données désagrégées pour l'identification des disparités, afin d'informer les politiques visant l'inclusion sociale des plus vulnérables; (iv) valider des données provenant d'autres sources et les résultats d'interventions ciblées; (v) générer des données sur les indicateurs nationaux et mondiaux des objectifs de développement durable; (vi) générer des données comparables au plan international pour évaluer les progrès réalisés dans divers domaines et déployer des efforts supplémentaires dans les domaines qui nécessitent davantage d'attention; (vii) Générer des données comportementales non disponibles dans d'autres sources de données.



Figure 5.
*Entretien avec l'AC de la ZS
de Tshilenge*



Figure 6.
*Focus group Hommes
CS Mobikisi /Nsele*

5 Production du CCSC-ASBL en 2021 et 2022

5.1. Bilan de la production et synthèse des évidences

Le tableau 6 donne le bilan des résultats réalisés par le CCSC-ASBL en 2021 et 2022 en termes de productions et/ou de synthèse des évidences en appui à la prise de décisions au sein du Ministère de la Santé ou encore en termes de participation aux travaux de recherche.

Tableau 6. Bilan de production scientifique en 2021 et 2022

Produit/Etude	2021	2022
Manuscrits publiés	5	3
Manuscrits soumis pour publication et en attente d'une décision	0	5
Ouvrage publié	1	0
Posters présentés au cours de conférences	6	0

Le CCSC-ASBL a, à travers ses chercheurs et en synergie avec d'autres institutions de recherche nationales et internationales, participé à la soumission et publication de 5 articles scientifiques, d'un ouvrage portant sur l'analyse verticale des interventions mises en place pour lutter contre la Covid-19 en RD. Congo et à la production de 6 posters présentés au cours des différentes conférences scientifiques nationales et internationales en 2021 et 8 articles scientifiques en 2022

5.2. Manuscrits publiés dans des revues scientifiques à comités de lecture

Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République Démocratique du Congo : processus et défis de mise en œuvre



Authors:

Ghislain Bisimwa^{1,2}
Samuel L. Makali^{1,3}
Hermes Karemere¹
Christian Molima⁴
Raphael Nunga⁵
Alain Iyeti⁶
Faustin Chengu^{2,5}

Affiliations:

¹Ecole Régionale de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université Catholique de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

²Centre de Connaissance en Santé en R.D Congo, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

⁴Direction d'Études et de Planification, Ministère de la Santé Publique, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁵Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Corresponding author:

Samuel Makali,
samuelmakali11@gmail.com

Dates:

Received: 13 Dec. 2020
Accepted: 26 June 2021
Published: 06 Dec. 2021

Read online:



Scan this QR code with your smart phone or mobile device to read online.

Basket fund, an innovative approach for intermediate health system level financing in the Democratic Republic of Congo: Implementation process and challenges.

Background: Universal health coverage should allow countries to establish a financing strategy in order to guarantee the health of the population.

Aim: Our objective was to describe the process and preliminary results of the implementation of the basket fund approach as a mode of financing the intermediate level (provincial health divisions) of the Congolese health system.

Setting: The study was conducted in the provincial health divisions (PHDs), representing the intermediate level of the health system in the Democratic Republic of Congo, where the basket fund approach has been implemented

Methods: We conducted a mixed-methods convergent study as part of the evaluation of the basket fund approach in the Democratic Republic of Congo, five years after its introduction (2014–2019). Data was collected through a document review and individual interviews by telephone. A descriptive analysis of the quantitative data was conducted using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 24 software. The qualitative data were analysed by thematic analysis using a pre-established thematic framework.

Results: The implementation of the basket fund approach was effective in some (PHDs) (53.8% in 2016). The operating costs of the PHDs varied according to the size, density and number of health zones covered. In the PHDs where the basket fund was operational, this approach appeared to contribute to improved planning and management in the use of resources, the partnership between technical and financial partners (TFPs and PHDs) and incentives for the performance of PHD agents.

Conclusion: In the DRC, the basket fund approach has contributed to improved collaboration between donors in the health sector and facilitated the decentralisation of funding planning to the provincial level.

Keywords: Financing; health system; basket fund; intermediate level; DRC.

Introduction

La couverture universelle en santé (CUS) est l'une des cibles du troisième Objectif de Développement durable (ODD3)¹. Pour réussir la mise en œuvre de la CUS, chaque pays devrait mettre en place une stratégie de financement garantissant l'accès aux soins à toute sa population tout en réduisant au maximum les paiements directs. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) encourage les pays à faible et moyen revenus (PBMR), y compris les « États fragiles » à mettre en place des réformes pour améliorer les performances de leurs systèmes de santé^{2,3}. Ces réformes sont généralement focalisées sur la sauvegarde des six piliers du système de santé tels que définis par l'OMS : prestations des services, ressources humaines, financement, information sanitaire, médicaments et équipement ainsi que gouvernance et leadership⁴.

How to cite this article: Bisimwa G, Makali SL, Karemere H, et al. Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République Démocratique du Congo : processus et défis de mise en œuvre. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2021;13(1), a2869. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2869>.

Copyright: © 2021. The Authors. Licensee: AOSIS. This work is licensed under the Creative Commons Attribution License.

RESEARCH ARTICLE

The expanding movement of primary care physicians operating at the first line of healthcare delivery systems in sub-Saharan Africa: A scoping review

Kéfilath Bello^{1,2}*, Jan De Lepeleire³, Jeff Kabinda M.⁴, Samuel Bosongo⁴†, Jean-Paul Dossou¹‡, Evelyn Waweru²‡, Ludwig Apers⁵‡, Marcel Zannou^{1,6}‡, Bart Criel²‡

1 Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, Cotonou, Benin, **2** Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, **3** Department of Public Health and Primary Care, General Practice, KU Leuven—University of Leuven, Leuven, Belgium, **4** Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo, Kinshasa, Democratic Republic of Congo, **5** Department Biomedical Sciences, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, **6** Faculty of Health Sciences, University of Abomey-Calavi, Abomey-Calavi, Benin

* These authors contributed equally to this work.

† These authors also contributed equally to this work.

* kefilath@gmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Bello K, De Lepeleire J, Kabinda M, J, Bosongo S, Dossou J-P, Waweru E, et al. (2021)

The expanding movement of primary care physicians operating at the first line of healthcare delivery systems in sub-Saharan Africa: A scoping review. PLoS ONE 16(10): e0258955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258955>

Editor: Virginia E. M. Zweigenthal, University of Cape Town, SOUTH AFRICA

Received: August 14, 2020

Accepted: October 8, 2021

Published: October 22, 2021

Peer Review History: PLOS recognizes the benefits of transparency in the peer review process; therefore, we enable the publication of all of the content of peer review and author responses alongside final, published articles. The editorial history of this article is available here: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258955>

Copyright: © 2021 Bello et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its [Supporting Information files](#).

Abstract

Introduction

In sub-Saharan Africa (SSA), the physicians' ratio is increasing. There are clear indications that many of them have opted to work at the first-line of healthcare delivery systems, i.e. providing primary care. This constitutes an important change in African healthcare systems where the first line has been under the responsibility of nurse-practitioners for decades. Previous reviews on primary care physicians (PCPs) in SSA focused on the specific case of family physicians in English-speaking countries. This scoping review provides a broader mapping of the PCPs' practices in SSA, beyond family physicians and including francophone Africa. For this study, we defined PCPs as medical doctors who work at the first-line of healthcare delivery and provide generalist healthcare.

Methods

We searched five databases and identified additional sources through purposively selected websites, expert recommendations, and citation tracking. Two reviewers independently selected studies and extracted and coded the data. The findings were presented to a range of stakeholders.

Findings

We included 81 papers, mostly related to the Republic of South Africa. Three categories of PCPs are proposed: family physicians, "*médecins généralistes communautaires*", and general practitioners. We analysed the functioning of each along four dimensions that emerged from the data analysis: professional identity, governance, roles and activities, and output/

Les médecins prestataires à la première ligne des soins dans la ville de Kisangani en République Démocratique du Congo : vers une typologie



Authors:

Samuel I. Bosongo¹
Faustin C. Mukalenge^{2,3}
Albert M. Tambwe²
Bart Criel⁴

Affiliations:

¹Department of Public Health, Faculty of Medicine and Pharmacy, University of Kisangani, Kisangani, Democratic Republic of the Congo

²School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo

³Centre de Connaissances en Santé au Congo, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

⁴Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

Corresponding author:

Samuel Bosongo,
sbosongo@gmail.com

Dates:

Received: 15 June 2020

Accepted: 09 Jan. 2021

Published: 06 Sept. 2021

How to cite this article:

Bosongo SI, Mukalenge FC, Tambwe AM, Criel B. Les médecins prestataires à la première ligne des soins dans la ville de Kisangani en République Démocratique du Congo : vers une typologie. *Afr J Pm Health Care Fam Med.* 2021;13(1), a2617. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2617>

Read online:



Scan this QR code with your smart phone or mobile device to read online.

The first-line physicians' practice in Kisangani city in Democratic Republic of Congo: Towards a typology.

Background: In the Democratic Republic of the Congo (DRC), for a number of years, there has been a spontaneous and growing phenomenon of physicians operating at the front line of the health system, while this role is traditionally devolved to nurse-practitioners. This phenomenon does not align with the current health policy.

Aim: The aim of this paper is to develop and discuss the main types of frontline physicians in the city of Kisangani.

Setting: We conducted a descriptive cross-sectional study in two urban districts in the city of Kisangani.

Methods: The study population consisted of all first-line health facilities that employed at least one physician. The construction of a typology of first-line physicians consisted of three stages: identification and definition of relevant dimensions of analysis; grouping cases based on empirical data; and analysis of significant relationships and establishment of the typology itself.

Results: An involvement of physicians in healthcare delivery at the first line was observed in 60% of all first line facilities in the two urban districts. Two main types of first-line physicians were identified: firstly, and by large the most prevalent one (96% of cases), the 'hospital-like physician', and secondly, the much less frequent type of the 'supervision physician'.

Conclusion: The involvement of physicians in first line healthcare is today a growing phenomenon in the DRC, especially in urban areas. The most dominant expression of this phenomenon is a transposition of the hospital-based physician model to the first line healthcare services, which thereby jeopardizing the specificity of first line healthcare.

Keywords: physicians; first line healthcare facilities; health district system; typology; Democratic Republic of Congo.

Introduction

Dans la majorité des pays d'Afrique sub-saharienne, les politiques de santé sont basées sur les Soins de Santé Primaires (SSP). Le District Sanitaire (DS), appelé Zone de Santé en République Démocratique du Congo (RDC), constitue le modèle dominant de leur opérationnalisation. Le DS est un système local de santé comprenant généralement deux lignes de soins en relation fonctionnelle: une première ligne constituée d'un réseau des structures qui offrent un paquet de soins de santé dynamique en réponse aux besoins ressentis par les populations locales et une deuxième ligne constituée d'au moins une structure offrant des soins de santé de référence, plus techniques et spécialisés.^{1,2}

Suite à la pénurie en médecins durant la période postcoloniale, la majorité des pays africains, dont la RDC, a fait le choix de la délégation de certaines tâches médicales au personnel paramédical à la première ligne de soins.^{3,4} Loin d'être un pis-aller, cette délégation des tâches était une opportunité d'améliorer la couverture sanitaire, l'efficacité et l'efficience des soins grâce à la standardisation des tâches et à la supervision formative. Plusieurs études ont montré la pertinence de cette délégation des tâches non seulement dans les soins primaires en général,⁵ mais aussi dans la prise en charge des problèmes spécifiques de santé comme les maladies non transmissibles⁶ et le traitement antirétroviral.⁷

Actuellement, le contexte a sensiblement évolué en RDC. Le nombre de médecins produits est en nette augmentation suite notamment à l'augmentation du nombre de facultés de médecine. Ce nombre est passé de 3 en 1960 à 105 en 2017.⁸ En conséquence, alors que de 1962 à 2004

Copyright: © 2021. The Authors. Licensee: AOSIS. This work is licensed under the Creative Commons Attribution License.

Research



L'influence des prestations des médecins à la première ligne de soins sur le système intégré de district sanitaire à Kisangani, République Démocratique du Congo: une étude qualitative

 Samuel Bosongo, Faustin Chenge, Albert Mwembo, Bart Criel

Corresponding author: Samuel Bosongo, Centre de Connaissances en Santé au Congo République Démocratique du Congo. sbosongo@gmail.com

Received: 24 Aug 2020 - Accepted: 14 Jul 2021 - Published: 27 Jul 2021

Keywords: Médecins, première ligne de soins, système de santé de district, République Démocratique du Congo, Kisangani

Copyright: Samuel Bosongo et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Samuel Bosongo et al. L'influence des prestations des médecins à la première ligne de soins sur le système intégré de district sanitaire à Kisangani, République Démocratique du Congo: une étude qualitative. Pan African Medical Journal. 2021;39(215). 10.11604/pamj.2021.39.215.25737

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/39/215/full>

L'influence des prestations des médecins à la première ligne de soins sur le système intégré de district sanitaire à Kisangani, République Démocratique du Congo: une étude qualitative

Samuel Bosongo^{1,2,&}, Faustin Chenge^{1,3}, Albert Mwembo^{1,3}, Bart Criel^{1,4}

¹Centre de Connaissances en Santé au Congo, République Démocratique du Congo, ²Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani,

Kisangani, République Démocratique du Congo, ³Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo, ⁴Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Antwerpen, Belgique

&Auteur correspondant

Samuel Bosongo, Centre de Connaissances en Santé au Congo, République Démocratique du Congo

Impact of the COVID-19 pandemic and response on the utilisation of health services in public facilities during the first wave in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo

Celestin Hategeka ¹, Simone E Carter ², Faustin Mukalenge Change ^{3,4}, Eric Nyambu Katanga⁵, Grégoire Lurton ⁶, Serge Ma-Nitu Mayaka ⁷, Dieudonné Kazadi Mwamba ^{7,8}, Esther van Kleef ⁹, Veerle Vanlerberghe ⁹, Karen Ann Grépin ¹⁰

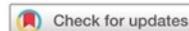
To cite: Hategeka C, Carter SE, Change FM, *et al*. Impact of the COVID-19 pandemic and response on the utilisation of health services in public facilities during the first wave in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health* 2021;6:e005955. doi:10.1136/bmjgh-2021-005955

Handling editor Sanni Yaya

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005955>).

The findings of this study have been previously presented at the 2020 DHIS2 Annual Conference and the 2021 CUGH Annual Global Health Conference.

Received 8 April 2021
Accepted 24 June 2021



© Author(s) (or their employer(s)) 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Dr Karen Ann Grépin;
kgrepin@hku.hk

ABSTRACT

Introduction Health service use among the public can decline during outbreaks and had been predicted among low and middle-income countries during the COVID-19 pandemic. In March 2020, the government of the Democratic Republic of the Congo (DRC) started implementing public health measures across Kinshasa, including strict lockdown measures in the Gombe health zone.

Methods Using monthly time series data from the DRC Health Management Information System (January 2018 to December 2020) and interrupted time series with mixed effects segmented Poisson regression models, we evaluated the impact of the pandemic on the use of essential health services (outpatient visits, maternal health, vaccinations, visits for common infectious diseases and non-communicable diseases) during the first wave of the pandemic in Kinshasa. Analyses were stratified by age, sex, health facility and lockdown policy (ie, Gombe vs other health zones).

Results Health service use dropped rapidly following the start of the pandemic and ranged from 16% for visits for hypertension to 39% for visits for diabetes. However, reductions were highly concentrated in Gombe (81% decline in outpatient visits) relative to other health zones. When the lockdown was lifted, total visits and visits for infectious diseases and non-communicable diseases increased approximately twofold. Hospitals were more affected than health centres. Overall, the use of maternal health services and vaccinations was not significantly affected.

Conclusion The COVID-19 pandemic resulted in important reductions in health service utilisation in Kinshasa, particularly Gombe. Lifting of lockdown led to a rebound in the level of health service use but it remained lower than prepandemic levels.

INTRODUCTION

At the outset of the COVID-19 pandemic, it was predicted that sub-Saharan Africa (SSA) was vulnerable to record large numbers of cases and deaths.¹ To date, however, the

Key questions

What is already known?

- Substantial declines in the use of health services among the general population have been well documented during previous outbreaks of infectious diseases.
- Modelled studies predicted substantial increases in morbidity and mortality in many low and middle-income countries (LMICs) mainly due to expected declines in the use of health services among the general population.
- Only a small number of studies have so far evaluated the impact of the COVID-19 pandemic on the use of health services in LMICs and none have also evaluated both the implementation and lifting of lockdown measures.

What are the new findings?

- This study found that overall use of health services declined in Kinshasa but was most pronounced in the Gombe health zone which was subject to strict lockdown measures.
- Some health services were more affected than others, most notably visits and tests for malaria and visits for new diagnoses of non-communicable diseases.
- Maternal and child health services were relatively unaffected.
- When the lockdown measures were lifted, health service utilisation rebounded but remained at levels lower than those observed prepandemic.

region has been relatively less affected—through 22 March 2021, it accounted for only approximately 2.5% of globally confirmed cases and a lower proportion of deaths.² It is unclear, however, to what extent these levels may be explained by lower testing rates, less severe clinical presentation or other factors.



Review

Indirect Effects of Ebola Virus Disease Epidemics on Health Systems in the Democratic Republic of the Congo, Guinea, Sierra Leone and Liberia: A Scoping Review Supplemented with Expert Interviews

Philippe Mulenga-Cilundika ^{1,2,*}, Joel Ekofo ¹, Chrispin Kabanga ¹, Bart Criel ^{1,3}, Wim Van Damme ³ and Faustin Chenge ^{1,2}

¹ Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo, Kinshasa 3088, Democratic Republic of the Congo

² School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi 1825, Democratic Republic of the Congo

³ Institute of Tropical Medicine, 2000 Antwerp, Belgium

* Correspondence: drphilippe.mulenga@gmail.com



Citation: Mulenga-Cilundika, P.; Ekofo, J.; Kabanga, C.; Criel, B.; Van Damme, W.; Chenge, F. Indirect Effects of Ebola Virus Disease Epidemics on Health Systems in the Democratic Republic of the Congo, Guinea, Sierra Leone and Liberia: A Scoping Review Supplemented with Expert Interviews. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 13113. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013113>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 31 August 2022

Accepted: 5 October 2022

Published: 12 October 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 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: Ebola Virus Disease (EVD) epidemics have been extensively documented and have received large scientific and public attention since 1976. Until July 2022, 16 countries worldwide had reported at least one case of EVD, resulting in 43 epidemics. Most of the epidemics occurred in the Democratic Republic of Congo (DRC) but the largest epidemic occurred from 2014–2016 in Guinea, Sierra Leone and Liberia in West Africa. The indirect effects of EVD epidemics on these countries' health systems, i.e., the consequences beyond infected patients and deaths immediately related to EVD, can be significant. The objective of this review was to map and measure the indirect effects of the EVD epidemics on the health systems of DRC, Guinea, Sierra Leone and Liberia and, from thereon, draw lessons for strengthening their resilience vis-à-vis future EVD outbreaks and other similar health emergencies. A scoping review of published articles from the PubMed database and gray literature was conducted. It was supplemented by interviews with experts. Eighty-six articles were included in this review. The results were structured based on WHO's six building blocks of a health system. During the EVD outbreaks, several healthcare services and activities were disrupted. A significant decline in indicators of curative care utilization, immunization levels and disease control activities was noticeable. Shortages of health personnel, poor health data management, insufficient funding and shortages of essential drugs characterized the epidemics that occurred in the above-mentioned countries. The public health authorities had virtually lost their leadership in the management of an EVD response. Governance was characterized by the development of a range of new initiatives to ensure adequate response. The results of this review highlight the need for countries to invest in and strengthen their health systems, through the continuous reinforcement of the building blocks, even if there is no imminent risk of an epidemic.

Keywords: Ebola; health service delivery; health workforce; health financing; health information system; leadership; governance

1. Introduction

Ebola virus disease (EVD) is a serious and often fatal disease caused by the Ebola virus (EBOV) [1]. This virus belongs to the genus *Ebolavirus* of the *Filoviridae* family of single-stranded negative SENSE RNA viruses [2]. The first documented outbreak of EVD was reported in 1976 in the village of Yambuku in the north of the Democratic Republic of Congo (DRC) [3].

The EBOV is primarily transmitted by human-to-human contact through infected body fluids and cadavers [4]. The incubation period is usually 5–9 days, with a range of



ESJ Natural/Life/Medical Sciences

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

Antoine Okitandjate Dimandja (MD, MPH, PhD Candidat)

Ecole doctorale de l'école de Santé Publique, Université de Lubumbashi,
Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Léon Okenge (MD, MPH, PhD)

Institut Technique Médical de Kinshasa, Université de Mbuji-Mayi,
Kinshasa, République Démocratique du Congo

Octavie Lunguya (MD, PhD)

Université de Kinshasa, Institut National de Recherche Biomédicale
Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Albert Mwembo (MD, Msc, GObst, MPH, PhD)

Faculté de médecine, Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi,
Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo, Lubumbashi

Aaron Aruna (MD, Msc)

Luingi Minikulu (MD, MPH)

Direction de Surveillance épidémiologique,
Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Jacques-Franck Bitilasi (MD, Msc)

Division Provinciale de la Santé du Haut-Katanga, Ministère de la Santé, Lubumbashi,
République Démocratique du Congo

Gisèle Mbuyi (MD, Msc)

Division des pandémies et épidémies,
Direction de Surveillance épidémiologique,
Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Fiston Mbutiwi (MD, MPH, PhD)

Département de médecine interne, Université de Kinshasa, Montreal, Canada

Felix Mulangu (EP, MPH)

Division des pandémies et épidémies,
Direction de Surveillance épidémiologique,
Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Faustin Chengé (MD, GObst, MPH, PhD)

Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi,
Ministère de la Santé, Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du
Congo, Kinshasa, République Démocratique du Congo

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n21p65](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n21p65)

Submitted: 02 March 2022

Accepted: 10 June 2022

Published: 30 June 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS



Article Original

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Prestataires de Soins et des Leaders Communautaires sur le Choléra à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Knowledge, attitudes and practices on cholera in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo: analysis of data from health care providers and community leaders

Okitandjate Dimandja A^{1,2,5}, Kakudji A^{1,2,9}, Mwembo A^{1,2,3,8}, Okenge L⁴, Lunguya O^{5,6,7}, Mohamed S¹⁰, Chengé F^{1,2,3,8}

RÉSUMÉ

- 1- Université de Lubumbashi, R.D.Congo
- 2- Ecole de Santé Publique
- 3- Faculté de Médecine, R.D.Congo
- 4- Université de Mbuji-Mayi, Institut Technique Médical de Kinshasa, R.D.Congo
- 5- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, R.D.Congo
- 6- Université de Kinshasa, R.D.Congo
- 7- Institut National de Recherche Biomédicale, R.D.Congo.
- 8- Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo
- 9- Laboratoire d'anthropologie des mondes contemporains, Université libre de Bruxelles
- 10- Organisation mondiale de la Santé, bureau des Comores

Auteur correspondant :

Okitandjate Dimandja Antoine
Adresse e-mail : drokitandjateantoine@gmail.com
Téléphone: (+243) 824862628

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

Keywords: Knowledge, Attitudes, Practices, cholera, Lubumbashi

Objectif. Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins et des leaders communautaires à Lubumbashi sur les signes, la transmission, la prévention et le traitement du choléra. **Population et méthodes.** Il s'est agi d'une étude CAP transversale quantitative et qualitative, prospective à visée analytique. Les données ont été collectées du 3 septembre 2021 au 5 septembre 2022 dans les structures sanitaires et auprès des leaders communautaires à Lubumbashi. Un questionnaire, un guide d'entretien et un guide d'observation participante ont été utilisés. Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé les logiciels STATA/IC 12 et le Microsoft Excel version 10. L'évaluation s'est faite à l'aide d'un score de 20 points. **Résultats.** Dans l'échantillon des 396 participants, l'âge médian était de 35 (26-42) ans; le sexe masculin était le plus représenté (54,04%). Les universitaires représentaient 58,08% de l'effectif et 63,89% avaient au moins deux ans d'ancienneté. Ceux ayant reçu une formation sur le choléra représentaient 42,62% de l'effectif. Le personnel médical représentait 78,79% de l'effectif. Le niveau des connaissances des répondants était suffisant chez 36,11% d'entre eux. Les modes de transmission étaient connus de 68,03% d'entre eux. Jusqu'à 69,19% des sujets avaient une attitude favorable à la prévention. La croyance à la guérison a été retrouvée chez 21,85%, parmi lesquels 16% par une automédication et 4% par la prière. **Conclusion.** Le niveau de CAP des prestataires et des leaders communautaires à Lubumbashi sur le choléra est très faible. Nous recommandons l'élaboration de la stratégie du renforcement des capacités des acteurs impliqués pour contrôler le choléra à Lubumbashi.

ABSTRACT

Objective. To assess the knowledge, attitudes, and practices of health care providers and community leaders in Lubumbashi regarding the signs, transmission, prevention, and treatment of cholera. **Population and Methods.** This was a quantitative and qualitative cross-sectional CAP study with a prospective analytical focus. Data were collected from 3 September 2021 to 5 September 2022 in health facilities and among community leaders in Lubumbashi. A questionnaire, an interview guide and a participant observation guide were used. For the statistical analyses, we used the STATA/IC 12 software and Microsoft Excel version 10. The evaluation was done using a 20-point score. **Results.** Among the 396 participants, the median age was 35 (26-42) years; males represented 54.04% of the sample; academics accounted for 58.08% and 63.89% had at least two years of service. Those who had received cholera training represented 42.62% of the sample. Medical staff represented 78.79% of the sample. The level of knowledge of the respondents was sufficient for 36.11% of subjects. The modes of transmission were known by 68.03% of the sample. Up to 69.19% of respondents had a favourable attitude towards prevention. Belief in healing was found in 21.855%, of whom 16% were self-medicating and 4% were praying. **Conclusion.** The CAP level among providers and community leaders in Lubumbashi is very low. We recommend the development of a capacity building strategy for the actors involved in controlling cholera in Lubumbashi.

INTRODUCTION

Le choléra reste un problème majeur de santé publique et un marqueur des inégalités sociales en santé, de développement social insuffisant et de pauvreté ; il touche de façon disproportionnée les populations pauvres

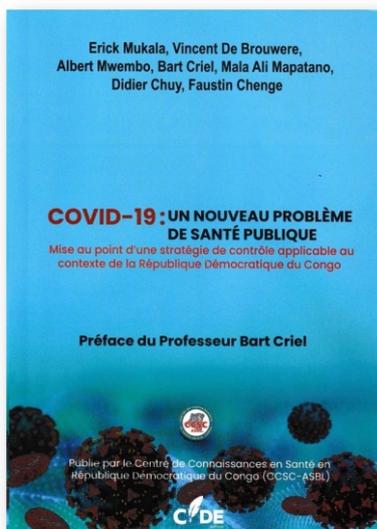
vulnérables dans le monde [1,2]. Maladie infectieuse mortelle et contagieuse, il se manifeste par une diarrhée profuse provoquée par le bacille Gram négatif, le *Vibrio cholerae* O1 et O139, qui se transmet par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des matières fécales [2].

5.3. Manuscrits soumis, en attente d'une décision

- Multilevel Governance and control of COVID-19 pandemic in the Democratic Republic of Congo: Learning from the four first waves
- How capacity building of district health managers has been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis
- Mental health care in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of Congo: Analysis of demand, supply and operational response capacity of the health district of Tshamilemba
- Identifying the mix of services for mental health care in Lubumbashi, DR. Congo: A descriptive qualitative study

5.4. Livre publié au cours de l'année 2021

Au regard de l'ampleur de la Covid-19 dont l'apparition du premier cas en RDC a été déclarée le 10 mars 2020, les experts du CCSC ont publié un ouvrage sur l'analyse verticale de la Covid-19. Cette analyse a permis aux chercheurs du CCSC-ASBL de mettre au point une stratégie de contrôle jugée efficace et applicable dans le contexte de la RD. Congo. Ladite stratégie repose sur trois interventions majeures de santé publique, à savoir la promotion de la santé ; la prévention et le diagnostic-traitement.



❖ Promotion

- Sensibilisation/éducation par tous les moyens et dans tous les lieux possibles : en priorité distanciation physique, hygiène des mains, précautions en cas de toux et port du masque (si impossible de garder une distance de $\geq 1,5$ m des autres personnes ; éducation à la confection, l'utilisation et l'entretien du masque) ;
- Formation de tous les de santé en continu (en présentiel et/ou à distance) sur l'attitude en première ligne (assainissement des formations sanitaires, examens des cas suspects, quand demander un test, conseils individuels, etc.), sur les soins et leur organisation en deuxième et troisième ligne.

❖ Prévention

- Désinfection fréquente des mains par l'application de la solution hydro-alcoolique ou par lavage à l'eau + savon ;
- Testing/dépistage : en priorité les personnels de santé et les malades, ainsi que les voyageurs à l'entrée ;
- Quarantaine pour les cas positifs et les suspects et leurs contacts en attendant le résultat du test ;
- Vaccination anti-Covid-19, en priorité aux personnes constituant des groupes à haut risque ;
- Dans les unités Covid-19 : formation des personnels de santé aux soins des malades et des cadavres ; équipements de protection individuelle ; standards de traitement basés sur l'évidence ; oxygène et concentrateurs d'oxygène.

❖ Diagnostic-Traitement

- Diagnostic : test RT-PCR pour des personnes suspectes ; quarantaine soit à la maison si c'est possible en toute sécurité (pour les formes légères et modérées), soit dans une unité Covid-19 (pour des formes sévères) en attendant le résultat.

Lutte contre la Covid-19 en RD. Congo : Perceptions des acteurs de la santé face aux principales mesures de contrôle prises au cours de trois premières vagues

Joel Ekofo¹, Chrispin Kabanga², Yves Kashiya³, Richard Ingwe⁴, Faustin Chengé⁵

¹ Centre de Connaissances en Santé en RD Congo, ² Université de Kinshasa, ³ Ecole de Santé Publique de Kinshasa, ⁴ Programme National de Lutte contre le Sida, ⁵ Université de Lubumbashi

Introduction

Depuis décembre 2019, le monde fait face à une maladie émergente, la Covid-19, déclarée urgence de santé publique de portée internationale par l'OMS le 30 janvier 2020, et pandémie le 11 mars 2020. La RD. Congo avait enregistré son premier cas le 10 mars 2020. Depuis, beaucoup de mesures ont été prises pour contrôler l'épidémie.

L'objectif de cette étude est de déterminer les perceptions des acteurs de la santé face aux principales mesures de riposte prises au cours de cette pandémie en RD. Congo.

Figure 1: Evolution des mesures au cours des trois premières vagues en RD. Congo

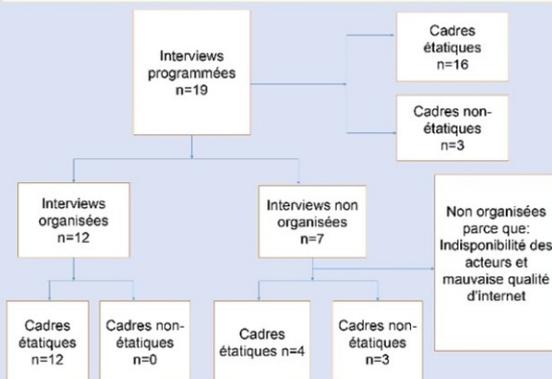


Source: DR Congo COVID- 58,069 Cases and 1,104 Deaths - Worldometer (worldometers.info)

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative de cas:

- **Les interviews semi-structurées** avec les différents cadres/acteurs du secteur de la santé aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel, sur une période allant de mars 2020 à aout 2021.
- **Provinces ciblées:** Ville Province de Kinshasa, Haut-Katanga et Nord-Kivu



Résultats

Tableau synthétique des principaux résultats

Mécanismes de coordination	Réactions de la communauté	Communication
Chevauchement de rôles	Répu gnance	Messages et stratégies non adaptés
Exclusion de certains acteurs	Demande d'argent avant l'adhésion aux mesures (Motivation financière)	Recrutement et présence des RECOs non formés
Gestion opaque des ressources financières	Déni de la maladie	
Absence de leadership		
Offres non ressenties des partenaires		

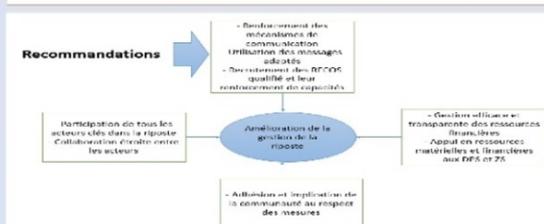
Extraits de quelques verbatimes

« ... Je n'ai pas vu un partenaire venir ici et me demander : Docteur, montrez-nous votre plan de riposte, non. Ils viennent déjà avec leur format... »

« ...Particulièrement dans la province du Nord-Kivu, on comparait la riposte de la MVE à celle de Covid-19 ! Justement c'est parce qu'avec Ebola, il y avait un accompagnement rapproché. On venait avec de l'argent et on donnait aux gens pour obtenir leur implication... »

« ...Moi je demande au Président des RECO de m'amener 10 RECO dans les différentes aires de santé, là il va prendre sa femme, ses enfants, ses petits de confiance, il les forme et met leurs noms sur la liste et c'est tout... »

Figure 2: Principales recommandations



Conclusion

Au cours de ces trois premières vagues de la Covid-19, la gestion quotidienne de la riposte a posé des sérieux problèmes en RD. Congo. Les mécanismes de coordination et la communication étaient défectueux et l'adhésion de la population était faible. D'où la nécessité de mettre en place des stratégies idoines pour une gestion améliorée et efficace pour la suite de la pandémie s'avère indispensable.



E-mail: joelekofoyombo@gmail.com
+243824427326/890167311

Effets socioéconomiques des mesures accompagnant l'état d'urgence sanitaire contre la Covid-19 : cas de la R.D. C

Chrispin Kabanga^{1,2}, Joel Ekoko^{1,3}, Yves Kashiya², Richard Ingwe⁴, Faustin Chenge^{1,4}

¹Centre de connaissance en santé en RD Congo/Kinshasa

²Université de Kinshasa/Faculté de médecine

³Université de Kisangani/Faculté de médecine

⁴Université de Lubumbashi/Faculté de médecine



INTRODUCTION

Depuis le début de l'année 2020, l'épidémie de COVID-19 s'est répandue dans le monde.

Dans tous les pays touchés, les pouvoirs publics ont pris des mesures fortes pour arrêter la propagation de l'épidémie. En RDC où le premier cas de covid-19 a été notifié le 10 mars 2020, le président de la république a, deux semaines après, décrété l'état d'urgence sanitaire assorti des mesures de réduction des interactions et les mouvements des populations. L'application de ces mesures a eu des conséquences sur le train de vie des populations dont plus de 80% vivent des activités économiques relevant du secteur informel.

OBJECTIF

Déterminer les effets socioéconomiques des mesures accompagnant l'état d'urgence sanitaire décrété à la suite de la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en R.D. Congo

METHODOLOGIE

Etude des cas:

❖Revue documentaire:

▪ **Littérature grise** (documents publiés dans des médias nationaux, structures gouvernementales et non gouvernementales)

▪ **Littérature scientifique**.

❖Entretiens approfondis avec les leaders d'opinion et autorités sanitaires du niveau central et opérationnel.

Période d'étude: Mars 2020 à aout 2021.

REFERENCES

1. FMI <https://www.findevgateway.org/fr/actualites/le-fmi-approuve-un-decaissement-de-36327-millions-de-dollars-en-faveur-de-la-republique>
2. MWAMAYI KIBUNJI Alain. Évaluation des effets économiques de la Covid-19 : Cas du grand Katanga et d'autres provinces de la RD Congo
3. <https://www.entraid.be/l/impact-du-coronavirus-sur-la-securite-alimentaire-au-sud-kivu>
4. Itinération N°2 de la série d'enquêtes sur les impacts socio-économiques de la Covid-19 sur les ménages
5. GOUVERNEMENT file:///C:/Users/user/Downloads/LNDP-rba-Covid-RDC-DRC_2020%20(4).pdf
6. INS <https://fscluster.org/covid-rdc/document/rd-congo-csa-covid-19-mesure-de-l'impact-1>
7. RadioOkapi <https://www.radiookapi.net/2020/12/17/actualite/economie/coronavirus-rdc-des-operateurs-du-secteur-financier-en-conference>

RESULTATS

La RDC a subi un Grave choc sous l'effet de la pandémie de COVID-19. Le **commerce de détail** était le plus touché.



❖**Echanges:** le premier impact se traduit par une chute des importations et exportations.

❖**Production:**

▪ Cessation activité dans 19 % des unités économique(mai 2020)

❖**Consommation des biens et services:**

▪ **Régie des voies aériennes :** manque à gagner de 23,1 millions(mars à avril 2020)

▪ **Société congolaise de transport: baisse des recettes (90%)**

▪ **SNCC :**manque à gagner de 3,3 millions\$ (mars à avril)

▪ **Bars, terrasses, restaurants:** manque à gagner de 6,68 Millions\$

❖**Individus et ménages:**

▪ **Congé technique** des employés (Avril-Juillet), environ 6% des entreprises de trois grandes villes de la RDC (Kinshasa, Goma, Lubumbashi): « **Ces mesures ont eu beaucoup de conséquences parce que des personnes ont perdu leur boulot, d'autres envoyés en congé technique, d'autres encore ont perdu leur allure de commerce** ». (**Entretien: chef du quartier /Kinshasa/Masina**)

▪ 68% des ménages: baisse revenus (enquête Élan RDC)

CONCLUSION

En RD. Congo, les mesures prises contre la covid-19 ont mis en péril le secteur informel dont dépend la majorité de la population. Elles devraient en conséquence être repensées autrement dans leur mise en œuvre pour en atténuer les effets délétères sur la population.



Contacts: chrispinmbala@gmail.com
+243815437622

Les médecins prestataires à la première ligne de soins à Kisangani en République Démocratique du Congo : vers une typologie

Bosongo Samuel^{1,2,4}, Chenge Faustin^{1,2,3}, Mwembo Albert^{1,3}, Criel Bart^{1,4}

¹ Centre de connaissance en santé au Congo, RDC; ² Université de Kisangani, RDC; ³ Université de Lubumbashi, RDC; ⁴ Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique

Introduction

- En RDC, les médecins prestent de plus en plus en 1^{ère} ligne de soins alors que ce rôle est dévolu traditionnellement au personnel paramédical. Ce phénomène ne s'aligne pas à la politique sanitaire en vigueur au pays.
- L'objectif de cet article était de décrire et discuter de principaux types de médecins prestataires en 1^{ère} ligne de soins à Kisangani.

Méthodes

- Design et milieu d'étude** : étude transversale descriptive dans 2 districts sanitaires urbains de Kisangani.
- Population d'étude** : toutes les formations sanitaires de 1^{ère} ligne bénéficiant des prestations d'au moins un médecin.
- Construction de la typologie** des médecins prestataires en 1^{ère} ligne s'est déroulée en trois étapes selon Kluge (2000) : (i) identification et définition des dimensions pertinentes d'analyse, (ii) regroupement des cas à partir des données empiriques et (iii) analyse des relations significatives et construction de types.
- Dimensions d'analyse** : appartenance institutionnelle de la formation sanitaire, statut du médecin, temps de prestation du médecin, paquet d'activités du médecin, tarification des soins du médecin, collaboration du médecin avec l'équipe cadre de zone de santé.

Résultats

- Soixante pourcent (60%)** de formations sanitaires de 1^{ère} ligne bénéficiaient des prestations d'au moins un médecin.
- Ces prestations étaient dominées par des activités curatives et en particulier les **actes hospitaliers** (tableau 1)

Tableau 1. Activités des médecins à la 1^{ère} ligne de soins

Activités	n=51	%
Activités curatives		
Cons. Curatives	51	100%
Hospitalisations	42	82%
Interventions chir.	41	80%
Accouch. Dystociques	39	76%
Transfusion sang	34	67%
Activités préventives & promotionnelles		
Cons. Prénatales	31	61%
Cons. Post-natales	26	51%
Planning familial	16	31%
Vaccination	17	33%
Promo santé	19	37%
Activités de gestion & d'appui		
Planification	8	16%
Rapportage	13	26%
Supervisions	22	43%
Visite à domicile	8	16%

- Deux principaux types de médecins prestataires de 1^{ère} ligne ont été identifiés : le type « **médecin hospitalier** » qui était dominant (96%) et le type « **médecin superviseur** » qui était très marginal (4%).

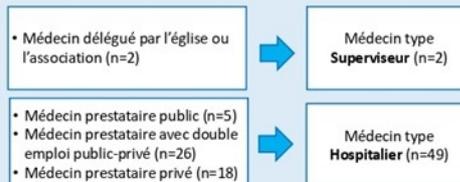


Fig. 2. Types de médecins prestataires en 1^{ère} ligne de soins à Kisangani, RDC

- Médecin type « superviseur »** :
 - Respecte le paquet minimum d'activités en vigueur
 - Apporte un appui technique aux infirmiers
 - N'influence pas la tarification de soins
 - Collabore avec l'équipe cadre de zone
 - Observé dans le secteur confessionnel/associatif seul
- Médecin type « hospitalier »** :
 - Ne respecte pas le paquet minimum d'activités en vigueur
 - Prestations curatives dominées par des actes hospitaliers
 - Tarifs supérieurs à ceux appliqués par les infirmiers
 - Ne collabore pas avec l'équipe cadre de zone
 - Observé dans les secteurs public, confessionnel/associatif et privé indépendant

Conclusion

- La prestation des médecins en 1^{ère} ligne = réalité en RDC.
- Son expression la plus dominante consiste à une transposition du modèle hospitalier à la 1^{ère} ligne qui perd ainsi sa spécificité et se retrouve dénaturée.
- En dépit de cette dérive hospitalière, nous pensons qu'il est possible d'évoluer vers un modèle plus optimal, inspiré de la médecine de famille et adapté au contexte congolais.

Références

- Kluge S. Empirically grounded construction of types and typologies in qualitative social research. *Forum Qual Soc Res.* 2000;1(1):14
- Chenge M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyala I, Criel B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. *Glob Health Promot.* 2010;17(3):63-74.
- Monique Van Dormael. La médecine générale au premier échelon dans le tiers-monde. *Ann Soc Belg Med Trop.* 1995 ;75(Suppl 1):27-35.
- Desplats D, Koné Y, Razakarison C. Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Trop.* 2004;64(6):539-544.



Contact : Bosongo Samuel, MD - MSc PH
PhD Scholar, ITM Antwerp,
sbosongo@gmail.com, +243 81 397 5676

Intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires à Lubero (RDC)

Erick Mukala Mayoyo^{1,2,3}, Willem van de Put⁴, Sara Van Belle⁴, Bibiane van Mierlo⁵, Bart Criel⁴

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, ² Centre de Connaissances en Santé en RD Congo, ³ Programme National de Santé Mentale RDC, ⁴ Institute of Tropical Medicine, ⁵ Culture for Change

Introduction

Bien que 22 millions de Congolais soient affectés par des problèmes de santé mentale, l'offre de soins est quasi-inexistante dans les services de santé polyvalents. L'expérience pilote d'intégration a été menée dans le district sanitaire rural de Lubero, de 2011 à 2015, selon la stratégie mhGAP (*mental health Gap Action Programme*). Mais, celle-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation rigoureuse jusqu'en 2018. Cette étude visait à documenter cette expérience en analysant l'utilisation des soins de santé mentale depuis le lancement de la prise en charge jusqu'à la fin du projet.

Méthodologie

L'étude était menée dans le district sanitaire rural de Lubero au Nord Kivu, en RDC. En 2018, ce district comptait 250.199 habitants, répartis dans 18 aires de santé. Le design d'étude de cas rétrospective a été utilisé. Les données ont été collectées entre autres dans les documents du projet pour la période allant de 2011 à 2015. L'étude s'est déroulée tel que décrit ci-dessous (Figure 1).

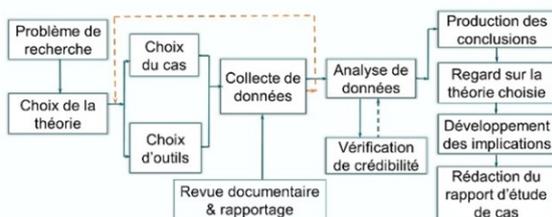


Figure 1 : Déroulement de l'étude de cas selon le design adapté de Yin (1994)

Résultats



Figure 2 : Proportion de cas soignés pour problèmes de santé mentale aux centres de santé et à l'hôpital de district de Lubero, 2012-15



Figure 3 : Taux de consultations curatives dans les centres de santé du district de Lubero pour motifs de santé mentale, 2012-15, pour 1000 hab./an.

Les traitements médicamenteux et les interventions psychosociales dits « modernes », décrits dans le mhGAP, ont été fournis aux malades et à leurs familles. La place des soins spirituels et de la médecine traditionnelle n'a pas été bien prise en compte. Le taux de guérison n'a pas été rapporté, suscitant ainsi un questionnement sur la qualité de soins et l'efficacité de l'intervention dans ce contexte.

Discussion

L'intégration de la santé mentale a été effectuée, mais les taux d'utilisation des soins restent très faibles, suggérant que les malades et leurs familles continuent à recourir à la médecine traditionnelle et à la prière. Les indicateurs d'utilisation de soins mesurés peuvent être interprétés avec prudence puisqu'il y aurait un risque qu'ils soient sur/sous-estimés du fait de la non-maîtrise de dénominateurs. Bien qu'à un coût forfaitaire de 20 dollars américains, le fait que les soins aient été payants pour des pathologies chroniques, dans un contexte d'extrême pauvreté, constituerait l'une des plus importantes barrières d'accès aux services. Aussi, des barrières relevant de stigmatisation, manque de confiance, information, et bien d'autres méritent d'être étudiées.

Références

- Breuer E, De Silva MJ, Shidaye R, Petersen I, Nakku J, Jordans MJD, et al. (2016). Planning and evaluating mental health services in low- and middle-income countries using theory of change. *BJPsych*. 2016; 208.s55-s62. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153841
- Yin R. K. (1994). *Case study research. Design and methods*. 3rd edition. London: Sage Publications.

Correspondance: Erick Mukala Mayoyo, doctorant en sciences de la santé publique à l'Université Libre de Bruxelles et à l'Université de Lubumbashi. Chef de Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga et expert au Centre de Connaissances en Santé en RD Congo. E : erickmukala1@gmail.com – T : +243 817 292 399

Analyse Comparative de l'Etat de Santé de la Population dans Six Zones de Santé du Sud-Kivu : Etude Transversale Populationnelle

Samuel Makali Lwamushi¹, Espoir Bwenge Malembaka¹, Anne-Sophie Lambert², Hermès Karemere¹, Christian Molima¹, Albert Tambwe Mwembo³, Steven Barnes Ssal⁴, Ghislain Bisimwa¹, Philippe Donnen⁵, Jean Macq²

¹Ecole Régionale de Santé Publique/Université Catholique de Bukavu, ²Institut de Recherche Santé et Société/Université Catholique de Louvain, ³Ecole de Santé Publique/Université de Lubumbashi, ⁴Université de Makerere, ⁵Ecole de Santé Publique/Université Libre de Bruxelles

INTRODUCTION

- L'Est de la RDCongo a connu des conflits armés pendant des décennies qui ont eu un impact négatif direct sur la vie quotidienne de la population (décès, déplacements internes).
- La plupart des recherches en santé publique explorent des mesures qui se concentrent sur un problème de santé spécifique (mortalité, morbidité) plutôt que sur l'état de santé global de la population.
- Objectif:** Evaluer l'état de santé de la population et ses facteurs prédictifs dans différents types de zones de santé de la province du Sud-Kivu en utilisant un outil validé par l'OMS: World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS).

METHODOLOGIE

- Type, Période et Milieu de l'étude :** Transversale (Mai et Juin 2019) dans 6 zones de santé du Sud-Kivu.
- Classification des zones de santé (ZS)** avec 2 critères (Décès liés aux conflits armés et Déplacés internes): Stable accessible, Stable enclavé, Intermédiaire et en crise (Carte OCHA)
- Echantillonnage** aléatoire de 1440 adultes dans les différents types de zone de santé (ZS).
- Collecte des données :** questionnaire avec des données sociodémographiques et l'outil WHODAS 2.0 à 12 items* regroupés en six domaines du handicap (Tableau 1)**.
- Statistiques (SPSS) :** Tests de Kruskal-Wallis, Wilcoxon avec ajustement de Bonferroni (comparaison des médianes) et une régression linéaire hiérarchique (facteurs prédictifs) ont été réalisés.

RD Congo - Sud-Kivu: Carte des zones de santé OCHA

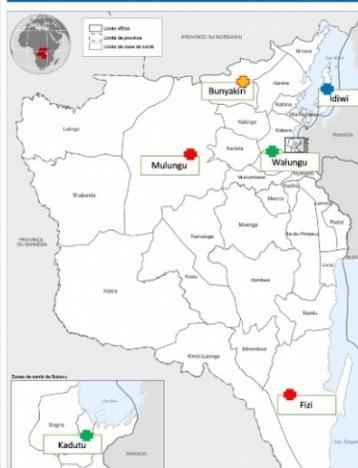


Tableau 1. Domaines du handicap de WHODAS

Domaines	Items
Tâches quotidiennes	2) Responsabilités du ménage
	12) Activités professionnelles et scolaires
Cognitif	3) Apprendre de nouvelles tâches
	6) Concentration
Mobilité	1) Rester debout pendant de longues périodes
	7) Marcher sur une longue distance
Soins personnels	8) Lavage de tout le corps
	9) S'habiller
Social	10) Traiter avec des inconnus
	11) Entretenir des relations amicales
Société	4) Participation à des activités communautaires
	5) Affecté émotionnellement

*Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil Taylor and Francis Ltd.* 2017;39:2347-80.

**Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Ustun TB. Normative data for the 12 item WHO disability assessment schedule 2.0. Ross JS, editor. *PLoS One.* 2009;4(12):e8343

RESULTATS

- Le score médian de WHODAS est plus élevé (mauvais état de santé) dans les ZS en crise (figure 1).
- Les domaines du WHODAS les plus altérés dans ces ZS en crise sont ceux qui sont encadrés en rouge dans le Tableau 2.
- Les facteurs significativement associés à un mauvais état de santé général (WHODAS élevé): âge avancé, être une femme, être membre d'une association communautaire, être divorcé, séparé ou veuf, et vivre dans une ZS en crise (données non illustrées).

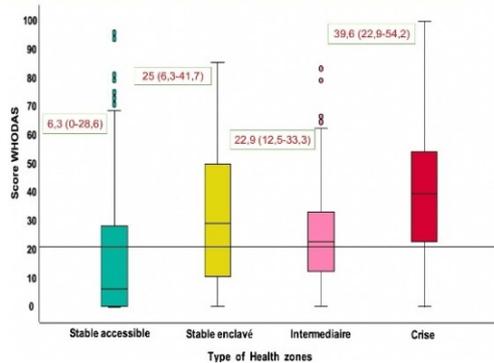


Figure 1. Distribution score WHODAS selon les types de ZS

Tableau 2. Comparaison de domaines du score WHODAS au sein des types de ZS

Composantes	Stable accessible	Stable enclavé	Intermédiaire	Crise	p**
Tâches quotidiennes	0(0-4)	3(1-5)	2(1-4)	4(2-6)	<0.001
Cognitif	0(0-3)	2(0-5)	2(1-3)	3(2-5)	<0.001
Mobilité	0(0-3.75)	3(0-6)	2(1-3)	4(2-6)	<0.001
Soins personnels	0(0-0)	0(0-2)	1(0-2)	1(0-3)	<0.001
Social	0(0-0)	0(0-2)	1(0-2)	1(0-4)	<0.001
Société	1(0-3)	3(1-5)	1.5(0-3)	4(2-5)	<0.001
WHODAS score	6.3(0-28.6)	25.0(6.3-41.7)	22.9(12.5-33.3)	39.6(22.9-54.2)	<0.001

CONCLUSION

- Les conflits armés ont un impact négatif sur la santé de la population.
- Les domaines de la vie quotidienne de la personne les plus altérés sont ceux liés à la vie psycho-sociale.
- Les actions humanitaires dans les ZS en crise devraient cibler ces domaines.



Belgique
partenaire du développement



Samuel Makali, MD, MPH, PHD Student
E-mail: samuelmakali11@gmail.com
GSM: +243993487370

6 Participation aux réunions des commissions CNP-SS

Depuis 2021, le Directeur du CCSC-ASBL a été désigné par les autorités du Ministère de la Santé comme membre effectif de la commission Gouvernance du CNP et participe désormais à ce titre à toutes les réunions organisées dans ce cadre. Il est de temps en temps aussi invité à participer et apporter son expertise aux réunions des deux autres commissions, à savoir la commission Financement et la commission technique de lutte contre la maladie.

7 Renforcement des capacités du personnel

7.1. Participation aux conférences nationales et internationales

Entre les années 2021 et 2022, les personnels du CCSC-ASBL ont participé à quatre conférences dont une au niveau national et trois au niveau international.

7.1.1. Au niveau national

7.1.1.1. Conférence des jeunes chercheurs en santé Nextgen

Dans le souci de renforcer les capacités des jeunes chercheurs en santé, l'IMT Anvers, en collaboration avec l'INRB, a organisé une formation sur la conception des posters et les présentations scientifiques avec Powerpoint en appui durant la période allant du 28 novembre au 10 décembre 2021 à Kisantu et Kinhasa en RD. Congo. L'objectif de cette formation était d'améliorer les capacités des jeunes chercheurs en santé en présentation orale.



Figure 8.
Présentation du poster à la conférence Nextgen par Dr Chrispin Kabanga/Assistant de recherche au CCSC



Figure 7.
Partage d'expérience du Professeur Faustin Chenge - Mukalenge avec les jeunes chercheurs lors de la conférence de Nextgen



7.1.2. Au niveau international

7.1.2.1. Sixième Conférence Scientifique de l'African Health Economics and Policy Association (AfHEA)

Dans le cadre du projet « CATALYSE », les chercheurs du CCSC-ASBL ont participé à distance à la sixième conférence scientifique organisée par AfHEA à Kigali au Rwanda durant la période du 7 au 11 mars 2022. Au cours de cette conférence, le CCSC-ASBL a présenté les résultats des différentes études réalisées sur la gestion de la pandémie de COVID-19, les leçons apprises et les effets des différentes mesures prises pour lutter contre la COVID-19 en RD. Congo.

Impact socio-économique des mesures d'accompagnement de l'état d'urgence sanitaire déclaré suite à la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en R.D. Congo.

Chrispin Kabanga, centre de connaissances en santé en RD.Congo, Kinshasa, Congo (The Democratic Republic of the)

Introduction

Depuis le début de l'année 2020, l'épidémie de COVID-19 s'est répandue dans le monde. Dans tous les pays touchés, les pouvoirs publics ont pris des mesures fortes pour arrêter la propagation de l'épidémie. En RDC où le premier cas de Covid-19 a été notifié le 10 mars 2020, le Président de la République a décrété l'état d'urgence sanitaire du 24 mars au 21 juillet 2020 assorti de mesures de réduction des interactions et des mouvements des populations (fermeture des frontières, suspension des vols en provenance des pays à risque, interdiction des rassemblements de plus de 20 personnes, interdiction de l'ouverture des discothèques, bars, terrasses, restaurants, ...). L'application de ces mesures a eu des conséquences sur le train de vie des populations dont plus de 80% vivent des activités économiques relevant du secteur informel.

L'objectif

de cette étude était de déterminer l'impact socioéconomique des mesures prises contre l'épidémie de Covid-19 durant la période de l'état d'urgence sanitaire.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude des cas basée sur la revue documentaire, associant la littérature grise et scientifique complétée par des entretiens approfondis avec les autorités sanitaires et leaders d'opinions.

Résultats

La RDC a subi un grave choc sous l'effet de la pandémie à Covid-19 : Moins de 6% des entreprises de trois grandes villes de la RDC (Kinshasa, Goma, Lubumbashi) ont mis en congé technique des employés depuis le mois d'avril 2020. A Goma, 13% des unités économiques ont donné des congés techniques à leurs employés dont 59% sont des femmes. Les mesures prises contre la pandémie entraînent des conséquences importantes sur les activités locales dépendantes des importations et sur le secteur informel. Environ 55% des ménages ont vu leurs revenus baisser. On a noté un manque à gagner estimé à 40 millions\$ pour la compagnie d'aviation Congo Airways ; à 3,3 millions\$ la Société nationale des

chemins de fer du Congo ; à 6,68 Millions\$ occasionné par la fermeture des bars, restaurants et terrasses. On a aussi observé une récession économique. Une très forte dépréciation de la monnaie nationale a été notée, passant de 1.750 à 1.850 FC/USD.

Conclusion

En RDC, l'état d'urgence sanitaire contre la covid-19 a mis en péril le secteur informel dont dépend la majorité de la population. Elles devraient en conséquence être repensées autrement dans leur mise en œuvre pour en atténuer les effets délétères sur la population.

Mots clés: Covid-19. effets. économie informelle. RDC

Lutte contre la Covid-19 en RD Congo: Analyse des principales mesures de contrôle prises au cours de trois premières vagues.

Joel Ekoko, Centre de Connaissances en Santé en RD Congo, KINSHASA, Congo (The Democratic Republic of the)

Introduction

Depuis décembre 2019, le monde fait face à une maladie émergente, le Covid-19, déclaré pandémie par l'OMS le 30/01/2020. La RDC avait enregistré son premier cas en mars 2020. Depuis, beaucoup de mesures ont été prises pour contrôler l'épidémie.

L'objectif de cette étude est d'identifier les principales mesures de riposte prises au cours de cette pandémie en RDC et de les analyser en termes de qui les a prises, pourquoi, comment et où.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude de cas sur la lutte contre le Covid-19 en RDC. La revue documentaire et les interviews semi-structurées des informateurs-clés (en face à face, par téléphone ou par visio-conférence) ont permis la collecte de données.

Résultats

Une fois l'épidémie déclarée, les autorités nationales ont pris des mesures pour contrôler cette première vague : mise en quarantaine de 14 jours des voyageurs en provenance des pays

6ème Conférence APHEA, Vers des systèmes de santé résilients en Afrique :
Thème: le rôle de la recherche sur l'économie et les politiques de la santé.

Page 271

touchés par Covid-19 ; suspension des vols en provenance des pays touchés ; mise en place des mesures de contrôle. Un secrétariat technique et une task force présidentielle composés de scientifiques ont été mis en place pour aider les autorités à prendre des décisions informées par les évidences. Ainsi, pour limiter la propagation de l'épidémie, le Président de la République a décrété l'état d'urgence sanitaire : interdiction des voyages, fermeture des écoles et universités, etc. (du 24 mars au 21 juillet 2020) associée à des mesures de prévention individuelle (port correct de masques, lavage de mains, distanciation physique). Pour sa part, le secrétariat technique a adopté, sur base des résultats de certaines études d'observation, un protocole thérapeutique associant la Chloroquine à l'Azithromycine. A Kinshasa, epicentre initial de l'épidémie, l'augmentation des cas et leur concentration dans la commune de la Gombe avaient conduit le gouverneur à décréter du 06 avril au 29 juin 2020, le confinement de cette commune pour limiter la propagation de l'épidémie. En décembre 2020, au cours de la 2e vague, le Président a décrété un couvre-feu national encore en vigueur. La mesure phare au cours de la 3e vague demeure la vaccination contre Covid-19 dans les villes les plus touchées.

Conclusion

Au cours des vagues successives, des mesures prises ont permis de contrôler l'épidémie. Mais certaines ont eu des effets collatéraux importants sur le vécu quotidien de la population. Leur application à l'avenir requiert un équilibre entre l'efficacité recherchée et les effets collatéraux indésirables sur la population.

Mots-clés : Mesures de contrôle, Covid-19, RDC

7.1.2.2. Cinquième symposium annuel de African Forum for Research and Education in Health (AFREhealth)

Du 2 au 4 août 2022, le CCSC-ASBL a participé en ligne au cinquième symposium annuel sur la santé, organisé par AFREhealth à Harare, au Zimbabwe. Au cours de ces assises, le CCSC-ASBL a présenté les résultats préliminaires d'une étude portant sur « Impact de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé en Afrique Subsaharienne : Revue documentaire ».



7.1.2.3. Septième Symposium Global sur les Systèmes de Santé/HSR

Le septième Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé a été organisé du 31 octobre au 4 novembre 2022 à Bogota, en Colombie. A l'occasion de ce colloque, le CCSC-ASBL a été invité à présenter les résultats des études sur la COVID-19 menées en RDC dans le cadre du projet « Catalyse ». C'est dans ce cadre que le CCSC-ASBL a délégué l'un de ses assistants de recherche et un représentant du Ministère de la Santé à Bogota, Colombie pour prendre part à ces assises et présenter les résultats des études réalisées sur la gestion de la COVID-19 en RD. Congo.



Figure 10.
Participation de Joël Ekofo/Assistant de recherche au CCSC à la conférence HSR à Bogota en Colombie en 2022



Figure 11.
Flyer de l'équipe de la coordination du projet catalyse pour les présentations à la conférence de HSR à Bogota en 2022

Tableau 8. Formations et webinaires suivis par le personnel du CCSC-ASBL en 2021 et 2022

Date	Organisateur	Thématique	Bénéficiaire	Mode de participation
Année 2021				
07-21 janvier 2021	Institute of Public Health, Bengaluru, India	Scientific Writing and reference management	Joël Ekofo	En ligne
27 janvier 2021	Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo (CCSC-ASBL)	Rédaction des références bibliographiques selon les normes de l'American Psychological Association (APA) avec Zotero à l'aide d'une recherche avancée sur internet	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel
28 janvier au 19 mai 2021	Institute of Public Health, Bengaluru, India	Research Methodology	Samuel Bosongo	En ligne
4-9 février 2021	Centre for Advancement in Realist Evaluation and Synthesis (CARES)	Introduction to Realist Methodology	Samuel Bosongo	En ligne
15-18 février 2021	Realist Conference 2021 Organising Team	Participation sans présentation à Realist Research, Evaluation and Synthesis Conference 2021	Samuel Bosongo	En ligne
15-19 février 2021	Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo (CCSC-ASBL)	Formation portant sur la recherche qualitative organisée	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel
23 février 2021	International Initiative for Impact Evaluation (3ie)	Cartographie des données probantes en Santé de la RD. Congo (CDP)	Prof Faustin Chenge, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
01-02 mars 2021	Ecoles de santé publique de Kinshasa, Lubumbashi et Bukavu en partenariat avec l'IMT Anvers.	Atelier de validation du programme de recherche sur les politiques et systèmes de santé	Prof Faustin Chenge, Prof Ghislain Bisimwa, Samuel Makali, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel

07 avril 2021	Africa Centers for Disease Control and Prevention (Africa CDC)	Using data to find a balance: Insights on the human impact of Covid-19 responses measures from partnership for Evidence based responses to Covid-19),	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
15 avril 2021	Joël Ekofo, Assistant de recherche du Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo (CCSC-ASBL)	Rédaction des blogs et notes d'information	Chrispin Kabanga	Présentiel
04-19 mai 2021	Centre de Collaboration Nationale de Politique Publique et de la Santé (CCNPPS) de l'Institut National de Santé Publique de Québec	Cadre d'analyse de politique publique	Joël Ekofo	En ligne
01 mai au 26 juin 2021	EPIM Afrique	Certificat en Management des Etablissements de santé	Gabriel Mutondo	En ligne
01 juin 2021	OMS/Afro	Discuss the Covid-19 surge and the possible risk for Africa: What member state need to do to support readiness	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
07-18 juin 2021	World Bank	Building the health system for the future: setting the priorities, diagnosing health system constraints, financing options for universal coverage, gender and health, investing in nutrition to build human capital, behavior change, regulation and its role in addressing markets failures and inequities in health	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
14-15 juin 2021	Be-cause Health	Participation sans communication à la conférence internationale des acteurs santé mentale. Thème : Voix de la santé mentale en Afrique : Expériences vécues et leçons à tirer	Erick Mukala	En ligne
21-25 juin 2021	Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo	Initiation à l'analyse des données qualitatives à l'aide du logiciel N'VIVO	Prof Faustin Chenge, Erick Mukala, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel

13 juillet 2021	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention	Revue annuelle du ministère de la santé : « Investir en faveur de la couverture de santé universelle en RD. Congo »	Prof Faustin Chenge et Joël Ekofo	Présentiel
27-30 juillet 2021	OMS/Afro	Joint virtual training (Who/Unicef/acdc/us-cdc/action against hunger) on Covid-19 infection prevention and control, addressing resurgence in Mozambique, Rwanda, Uganda and Zambia	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
28 juillet 2021	OMS/UNICEF/ACDC/US-CDC/ACTION CONTRE LA FAIM	Prévention et contrôle de l'infection par le covid-19, pour faire face à la résurgence au Mozambique, Rwanda, Ouganda et Zambie.	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
06 aout 2021	Ecole de santé publique de l'Université de Lubumbashi.	Stewardship des équipes cadres dans les districts sanitaires : Une nécessité maintenant plus que jamais. Contribution d'une étude des cas multiples à méthode mixte dans la Ville de Lubumbashi, RD. Congo	Prof Faustin Chenge, Didier Chuy, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
10-13 aout 2021	Bluesquare et Path	Utilisation de Dashboard du Ministère de la Santé	Prof Faustin Chenge et Joël Ekofo	En ligne
02 septembre 2021	Département de santé publique de l'Université de Kisangani	Défenses de mémoires d'études supérieures sur « Analyse de la qualité de l'eau et des facteurs associés à la diarrhée dans les ménages des villages assainis » et « VIH-Sida et Objectifs triples 90 : Progrès réalisés et facteurs associés à la suppression de la charge virale chez les PVVIH dans la ville de Kisangani »	Prof Faustin Chenge, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
24 septembre 2021	Ecole de santé publique de l'Université de Kinshasa	Soutenance de thèse dans le cadre du projet RIPSEC par Dr. Dieudonné Mpunga Mukendi sur « Barrières et leviers à l'utilisation des services de contraception par les adolescents âgés de 15 à 19 ans en RD. Congo »	Prof Faustin Chenge, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne

28-29 septembre 2021	WHO/Afro	Building Capacity Within the African Region for National Quality Policy and Strategy	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
		Up date-Building capacity within the African region for national quality policy and strategy	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
13 novembre 2021	Ecole Internationale de Santé Publique de l'université Mohamed IV/ Maroc	Management hospitalier: les défis du management hospitalier à l'heure de la réforme	Joël Ekofo	En ligne
16 novembre au 10 décembre 2021	INRB-IMT Anvers	Programme Nextgen-RDC: Comment faire une présentation avec powerpoint à l'appui	Samuel Bosongo, Samuel Makali, Erick Mukala, Innocent Nakwa, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel
01-02 décembre 2021	IMT Anvers /Université de Pretoria	Colloque sur les maladies tropicales	Samuel Bosongo, Samuel Makali, Erick Mukala, Innocent Nakwa, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
Année 2022				
20 Janvier 2022	Directeur Centre de Connaissances en Santé en RD.Congo	Briefing sur les interventions en santé publique	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel
27 janvier au 19 mai 2022	Département Recherche de l'Université libre de Bruxelles	Gestion des données de recherche et Open Science	Erick Mukala	En ligne

04 février 2022	AFROHUN/RDC	Maladies émergentes et réémergentes : Grandes menaces pour l'humanité	Joël Ekofo	En ligne
10 février 2022	AFRAFRA	Couverture de santé universelle (CSU)	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
14-25 février 2022	Institute of Tropical Medicine in Antwerp	Transferable Skills programme. Courses attended: • Research Integrity in practice; • DM1: Writing a Data Management Plan (DMP): what to know about DM processes; • DM2: Data storage and transfer: tools, tips & tricks (+ data protection); • DM3: Open access, FAIR DM, anonymisation and data sharing agreements; • DM4: DMP template, interactive session with questions and discussion; • Research Ethics 1: history, principles, Q&A; • Research Ethics 2: case exercise and • Authorship	Erick Mukala	En ligne
14-25 février 2022	Institute of Tropical Medicine in Antwerp	Transferable Skills programme: <ul style="list-style-type: none"> • Research Integrity in practice • DM1: Writing a Data Management Plan (DMP): what to know about DM processes • DM2: Data storage and transfer: tools, tips & tricks (+ data protection) • DM3: Open access, FAIR DM, anonymisation and data sharing agreements; • Research Ethics 1: history, principles, Q&A • Research Ethics 2: case exercise Authorship	Samuel Bosongo	En ligne
16-18 février 2022	World bank	Health Systems Flagship : Non communicable Disease (NCD)	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
23 février 2022	Academy of science of South Africa (ASSAF)	Statut des interventions de lutte contre le Covid-19 en RD.Congo: Les réalités sur la vaccination contre le Covid-19, les mesures non pharmacologiques ainsi que la gestion de l'infodémie	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne

07-11 mars 2022	African Health Economics and Policy Association (AfHEA)	Building back better health systems, Covid-19 vaccine health technology assessment in african countries, lessons from six West and Central african countries on health system responses to covid-19 to strenghten future national and subregional health security responses.	Prof Faustin Chenge, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
07-24 mars 2022	Département des Bibliothèques et Initiative PeerWrtinig de l'ULB	Bonnes pratiques pour la rédaction d'articles scientifiques. Thèmes: #1 : Devenir un "peerreviewer": avantages pour les chercheurs en début de carrière ; #2 : Publier des recherches dites "qualitatives"; #3 : Pourquoi publier des preprints ? Quel est l'impact sur la publication future d'un article?	Erick Mukala	En ligne
29 avril 2022	Université de Kinshasa (Unikin)	Atelier de formation sur la recherche et la publication scientifique	, Joël Ekofo	En ligne
29 avril au 25 mai 2022	École de Santé Publique (ESP), ULB.	SAPU-Y670 – Advanced methods in biostatistics and epidemiology-Meta-analysis,	Erick Mukala	Présentiel
	Pôle Santé, ESP ULB	Formations courtes en Biostatistique du Pôle Santé : Statistiques de base appliquées aux sciences du vivant	Erick Mukala	En ligne
01 mai au 30 juin 2022	Université de Kinshasa/Faculté de Médecine/Département des sciences de base	Cours debio1.0 statistique Analyse des données quantitatives à l'aide des logiciels SPSS et Stata (mesures de tendance centrale et de dispersion)	Chrispin Kabanga	Présentiel
06-17 mai 2022	Service de Communication Recherche et Département des Sciences de l'information et de la communication de l'ULB	Communiquer sa recherche Partager sa recherche sur les réseaux sociaux. Sous-thèmes: #1 Stratégie de visibilité sur les réseaux sociaux ; #2 Communautés en ligne, espaces d'échange scientifique et vulgarisation (harcèlement et antagonismes en jeux et solutions)	Erick Mukala	Présentiel

30 mai 2022	Projet de développement du secteur de la santé (PDSS)	Atelier de restitution de l'étude d'impact du financement basé sur la performance	Prof Faustin Chenge et Joël Ekofo	Présentiel
07 Juin 2022	Université de Genève	Health system resilience -framing debates and latest evidence as we start to emerge from the Covid-19 pandemic	Joël Ekofo	En ligne
22-28 juin 2022	World bank	Health Systems Flagship Global Course: Building Health Systems for the Future	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
27 juin au 01 juillet 2022	Enabel-Memisa	Atelier de lancement de la capitalisation d'expériences de financement des soins de santé dans les provinces du Kongo central, de la Tshopo et du Sud-Ubangi à Kisantu	Prof Faustin Chenge, Prof Ghislain Bisimwa, Samuel Makali et Joël Ekofo	Présentiel
30 juin au 5 juillet 2022	Centre for Advancement in Realist Evaluation and Synthesis (CARES)	Constructing Excellent Initial Programme Theories	Samuel Bosongo	En ligne
7-12 juillet 2022	Centre for Advancement in Realist Evaluation and Synthesis (CARES)	Philosophical foundation of Realist Evaluation	Samuel Bosongo	En ligne
01-02 aout 2022	African Forum for Research and Education in Health (AFREHealth)/	Cinquième symposium annuel d'AFREhealth	Joël Ekofo	En ligne
12 aout 2022	Coordination du projet "Catalyse"	Elaboration des notes de politiques	Prof Faustin Chenge, Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
31 aout 2022	Dr. Didier Chuy – CCSC-Asbl	analyse manuelle des données qualitatives	Prof Faustin Chenge et Joël Ekofo	En ligne

01 septembre 2022	Primary Care and Family Medicine Network for Sub-Saharan Africa (PRIMAFAMED)	Rédaction d'un scoping review	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
01-30 septembre 2022	Université de Kinshasa/Faculté de Médecine/Département des sciences de base	Cours de communication scientifique: rédaction d'un article scientifique (introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion)	Chrispin Kabanga	Présentiel
07-08 septembre 2022	Institut International de soins de santé primaires Ethiopien en collaboration avec le Ministère de la Santé Ethiopien et l'Université de John Hopkins	Pré-conférence internationale sur les soins de santé primaires	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	En ligne
	Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo (CCSC-ASBL)	Formation sur l'enquête de l'évaluation de la fonctionnalité des systèmes de santé communautaire	Joël Ekofo et Chrispin Kabanga	Présentiel
10 octobre au 7 novembre 2022	Global Campus of Human Right & UNESCO	MOOC - Science and Human Rights	Samuel Bosongo	En ligne
11 octobre au 01 novembre 2022	Acfas (Association canadienne - française pour l'avancement des sciences / Association francophone pour le savoir), Canada	Vulgarisation scientifique : vulgariser ses recherches à l'écrit et à l'oral	Erick Mukala	En ligne
11 octobre au 13 décembre 2022	Université Catholique de Louvain	ESPIN 2205 - Recueil et analyse de données qualitatives en santé internationale	Samuel Bosongo	Présentiel

01-04 novembre 2022	Health Systems Research (HSR)	Seventh Global Symposium On Health Systems Research' à Bogota/Colombie	Joël Ekofo	Physique
10 novembre 2022	Département des bibliothèques et de l'information scientifique	Formation sur Zotero	Erick Mukala	En ligne
18 novembre 2022	Prof Dr Faustin Chenge Mukalenge	Formation sur la capitalisation des expériences de la prise en charge de la Covid -19 dans les Centres de Traitement de la Covid -19 (CTCO)	Joël Ekofo	Présentiel
21-24 novembre 2022	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) de la RD. Congo	Revue annuelle de 2021 du secteur de la santé portant sur : 'Investir en faveur de la CSU en RD. Congo	Prof Faustin Chenge et Joël Ekofo	Présentiel
15 décembre 2022	École doctorale thématique « Santé Publique, Santé et Société », Universités francophones de Belgique	Communication orale au séminaire des doctorants. Titre : Mental health care in the city of Lubumbashi, DR Congo: demand and supply analysis in the health district of Tshamilemba	Erick Mukala	En ligne
		Participation et présentation (orale) à la journée des doctorants Titre: How capacity building of district health managers has been conceptualized, operationalized and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis	Samuel Bosongo	En ligne
22 décembre 2022	Département des bibliothèques et de l'information scientifique	Formation à EndNote	Erick Mukala	En ligne

8 Communication pour la visibilité du CCSC-ASBL

8.1. Gestion et Alimentation du site Web du CCSC-ASBL

Depuis le départ de la chargée de communication et de plaidoyer (CPC) en 2020, le site web du CCSC-ASBL a connu des sérieux problèmes dans son fonctionnement au cours de ces deux dernières années. Aucune modification n'a été apportée dans son format actuel. Seuls les quatre articles publiés en 2021 ont été placés dans le site.

8.2. Activités de communication

Pour communiquer les résultats, produits et activités réalisés au cours de ces deux dernières années (2021-2022), le CCSC-ASBL a utilisé les canaux suivants : mails, posters, dialogues politiques, conférences/colloques, Emissions télévisées et zoom meeting. Tel que mentionné précédemment, il faudra noter qu'avec le départ la chargée de plaidoyer et de communication (CPC), les activités de communication ont été sérieusement affectées en 2021 et 2022. Les comptes officiels des réseaux sociaux (Facebook et Twitter) et les newsletters n'ont pas été opérationnels entre 2021 et 2022.

9 Synthèse du rapport financier : comptes d'exploitation 2021 et 2022

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons la situation financière du CCSC-ASBL pour les années 2021 et 2022, à travers la lecture du compte des résultats.

CHARGES	MONTANT 2021 (USD)	MONTANT 2022 (USD)	PRODUITS	MONTANT 2021 (USD)	MONTANT 2022 (USD)
Charges d'exploitation	142 185,19	303 941,20	Produits d'exploitation	145 558,19	312 037,94
<i>Autres achats</i>	16 539,02	16 900,74	Excédent année antérieure	56 192,52	3 926,89
Autres énergies (carburant)	4 325,24	3 569,06			
Fournitures de bureau	4 856,78	4 111,43	Projet Catalyse	19 110,00	37 225,35
Achats matériels, équipements.	7 357,00	9 220,25			
Transport	2 660,22	8 504,05	FA4/CREDO	41 063,31	
Voyages	1 591,70	4 389,55			
Déplacement	1 068,52	4 114,50	Cotisation membres	490,00	160,00
Services extérieurs	65 793,37	226 942,89			
Assurances multirisques		5 695,00	Consultance Enabel	28 702,36	
Publications	9 164,51	3 581,85			
Autres charges de publicité et relations p	935,00	600,00	IMT (Cap. Memisa-Enabel)		20 395,34
Frais d'internet	4 275,00	2 629,40			
Frais de communication	2 189,69	2 473,50	Unicef-enquête CFC Endline		250 330,36
Frais bancaires	2 172,42	1 663,72			
Evaluation finale du CCSC et Autres	13 028,35				
Rémunérations du personnel occasionnel	30 393,40	20 929,00			
Frais de formations du personnel	547,52				
Réception	2 507,48	4 004,42			
Frais de Missions	580,00	185 366,00			
Impôts et taxes	-	1 163,06			
IPR et CNSS		1 163,06			
Autres charges	2 516,22	1 138,77			
Autres charges diverses de gestion	2 516,22	1 138,77			
Charges de personnel	54 676,36	49 291,69			
Prime du personnel	54 146,15	48 265,00			
Avantages en natures	530,21	1 026,69			
Excédent au 31/12/2021-2022	3 373,01	8 096,73			
TOTAL CHARGES	145 558,19	312 037,94	TOTAL PRODUITS	145 558,19	312 037,94

10 Conclusion et perspectives

Depuis la fin de financement à titre de subventions de l'Union Européenne en 2020 et le départ de ses experts seniors, le CCSC-ASBL a connu, au cours des années 2021 et 2022 un ralentissement de ses activités. Dans ce contexte, Il essaie de s'adapter à ce nouvel environnement de sous-financement et doit ainsi mener des enquêtes ou des études - bref utiliser son expertise - pour générer (ou appuyer la production) des évidences à partir des données primaires, et non pas travailler sur des données secondaires uniquement. Les activités de ces deux années présentées dans ce rapport le prouvent à suffisance. Devant l'incertitude d'obtenir un financement structurel dans l'avenir, le CCSC-ASBL devra renforcer cette façon de s'autofinancer à partir de ces activités qui lui ont permis de survivre au cours de ces deux années, sans cependant renoncer au plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires qui accepteraient de le financer selon la modalité initiale, celle d'octroi de subventions. Quoi qu'il en soit, le management actuel du CCSC-ASBL est déterminé à maintenir, en dépit de l'incertitude du financement structurel, une activité minimale du centre pour lui permettre de réaliser sa mission au cours des années à venir et ainsi toujours justifier sa pertinence.



QUE FAISONS-NOUS ?

répondre aux questions de recherche prioritaires en matière de santé de la population. Le CICC est dédié à la recherche, à l'innovation, à la formation et à la diffusion des connaissances. Ses missions sont :

- Promouvoir la recherche scientifique et technologique en matière de santé de la population.
- Appuyer les chercheurs et les équipes de recherche.
- Faciliter l'accès aux données et aux outils de recherche.
- Promouvoir la formation et la diffusion des connaissances.

PROFILS RECHERCHERS

Le CICC recherche des chercheurs et des équipes de recherche en matière de santé de la population. Les candidats doivent avoir une formation et une expérience en matière de recherche scientifique et technologique en matière de santé de la population.

GOVERNANCE

Le CICC est une entité juridique autonome, dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire.

CONTEXTE DE CRÉATION

Le CICC est créé par le décret n° 2018-083 du 22 septembre 2018, en vertu duquel le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire a décidé de créer une entité juridique autonome, dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière.

Le CICC est placé sous la tutelle du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire. Il est financé par le budget de l'Etat et par des contributions extérieures.

MISE EN PLACE

Le CICC est mis en place par le décret n° 2018-083 du 22 septembre 2018, en vertu duquel le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire a décidé de créer une entité juridique autonome, dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière.

NOTES D'INTRODUCTION

Le CICC est une entité juridique autonome, dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire.

HOS VALUERS

Le CICC est une entité juridique autonome, dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire.

CONTACTS

E-mail :
secretariat@ccsc-rdc.net

Téléphone :
+243 82 51 45 465

Adresse :
39, Avenue de la Justice Commune de la Gombe
Kinshasa - R. D. Congo
En face du Secrétariat Général de la Santé



 www.ccsc-rdc.net

 ccscasbl