



La Missive de l'OMS-Congo

N° 009

Février 2005



Bulletin électronique du Bureau de la Représentation de l'Organisation mondiale de la Santé au Congo

Dans ce numéro :

Gamboma : Vers le développement d'un district sanitaire au Congo.....p1

SARAR/PHAST : un atelier de formation des formateurs s'est tenu à Brazzaville.....p4

Le Congo en fin sur l'orbite de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).....p6

Gamboma: Vers le développement d'un district sanitaire modèle au Congo

INTRODUCTION

Le développement d'un district sanitaire modèle a été décidé en application de la décision prise par le Directeur régional de l'OMS, d'apporter un appui particulier au développement du système de santé du Congo. Le présent article donne un aperçu général du système de santé de district, justifie la nécessité pour le Congo de disposer d'un modèle de district sanitaire fonctionnel et présente à grands traits le modèle qui devra être développé dans le district sanitaire de Gamboma.

SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT: CONCEPT DE BASE

Un système de santé district fondé sur les Soins de Santé Primaires (SSP) comprend tout d'abord une population bien définie, habitant une zone administrative et géographique urbaine ou rurale bien délimitée. Il englobe toutes les structures de santé de la zone, publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles qui coopèrent à l'établissement d'un système de district au sein duquel elles travaillent ensemble.

Le système de santé de district se compose donc d'une grande diversité d'éléments imbriqués qui contribuent à la santé au foyer, à l'école, au lieu de travail et dans la communauté. Son orientation est multisectorielle. Il comprend les soins autonomes et tous les agents et établissements de santé, publics ou non, jusque et y compris le niveau de premier recours, ainsi que les structures de soutien appropriées, laboratoires, services de diagnostic et appui logistique. Ce système doit être géré comme une entité unique, en principe par un seul administrateur à plein temps dont les responsabilités couvrent aussi bien la santé publique que les activités thérapeutiques de manière à inter connecter tous ces éléments et toutes ces institutions pour obtenir un éventail d'activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation et à suivre les progrès. Il sera en cela aidé par d'autres cadres sanitaires du district, et ensemble ils constituent l'équipe cadre de district (ECP).

Défini tel quel, le système de santé de district est un sous-ensemble du système national de santé. Il présente les caractéristiques suivantes :

- * Le système de santé de district est orienté vers la population, notamment sur tous les éléments de son comportement et de son environnement qui sont en rapport avec la santé ainsi que sur son droit à modeler ses propres structures de santé avec

La Missive de l'OMS-Congo

Directeur de publication

Dr Adamou A. YADA
Représentant de l'OMS/CONGO

Comité de lecture

Dr L. NZOUTANI (FHP)
M. J. MOUYOKANI (MPN)
Dr R. AYANGMA (PEV)
Dr N. BIDOUNGA (HIV)
M. J.D.D KONONGO (EHO)

Rédacteur en chef

M. B. BIBOUSSI (HIP)

Mise en page, maquette

M. F. ELENGA (ICT)
M. B. BIBOUSSI (HIP)

Contacts

BP : 2465 Brazzaville Congo
Tel : (242) 663-83-29
Fax: Direct : (00 47 241 37 332)
GPN : 34 136
Email : yadaa@cg.afro.who.int

l'aide du corps médical ;

- * Le système de santé de district s'inscrit autant que possible dans une zone géographique dont les limites sont clairement définies. Il couvre toute la population ainsi que toutes les formations sanitaires, tant publiques que privées de cette zone, y compris leurs personnels.
- * Le système de santé de district dispose d'une autonomie de gestion suffisante pour fixer les priorités et résoudre les problèmes sur des bases décentralisées, autant que possible ;
- * Le système de santé de district intègre l'approche des soins de santé primaires dans toutes ses activités.

ORIENTATIONS DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) exécuté à compter de l'année 1992 repose sur le développement des districts sanitaires. Selon les termes du PNDS le district sanitaire est l'unité opérationnelle de base du système de santé du Congo. Il est structuré en deux niveaux : le premier est constitué des centres de santé intégrés (CSI) qui desservent chacun une aire de santé; l'hôpital de référence constitue le deuxième niveau. Sa taille est conditionnée par quatre raisons principales. Ce sont: (i) les raisons techniques, à savoir disposer d'une masse critique de population suffisante pour la création d'un hôpital; (ii) les raisons administratives: tenir compte autant que possible du découpage administratif du territoire; (iii) les raisons sociologiques: tenir compte des spécificités des populations et (iv) les raisons écologiques: tenir compte du contexte écologique, l'illustration étant donnée par les zones de forêts inondées.

La décentralisation et l'intégration des activités constituent des axes stratégiques majeurs de la mise en œuvre du PNDS. Les soins préventifs, curatifs et promotionnels doivent être regroupés en un paquet minimum d'activités, à offrir à la population d'une aire de santé.

ACQUIS ET FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS

Principaux acquis

La mise en œuvre du PNDS a permis un certain nombre de réalisations qui apparaissent comme des acquis à prendre en compte pour le développement ultérieur du système de santé.

Formation des cadres

D'importants efforts ont été focalisés sur la formation des cadres requis pour le renforcement des districts sanitaires, notamment les médecins chefs des districts sanitaires et autres professionnels de santé. Contrairement à la situation qui prévalait en 1992, le Congo dispose à ce jour d'un nombre suffisant de médecins formés, pour faire en sorte que chacun des 27 districts sanitaires planifiés puisse être dirigé par un médecin chef formé.

Expérience de rationalisation des CSI

Une expérience de rationalisation des CSI a été développée dans les Départements de Brazzaville, du Kouilou, du Pool, des Plateaux, du Niari et de la Cuvette. L'organisation des paquets d'activités, le recouvrement des coûts, l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels génériques et les relations avec la communauté à travers les Comités de Santé (COSA) sont au centre de cette expérience. Mais cette dernière est très peu capitalisée.

Principales limites et contraintes majeures

Faiblesse du financement

L'insuffisance voire l'absence de financements requis pour soutenir les travaux de réhabilitation des CSI, la construction des sièges des Equipes Cadres des districts sanitaires, l'acquisition des médicaments et des équipements techniques constitue l'une des explications majeures du faible taux de mise en place des CSI. Les progrès observés ont été réalisés essentiellement grâce à l'appui des Agences de coopération Efforts peu orientés vers le renforcement des districts

Au cours de la même période, la priorité a été donnée à la rationalisation des CSI. Les composantes clés d'un district sanitaire fonctionnel, telles que les hôpitaux de référence, les pharmacies et les Equipes Cadres des districts

sanitaires ont été laissées pour compte, dans une certaine mesure.

Faibles capacités de mise en œuvre et de gestion du système de santé

Depuis le lancement du PNDS, seuls 30 % des CSI planifiés en 1992 ont été rationalisés. Ce qui traduit des faibles capacités de mise en œuvre du plan. Par ailleurs, les centres de santé et les hôpitaux des districts sanitaires offrent des soins et services de qualité limitée en raison des pénuries de médicaments, de l'obsolescence des équipements et de l'absence de personnel qualifié. En outre, d'importants dysfonctionnements, apparaissent dans la gestion des ressources disponibles.

Insuffisante préparation des populations et communautés à assurer les responsabilités liées à la prise en charge de santé

D'importantes dérives ont été observées dans le fonctionnement des COSA expliquées en majeure partie par le fait que les populations n'ont pas été suffisamment préparées à assumer leurs nouveaux rôles, déterminés par leur participation à la gestion de la santé dans leurs aires de santé

Paquets minimums d'activités des centres de santé incomplets

Une évaluation réalisée en 2002 a montré que les activités des centres de santé rationalisés sont essentiellement limitées aux consultations curatives de base, suivies de consultations prénatales et des consultations des enfants de moins de 5 ans. Dans certains districts sanitaires, moins du quart des centres de santé en service offrent des vaccinations de routine. D'autres activités aussi importantes que la prise en charge des sujets tuberculeux sont absentes du paquet d'activités offert par la majorité des centres de santé.

PERSPECTIVES DU MODELE GAMBOMA

L'objectif est de mettre en place un véritable district sanitaire, devant servir d'exemple et de modèle de démonstration. Eléments du modèle:

- ◇ **Une population bien définie, établie sur un territoire clairement circonscrit.** Le district sanitaire de Gamboma couvre les districts administratifs de Gamboma et Ongogni et Makotimpoko. Il dessert une population d'environ 86,000 habitants;

- ◇ **Un réseau de centres de santé intégrés.** L'effort de rationalisation des centres de santé portera sur 08 centres de santé. Il sera progressivement étendu à l'ensemble des centres de santé de sorte qu'à terme, tous les 11 centres de santé du district sanitaire devront être fonctionnels et rationalisés.

- ◇ **Un hôpital de référence.** L'hôpital de Gamboma devra offrir un ensemble de services complémentaires aux activités des CSI et servir de référence à ces derniers. Il sera dirigé par une direction administrative assistée par un Comité de Gestion.

- ◇ **Une pharmacie de district** destinée à desservir l'hôpital de référence et les centres de santé en médicaments essentiels génériques.

- ◇ **Des organes de participation à la gestion de la santé.** Les Comités de santé existant dans les aires de santé seront redynamisés. L'hôpital de référence et le district sanitaire disposeront chacun d'un Comité de Gestion, mis en place et structuré conformément aux textes en vigueur.

- ◇ **Une Equipe Cadre du district sanitaire.** Structure administrative chargée d'assurer la gestion du district sanitaire dans son ensemble et de conduire l'ensemble des programmes ainsi que les activités de recherche opérationnelle.

- ◇ **Siège de l'Equipe Cadre.** Le siège de l'Equipe Cadre du district sanitaire est situé dans l'enceinte de l'hôpital de Gamboma. Il dispose de locaux appropriés pour son fonctionnement quotidien, l'accueil et la formation des stagiaires : personnel de santé, étudiants de la Faculté des Sciences de la Santé et des écoles paramédicales.

NIVEAU ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE

Plusieurs travaux préliminaires d'identification des besoins ont été conduits dans la perspective du développement du district sanitaire de Gamboma. Les activités réalisées comprennent: la réhabilitation des centres de santé, la formation des accoucheuses des CSI fonctionnels, l'introduction des schémas de diagnostic traitement et la formation du médecin chef du district sanitaire, à



Réhabilitation du Centre de Santé Intégré d'Etoro

l'utilisation rationnelle et à la promotion des médicaments essentiels génériques.

CONCLUSION

Le développement du district sanitaire de Gamboma devra permettre au Congo de disposer d'un exemple de district sanitaire fonctionnel pour servir de démonstration et de site de formation en vue de la réplification du modèle dans l'ensemble du pays.

Relever ce défi ne saurait être obtenu en l'absence d'une implication totale du Ministère de la santé et d'un appui des partenaires au développement sanitaire du Congo (OMS, UNICEF, UNFPA).



Réhabilitation du Centre de Santé Intégré d'Ongoni

Jérémie MOUYOKANI
Conseiller Planification, et Gestion du Programme
OMS/Congo

SARAR/PHAST : un atelier de formation des formateurs s'est tenu à Brazzaville

Organisé par le Centre régional pour l'eau potable et l'assainissement à faible coût (CREPA) en collaboration avec le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Hydraulique, avec l'appui de l'OMS, l'atelier de formation des formateurs sur l'utilisation des outils SARAR/PHAST s'est tenu à Brazzaville en décembre dernier.

Regroupant 31 participants venus respectivement du Mali, de la Guinée Bissau, de la République Centrafricaine, du Gabon et du Congo, les travaux dudit atelier ont été facilités par Mme Bassolet Coura Ndoye, responsable de la formation au CREPA/Ouagadougou et M. Sem Nditifel.

SARAR est un sigle anglais signifant « Self-

esteem, Associate strenghts, Ressourcefulness, Action-planning and Responsibility » (soit ' ' estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité''). **PHAST**, quant à lui, signifie en anglais Participatory Hygiene and Sanitation Transformation, soit Participation à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement. Il s'agit d'une nouvelle méthode qui vise à promouvoir les comportements en matière d'hygiène, des améliorations en matière d'assainissement et la gestion communautaire au moyen de techniques particulières fondées sur la participation. Elle est une adaptation de la méthode SARAR d'apprentissage participatif, fondée sur la capacité innée des êtres humains à s'occuper de leurs problèmes et à les résoudre.

L'atelier visait deux objectifs principaux, à savoir :

- Renforcer les capacités des participants aux méthodes participatives SARAR/PHAST
- Adapter et tester les outils PHAST au contexte du Congo

La méthode d'apprentissage utilisée par les formateurs est adaptée à la formation des adultes. Elle a consisté presque exclusivement aux travaux de groupe, à l'identification des problèmes communautaires et à la recherche des solutions à partir de l'utilisation des outils théoriques et pratiques de participation communautaire.

Les outils théoriques utilisés sont les suivants : la fenêtre de Johari, l'échelle de résistance ou d'ouverture au changement, l'exercice de la calebasse ou du quaker, les attributs d'une bonne participation communautaire.



Les participants en plein travaux de groupes

Les outils pratiques utilisés comprennent les outils d'investigation, les outils d'analyse, les outils de planification et les outils de suivi et d'évaluation.

Pour lier la théorie à la pratique, deux sorties sur le terrain ont été organisées. La première a eu lieu dans le quartier 68 dans l'arrondissement 6 Talangai et la seconde dans le quartier Madibou dans l'arrondissement 1 Makélékélé. Ces quartiers sont situés respectivement dans la périphérie nord de Brazzaville pour le quartier 68 et la périphérie sud pour le quartier Madibou.

Ces visites ont permis de tester, d'adapter et de concevoir certains supports en eau, hygiène et assainissement selon le contexte local. Les



Continuation des travaux sur le terrain (ici à Talangai)

participants, en tant qu'acteurs de développement, ont eu un regard critique sur leurs actions sur le terrain. Ils ont pu déceler de nombreuses erreurs commises par le passé ainsi que la principale cause de l'échec des projets d'approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement mis en œuvre dans leurs pays ; c'est-à-dire la non participation des bénéficiaires à la planification, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets.

La participation communautaire n'étant pas encore encrée dans les us et coutumes du pays, les acquis de cet atelier devraient permettre de développer davantage avec beaucoup d'assurance, des mécanismes de partenariat entre les services publics, les ONG et les communautés de base. Ainsi, les participants ont l'obligation de vulgariser cette méthode participative et de l'appliquer à chaque fois que la participation communautaire est requise. Cette méthode s'applique aussi dans le cadre de la lutte contre les maladies, le développement des services de santé, la lutte contre les abus de drogue, etc.

Les cérémonies d'ouverture et de clôture ont été placées sous le patronage de Monsieur Dieudonné Ossié, Directeur de Cabinet du Ministre des Mines de l'Energie et de l'Hydraulique, en présence du Dr Adamou Yada, Représentant de l'OMS au Congo.

Jean de Dieu KONONGO
Conseiller Santé et Environnement
OMS/Congo

Le Congo enfin sur l'orbite de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est une stratégie préconisée par l'OMS et l'Unicef dans le but de réduire le taux de mortalité infantile. Le Congo est resté en marge depuis d'adoption de cette stratégie en 1998. Après l'adaptation et l'adoption du matériel générique de formation en juillet 2004, le processus de la mise en œuvre de la PCIME suit son bonhomme de chemin avec la tenue de la première formation nationale des cadres de la santé en matière de PCIME.

Ce premier cours visait essentiellement les objectifs ci après : former les formateurs qui soient capables de :

- i. évaluer les signes et symptômes de la maladie, l'état nutritionnel, l'état de la vaccination et la supplémentation en vitamine A ;
 - ii. classer la maladie dans la catégorie appropriée ;
 - iii. identifier le traitement pour les diverses classifications des maladies de l'enfant en vue de la prise de décision de référer l'enfant à l'hôpital ;
 - iv. administrer les traitements précédant le transfert de l'enfant vers un centre de référence.
 - v. administrer les traitements dans les centres de santé, tels que la thérapie de réhydratation orale, la vitamine A ou la vaccination;
 - vi. apprendre à la mère à administrer un traitement spécifique à domicile, tel qu'un antibiotique, un antipaludique ou des soins locaux;
 - vii. conseiller la mère pour l'alimentation et les signes de retour au centre de santé;
- effectuer une réévaluation du problème et d'administrer des soins appropriés lors de la visite programmée de suivi

Le cours a connu la participation de 15 agents de santé de 5 circonscriptions socio sanitaires de Brazzaville et de Pointe Noire, constitués de Médecins pédiatres, de généralistes et d'administrateurs.

La facilitation du cours a été assurée par un pool de 8 formateurs repartis comme suit:

- Un directeur du cours: Pédiatre, Point Focal National PCIME GABON;
- Un co-directeur du cours: Pédiatre, Point Focal National PCIME CONGO, Chef de service de Pédiatrie (grands enfants) au CHU de B/Ville;

- Un instructeur clinique: Pédiatre, Directeur des cliniques universitaires de Kisangani (RDC);
- un co-instructeur clinique: Pédiatre, Médecin Chef de Pédiatrie de l'Hôpital de Talangai

2 facilitateurs en salle :

- 1 médecin nutritionniste (GABON);
- 1 médecin de santé publique, coordonnateur du PEV à Kananga (RDC);

En 11 jours, 95 heures soit 57 heures de cours théoriques et 38 heures de cours pratiques ont été consacrées à cette formation. Les résultats atteints ont été satisfaisants eu égard aux performances des participants. Tous les critères d'appréciation préconisés par l'OMS pour la validation du cours ont été largement dépassés. Ainsi le nombre moyen de cas vus par chaque participant a été de 58,5, le nombre d'exposition de 63,8 et le taux de réussite de 99% comparativement aux normes de l'OMS qui sont respectivement 20, 40, 85 et plus.

Une étape importante vient d'être franchie dans la mise en œuvre de la PCIME au Congo ; cependant cet élan pourrait être freiné si l'initiation des formateurs aux techniques de facilitation et la formation des agents impliqués dans la prise en charge des enfants malades ne suivaient pas immédiatement.



A gauche , le Pr Samuel NZINGOULA, point focal PCIME/ Congo, facilitateur lors de l'atelier.

Amédée MOLAMOU
Conseiller DPC
OMS/Congo