REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT

Etat d'avancement des sites des soins communautaires en République démocratique du Congo. Rapport d'atelier. Décembre 2006.

---

par

Gabriel Bukasa, Albertine Mashobi, Kanza Nsimba, Willy Kabuya

Janvier 2007

TABLE DES MATIERES

SIGLES v

REMERCIEMENTS vii

RÉSUMÉ ix

INTRODUCTION 1

- **Contexte** 1
- **Justification** 1
- **Objectifs de l'atelier** 2
- **Résultats attendus** 2
- **Méthodologie** 3
- **Profil des participants** 3

ACTIVITÉS DE L'ATELIER 5

RECOMMANDATIONS…… 15

- **I. DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS** 15
- **II. QUALITE DE PRISE EN CHARGE** 16
- **III. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE** 17

ENGAGEMENT DES PARTENAIRES 17

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS 21

ANNEXE 2 : AGENDA DE L'ATELIER 23

ANNEXE 3 : ACTIVITES DES GROUPES 25

ANNEXE 4 : RÉSULTATS DES INDICATEURS DE LA GMME-C EN RDC

SIGLES

ASC	Agent de santé communautaire
BASICS	Basics support for institutionalization of child survival
COGESITE	comité de gestion de site
CS	Centre de santé
ECZS	Equipe cadre de la zone de santé
ESP	Ecole de Santé Publique
ICP	Infirmier chef de poste
IRA	Infection respiratoire aigue
IT	Infirmier titulaire
MSH	Management Sciences for Health
ODM	objectif du millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNIRA	Programme National de lutte contre les Infections Respiratoires Aigues
PNLMD	Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
PRONANUT	Programme National de Nutrition
RDC	République Démocratique du Congo
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management
SNAME	système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SNIS	système national d'information sanitaire
SSP	soins de santé primaires
UNICEF	fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour l'aide internationale

REMERCIEMENTS

Les auteurs présentent leurs sincères reconnaissances au Secrétaire Général à la Santé pour son implication personnelle à la réussite de l'atelier, aux 4ème et 5ème Direction, à la coordination PCIME communautaire, au Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (PNAM), au Programme National de lutte contre les Infections respiratoires aigues (PNIRA), au programme National de lutte contre le paludisme (PNLP), au programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD), le programme national de nutrition (PRONANUT) et l'Ecole de Santé Publique (ESP) pour leur participation et implication respectives pour la réussite de l'atelier tenu au centre lassallien de Kintambo du 27 au 29 Décembre 2006.

L'expression de notre gratitude s'adresse également à l'USAID mission en RDC pour son appui sans lequel ne serait tenu cet atelier.

Nous adressons en particulier nos remerciements à tous les facilitateurs et à tous les participants pour leur enthousiasme ainsi que leur contribution pour l'amélioration de la gestion pharmaceutique des antipaludiques.

Cet atelier a été supporté par RPM Plus, programme de Management Sciences for Health, et préparé techniquement en collaboration avec la coordination PCIME C, BASICS, OMS et UNICEF.

RÉSUMÉ

L'atelier sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des sites des soins communautaires s'est tenu du 27 au 29 décembre 2006 à Kinshasa, en Démocratique du Congo (RDC) et a connu des moments d'échanges riches réunissant les personnels du Ministère de la Santé chargés de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, certains médecins chef de zones de quelques zones de santé où la mise en œuvre des sites des soins communautaires a déjà eu lieu, ainsi que les partenaires du Ministère de la santé. Une autre catégorie des participants provient des différents programmes de lutte contre les maladies qui concernent la PCIME. Il est également à mentionner la présence des deux pédiatres respectivement de l'Hôpital général de Kinshasa et des cliniques universitaires de Kinshasa. L'atelier a permis à tous les participants d'acquérir les informations nécessaires sur les sites des soins communautaires mais aussi de dégager les problèmes liés à la mise en œuvre pour en formuler les recommandations pertinentes.

L'atelier s'est déroulé en 3 jours, marqué des présentations et discussions en plénière le premier jour, les travaux des groupes le 2e jour, et la plénière le dernier jour.

Trois grands thèmes ont fait l'objet de l'atelier, il s'agit de la gestion des médicaments, de la gestion de l'information sanitaire des sites des soins communautaires et de la qualité de prise en charge des relais communautaires.

Les présentations du premier jour ont eu comme intitulés : l'expérience du Sénégal sur la prise en charge communautaire, la situation des enfants en RDC et l'état d'avancement des sites des soins communautaires, la gestion des médicaments dans les Zones de santé, le rapport d'enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire, et le système d'information sanitaire en RDC.

Les travaux des groupes se sont déroulés dans trois groupes thématiques ci-après : la gestion des médicaments, la gestion de l'information sanitaire pour les sites des soins communautaires et la qualité de prise en charge des cas par les relais communautaires.

Après la présentation sur l'expérience du Sénégal, la situation des enfants en RDC et l'état d'avancement des sites des soins communautaires, un débat a eu lieu pour fixer les esprits sur la nécessité de l'implantation des soins à base communautaire.

Les présentations sur la gestion pharmaceutique ont eu trait au rapport d'enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire (GMME C) et au rapport de l'évaluation rapide sur le fonctionnement du système d'approvisionnement en médicaments dans les zones de santé pour les sites des soins communautaires. Le point central du débat était de voir les voies et moyens de réduire au maximum les ruptures de stock des médicaments et de garantir la qualité de ceux-ci par une bonne conservation au niveau des sites des soins communautaires.

La discussion sur la gestion de l'information sanitaire des sites a abouti au fait que la communauté fait partie du système sanitaire selon le Secrétaire Général à la santé. Il va donc de soi qu'il y a développer le système d'information sanitaire pour le niveau de la communauté.

L'atelier a utilisé comme méthodes les présentations, les discussions et les travaux de groupes. La participation de tous avec les échanges d'expérience a rendu plus concret et plus perceptible la problématique liée à la gestion des médicaments au niveau des sites, à la gestion des l'information sanitaire et à la qualité de la prise en charge.

L'atelier s'est en outre constitué en un cadre d'échange sur les problèmes liés à la réussite de la mise en place d'un bon système d'approvisionnement pour le bénéfice des sites afin de réduire au maximum les risques de ruptures des stocks des médicaments chez les relais prestataires.

A l'issue des travaux qui ont duré trois jours, les recommandations suivantes ont été formulées :

I. DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS

Au PNAM:

1. Rendre disponible les fiches techniques de gestion des médicaments dans les zones de santé où son implantés les sites des soins communautaires
2. Standardiser les spécifications techniques des caisses utilisées pour la conservation des médicaments
3. Superviser les activités d'approvisionnement des médicaments au niveau des sites des soins communautaires.

A la coordination PCIME communautaire (comité de pilotage) :

1. Documenter suffisamment l'expérience des sites des soins communautaires pour le plaidoyer auprès des partenaires
2. Documenter l'expérience de la gestion des médicaments au niveau des sites des soins communautaires
3. Réviser les directives des COGESITE
4. Réviser le module de formation pour les Relais et les IT en matière des médicaments de manière à les adapter au niveau le plus élémentaire sur les aspects de la quantification.
5. Rendre disponibles les jobs aids (aides mémoires) auprès de tous les relais
6. Planifier une prochaine enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant pour mesurer le changement sur la disponibilité et l'utilisation des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

Aux inspections provinciales de la santé (IPS) :

1. Désigner un point focal PCIME pour chaque province
2. Planifier les formations et mécanisme de suivi des secteurs privés (structures de soins et pharmacies) sur la politique de prise en charge de la diarrhée, du paludisme et des infections respiratoires aigues et sur la dispensation des médicaments
3. Planifier les formations des tenanciers des pharmacies sur la gestion et l'utilisation rationnelles des médicaments.

4. Analyser les données sur les sites en vue d'envoyer une retroinformation aux zones de santé concernées.
5. Développer une base des données de l'information sanitaire des sites des soins communautaires
6. Superviser régulièrement les activités des sites des soins communautaires dans les zones de santé.

Aux équipes cadres de Zone de santé (ECZS) :

1. Procéder à l'approvisionnement des sites à travers le circuit du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME)
2. Renforcer les capacités de l'IT en matière d'approvisionnement des Sites et de surveillance de son stock
3. Renforcer les capacités des relais dans la quantification des médicaments et de commande à temps
4. Mettre en place une tarification forfaitaire pour les médicaments
5. Superviser régulièrement les sites sur la gestion des médicaments

II. QUALITE DE PRISE EN CHARGE

Aux inspections pharmaceutiques provinciales et organisations des pharmaciens du secteur privé (syndicat des pharmaciens, ordre des pharmaciens, etc.)

1. Renforcer les capacités du personnel du secteur privé dans la prise en charge des enfants souffrant de paludisme, de la diarrhée, des IRA et de la malnutrition
2. Renforcer les capacités du personnel du secteur privé dans la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau de leurs établissements respectifs.
3. Planifier l'installation des pharmacies privées non lucratives (ASBL) dans leurs ressorts respectifs pour offrir un service de qualité à la population

A la coordination PCIME communautaire (comité de pilotage) :

1. Documenter les expériences positives de motivation du relais et faire large diffusion
2. Renforcer la qualité des suivis post formation des sites des soins communautaires et les supervisions des ECZS, CS et sites des soins communautaires en se focalisant sur les déficiences à améliorer.
3. Renforcer les capacités des Equipes Cadres des Zones de santé dans l'encadrement des sites.
4. Développer et finaliser les prochaines étapes et les présenter aux différents partenaires

Aux équipes cadres des zones de santé et partenaires (ECZS):

1. Renforcer les suivis post formation et les supervisions des sites des soins communautaires.

2. Renforcer l'IEC pour permettre à la population de prendre en charge un enfant malade et pour faire la promotion des sites des soins communautaires
3. Intégrer dans les revues mensuelles de l'Equipe cadre de la zone de santé (ECZS) et des AS les activités des sites des soins communautaires
4. Définir avec la communauté le type de motivation des relais
5. Améliorer les conditions de travail du relais avec la participation de la communauté en rendant disponibles les lampes et des lieux aménagés en dehors de domiciles des relais

III. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Au secrétariat général à la santé :

1. Instruire la 5ème direction pour développer le SNIS communautaire.

A tous les niveaux :

1. Utiliser les canevas existants pour la transmission des données
2. Annexer les rapports des sites des soins au rapport SNIS du CS
3. Analyser les données des sites à chaque niveau.
4. Transmettre l'information sanitaire des sites des soins communautaires à la zone de santé à travers les centres de santé.
5. Mettre en place un mécanisme de collecte active des données des sites

INTRODUCTION

Contexte

L'atelier sur l'état d'avancement des sites des soins communautaires organisé par le Ministère de la Santé par la coordination PCIME en collaboration avec RPM Plus et l'USAID, BASICS, OMS et UNICEF, s'est tenu du 27 au 29 décembre 2006, au Centre Lassallien, à Kinshasa, en République Démocratique du Congo. Quarante personnes ont participé aux travaux. Ils proviennent essentiellement des 4 zones de santé où les sites sont implantés, des inspections provinciales de la santé du Kasaï occidental et de Bandundu, du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (PNAM), du Programme National de Nutrition (PRONANUT), du Programme National de lutte contre les Infections respiratoires aigues (PNIRA), du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa, des cliniques universitaires de Kinshasa et du Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD). Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial, ou GFATM), l'IRC, le projet AXXES et l'Agence des États-Unis pour le Développement Internationale (USAID, Mission RDC) ont également pris une part active à cet atelier.

Le but majeur de l'atelier était de rendre disponible aux participants les informations sur la mise en œuvre des sites des soins communautaires et de formuler des recommandations pour l'amélioration des activités des soins à base communautaire.

Justification

Les infections respiratoires aigues, le paludisme et la diarrhée constituent les premières causes de la morbi-mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en RDC. Cette situation a conduit le gouvernement à adopter la stratégie de la prise en charge des cas simples au niveau de la communauté.

La mise en œuvre des sites des soins communautaires a débuté en novembre de l'année 2005 avec la formation des relais communautaires et l'enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire (GMME C) dans la zone de santé de Kenge et de Demba.

Au stade actuel 9 zones de santé ont introduit les activités de prise en charge communautaires et 3 autres vont bientôt introduire la même activité avec l'appui de l'IRC.

De ce fait, rendre disponibles les résultats de l'enquête GMME-C sur la disponibilité et l'utilisation des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire conduite à Kenge en décembre 2005 et à Demba en Février 2006 est une nécessité devant permettre d'améliorer la qualité de service offert à la population par la stratégie prise en charge communautaire et lors des interventions futures dans les zones précitées mais aussi dans d'autres

zones de santé. Cette enquête servira de base pour mesurer le changement ou l'impact des changements avec la mise en œuvre des sites des soins communautaires.

A cette même occasion, il s'avère nécessaire de présenter le niveau d'évolution de la mise en œuvre des sites des soins communautaires et de tirer les leçons pour une amélioration future.

L'évaluation de la mise en œuvre des sites des soins communautaires permettra d'identifier les activités pour l'amélioration de la stratégie de prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

Objectifs de l'atelier

1. *Objectif général*

Evaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre des sites des soins communautaires en RDC en vue de proposer des recommandations pour l'amélioration de la stratégie de prise en charge communautaire.

2. *Objectifs spécifiques*

a) Présenter les résultats de l'enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire
b) Présenter l'état d'avancement de la mise en œuvre des sites de soins communautaires en RDC.
c) Présenter la situation de la gestion des médicaments dans les zones de santé en vue d'améliorer la capacité gestionnaire.
d) Procéder à la restitution de la conférence sous régionale sur l'expérience du Sénégal de prise en charge communautaire des IRA.
e) Obtenir l'engagement des partenaires pour permettre d'aller à l'échelle avec les sites des soins communautaires en RDC.
f) Déterminer les prochaines étapes dans la mise en œuvre des sites de soins communautaires dans le pays.
g) Formuler les recommandations pour l'amélioration de la stratégie en général, et particulièrement pour une meilleure disponibilité des médicaments et prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire

Résultats attendus

- Recommandations pour l'amélioration de la stratégie formulées
- Recommandations pour l'amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau communautaire formulées
- Engagement des partenaires obtenu
- Prochaines étapes de l'installation des sites de soins communautaires déterminées

Méthodologie

L'atelier sur l'état d'avancement des sites des soins communautaires s'est déroulé en trois jours selon la méthodologie participative de manière à faciliter l'échange des compétences et d'expérience parmi les cadres impliqués dans les activités de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaires (PCIME C) dans le pays.

L'atelier, au cours des différentes présentations, a fait usage de la combinaison des méthodes suivantes :

- Présentations
- Discussions
- Travaux de groupes
- brainstorming

Les présentations suivantes ont fait l'objet de l'atelier:

- Situation sanitaire des enfants en RDC
- Expérience du Sénégal dans la prise en charge des IRA au niveau communautaire en RDC
- Etat d'avancement des sites des soins communautaires en RDC
- Gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Rapport d'enquête
- Renforcement de la gestion des médicaments pour la prise en charge communautaires
- Présentation du SNIS

Profil des participants

L'atelier a connu la participation de 40 personnes dont le profil se présente de la manière suivante :

- 26 médecins
- 5 pharmaciens
- 9 autres professionnels

Les détails des participants sont repris dans l'annexe 1.

ACTIVITÉS DE L'ATELIER

Première journée

Modérateur : Willy Kabuya (RPM Plus)

Ouverture officielle

L'ouverture officielle de l'atelier sur l'état d'avancement des sites des soins communautaires en République Démocratique du Congo a débuté avec le mot de bienvenu du Directeur du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques et coordonnateur de la PCIME communautaire.

A l'issue de son intervention, la parole a été donnée au Représentant de l'UNICEF qui insisté sur l'importance des accises qui visent l'amélioration de la santé des enfants en RDC pour lesquelles l'UNICEF est particulièrement partie prenante.

La parole a été ensuite donnée au Secrétaire Général à la santé pour prononcer le mot d'ouverture de l'atelier après avoir remercié MSH/RPM Plus pour l'appui technique et financier de l'atelier et encouragé les participants à attacher de l'importance sur les réflexions qui seront menées au cours de ces journées de travail, étant donné la priorité que doit avoir les activités à base communautaire dans la réussite des activités sanitaires dans le pays.

Présentation 0 : Objectifs et calendrier de l'atelier

Présentateur : Willy Kabuya (RPM Plus)

Les objectifs de l'atelier ainsi que l'agenda ont été présentés par le modérateur du jour. Les détails de l'agenda se trouvent en annexe 2.

Présentation 1 : La situation sanitaire des enfants en RDC

Présentateur : Wivine Mbwebwe (PNIRA/PCIME)

Commentaires

La présentatrice de la situation sanitaire des enfants en RDC a fait état du niveau de mortalité des enfants d'une manière générale dans le monde et en RDC, avant de le présenter pour chaque province. Cette situation classe la RDC parmi les pays dont l'atteinte de l'ODM4 relative à la réduction des deux tiers de la mortalité des moins de 5 ans est peu probable, selon les estimations. La solution proviendrait de la PCIME avec ses composantes dont l'approche des soins à base communautaire.

Discussion en plénière

A la fin de la présentation, il s'est suivi un débat dont les éléments clés sont :

- La préoccupation sur la reprise de l'augmentation de la mortalité vers les années 1995 après un constat de la réduction quasi-régulière de cette mortalité. La justification provient des conflits armés et de la détérioration des conditions socio-économiques générales dans le pays.
- Dans la recherche rapide des causes liées à la réduction de cette mortalité infantile élevée, il a été souligné la faible promotion des pratiques clés qui sont très peu coûteuse ainsi que l'éloignement des structures des soins. La solution efficace résiderait dans la mise en place d'un système de promotion des pratiques clés au niveau des ménages et l'installation de l'approche des soins à base communautaire.
- Afin de faire un suivi de l'atteinte de l'ODM4, il a été recommandé que le ministère puisse faire des estimations qui présentent la progression de l'installation des sites des soins communautaires et son impact sur la réduction de la mortalité infantile, en fonction des indicateurs.
- Parmi les défis à relever par le Ministère, les participants ont retenu l'uniformisation de l'application de la stratégie des sites des soins communautaires dans le pays et la présentation des avantages certains que revêt la stratégie de la prise en charge communautaire pour convaincre les partenaires.

Présentation 2 : Prise en charge des IRA au niveau des cases de santé par les agents de santé communautaires. Expérience du Sénégal

Présentateur : Kanza Nsimba (BASICS)

Commentaires

Après la mise en place d'une expérience pilote sur la prise en charge des IRA au niveau communautaire, il a été mené une étude dans le but de dégager les avantages éventuels que revêt la stratégie de soins à base communautaires ainsi que la faisabilité de l'introduction de l'antibiotique au niveau communautaire.

L'étude a révélé en gros qu'un agent de santé communautaire de niveau primaire, formé, équipé et supervisé est capable de diagnostiquer et de prendre en charge les cas simples des IRA et de référer les cas graves.

Discussion en plénière

Au cours des discussions qui ont suivi la présentation, un point essentiel qui a retenu l'attention des participants est l'inquiétude sur la performance des agents de santé communautaires non instruits. Mais cela a été apaisé par le fait que l'étude fait mention des 113 ASC et matrones instruits qui ont été introduits dans les districts sanitaires.

La faiblesse de supervision de l'ICP vis-à-vis de l'ASC a retenu également l'attention des participants en insistant sur le fait que cet aspect devra être renforcé de manière à rendre responsable l'infirmier pour la réussite de la stratégie.
La relation entre le Relais et l'Agent de santé communautaire a fait partie des points faibles de la mise en œuvre de la stratégie. En rapport avec cette question, la relation entre le relais promotionnel et le relais prestataire devra être bien suivi pour la conjugaison des efforts devant améliorer la santé de l'enfant.

Présentation 3 : Etat d'avancement de la mise en œuvre des sites des soins communautaires en RDC

Présentateur : Jean Tony Bakukulu (PNLMD/PCIME)

Commentaires

La présentation s'est articulée sur la justification des soins à base communautaires, les étapes franchies jusqu'à ce jour au niveau du pays ainsi que les résultats obtenus à ce niveau de la mise en œuvre des soins à base communautaire en République Démocratique du Congo. Quelques problèmes et leçons tirés sont notamment l'existence des sites avec un relais au lieu de 2, les ruptures de stock des médicaments, le retard dans le délai de réalisation des suivis post formation, l'irrégularité de certains relais dans les suivis post formation.

Parmi les perspectives, il a été retenu ce qui suit : (1) meilleure gestion des médicaments, (2) utilisation de la grille de dépouillement des fiches de prise en charge, (3) l'amélioration des outils, le renforcement des capacités de l'IT et des équipes cadres de ZS et de DS, (4) application informatique de la gestion des données communautaires dans les ZS et DS concernées.

Discussion en plénière

La discussion en plénière s'est principalement articulée sur le fait que les partenaires souhaiteraient que le Ministère démontre que cette stratégie n'interfère pas avec le travail de l'infirmier titulaire au CS.
D'autres problèmes soulevés au cours des discussions après une expérience des sites sont :

- la mobilité de certains relais prestataires,
- le mauvais fonctionnement des COGESITEs
- Présence des beaucoup des cas hors-sites qui arrivent en consultation
- le faible taux d'utilisation des sites des soins communautaires.

Présentation 4 : Gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire en République Démocratique du Congo.

Présentateur : Eddy Kieto (ESP)

Commentaires

La présentation du rapport d'enquête sur l'évaluation de la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire s'est essentiellement articulé dans la présentation des résultats de l'enquête dont la synthèse est présentée dans l'annexe 4.
Les conclusions de l'enquête sont les suivantes :

Au niveau des ménages

Le niveau de connaissance des mères/gardiens d'enfant concernant tous les signes des maladies dont souffrent leurs enfants (fièvre, diarrhée, toux, convulsions, respiration rapide) apparaît faible.

Le recours aux soins en dehors de la maison en cas de maladie, par les mères/gardiens d'enfant est un comportement approprié.

Une bonne partie des ménages dont l'enfant a fait la diarrhée sanglante (67% à Kenge et 43% à Demba), la respiration rapide (62% à Kenge et 40% à Demba) et les convulsions (64% à Kenge et 50% Demba) n'ont pas eu comme premier recours pour les soins les structures sanitaires. Ce comportement est inapproprié car ces trois signes dénotent de la gravité et peuvent être à la base des décès en cas de retard dans la prise en charge adéquate.

Le recours aux pharmacies privées par les mères/gardiens d'enfant est une pratique courante en cas de diarrhée, de respiration rapide et de paludisme. Toutefois, les structures des soins restent les plus fréquentées des établissements de santé.

Les RC formés dans la prise en charge ne sont pas fréquentés étant qu'ils venaient d'être formé au moment où se déroulait l'enquête.

En dépit du fait que près de la moitié des mères/gardiens d'enfant recherchaient le traitement pour les maladies étudiées le jour même ou le lendemain, le problème reste préoccupante dans la mesure où 45% ne recherchaient pas le traitement dans le même délai.

Selon les réponses des mères/gardiens d'enfantt, la proportion des enfants prenant les médicaments appropriés est très faible (4% pour la fièvre, 17% pour la respiration rapide, 16% pour les convulsions et 23% pour la diarrhée).

D'une façon générale, la plupart des mères ou autres gardiens interrogés ont soigné leurs enfants selon les conseils du personnel des structures sanitaires.

En ce qui concerne la durée de traitement, il s'avère qu'une proportion importante des mères/gardiens d'enfant ont administré le cotrimoxazole en moins de cinq jours recommandés (60% à Kenge et 50% à Demba), il en est de même pour l'administration de la SP, certaines

mères/gardiens d'enfant ont donné pendant plus d'un jour recommandé (56% à Kenge et 66% à Demba). L'éducation de la communauté sur la manière de prendre les médicaments est défaillante.

Si dans 60% des cas les mères affirment avoir la facilité de se procurer les médicaments dans les villages, il demeure cependant vrai que les SRO et les antipaludiques sont rares à domicile.

Le cotrimoxazole et les SRO demeurent les médicaments les plus connus par les mères/gardiens d'enfant ce qui n'est pas le cas pour l'acide nalidixique (le traitement recommandé pour la diarrhée sanglante).

Au niveau des fournisseurs

La dispensation des médicaments dans la communauté est assurée pour la plupart des temps par des infirmiers et aide-infirmiers. Cependant, une bonne partie de la population est servie par des secouristes.-

La connaissance des signes et symptômes des maladies dont question dans le présent travail ainsi que la différenciation entre les formes simples et les formes graves (toux ou rhume simple et pneumonie ; paludisme simple et paludisme grave ; diarrhée simple et la diarrhée sanglante) ne sont pas maîtrisées par les fournisseurs des médicaments interrogés en général. Particulièrement, les structures sanitaires et les pharmacies paraissent maîtriser ces différenciations mais les réponses étant très peu nombreux, il est difficile de pouvoir généraliser.

Les traitements spécifiques recommandés par le Ministère de la Santé pour la prise en charge du paludisme simple (SP ou artésunate + amodiaquine), de la pneumonie (cotrimoxazole), et de la diarrhée simple (SRO) ne sont pas bien connus ; les réponses sur la connaissance de la durée de traitement sont très variées d'un répondant à l'autre, en dépit des plusieurs bonnes réponses enregistrés dans les structures sanitaires et les pharmacies.

La disponibilité des médicaments varie en fonction des types d'établissements considérés. Les structures sanitaires enregistrent des proportions plus élevées que d'autres types de points de vente pour le cotrimoxazole, la SP et les SRO pris séparément.

Les structures sanitaires et les pharmacies sont les types d'établissement qui offrent plus de garantie de disponibilité pour le cotrimoxazole, la SP et les SRO pris ensemble.

En général les vendeurs connaissent le mode d'emploi des médicaments vendus mais en ignorent la durée d'administration. À peine 7% de répondants connaissent la durée appropriée du traitement avec le médicament recommandé pour le paludisme chez les enfants. Les structures sanitaires et les pharmacies présentent de bons résultats en dépit de la faiblesse du nombre de répondants.

La vente des médicaments n'est pas conforme car dans la plupart des cas il se pose des problèmes de connaissance de ce qui doit figurer sur l'étiquette des médicaments à chaque dispensation. Les structures sanitaires et les pharmacies, bien que présentant des chiffres très faibles, constituent les groupes qui ont fait preuve de bonne pratique.

Discussion en plénière

Au cours des discussions, il a été demandé qu'une prochaine étude soit effectuée pour mesurer le changement et faire une comparaison entre les aires de santé où les soins à base communautaire ont été introduites et le reste.
Un constat malheureux a été fait sur l'échec des formations qui jusqu'à présent ne ciblent que les structures sanitaires intégrées dans les SSP. Les autres structures des soins et les pharmacies ne sont jamais concernées par le renforcement des capacités mais sont souvent fréquentées par les mères en cas de maladies d'enfants. En plus, il a été relevé par les participants la négligence du secteur privé dans la vulgarisation des politiques de prise en charge des maladies et dans la formation en PCIME.
Un autre élément de la discussion était la qualité de la prise en charge. Peu d'enfants ont reçu les médicaments appropriés pendant leurs maladies (cas des antipaludiques).

Présentation 5: Renforcement de la gestion des médicaments dans les zones de santé pour les sites des soins communautaires.

Présentateur : Gabriel Bukasa (RPM Plus)

Commentaires

Au cours de cette séance, il a été présenté aux participants les résultats d'une évaluation rapide sur le système d'approvisionnement des zones de santé en médicaments pour le besoin des sites des soins communautaires. Il s'en est dégagé quelques recommandations suivantes : (1) rendre disponible les fiches techniques de gestion des médicaments au niveau des zones de santé, (2) former les équipes cadres des zones de santé en gestion des médicaments, (3) garantir un réapprovisionnement régulier des zones de santé à travers le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels, (4) superviser régulièrement les sites des soins communautaires, (5) élaborer et transmettre régulièrement les rapport mensuel synthèse de gestion des médicaments jusqu'au niveau central., (6) améliorer les conditions de conservation des médicaments dans les zones de santé, (7) améliorer la tenue des outils de gestion des stock des médicaments.

Discussion en plénière

Dans les échanges en plénière, il a été présenté les améliorations qui ont fait suite à la lecture du rapport dans les zones de santé de Kenge et de Mont Ngafula II, en rapport avec l'appui technique en gestion des médicaments en collaboration avec le PNAM, l'intégration de certaines zones de santé de la système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et l'amélioration des conditions de conservation des médicaments.
Ces améliorations ont également porté sur la formation du personnel en gestion des médicaments, l'amélioration de la qualité de stockage des médicaments, l'affectation du pharmacien dans la zone de santé de Mont Ngafula qui a été intégré dans les activités de gestion des sites des soins communautaires, l'amélioration de la tenue des outils de gestion des médicaments, etc.

Une proposition de la standardisation des caisses de conservation des médicaments par les relais a également retenu l'attention des participants ainsi que la suggestion de la modification du RUMER de l'infirmier titulaire pour ajouter une colonne permettant de mentionner la quantité des médicaments remis au site des soins communautaires.

Présentation 6 : Présentation du SNIS

Présentateur : Jean Mantshumba (5ème Direction/MOH)

Commentaires

Après la présentation de la définition du SNIS, il a été présenté les composantes du SNIS dont l'accent a été mis sur les données issues de la communauté. A la fin, le présentateur a fait voir que l'option d'inclure les données de la communauté dans le SNIS des SSP ne peut être levée que par le pays car au niveau international les avis sont partagés.

Discussion en plénière

Après échange parmi les participants, le point ayant trait à la prise en compte des données de la communauté dans le SNIS de SSP a été tranché grâce à la présence du Secrétaire Général à la Santé dans la discussion. L'autorité a relevé le fait qu'actuellement la communauté fait partie du système sanitaire en RDC et que les données issues de la communauté sont à intégrer dans le canevas SNIS du centre de santé. Cette position justifie la consommation des médicaments qui passent à travers les centres de santé vers les sites des soins communautaires. D'où la nécessité de renforcer le SNIS pour y intégrer les données de la communauté.

Il a été également relevé qu'il sera question d'harmoniser les médicaments à retenir dans le SNIS des Médicaments, entre la direction de développement des soins de santé primaires, la direction de la pharmacie, médicaments et plantes médicinales et le programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels. L'important ici est de développer le système national d'information pharmaceutique (SNIP).

Pour un meilleure gestion de l'information sanitaire, le projet AXXES appuiera le développement d'une application informatique qui permettra de centraliser les données de l'ensemble du système sanitaire du pays en ayant un serveur central.

Deuxième journée

Modérateur : Gabriel Bukasa (RPM Plus)

Répartition des groupes de travail

Trois groupes de travail ont été constitués pour réfléchir sur les matières ayant fait l'objet des présentations de l'atelier.
Chaque groupe devrait travailler selon les différents canevas suivants :

GROUPE I

GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE PROVENANT DES SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES

Tâches à accomplir :

- identifier les problèmes liés à la gestion de l'information sanitaire provenant des sites des soins communautaires
- Prioriser 3 principaux problèmes
- Formuler des recommandations sur :
    i. le circuit efficace de transmission de l'information sanitaire provenant des sites
    ii. le contenu de l'information sanitaire provenant des sites des soins communautaires
    iii. l'intégration ou non dans le système national d'information sanitaire (SNIS).

GROUPE II

DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS AU NIVEAU DES SITES

Tâches à accomplir :

- Identifier les problèmes liés à la gestion des médicaments au niveau des sites des soins communautaires
- Cibler les 5 problèmes prioritaires
- Formuler les recommandations :
    i. Comment effectuer de façon efficace l'approvisionnement continu en médicaments au niveau des sites en évitant les ruptures de stock des médicaments
    ii. Définir les canaux devant favoriser la disponibilité des médicaments de qualité au niveau de la communauté
    iii. Un mode tarification pour les sites des soins communautaires : forfaitaire ou en fonction des médicaments
    iv. Comment éviter la décapitalisation du stock des médicaments remis au site

GROUPE III

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Tâches à accomplir :

- Identifier les problèmes liés à la qualité de la prise en charge
- Cibler les 5 problèmes prioritaires
- Formuler les recommandations sur :
    i. L'amélioration du comportement des Relais prestataires dans la prise en charge des enfants en ce qui concerne le volet sur l'utilisation des MEG.
    ii. La manière de procéder au suivi efficace des relais communautaires prestataires
    iii. La motivation des relais prestataires
    iv. L'amélioration de la qualité des soins communautaires.

En dehors des points cités, chaque groupe de travail est appelé à approfondir les réflexions sur toute autre question d'actualité en fonction de leurs domaines respectifs.
Ces travaux de groupes se sont déroulés durant toute la journée.

Troisième journée

Modérateur : Brigitte Kini (OMS)

Présentation des travaux des groupes

Chaque groupe de travail a présenté le résultats des discussions dont les détails sont en annexe 3.

A l'issue des présentations, un débat a été mené pour formuler les recommandations ainsi que les prochaines étapes. Quelques partenaires engagés dans la mise en œuvre des sites des soins communautaires se sont prononcés pour l'installation de la stratégie dans certaines zones de santé.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de l'atelier, les discussions ont permis aux participants d'émettre les recommandations suivantes :

IV. DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS

Au PNAM:

1. Rendre disponible les fiches techniques de gestion des médicaments dans les zones de santé où son implantés les sites des soins communautaires
2. Standardiser les spécifications techniques des caisses utilisées pour la conservation des médicaments
3. Superviser les activités d'approvisionnement des médicaments au niveau des sites des soins communautaires.

A la coordination PCIME communautaire (comité de pilotage) :

1. Documenter suffisamment l'expérience des sites des soins communautaires pour le plaidoyer auprès des partenaires
2. Documenter l'expérience de la gestion des médicaments au niveau des sites des soins communautaires
3. Réviser les directives des COGESITE
4. Réviser le module de formation pour les Relais et les IT en matière des médicaments de manière à les adapter au niveau le plus élémentaire.
5. Rendre disponibles les jobs aids (aides mémoires) auprès de tous les relais
6. Planifier une prochaine enquête sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant pour mesurer le changement sur la disponibilité et l'utilisation des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

Aux inspections provinciales de la santé (IPS) :

1. Désigner un point focal PCIME pour chaque province
2. Planifier les formations et mécanisme de suivi des secteurs privés (structures de soins et pharmacies) sur la politique de prise en charge de la diarrhée, du paludisme et des infections respiratoires aigues sur la dispensation des médicaments
3. Planifier les formations des tenanciers des pharmacies sur la gestion et l'utilisation rationnelles des médicaments.
4. Analyser les données sur les sites en vue d'envoyer une retroinformation aux zones de santé concernées.
5. Créer une base des données de l'information sanitaire des sites des soins communautaires
6. Superviser régulièrement les activités des sites des soins communautaires dans les zones de santé.

Aux équipes cadres de Zone de santé (ECZS) :

1. Procéder à l'approvisionnement des sites à travers le circuit du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME)
2. Renforcer les capacités de l'IT en matière d'approvisionnement des Sites et de surveillance de son stock
3. Renforcer les capacités des relais dans la quantification des médicaments et de commande à temps
4. Mettre en place une tarification forfaitaire pour les médicaments
5. Superviser régulièrement les sites sur la gestion des médicaments

V. QUALITE DE PRISE EN CHARGE

Aux inspections pharmaceutiques provinciales et organisations des pharmaciens du secteur privé (syndicat des pharmaciens, ordre des pharmaciens, etc.)

1. Renforcer les capacités du personnel dans la prise en charge des enfants souffrant de paludisme, de la diarrhée, des IRA et de la malnutrition
2. renforcer les capacités du personnel dans la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau de leurs établissements respectivement.
3. Réfléchir sur la manière d'installer les pharmacies privées non lucratifs dans leurs ressorts respectifs pour offrir un service de qualité à la population

A la coordination PCIME communautaire (comité de pilotage) :

1. Documenter les expériences positives de motivation du relais et faire large diffusion
2. Renforcer la qualité des suivis post formation des sites des soins communautaires et les supervisions des ECZS, CS et sites des soins communautaires en se focalisant sur les déficiences à améliorer.
3. Renforcer les capacités des Equipes Cadres des Zones de santé dans l'encadrement des sites.
4. Développer et finaliser les prochaines étapes et les présenter aux différents partenaires

Aux équipes cadre des zones de santé et partenaires (ECZS):

1. Renforcer les suivis post formation et les supervisions des sites des soins communautaires.
2. Renforcer l'IEC pour permettre à la population comment prendre en charge un enfant malade et pour faire la promotion des sites des soins communautaires
3. Intégrer dans les revues mensuelles de l'Equipe cadre de la zone de santé (ECZS) et des AS les activités des sites des soins communautaires
4. Définir avec la communauté le type de motivation des relais
5. Améliorer les conditions de travail du relais avec la participation de la communauté en en rendant disponibles les lampes et des lieux aménagés en dehors de domiciles des relais

VI. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Au secrétariat général à la santé :

1. Instruire la 5ème direction pour développer le SNIS communautaire.

A tous les niveaux :

1. Utiliser les canevas existants pour la transmission des données
2. Annexer les rapports des sites des soins au rapport SNIS du CS
3. Analyser les données des sites à chaque niveau.
4. Transmettre l'information sanitaire des sites des soins communautaires à la zone de santé à travers les centres de santé.
5. Mettre en place un mécanisme de collecte active des données des sites

ENGAGEMENT DES PARTENAIRES

Quelques partenaires se sont prononcés sur leurs engagements dans les activités de l'implantation des sites des soins communautaires. Il s'agit de :

1. **OMS** : au cours du premier trimestre de l'année 2007, prévoit d'implanter les sites des soins communautaires dans 20 ZS et a sollicité l'appui technique de RPM Plus.

2. **UNICEF** : au cours de l'année qui commence, procédera à l'extension de la stratégie dans le reste des zones de santé jusqu'à atteindre toutes les 31 ZS appuyées

3. **IRC** : dès le début de l'année 2007, prévoit l'extension des sites des soins communautaires à Demba et dans d'autres ZS appuyées

4. **USAID** a annoncé l'implantation de la stratégie dans les 60 ZS appuyées par le projet AXXES tout au long de la durée du projet.

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

#	Titre	Prénom	Nom	Institution	Adresse e-mail	Téléphone
1	Dr	Tony	Bakukulu	PNLMD/PCIME	jeantonybaku@yahoo.fr	0998115490
2	Dr	Achille	Mudiandambu	PNLP	Achilemudiandambu2@yahoo.fr	0813127510
3	Dr	Jean-Claude	Kanow	IPS/Kasai Occ.	jckanomanu@yahoo.fr	0816041148
4	Mme	Lina	Piripiri	USAID	lpiripiri@usaid.gov	0819943559
5	Dr	Didier	Cizubu	ZS de Demba	diecizubu@yahoo.fr	0998811959
6	Ph	Lukombo	Masamba	Secrétariat général	lukombomas@yahoo.fr	0811994344
7	Mr	Peter	Kimbondo	PNUD/FM	peter.kimbondo@undp.org	0817009021
8	Mr	Laurent	Engyam	4ème Direction	engyamlaurent@yahoo.fr	0998183433
9	Dr	Rose	Mundala	12ème Direction	rosymundala1@yahoo.fr	0999924083
10	Dr	Charlie	Tchomba	PNIRA/PCIME	ctchombat@yahoo.fr	0815184856
11	AG	Albertine	Mashobi	PNLMD/PCIME	mashobalbertine@yahoo.fr	0813494508
12	Mme		Bamoleke	PNLMD/PCIME		0817226965
13	Dr	Emile	Lebuki	PRONANUT	emile_lebuki@yahoo.fr	0999970653
14	Dr	Jeanine	Musau	PNLP	jeaninemuzo@yahoo.fr	0815079250
15	Dr		Bisimwa	12ème Direction	bisgim@yahoo.fr	0998316323
16	Dr	Pélagie	Molinda	ZS Makala	molindapelagie@yahoo.fr	0999954430
17	Dr	Leopold	Bolatey	IPS/Bandundu	lbolateyntange@yahoo.fr	0816376420
18	Dr	Willy	Kabuya	MSH/RPM Plus	wkabuya@msh.org	0998160862
19	Dr	Joachim	Mubiala	UNICEF	jmubiala@unicef.org	0815138486
20	Dr	Henri	Bongo	Pédiatre/HGK	bongohenri@yahoo.fr	0998526632
21	Ph	Simon	Kilolo	Ordre des pharmaciens	simonkilolo2003@yahoo.fr	0998274586
22	Ph		Mumbushi	Ordre des Pharmaciens		0898915089
23	Mme	Lucie	Zikudieka	IPS/KINSHASA	Lucie_zikudiaka@yahoo.fr	0818138835
24	Dr	Freddy	Mabokoy	ZS de Kenge	fredmabokoy@yahoo.fr	0815146183
25	Dr	Ida	Sukadi	PNIRA/PCIME	Ponderale22@yahoo.fr	0810520219

26	Dr	Wivine	Mbwebwe	PNIRA/PCIME	wivinembwebwe@yahoo.fr	0810682190
27	Dr	Papy	Luntadila	PNIRA/PCIME	atsel2akim@yahoo.fr	0812679293
28	Dr	Kanza	Nsimba	BASICS	knsimba@basics.org	0819010818
29	Mr	Eddy	Kieto Zola	ESP/UNIKIN	eddykieto@yahoo.fr	0816886265
30	Dr	Célestin	Nsibu	Pédiatre/CUK/UNIKIN	cnsibu@hotmail.com	0999923676
31	Dr	Jean	Mantshumba	DDSSP	mantshumba@hotmail.com	0818133511
33	Mr	Flavien	Mulumba	IRC	HISManager@DRCongo.theirc.org	0817152357
34	Dr	Albert	Kalonji	AXxes Project	albertkalonji@sanru.org	0815084568
35	Dr	Jean	Angbalu	PNLP	jean_angbalu@yahoo.fr	0998278650
36	Ph	Franck	Biayi	PNAM	biayifranck@yahoo.fr	0818125838
37	Dr	Micheline	Swele	ZS de Mont Ngafula II	miswele@yahoo.fr	0998555644
38	Dr	Brigitte	Kini	OMS	kinib@cd.afro.who.int	0817006411
39	Ph	Gabriel	Bukasa	MSH/RPM Plus	g_bukasa@yahoo.com	0999301015
40	Dr	Bernard	Ngoie	PNLMD/PCIME	ngoiebernard@yahoo.fr	0817301813

ANNEXE 2 : AGENDA DE L'ATELIER

PREMIERE JOURNEE	DEUXIEME JOURNEE	TROISIEME JOURNEE
9h00 : Arrivée des participants 9h05-9h25 : Arrivée des invités 9h30 : Arrivée du Secrétaire Général à la santé 9h 30 : Mot du Représentant de l'Unicef Mot du Représentant de l'OMS Mot du Représentant de l'USAID Ouverture officielle par le Secrétaire Général à la santé.	**Modérateur : Dr Brigitte KINI** 8h30 : Répartition des groupes Début des travaux en groupes	**Modérateur : Ph. Léonard MATAMBA** 8h30 : Suite de la présentation des rapports de travaux de groupe + débat.
10h – 10h30 : PAUSE CAFE	10h – 10h30 : PAUSE CAFE	10h – 10h30 : PAUSE CAFE
Modérateur : Dr Willy Kabuya 10h30 : Présentation des objectifs de l'atelier 10h45 : Situation sanitaire des enfants en RDC par Dr ILUNGA (PNIRA)		10h30 : Formulation et adoption des recommandations
11h00 : Expérience du Sénégal dans la prise en charge des IRA au niveau communautaire par Dr KANZA NSIMBA (BASICS)) 11h20 : Etat d'avancement de la mise en œuvre des sites des soins communautaires en RDC par Dr BAKUKULU (Coordination PCIME C)	Travaux de groupe	11h30 : Détermination des prochaines étapes
12h-14h : PAUSE REPAS	12h-14h : PAUSE REPAS	12h-14h : PAUSE REPAS
14h : Evaluation de la Gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Rapport d'enquête. Par Prof KIYOMBO (Ecole de Santé Publique) 15h 00 : Renforcement de la Gestion des Médicaments pour la prise en charge communautaires par Ph. Gabriel BUKASA (RPM+) 15h30 : Débat	Travaux de groupe	14h30 : Lecture des recommandations de l'atelier Mot du représentant de l'Unicef Mot du représentant de l'OMS Mot du représentant de l'USAID Clôture officielle de la réunion par le Secrétaire Général à la Santé Cocktail.
16h 00– 16h20 : PAUSE CAFE	15h – 15h30 : PAUSE CAFE	**FIN DE L'ATELIER**
16h 20 : Le SNIS en RDC par Dr MANTSHUMBA (5ème Direction) 16h 40 : Débat.	15h30 : présentation des rapports des travaux de groupes	
17h00 : **FIN DE LA JOURNEE**	17h00 : **FIN DE LA JOURNEE**	

ANNEXE 3 : ACTIVITES DES GROUPES

GROUPE 1 :

GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE PROVENANT DES SITES DE SOINS COMMUNAUTAIRES

MEMBRES DU GROUPE

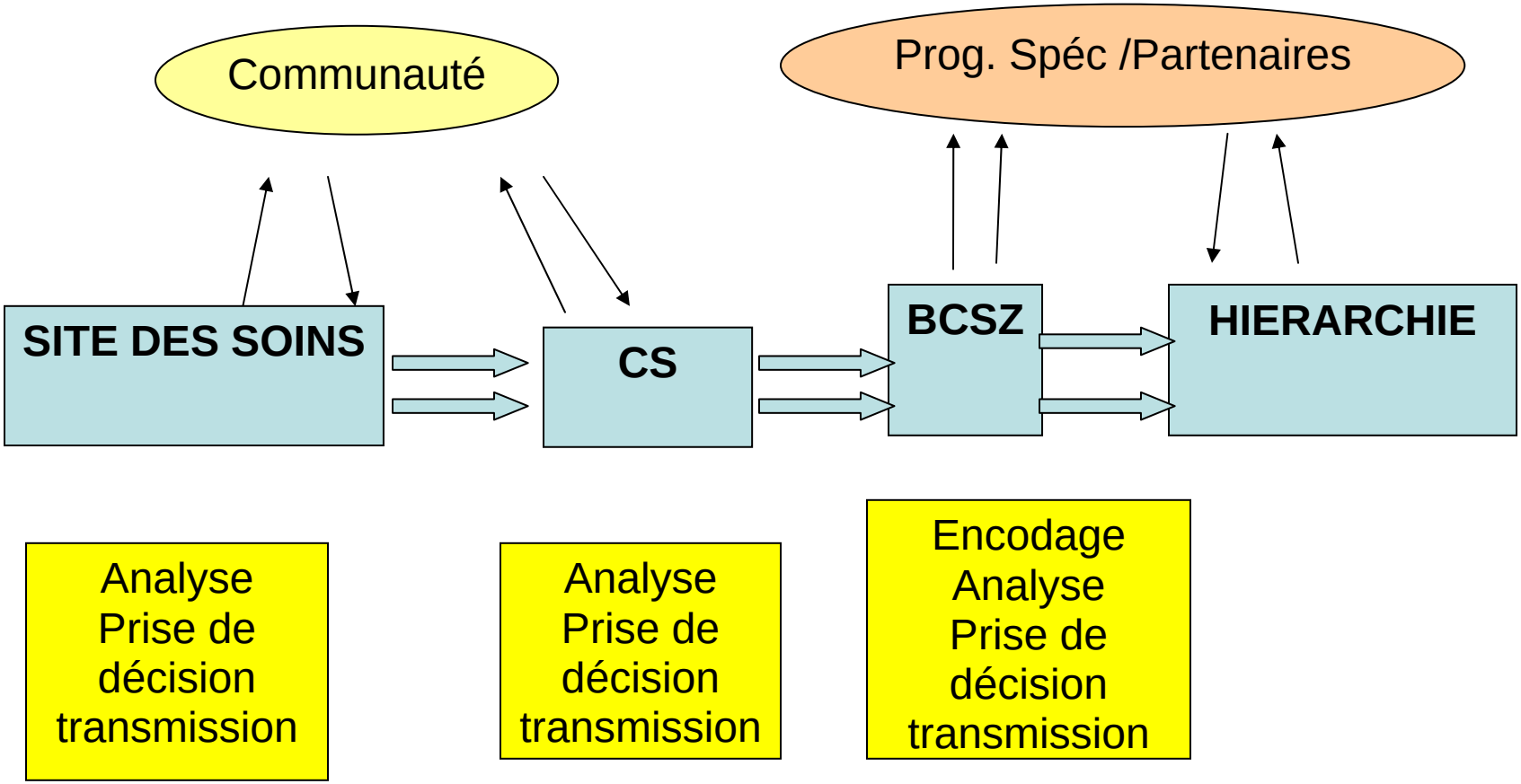
1. Dr BOLATEY Léopold
2. Dr BAKUKULU
3. Mr Epi ENGYAM Laurent
4. Dr CIZUBU Didier
5. Dr BISIMWA Gisèle
6. Dr MABOKOY Freddy
7. Dr NGOY Pascal
8. Dr NGOIE Bernard
9. Dr MANTSHUMBA
10. Dr MBWEBWE Wivine

PROBLEMES IDENTIFIES

1. Mauvais circuit de transmission de l'information des sites vers la hiérarchie
2. Mauvaise qualité des données récoltées sur terrain
    - Faible sensibilisation des relais des sites et de la communauté
    - Insuffisance de supervision à tous les niveaux
    - Discordance entre le nombre des cas et la consommation des médicaments
    - Compétence (faible niveau) des relais des sites
3. Difficulté de transmission des données:
    - Distance/ obstacles naturels
    - Manque de moyen de transport
4. Manque de système de motivation des relais prestataires

5. Manque d'analyse des données à la base (site des soins et CS)

CIRCUIT EFFICACE DE TRANSMISSION DE L'IS PROVENANT DES SITES



CONTENU DE L'IS PROVENANT DES SITES

1. Continuer l'utilisation de la fiche actuelle

1. Annexer le rapport du site des soins rapport SNIS du CS et faire l'analyse séparée.

1. Songer au développement du SNIS communautaire

GROUPE II :
DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS AU NIVEAU DES SITES

LES MEMBRES DU GROUPE

- Dr Rose Mundala
- Ph Kilolo
- Dr Molinda Pelagie
- Dr Musau Jeanne
- Ph Mumbushi
- Ph Lukombo
- Dr Papy Luntadila
- Ph Franck Biayi
- Dr Charlie Tchomba

TARIFICATION

- Mettre en place une tarification forfaitaire pour les antipaludiques
- Pour les autre mdts du site,appliquer la tarification en fct des mdts

DECAPITALISATION DU STOCK

- Faire un inventaire mensuel du stock des sites
- Évaluer les pertes
- Restaurer le stock par un indice de correction

GESTION DE STOCK

PROBLEMES	RECOMMANDATIONS
1 La rupture des stock	
A. Approvisionnement	
A1 Quantification par la méthode morbidité	Maîtriser les données de la CMM (pour mieux quantifier les besoins)
A 2 Non disponibilité des médicaments au niveau du CS	Utiliser le SNAME Les CS disposent d'un stock des médicaments déterminés pour les sites Et l'intégrer dans l'outil de gestion existant
A3 Non connaissance du stock d'alerte	Insister sur le stock d'alerte (formation et suivi)
A4 Longue distance vers lieu d'approvisionnement	Augmenter les quantités / indice de correction Approvisionnement pour 2 mois au lieu de 1
A5 Livraison des médicaments en risque de péremption	Eviter la livraison des médicaments en risque de péremption
B Vente aux pop hors cibles et hors sites	Instruire la non vente hors cibles Redynamiser le COGESITE sur la gestion des médicaments
2 Mauvaise conservation des médicaments	
2.1 Mauvaises conditions de transport	Utiliser d'un sac approprié (cfr PNAM)
2.2 Lieu de stockage inadéquat	Instruire sur le meilleur emplacement de la caisse (humidité, chaleur, lumière…)
2.3 Caisse de conservation	Normaliser et standardiser la caisse des médicaments (cfr PNAM et D3)
2.4 Mauvais reconditionnement à la livraison et au stockage	Mettre à la disposition de I T et RC des matériels appropriés
2.5 Manque d'emballage approprié à la dispensation	Rendre dispo
3 MANQUE DE MANUEL DES TACHES A EXECUTER	
(quotidien, hebdomadaire et mensuel)	Rendre disponibles le manuel des tâches (PNAM) Elaborer un manuel des tâches pour les RC (PNAM)

4 INSUFFISANCE DE PREPARATION DE COGESITE

	Renforcer la sensibilisation des COGESITES Intégrer les aspects de gestion des médicaments dans le briefing des COGESITES

GROUPE III:
PRISE EN CHARGE

MEMBRES DU GROUPE

- Dr Bongo Henri : Pédiatre HGRK (P)
- Dr Nsibu Célestin : Pédiatre CUK
- Dr Angbalu Jean: D.A .PNLP
- Dr Lebuki : PRONANUT
- Dr Mbwebwe Wivine : PNIRA
- Dr Sukadi Ida : PNIRA (R)
- Dr Mudiandambu Achille : PNLP
- Dr Jean : MIP Kasai O.
- Dr Swele Michelline: MCZ Mont Ngafula II
- Dr Kalonji Albert

IDENTIFIER LES PROBLÈMES LIÉS À LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- Disponibilité du RCP
- Manque de suivi des malades
- Non remplissage ou mauvais remplissage des outils de suivi

IDENTIFIER LES PROBLÈMES LIÉS À LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

I.

- Disponibilité du RCP
- Manque de suivi des malades
- Non remplissage ou mauvais remplissage des outils de suivi

- Conditions de travail : obscurité, intempéries, exposition des membres de la familles des RCP aux maladies contagieuses et aux médicaments
- Disponibilité des MEG au niveau des sites/risque de rupture de stock des MEG
- Conservation des MEG
- Coût de la PEC du paludisme simple (ART+AQ) plus cher que SP

- Problèmes de prescription des médicaments (dose, durée, faible concordance entre les signes vus, la classification et la prescription des médicaments …)
- Référence difficile/ à temps / Implication de la communauté
- Motivation des RCP

CIBLER LES 5 PROBLÈMES PRIORITAIRES

- RCP non disponible
- Conditions de travail : obscurité, intempéries, exposition des membres de la familles des RCP aux maladies contagieuses et aux médicaments
- Rupture de stock des MEG au niveau des sites
- Problèmes de prescription des médicaments (dose, durée, faible concordance entre les signes vus, classification et la prescription des médicaments …)
- Référence difficile/ à temps / Implication de la communauté

II. FORMULER LES RECOMMANDATIONS

L'amélioration du comportement des RCP dans la PEC des enfants en ce qui concerne le volet sur l'utilisation des MEG:
- Dans les critères de sélection du RCP: avoir en plus les moyens de subsistance propre
- Renforcement du suivi / supervision au niveau des sites des soins
  - Améliorer les conditions de travail du relais en rendant disponible des lampes, endroit couvert…
  - Respect du circuit d'approvisionnement en MEG au niveau de l'IT et du RCP
- Respect du coût de PEC convenu entre les partenaires
- Adapter les caisses pour la conservation des médicaments(aération, température, hygrométrie, pieds hauts sup. 60cm...) et les rendre disponibles dans tous les sites des soins

Motivation des RCP:
- Motivation à définir mais pas seulement financière
- Renforcement de la supervision au niveau des sites des soins

L'amélioration de la qualité des soins communautaires:
- la disponibilité des RCP,la disponibilité des MGE
- la régularité des supervisions

- la motivation des RCP
- la sensibilisation de la population pour son implication dans la stratégie des soins communautaires

ANNEXE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE GMME-C

Résultats pour les ménages

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Indicateurs descriptifs			
1.	Age des enfants de l'échantillon en années 0–1 1–2 2–3 3–4 4–5	N = 446 33% 27% 16% 15% 9%	N = 418 30% 31% 22% 10% 7%	NA[1]
2.	Proportion de garçons de l'échantillon	51%	47%	NA
3.	Proportion de filles de l'échantillon	49%	53%	NA
	Proportion de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre	66%	51%	NA
	Proportion de répondants dont l'enfant a eu des convulsions	6%	21%	NA
	Proportion de répondants dont l'enfant a eu une respiration rapide	8%	6%	NA
	Proportion de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée	27%	28%	NA
	Proportion de répondants dont l'enfant a eu la toux sans respiration rapide	34%	50%	NA
4.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (parmi ceux ayant eu de la diarrhée)	6% n = 121	18% n = 116	NA
5.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (sur l'échantillon total)	2% n = 446	5% n = 418	NA

[1] NA = Non applicable.

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Décision de recours aux soins			
6.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu de la fièvre/corps chaud, qui ont recherché des soins en dehors de la maison	26% n = 296	47% n = 211	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50% (la norme variera d'après les DST selon la prise en charge de la fièvre à domicile)
7.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont recherché des soins en dehors de la maison	36% n = 26	50% n = 88	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
8.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu une respiration rapide, qui ont recherché des soins en dehors de la maison	38% n = 34	60% n = 25	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
9.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante, qui ont recherché des soins en dehors de la maison	33% n = 7	57% n = 21	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Décision de recours à la première source des soins			
10.	Proportion de ménages recherchant des soins en dehors de la maison, qui sont allés à une catégorie de source *X* comme la première source de soins. (parmi les ménages dont les enfants ont eu de la fièvre/corps chaud)[2]	n = 76	n = 99	NA
	- Guérisseur traditionnel			
	- Poste de santé public	3%	3%	
	- CS ou HGR	26%	17%	
	- Structure sanitaire privée ou celle des missions religieuses	47%	48%	
	- Pharmacie	9%	3%	
	- Magasin/boutique			
	- Marché	9%	14%	
	- Relais communautaire/Accoucheuse	0%	6%	
	- Ambulant	1%	1%	
	- Ne sait pas	2%	6%	
		3%	1%	
		0%	2%	
11.	Proportion de ménages recherchant des soins en dehors de la maison, qui sont allés à une catégorie de source *X* comme la première source de soins (parmi les ménages dont les enfants ont eu des convulsions)	n = 9	n = 44	NA
	- Guérisseur traditionnel	22%	5%	
	- Poste de santé public	22%	20%	
	- CS ou HGR	56%	50%	
	- Structure sanitaire privée ou celle des missions religieuses	0%	7%	
	- Pharmacie			
	- Magasin/boutique	0%	9%	
	- Marché	0%	2%	
	- Relais communautaire/Accoucheuse	0%	5%	
	- Ambulant	0%	0%	
	- Ne sait pas	0%	0%	
		0%	2%	

[2] Cet indicateur devrait être calculé dans les pays qui n'ont *pas* de stratégie encourageant la prise en charge a domicile de la fièvre (à savoir, stock de médicaments à la maison et utilisation correcte de l'antipaludique approprié).

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
12.	Proportion de ménages recherchant des soins en dehors de la maison, qui sont allés à une catégorie de source *X* comme la première source de soins (parmi les ménages dont les enfants ont eu une respiration rapide)	n = 13	n = 15	NA
	- Guérisseur traditionnel			
	- Poste de santé public	0%	0%	
	- CS ou HGR	39%	27%	
	- Structure sanitaire privée ou celle des missions religieuses	46%	40%	
	- Pharmacie	8%	7%	
	- Magasin/boutique			
	- Marché	0%	27%	
	- Relais communautaire/Accoucheuse	0%	0%	
	- Ambulant	0%	0%	
	- Ne sait pas	8%	0%	
		0%	0%	
		0%	0%	
13.	Nombre de ménages recherchant des soins en dehors de la maison, qui sont allés à une catégorie de source *X* comme la première source de soins (parmi les ménages dont les enfants ont eu une diarrhée sanglante)	n = 2	n = 12	NA
	- Guérisseur traditionnel			
	- Poste de santé public	0	1	
	- CS ou HGR	0	1	
	- Structure sanitaire privée ou celle des missions religieuses	1	6	
	- Pharmacie	1	0	
	- Magasin/boutique			
	- Marché	0	3	
	- Relais communautaire/Accoucheuse	0	0	
	- Ambulant	0	0	
	- Ne sait pas	0	0	
		0	1	
		0	0	

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Promptitude de l'action pour la prise des médicaments			
14.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu de la fièvre/corps chaud et qui indiquent que leur enfant a pris un antipaludique le jour même de l'apparition de la fièvre/corps chaud ou le lendemain - Jour même - lendemain - Deux jours après l'apparition de la maladie - Trois jours après l'apparition de la maladie	n = 108 42% 21% 18% 19%	n = 88 22% 22% 33% 23%	Pour la catégorie « jour même » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
15.	Quantité de liquide administrée à l'enfant malade pendant la diarrhée - Plus à boire - Environ la même quantité - Moins à boire - Ne sait pas	n = 128 31% 53% 9% 7%	n = 137 36% 34% 21% 10%	Pour la catégorie « Plus à boire : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
16.	Proportion de ménages dont l'enfant avait la diarrhée qui ont indiqué que l'enfant avait reçu plus de liquides que d'habitude (dont SRO et/ou SSS) le jour même de l'apparition de la diarrhée[3] - Jour même - Lendemain - Deux jours après l'apparition de la maladie - Trois jours après l'apparition de la maladie - Ne sait pas	n = 39 34% 28% 18% 15% 5%	n = 49 20% 25% 27% 19% 10%	Pour la catégorie « jour même » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
17.	Proportion de ménages dont l'enfant avait une respiration rapide qui ont recherché conseils/traitement/médicaments auprès d'une source en dehors de la maison le jour même de l'apparition de la respiration rapide - Jour même - Lendemain - Deux jours après l'apparition de la maladie - Trois jours après l'apparition de la maladie	n = 13 39% 23% 23% 15%	n = 15 47% 40% 13% 0%	Pour la catégorie « jour même » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%

[3] Dans certains milieux, il y a des liquides donnés aux enfants qui sont inappropriés pour augmenter les liquides, tel que le café. Ainsi, cet indicateur doit être interprété en considérant les types de liquides couramment donnés dans ces milieux.

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
18.	Proportion de ménages dont l'enfant avait des convulsions qui ont recherché conseils/traitement/médicaments auprès d'une source en dehors de la maison le jour même de l'apparition des convulsions - Jour même - Lendemain - Deux jours après l'apparition de la maladie - Trois jours après l'apparition de la maladie - Ne sait pas	n = 19 42% 26% 21% 5% 5%	n = 60 45% 13% 20% 22% 0%	Pour la catégorie « jour même » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
19.	Proportion de ménages dont l'enfant n'a pas reçu de médicament moderne (pour les enfants avec fièvre/corps chaud)	17% n = 296	17% n = 211	Bon : Moins de 10% Moyen : 10–15% Faible : Plus de 15%
20.	Proportion de ménages dont l'enfant n'a pas reçu de médicament moderne (pour les enfants avec convulsions)	19% n = 26	17% n = 88	Bon : Moins de 10% Moyen : 10–15% Faible : Plus de 15%
21.	Proportion de ménages dont l'enfant n'a pas reçu de médicament moderne (pour les enfants avec respiration rapide)	24% n = 34	8% n = 25	Bon : Moins de 10% Moyen : 10–15% Faible : Plus de 15%
22.	Proportion de ménages dont l'enfant n'a pas reçu de médicament moderne (pour les enfants avec diarrhée)	27% n = 128	18% n = 137	Bon : Moins de 10% Moyen : 10–15% Faible : Plus de 15%
23.	Proportion de ménages dont l'enfant a reçu une injection (parmi l'échantillon entier)	28% n = 446	35% n = 418	NA
24.	Proportion de ménages dont l'enfant a reçu un antibiotique (parmi l'échantillon entier)	30% n = 446	37% n = 418	NA
25.	Proportion d'antibiotiques reçus par symptômes ou signes (pour la toux) - Amoxicilline - Ampicilline - Cotrimoxazole - Chloramphénicol - Gentamicine - Pénicilline - Tétracycline	n = 57 0% 18% 77% 0% 0% 0% 5%	n = 83 4% 12% 61% 19% 1% 2% 0%	Bon : Moins de 25% Moyen : 25–50% Faible : Plus de 50%

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
26.	Proportion d'antibiotiques reçus par symptômes ou signes (pour la fièvre) - Amoxicilline - Ampicilline - Cotrimoxazole - Chloramphénicol - Gentamicine - Pénicilline - Tétracycline	n = 19 16% 21% 47% 5% 5% 0% 5%	n = 23 0% 13% 39% 35% 9% 4% 0%	Bon : Moins de 25% Moyen : 25–50% Faible : Plus de 50%
27.	Proportion d'antibiotiques reçus par symptômes ou signes (pour la respiration rapide) - Amoxicilline - Ampicilline - Cotrimoxazole - Chloramphénicol - Gentamicine - Pénicilline - Tétracycline	n = 39 0% 18% 74% 0% 3% 0% 5%	n = 4 25% 25% 25% 0% 50% 0% 0%	Bon : Moins de 25% Moyen : 25–50% Faible : Plus de 50%
28.	Proportion d'antibiotiques reçus par symptômes ou signes (pour les convulsions) - Amoxicilline - Ampicilline - Cotrimoxazole - Chloramphénicol - Gentamicine - Pénicilline - Tétracycline	n = 4 0% 25% 50% 0% 0% 0% 25%	n = 13 0% 15% 31% 31% 15% 8% 0%	Bon : Moins de 25% Moyen : 25–50% Faible : Plus de 50%

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
29.	Proportion d'antibiotiques reçus par symptômes ou signes (pour la diarrhée) - Amoxicilline - Ampicilline - Cotrimoxazole - Chloramphénicol - Gentamicine - Pénicilline - Tétracycline	n= 33 27% 33% 36% 0% 0% 0% 3%	n = 32 0% 13% 44% 34% 0% 6% 3%	Bon : Moins de 25% Moyen : 25–50% Faible : Plus de 50%
30.	Proportion de ménages dont l'enfant a eu la fièvre/corps chaud, la respiration rapide, les convulsions et la diarrhée et qui ont pris respectivement la SP (Fansidar), le cotrimoxazole (Bactrim), la quinine et les SRO/SSS - Fièvre - Respiration rapide - Convulsions - Diarrhée	 4% n = 296 26% n = 34 38% n = 26 28% n = 128	 2% n = 211 4% n = 25 9% n = 88 19% n = 137	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
31.	Personne qui a prescrit ou conseillé la prise de médicaments - Personne ou vous avez décidé vous-même - Prestataire de soins dans une structure ou privée) - Pharmacien/personne de la pharmacie - Personne dans magasin/boutique/marché - Relais communautaire/accoucheuses traditionnelles - Ami/voisin/membre de la famille - Ambulant	n = 632 42% 48% 6% 0% 1% 1% 1%	n = 497 28% 50% 10% 8% 1% 2% 2%	NA

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
32.	Proportion des médicaments dispensés dans l'emballage approprié - Emballage original du fabricant - Comprimé/gélules isolés dans un emballage plastique fermé hermétiquement - Autres manières (emballages inappropriés) - Ne sait pas	n = 734 43% 12% 43% 2%	n = 564 32% 49% 17% 2%	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
33.	Proportion des comprimés ou gélules conditionnés seuls dans l'emballage	36% n = 361	67% n = 414	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
34.	Proportion de médicaments avec étiquettes portants toutes les instructions suivantes : nom du médicament, posologie, fréquence et durée	96% n = 734	98% n = 564	Bon : Plus de 70% Moyen : 40–69% Faible : Moins de 40%
35.	Durée d'administration du cotrimoxazole - 1 jour - 2 jours - 3 jours - 4 jours - 5 jours - Plus de 5 jours	n = 75 5% 20% 32% 9% 18% 16%	n = 53 0% 9% 26% 15% 31% 19%	Pour la durée appropriée (5 jours) : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
36.	Durée d'administration de la SP - 1 jour - 2 jours - 3 jours - 4 jours - 5 jours - Plus de 5 jours	n = 13 44% 7% 21% 7% 21% 0%	n = 3 34% 0% 33% 0% 33% 0%	Pour la durée appropriée (1 jour) : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
37.	Durée d'administration des SRO - 1 jour - 2 jours - 3 jours - 4 jours - 5 jours - Plus de 5 jours	n = 44 36% 33% 11% 0% 20% 0%	n = 28 14% 13% 7% 7% 18% 43%	Pour la durée appropriée (plus de 5 jours) : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Connaissance des médicaments			
38.	Proportion de ménages qui ont entendu parler de la SP (Fansidar).	64% n = 446	Néant	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
39.	Proportion de ménages qui ont entendu parler du cotrimoxazole (Bactrim)	97% n = 446	88% n = 418	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
40.	Proportion de ménages qui ont entendu parler de l'acide nalidixique (Négram).	4% n = 446	2% n = 418	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
41.	Proportion de ménages qui ont entendu parler des SRO	97% n = 446	90% n = 418	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
	Disponibilité des médicaments à domicile			
42.	Proportion de ménages qui avaient entendu parler des sachets de SRO et qui l'avaient à domicile au moment du passage de l'enquêteur	7% n = 434	10% n = 375	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
43.	Proportion de ménages qui avaient entendu parler de la SP (pour Kenge) et artésunate + amodiaquine (pour Demba) et qui l'avaient à domicile au moment du passage de l'enquêteur[4]	5 % n = 284	0% n = 7	Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%

[4] Cet indicateur devrait être calculé dans les pays qui ont une stratégie encourageant la prise en charge a domicile de la fièvre (à savoir, stock de médicaments à la maison et utilisation correcte de l'antipaludique approprié).

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
	Perception des mères/gardiens d'enfant sur la disponibilité des médicaments au village (dans les points de vente)			
44.	Perception des mères/gardiens d'enfant sur la disponibilité du SP (Kenge) et artésunate + amodiaquine (Demba) dans la communauté (points de vente) - Toujours - Parfois - Jamais - Ne sait pas	n = 284 60% 27% 10% 3%	n = 7 0% 0% 86% 14%	Pour la catégorie « toujours » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
45.	Perception des mères/gardiens d'enfant sur la disponibilité des sachets de SRO dans la communauté (points de vente) - Toujours - Parfois - Jamais - Ne sait pas	n = 434 71% 22% 5% 2%	n = 375 54% 36% 8% 3%	Pour la catégorie « toujours » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
46.	Perception des mères/gardiens d'enfant sur la disponibilité du cotrimoxazole dans la communauté (points de vente) - Toujours - Parfois - Jamais - Ne sait pas	n = 432 71% 23% 4% 1%	n = 366 59% 33% 7% 2%	Pour la catégorie « toujours » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%
47.	Perception des mères/gardiens d'enfant sur la disponibilité de l'acide nalidixique dans la communauté (points de vente) - Toujours - Parfois - Jamais - Ne sait pas	n = 15 0% 20% 60% 20%	n = 7 14% 29% 29% 29%	Pour la catégorie « toujours » : Bon : Plus de 80% Moyen : 50–79% Faible : Moins de 50%

Indicateurs		Kenge	Demba	Normes d'évaluation (doivent être adaptées aux situations spécifiques de la zone de santé)
48.	Nombre de tous les antipaludiques qui se trouvaient déjà à la maison ou qui ont été obtenus auprès d'une source *X*	n = 104	n = 82	NA
	- Se trouvaient déjà à la maison	7	2	
	- Structure sanitaire publique	40	14	
	- Structure sanitaire privée ou mission religieuse	19	36	
	- Pharmacie	34	3	
	- Magasin/boutique	0	2	
	- Marché	0	15	
	- Relais communautaire/accoucheuse	1	1	
	- Autres	3	9	
	- Ne sait pas	0	0	
49.	Nombre de tous les antibiotiques qui se trouvaient déjà à la maison ou qui ont été obtenus auprès d'une source *X*	n = 266	n = 132	NA
	- Se trouvaient déjà à la maison	11	1	
	- Structure sanitaire publique	50	10	
	- Structure sanitaire privée ou mission religieuse	66	53	
	- Pharmacie	60	1	
	- Magasin/boutique	6	4	
	- Marché	39	38	
	- Relais communautaire/accoucheuse	3	1	
	- Autres	28	21	
	- Ne sait pas	3	3	
50.	Nombre de tous les SRO qui se trouvaient déjà à la maison ou qui ont été obtenus auprès d'une source *X*	n = 86	n = 26	NA
	- Se trouvaient déjà à la maison	4	2	
	- Structure sanitaire publique	15	1	
	- Structure sanitaire privée ou mission religieuse	20	12	
	- Pharmacie	18	0	
	- Magasin/boutique	2	1	
	- Marché	7	7	
	- Relais communautaire/accoucheuse	8	0	
	- Autres	11	3	
	- Ne sait pas	1	0	

Résultats pour les prestataires et vendeurs de médicaments

	Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs	**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
	Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
Description de l'échantillon									
a. Répartition des structures sanitaires et points de vente étudiés en de l'échantillon total	27%	40%	54%	19%	6%	19%	35%	100%	100%
Répartition des prestataires et vendeurs de médicaments en fonction de leur niveau de formation									
Pharmacien	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Médecin	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Infirmière, aide-infirmière, sage-femme	100%	92%	33%	50%	25%	0%	9%	45%	52%
Sécouriste	0%	62%	66%	58%	66%	100%	14%	55%	44%
Distance du point de vente à la structure sanitaire la plus proche									
Moins d'1 km (ou moins de 15 minutes de marche)	6%	12%	45%	50%	0%	17%	0%	29%	14%
Entre 1 et 5 km (jusqu'à une heure de marche)	0%	4%	27%	25%	0%	58%	55%	26%	25%
Plus de 5 km (plus d'une heure de marche)	0%	12%	4%	17%	25%	17%	41%	5%	20%
Appartenance des structures sanitaires									
Public	52%	62%	0%	8%	0%	0%	0%	15%	27%
Privé	24%	31%	97%	75%	100%	67%	86%	70%	63%
Mission	24%	7%	3%	17%	0%	33%	5%	15%	10%

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
Part I. Indicateurs des pratiques de traitements constatées pour las cas hypothétiques de maladies spécifiques										
IRA (pas de pneumonie)										
1	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** la toux et la fièvre (corps chaud) comme symptômes clés que peut présenter un enfant de deux ans qui souffre d'un simple rhume (toux)	35%	38%	30%	8%	75%	58%	5%	37%	23%
2	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** la toux et la fièvre (corps chaud) comme symptômes clés que peut présenter un enfant de deux ans qui souffre d'un simple rhume (fièvre)	0%	23%	6%	67%	75%	17%	23%	6%	34%
3	Proportion de répondants **qui ont mentionné** le cotrimoxazole (Bactrim) comme médicament le plus efficace pour traiter un enfant qui a le rhume simple	6%	88%	0%	50%	50%	0%	77%	2%	75%
4	Proportion de répondants ne mentionnant pas la respiration rapide comme symptôme clé pour distinguer la pneumonie infantile d'un rhume simple	6%	12%	36%	25%	25%	25%	18%	26%	17%
Pneumonie										
5	Proportion de répondants qui ont mentionné le cotrimoxazole (Bactrim) comme médicament le plus efficace pour traiter un enfant qui a la pneumonie	6%	85%	0%	8%	75%	0%	77%	2%	67%

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
Paludisme										
6	Proportion des répondants qui **ne mentionnent** pas la fièvre avec convulsions comme symptômes clés permettant de distinguer la forme simple de la forme grave du paludisme chez les enfants	12%	77%	39%	58%	25%	42%	23%	32%	41%
7	Proportion des répondants **mentionnant** la SP ou artésunate + amodiaquine comme médicament le plus efficace pour traiter un enfant présentant des symptômes de paludisme simple	18%	92%	0%	42%	25%	0%	64%	5%	69%
Diarrhée										
8	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** le sang dans les selles comme symptôme clé pour distinguer une diarrhée susceptible de réagir aux antibiotiques	18%	12%	73%	67%	25%	42%	23%	52%	22%
9	Proportion de répondants **mentionnant** les SRO comme médicament le plus efficace pour traiter un enfant présentant une diarrhée simple	6%	88%	3%	75%	100%	8%	95%	5%	89%
Connaissance de la durée de traitement										
10	Connaissance des traitements appropriés pour les symptômes notifiés (en nombre absolu)									
	Cotrimoxazole	2	13	0	3	4	1	11	3	32
	SP	1	22	0	3	1	1	8	2	34
	SRO	2	21	1	6	4	0	15	3	46

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
11	Connaissance de la durée du traitement appropriée des symptômes notifiés (en nombre absolu)									
	Cotrimoxazole comprimés									
	- 1 – 4 jours	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	- 5 – 6 jours	3	6	0	2	1	1	1	4	10
	SP									
	- 1 jour	1	16	0	1	1	0	2	1	20
	- 2 jours ou plus	0	6	0	2	0	0	7	0	15
	SRO									
	- 1 – 4 jours	2	2	1	1	0	0	0	3	3
	- 5 – 7 jours	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disponibilité des médicaments appropriés										
12	Disponibilité des médicaments en stock au passage de l'enquêteur chez les prestataires/vendeurs des médicaments									
	Cotrimoxazole	100%	89%	55%	100%	100%	92%	86%	74%	91%
	SP	82%	80%	45%	25%	75%	92%	64%	65%	63%
	SRO	65%	73%	55%	100%	75%	100%	73%	66%	79%
13	Proportion des points de vente possédant tous les médicaments de première intention ensemble (cotrimoxazole, SP, SRO)	88%	69%	69%	25%	75%	42%	55%	69%	56%

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
Fournitures, informations, instructions, conseils, étiquettes appropriées pour la vente des médicaments										
14	Proportion de répondants qui savent ce qui doit figurer sur une étiquette d'instruction d'un médicament lorsqu'il est dispensé									
	- Nom du patient	18%	31%	0%	47%	25%	0%	0%	5%	22%
	- Nom du médicament	100%	4%	91%	0%	0%	83%	0%	92%	2%
	- Mode d'emploi	41%	4%	39%	0%	0%	8%	0%	34%	2%
	- Durée	13%	4%	17%	0%	0%	42%	0%	56%	2%
15	Proportion de répondants qui savent ce que les dispensateurs responsables du point de distribution doivent expliquer à propos des médicaments									
	- Nom du médicament	82%	69%	64%	83%	100%	75%	73%	71%	75%
	- Ce qu'il traite	47%	65%	27%	18%	100%	42%	5%	35%	34%
	- Quand et comment il faut le prendre	100%	85%	88%	75%	75%	100%	86%	94%	83%
16	Proportion de comprimés dispensés dans une forme autre que l'emballage original du fabricant	64% N = 14	100% N = 3	81% N = 21	89% N = 9	100% N = 2	57% N = 7	83% N = 6	71% N = 42	90% N = 20
17	Type d'emballage utilisé pour dispenser les comprimés ou gélules									
	- Emballage en plastique (petit sachet)	14% N = 14	67% N = 3	10% N = 21	0% N = 9	50% N = 2	14% N = 7	17% N = 6	12% N=42	20% N=20
	- Enveloppe repliée	71% N = 14	33% N = 3	71% N = 21	56% N = 9	50% N = 2	43% N = 7	33% N = 6	69% N=42	45% N=20
	- Enveloppe fermé hermétiquement/flacon avec bouchon	33% N = 14	0% N = 3	44% N = 21	11% N = 9	0% N = 2	43% N = 7	0% N = 6	19% N=42	1% N=20

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
18	Proportion de prestataires qui ont dispensé des médicaments avec des étiquettes d'instructions									
	- Étiquette imprimée du fabricant	7% N = 14	33% N =3	33% N = 21	44% N =9	50% N =2	43% N=7	17% N=6	26% N=42	35% N=20
	- Étiquette imprimée du vendeur	21% N = 14	0% N =3	14% N = 21	0% N =9	0% N =2	29% N=7	0% N=6	19% N=42	0% N=20
	- Information écrite sur l'étiquette par dispensateur	64% N = 14	0% N =3	52% N = 21	33% N =9	50% N =2	29% N=7	17% N=6	52% N=42	25% N=20
	- Pas d'étiquette	0% N = 14	67% N =3	0% N = 21	33% N =9	0% N =2	0% N=7	50% N=6	0% N=42	40% N=20
19	Proportion de prestataires qui ont dispensé du sirop dans différents types d'emballages									
	- Flacon fermé (avec bouchon)	100% N=14	100% N =1	100% N =21	100% N =1	100% N =1	88% N =8	N =0	98% N=43	100% N=3
	- Flacon sans bouchon	0% N =14	0% N =1	0% N =21	0% N =1	0% N =1	0% N =8	N =0	0% N=43	0% N=3
	- Autres	0% N =14	0% N =1	0% N =21	0% N =1	0% N =1	13% N =8	N =0	2% N=43	0% N=3
20	Proportion de prestataires qui ont mélangé des types différents de comprimés dans le même emballage	0% N =14	33% N =3	0% N =21	11% N =9	0% N =1	0% N =8	50% N =6	0% N=43	30% N=20
21	Proportion de dispensateurs qui ont demandé au client de bien vouloir répéter les instructions verbales sur le mode d'emploi des médicaments	50% N =14	33% N =3	14% N =21	11% N = 9	N =0	25% N =8	0% N =6	28% N=43	10% N=20

		Type de prestataire/vendeur								
Indicateurs		**Structures sanitaires**		**Pharmacies**		**RC**	**Autres**		**Tous**	
		Kenge N = 17	**Demba N = 26**	**Kenge N = 33**	**Demba N = 12**	**Demba N = 4**	**Kenge N = 12**	**Demba N = 22**	**Kenge N = 62**	**Demba N = 64**
Médicaments les plus couramment dispensés ou vendus										
22	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** le cotrimoxazole comme étant celui vendu ou dispensé le plus couramment pour la pneumonie chez les enfants	88%	69%	97%	83%	50%	92%	59%	94%	67%
23	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** la sulfadoxine-pyriméthamine comme étant celui vendu ou dispensé le plus couramment pour le paludisme chez les enfants	88%	31%	94%	30%	50%	83%	59%	90%	52%
24	Proportion de répondants **ne mentionnant pas** les SRO comme étant le médicament vendu ou dispensé le plus couramment pour la diarrhée simple chez les enfants	88%	35%	94%	50%	0%	100%	68%	94%	47%

Note : A la lecture de ce tableau, il est indiqué de considérer que certains indicateurs sont exprimés en chiffres absolus compte tenu de l'étroitesse de la taille des répondants.