

**CMAM** 2021

22-25 March

VIRTUAL CONFERENCE

ETUDE DE CAS 8

# LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Passage à l'échelle de  
la prise en charge de  
la malnutrition au la  
république démocratique  
du Congo (La province  
du Tanganyika) : un cas  
d'études



**CONCERN**  
worldwide



**Irish Aid**

An Roinn Gnóthai Eachtracha agus Trádála  
Department of Foreign Affairs and Trade

**1.**

**Contexte**

## Contexte

**La République démocratique du Congo (RDC) est le deuxième plus grand pays d'Afrique par la taille. Dotée de ressources naturelles abondantes et d'une population jeune et très diversifiée, elle compte quelque 84 millions d'habitants<sup>1</sup>.**

Le faible niveau des recettes publiques continue de contraindre considérablement les investissements nécessaires pour la fourniture des services sociaux de base aux populations. Le financement de la santé en RDC (14%) repose principalement sur l'aide extérieure et les paiements directs effectués par les ménages.

La situation nutritionnelle en RDC est préoccupante malgré les efforts fournis ces dernières décennies pour améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans. Selon l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS-Palu 2018), 42% des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance, soit presque un enfant sur deux ; 2% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe sévère, représentant au moins un million d'enfants de moins de cinq ans.

## Situation de la malnutrition dans le Tanganyika

La province du Tanganyika, bien que considérée comme le grenier de l'ancien Katanga, compte parmi les provinces du pays où la malnutrition est la plus importante. La prévalence de la malnutrition chronique y est actuellement au-delà de 40% et la prévalence moyenne provinciale de la malnutrition aigüe globale y est de 4%. ( Institut National des Statistiques, MICS, 2018). Bien qu'étant en-deçà du seuil de 10%, cela cache des disparités importantes d'une zone de santé à l'autre (la MAG de Ankoro est de 12.5%, celle de Kabalo est de 4%, Kalemie 3.3%, Kansimba 6%, Kiambi 11.3%, Manono 12.5%, Mbulula 7%, Moba 6%, Nyemba 3.3% et Nyunzu 6.8%). Bien qu'étant en diminution (Voir tableau 1), le nombre de cas de MAG reste un fardeau important pour la province (voir le tableau ci-dessous des cas admis en 2020).

Nombre de cas de nouvelles admissions de malnutrition aigüe en 2020			
Organisation unit / Data	Nombre Nouvelles admissions en UNTI	Nombre Nouvelles admissions en UNS	Nombre Nouvelles admissions en UNTA
Ankoro ZS	116	25 386	4 642
Kabalo ZS	59	16 221	7 116
Kalemie ZS	229	17 634	6 322
Kansimba ZS	102	23 828	13 857
Kiambi ZS	128	14 568	2 397
Kongolo ZS	41	5 337	3 769
Manono ZS	169	16 054	4 941
Mbulula ZS	110	1 151	2 205
Moba ZS	43	12 686	7 769
Nyemba ZS	176	11 606	5 233
Nyunzu ZS	114	18 896	2 883
<b>Province Tang</b>	<b>1 287</b>	<b>163 367</b>	<b>61 134</b>

Tableau 1. Nombre de cas de nouvelles admissions de malnutrition aigüe en 2020

1 La Situation des enfants dans le monde, UNICEF, 2019

La malnutrition constitue la deuxième cause de mortalité (après le paludisme) et la troisième cause de morbidité (après le paludisme et les infections respiratoires aiguës) (PAO-DPS/Tanganyika, 2021).

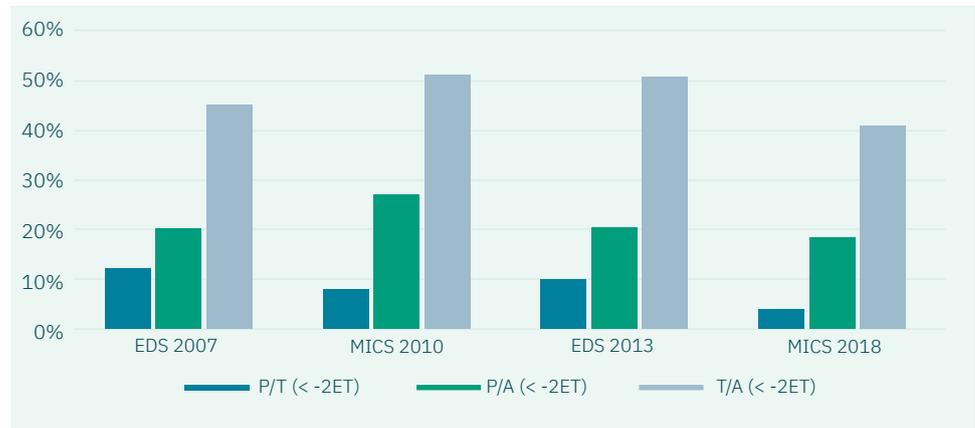


Tableau 1. Prévalence de la malnutrition dans le Tanganyika

## Etat des lieux de la PCIMA dans le Tanganyika

Au cours des 20 dernières années, la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) a été mise en œuvre dans 135 centres de santé pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et 108 centres de santé pour l'offre de soin du paquet malnutrition aiguë sévère (MAS), sur les 264 aires de santé que comprend la province du Tanganyika. Ceci correspond à une couverture géographique de 51,1% pour la MAM (Unités de Nutrition Supplémentaire, UNS) et 40.9% pour la MAS (Unités de Nutrition Thérapeutiques, UNT), comme le montre le tableau 2. Bien que connaissant certains dysfonctionnements, la PCIMA reste intégrée tant dans les structures sanitaires qu'au niveau communautaire. Parmi les éléments non effectivement intégrés, nous pouvons citer le système de rapportage qui n'a pas encore totalement intégré le système d'information sanitaire et requiert encore des canaux parallèles de collecte des données, et la faible motivation des acteurs communautaires réduisant ainsi leur participation dans les activités de PCIMA.



Tableau 3. Evolution des Nouvelle admissions MAS

Dans le tableau ci-haut, l'évolution de nouvelles se révèle en dents de scie depuis 2013 à 2020. Cela est dû au fait que les zones de santé mettant en œuvre la PCIMA augmentaient et diminuaient selon la durée des projets y implémentés. Il y a eu des années où il y a eu plus d'appuis des partenaires et des années où les partenaires d'appuis se sont désengagés des zones de santé ou de la province laissant ainsi les ZS orphelines. Et l'année 2020 a battu le record car il y a eu plusieurs projets dans la plupart des ZS et la minorité des ZS orphelines a bénéficié des intrants de prise en charge de la part du bailleur Unicef.

Interventions	Nombre d'Aires de santé	Nombre d'Aires de santé couvertes	Taux de couverture
MAM	264	135	51,1%
MAS	264	108	40,9%
ANJE	264	70	26,5%
ANJE-U	264	4	1,5%

Tableau 4. Couverture des interventions nutritionnelles en 2020

**2.**

**Principales  
leçons  
appprises**

## La faible appropriation nationale est un risque pour la pérennité des programmes de prise en charge

Bien que l'implication et l'engagement du gouvernement tant provincial que national sont d'une grande importance dans la pérennisation de la PCIMA, la coopération entre les ONGs partenaires et les autorités provinciales dans la province du Tanganyika est très faible. La contribution étatique est presque nulle, ce qui résulte en :

- › Une absence de stratégies de sortie ou de désengagement des partenaires PCIMA du côté gouvernement,
- › Une absence de financement de la nutrition par le gouvernement en dehors des normes édictées au niveau pays à l'attention des partenaires d'exécution en matière de nutrition),
- › Une faible pérennisation des activités PCIMA dans les structures sanitaires : après le désengagement du partenaire d'exécution, les aires de santé/zones de santé restent orphelines (sans intrants ni aucun autre appui). Parfois, les infirmiers formés ont quitté la structure/zone en quête du mieux et finalement, l'AS/ZS redevient non intégrée.

Ceci entraîne également que la couverture géographique des services oscille au fil du temps.

## L'approche multisectorielle est insuffisante pour réduire la prévalence de l'émaciation

Accroître l'implication des acteurs des autres secteurs sensibles à la nutrition. A cause multiple, des solutions multiples dit-on, seul le secteur de la santé ne peut mieux gérer la malnutrition aiguë dans la province. Nous aurons besoin d'impliquer les autres secteurs sensibles à la nutrition tels que l'éducation, l'agriculture, le Wash, la protection, etc. pour endiguer ce fléau dans notre province.

Mener un plaidoyer pour rendre les projets des autres secteurs plus sensibles à la nutrition (agriculture, wash, éducation, etc.). Il faudrait que les projets menés dans les autres secteurs connexes puissent intégrer certains aspects de la nutrition ; ainsi, certaines causes sous-jacentes et structurelles pourraient être vaincues et diminuer ainsi l'apparition des nouveaux cas (incidence) de la malnutrition aiguë.

Accroître le financement en rapport avec les activités nutritionnelles préventives dans toutes les ZS ayant intégré la PCIMA. Les activités de prévention sont peu financées dans la province du Tanganyika au regard des urgences. Pour mettre un terme ce travail de super-pompier, un paquet d'activités préventives est importante dans toutes les aires de santé ayant déjà intégré la PCIMA afin de réduire l'incidence et la prévalence de la malnutrition aiguë dans la province du Tanganyika.

## **Principaux points d'intensification de la PCIMA**

Pour l'accroissement et la maintenance de la couverture géographique de la PCIMA, il serait nécessaire de faire le plaidoyer auprès du gouvernement (national et provincial) pour :

- › La prise en compte de certaines charges de la PCIMA dans le budget étatique (achat et acheminement des intrants de prise en charge de la malnutrition aiguë), surtout après le désengagement des partenaires d'exécution.
- › La motivation des staffs des centres de santé ainsi que des acteurs de la communauté pour améliorer leur fidélisation aux activités PCIMA.
- › Un staff bien formé, motivé et qui a des intrants pour la prise en charge

# 3.

**Catalyseurs et  
barrières à la  
mise à l'échelle  
du traitement  
de l'émaciation**

## Facilitateurs

### Détection des cas

#### Le dépistage des cas d'émaciation se fait en routine

Dans la communauté, les relais communautaires/mères-PB font le dépistage de la malnutrition dans les ménages pour les groupes cibles (les moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes). Au niveau du centre de santé, la détection se fait de façon systématique chez tous les moins de cinq ans et femmes enceintes et allaitantes qui consultent dans les structures sanitaires.

### Traitement des cas

#### Le traitement des cas est intégré dans le système de santé

Tous les cas détectés dans la communauté et dans les structures sanitaires (cas sévères et modérés) sont automatiquement pris en charge dans les structures appropriées (UNS, UNTA, UNTI). Aucun cas de malnutrition aiguë n'est pris en charge en dehors du système de santé établi. Le système de prise en charge de l'émaciation

#### Le système d'informations nutritionnel est intégré au système national

La collecte des informations sanitaires se fait à travers le système d'information sanitaire établi par le ministère de la santé. Le ministère a fourni des efforts remarquables en intégrant aussi les informations majeures de la PCIMA dans ce circuit. Les autres données complémentaires (notamment la gestion des intrants PCIMA) font l'objet de la collecte dans le canevas parallèle.

## Défis / barrières et goulots d'étranglement persistants

### Prestation de services :

Les services de prise en charge de la MAM et de la MAS font partie de deux programmes distincts qui fonctionnent indépendamment. Certaines aires de santé peuvent offrir des services de prise en charge des cas de MAS seulement dans les structures sanitaires et des fois, c'est seulement la prise en charge de cas de MAM.

Le problème d'application du protocole par les partenaires d'appui : Le traitement médical spécifique est peu respecté par les intervenants : les médicaments surtout spécifiques ne sont pas livrés par les différents projets (UNTI surtout).

Faible Couverture de la PCIMA à travers la province : moins de la moitié des aires de santé de la province ont intégré la PCIMA et la pérennise.

Faible intégration des activités ANJE-U dans les interventions d'urgence (PCIMA) : tous les projets PCIMA réalisés ces dernières années ont intégré les activités ANJE/ANJE-U lors de l'élaboration. Mais dans la mise en œuvre, les partenaires attachent peu d'importance à ces activités.

Faible financement du suivi des activités ANJE là où elles sont implémentées : Bien que financées, les activités ANJE sont peu suivies car le suivi n'a pas été intégré dans la planification.

Faible suivi des activités communautaires : comme pour les activités précédentes, les activités communautaires sont peu suivies car le suivi n'a pas été intégré dans la planification

### **Personnel de santé**

- › Le non/faible alignement à la paie de l'état de prestataires de soins;
- › Faible présence du personnel qualifié dans la plupart des structures sanitaires
- › Faible motivation des acteurs communautaires

### **Systemes d'information sanitaire :**

L'intégration globale des informations nutritionnelles dans le système d'information sanitaire pourrait mettre fin à l'utilisation des outils parallèles dans les structures sanitaires.

### **Accès aux médicaments essentiels :**

Absence/dotation d'un kit incomplet de médicaments essentiels génériques pour la prise en charge des cas de malnutrition aux structures de prise en charge.

Rupture ou absence en intrants de prise en charge des cas de malnutrition aiguë dans les zones de santé non appuyées par un projet humanitaire (ZS en urgence sont bien ravitaillées en intrants nutritionnels ; par contre, les ZS en développement sont en perpétuels ruptures d'intrants nutritionnels).

### **Financement :**

Les projets d'appui sont de courte durée rendant la prise en charge trop intermittente : la fin d'un projet correspond habituellement à la fin de la prise en charge des cas de malnutrition car la zone de santé ne recevra plus les intrants pour la poursuite et la pérennisation de la prise en charge de la malnutrition aiguë.

Approvisionnement en intrants fortement dépendant vis-à-vis des financements extérieurs

### **Leadership / gouvernance**

- › Absence de prise en compte dans le budget du gouvernement tant national que provincial d'une ligne allouée pour l'achat d'intrants nutritionnels thérapeutiques
- › Faible d'appropriation par les acteurs politiques des activités nutritionnelles

**4.**

**Prochaines  
étapes**

### **1. Quels sont les investissements prévus que le pays / la zone va faire pour garantir l'accès au traitement de l'émaciation?**

Le PRONANUT avec ses partenaires sont en train d'étudier les alternatives locales en cas de rupture en intrants conventionnels (aliments thérapeutiques prêts à l'emploi) pour garantir l'accès à tous au traitement de l'émaciation.

Le protocole PCIMA simplifié est en pleine expérimentation en RDC pour limiter la surconsommation des intrants par les bénéficiaires.

L'approche PB-Mère est en gestation dans la province pour permettre la détection précoce de la MAG par les membres du ménage (cette approche résout le problème de motivation du relais communautaire et limite la propagation du Covid-19 dans la communauté).

### **2. De quelles ressources ou soutien avez-vous besoin de la part de la communauté mondiale pour mettre à l'échelle le traitement du gaspillage dans votre pays / région?**

Appui institutionnel au niveau intermédiaire et périphérique :

- › Par exemple, un appui logistique est nécessaire pour permettre de bien suivre les activités de terrain en toute indépendance

### **3. Quels sont les principaux changements de politique que vous souhaiteriez voir dans votre pays / région pour permettre une intensification du traitement de l'émaciation?**

- › Prise en compte dans le budget étatique d'une ligne pour les activités nutritionnelles
- › Prise en charge des rémunérations des prestataires étatiques par l'état congolais afin de favoriser leur fidélisation à leurs postes.

