

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTRE DE LA SANTE  
PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION



# **RAPPORT DES JOURNEES DE SANTE DE L'ENFANT « JSE » EN RDC**

**1<sup>ère</sup> Phase de juin 2014**

## Table des matières

- I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**
- II. OBJECTIFS**
- III. METHODOLOGIE**
- IV. RESULTATS ATTENDUS**
- V. DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS**
- VI. RESULTATS OBTENUS**
- VII. RECOMMANDATIONS**
- VIII. ANNEXES**

## Liste des acronymes

CIDA ou ACDI = Canadian International Development Agency  
CLC = Comité Local de Coordination  
CNC = Comité National de Coordination  
CPC = Comité Provincial de Coordination  
DIRCAB = Directeur du Cabinet  
DS = District Sanitaire  
EDS = Etude de Démographie et Santé  
GAVA= Global Alliance for Vitamin A  
HKI = Helen Keller International  
JSE= Journées de Santé de l'Enfant  
MICS =  
MIILDA = Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action  
OMD = Objectif du Millénaire pour le Développement  
OMS = Organisation Mondiale de la Santé  
ONG = Organisation Non Gouvernementale  
PRONANUT = Programme National de Nutrition  
PEV = Programme Elargi de Vaccination  
PNCPS = Programme National de Communication pour la Santé  
PNIRA = Programme National de maladies Infectieuses et Respiratoires Aiguës  
PNLMD = Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques  
PNLP = Programme National de Lutte contre le Paludisme  
PNLS = Programme National de Lutte contre le Sida  
PNSR = Programme National de Santé de la Reproduction  
RDC = République Démocratique du Congo  
SASDE/ACSD = Semaine Survie et Développement de l'Enfant  
SSMNE = Semaine Santé de la Mère, Nouveau-né et Enfant  
UNICEF = Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance  
VAR = Vaccin Anti-Rougeoleux  
VAS = Vitamin A supplementation  
VPO = Virus de Poliomyélite  
ZS = Zone de Santé  
ZSR = Zone de Santé Rurale

## Préface

## REMERCIEMENTS

Le Programme National de Nutrition « PRONANUT » présente ses remerciements à Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et le Gouvernement de la République pour leur souci d'améliorer la survie de l'enfant manifesté à travers les recommandations de divers ateliers nationaux et internationaux.

Il tient aussi à remercier tous les partenaires de Nutrition en général et en particulier l'OMS, le CIDA, l'UNICEF et HKI pour leur appui logistique, technique et financier dans la mise en œuvre des activités des Journées de Santé de l'Enfant « JSE ».

Il remercie également les différents experts du Ministère de la Santé Publique pour leur accompagnement dans la réalisation de ces Journées de Santé de l'Enfant. Il s'agit des Directions centrales (5<sup>ème</sup> Direction, 4<sup>ème</sup> Direction et 10<sup>ème</sup> Direction) et des programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique (PEV, PNLN, PNLMD, PNCPS, PNLN, ...).

Il remercie toutes les autorités politico-administratives de provinces du Bas-Congo et de la Ville-Province de Kinshasa pour leur implication en faveur de la stratégie des JSE.

Ses remerciements s'adressent également aux Médecins Inspecteurs Provinciaux, aux Médecins Chefs de Districts Sanitaires, aux Médecins Chefs de Zones de Santé, aux Infirmiers Titulaires des Aires de Santé ainsi qu'aux prestataires de services et mobilisateurs pour leur sérieux dévouement et compétence dans la réussite de cette première expérience des JSE.

Il témoigne sa gratitude aux médias pour leur accompagnement tout au long du déroulement des JSE.

Le PRONANUT remercie les parents d'enfants pour avoir adhéré à la stratégie.

Enfin, aux uns et autres qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réussite des JSE trouvent ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Le Directeur

## I. CONTEXTE HISTORIQUE DES JSE EN RDC

La République Démocratique du Congo (RDC) est situé en Afrique Centrale, à cheval sur l'Equateur. Elle a une population de 71 000 000 d'habitants croissant à un rythme de 2,58% par an et répartie sur une superficie de 2 345 410 km<sup>2</sup>. La RDC compte parmi les pays dont le taux de mortalité des enfants est le plus élevé au monde et où la survie de l'enfant est la moins garantie. Les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile, quoique encore élevés, ont baissé sensiblement entre 2001 et 2010, passant respectivement de 213 à 158 décès pour 1000 naissances vivantes et de 850 à 540 pour 100000 naissances vivantes.

L'enquête MICS-2010 a montré que la malnutrition aiguë affecte 10.7% des enfants de 6-59 mois en RDC. Au cours de la dernière décennie la prévalence de la malnutrition aiguë a toutefois connue une diminution notable en RDC, passant de 16% en 2001 à 11% en 2010. La proportion d'enfants sévèrement affectés par la malnutrition aiguë est de 5.2% y compris 2.5% souffrant de la forme œdémateuse associée à un risque très élevé de mortalité. Environ 1,7 millions d'enfants étaient affectés par la malnutrition sévère en 2010. La même enquête renseigne que la malnutrition chronique, qui induit le retard de croissance, affectait 43% de 6-59 mois en 2010 en RDC. La prévalence de la malnutrition chronique est restée stagnante en RDC entre 2001 et 2010 parce qu'elle était également de 43% en 2001. Au total 6,3 millions d'enfants de moins de cinq ans sont affectés par le retard de croissance en RDC.

Les résultats de l'enquête MICS-4 de septembre 2010 montre également que sur 100000 naissances vivantes, 97 enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Les causes principales sont maladies qui sont relativement faciles à prévenir et à traiter telles que la fièvre due au paludisme (27%), des infections respiratoires (6%) et diarrhée (18%).

Les carences en micronutriments sont répandues en RDC. Selon l'enquête réalisée en 1998 par le Ministère de la Santé Publique à travers le PRONANUT, 61% des enfants de 6-36 mois présentent une hypovitaminose (rétinol sérique  $< 0,35 \mu\text{mol/l}$ ) et constitue de ce fait un problème de santé publique important en RDC. La carence en vitamine A diminue la résistance des enfants aux infections, affecte la croissance, peut entraîner la cécité, augmente le risque des maladies infectieuses et accroît de 23% le taux de mortalité liée aux maladies diarrhéiques, à la rougeole, à la malaria et à la pneumonie.

L'anémie ferriprive, est le type le plus fréquent d'anémies. L'enquête EDS-2007 a montré que 71% des enfants de moins de 5 ans et 53% des femmes en âge de procréer ont une anémie. L'anémie entraîne la fatigue, diminue les capacités d'apprentissage et la productivité, et peut dans sa forme grave entraîner la mort. L'anémie résulte aussi des infections parasitaires telles que le paludisme et les verminoses intestinales. Une étude

conduite par le PRONANUT avec l'appui de l'UNICEF en 2005 montre que 82% des enfants de 12 à 59 mois sont infectés par des vers intestinaux.

Depuis plus d'une décennie, la RDC par les programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique a entrepris des vastes campagnes de masse pour apporter à l'enfant de moins de cinq ans le paquet d'interventions à haut impact pouvant lui permettre de survivre en s'appuyant sur les ressources matérielles et financières extérieures. Mais aujourd'hui, ces pays d'appui connaissent des difficultés d'ordre financier.

Donc, pour anticiper la diminution de ressources dédiées à l'organisation des campagnes et pour augmenter les couvertures des interventions à haut impact pour l'enfant, la Conférence de GAVA tenue à Dakar au Sénégal du 23 au 25 mars 2009 a recommandé de planifier conjointement les activités de masse avec les autres programmes de survie de l'enfant et de la mère en spécifiant le rôle de chacun, et d'identifier quelques Zones de Santé dans une province pour une phase pilote.

Une équipe composée de PRONANUT, PEV et HKI a participé à la réunion des gestionnaires des programmes nationaux de PEV et des gestionnaires des fonds ACDI tenue à Douala/Cameroun du 25 février au 01 mars 2013. Ce forum avait pour objectif de partager les expériences pays sur l'organisation des campagnes/SSMNE/événements intégrés et d'adopter des nouvelles orientations techniques pour la survie de l'enfant dans les pays de l'Afrique centrale. Quelques recommandations pays ont été suggérées en terme d'intégration des activités pour la survie de l'enfant sur des semaines de l'enfant/événements intégrés/campagne pour un meilleur impact.

Consécutivement aux recommandations de la Conférence de GAVA et au regard du tableau sombre de la santé de l'enfant en RDC, le Ministère de la Santé Publique pour atteindre l'OMD4, a organisé un atelier à l'Hôtel Venus de Kinshasa en décembre 2009 à l'issue duquel il a été recommandé aux Directions de la Santé ( 5<sup>ème</sup> Direction, 4<sup>ème</sup> Direction, 10<sup>ème</sup> Direction), aux programmes spécialisés dont les interventions ont un impact sur la survie de l'enfant (PRONANUT, PEV, PNIRA, PNLMD, PNLP, PNSR, PNLN) et aux différents partenaires d'appui, l'intégration de leurs activités respectives dans les activités de masse en s'appuyant sur la supplémentation en vitamine A comme socle pour la réduction de la morbidité et mortalité infantiles et juvéniles.

Faisant suite aux recommandations de l'atelier de Venus, le Ministère de la Santé Publique avait choisi le Katanga pour débiter une expérience pilote du paquet intégré d'interventions à haut impact, appelé Semaine Santé de la Mère, Nouveau-né et Enfant, avec vision de l'extension aux provinces du Bas-Congo et Kinshasa en phase 2 de 2010.

Plus tard en 2012, la même expérience a été menée dans la ZS de Tshilenge dans la Province du Kasai-Oriental sous l'appellation Semaine Survie et Développement de l'Enfant (SASDE/ACSD) avec 13 interventions sur le plan promotionnel, curatif,

préventif, intersectoriel (enregistrement de naissance à l'état-civil) et communautaire (dépistage passif de malnutrition aiguë et sensibilisation).

L'analyse des résultats de ces deux expériences a montré quelques faiblesses notamment la difficulté de mettre en œuvre une gamme trop élevée des interventions rendant ainsi difficile la coordination. Ainsi il a été décidé de convertir la SSMNE en JSE en se focalisant sur 3 interventions non négociables (supplémentation en vitamine A, déparasitage au mébendazole et vaccination) et la promotion d'une des pratiques familiales essentielles à chaque phase dans le paquet modulable, selon le contexte de chaque Zone de Santé.

Une équipe composée de PRONANUT, PEV et HKI a participé à la réunion des gestionnaires des programmes nationaux de PEV et des gestionnaires des fonds ACDI tenue à Douala/Cameroun du 25 février au 01 mars 2013. Ce forum avait pour objectif de partager les expériences pays sur l'organisation des campagnes/SSMNE/événements intégrés et d'adopter des nouvelles orientations techniques pour la survie de l'enfant dans les pays de l'Afrique centrale. Quelques recommandations pays ont été suggérées en terme d'intégration des activités pour la survie de l'enfant sur des semaines de l'enfant/événements intégrés/campagne pour un meilleur impact.

Faisant suite aux recommandations des assises de Douala de 2013 ci-haut citées, un atelier national a été tenu dans la salle de conférence de Caritas Congo à Kinshasa, du 02 au 05 avril 2013, avec la participation des experts du Ministère de la Santé Publique et partenaires du Gouvernement œuvrant dans le domaine de la nutrition avec satisfaction avait pour objectif l'élaboration et la validation du plan d'action triennal du programme de supplémentation en vitamine A « VAS » intégré aux autres interventions sous financement d'ACDI sur 3 ans.

Les JSE sont une stratégie utilisée pour accroître, améliorer et maintenir les performances des services au niveau des Zones de Santé. Elles sont un moyen d'offrir un paquet d'interventions à haut impact pour la survie de l'enfant en un temps record. Elles sont une stratégie pour renforcer le système de santé, donc elles ne sont ni une routine ni une campagne mais une transition du mode campagne vers le renforcement optimum d'utilisation des services.

Les JSE se fondent sur l'accumulation des bases factuelles, attestant de l'importance de 1000 premiers jours de la vie pour le développement et la croissance de l'enfant ainsi que de sa survie, identifient les interventions à haut impact qui ont fait leurs preuves pour ce groupe cible. Etant donné qu'aucune intervention ni aucun groupe ne peut à lui seul relever le défi, l'application de la stratégie suppose donc un engagement politique accru, des investissements, une sensibilisation des personnels de santé, la participation de la communauté, la collaboration entre le Gouvernement et les différents partenaires d'appui



ainsi que les autres personnes intéressées, afin de veiller à ce que toutes les mesures soient prises en compte.

C'est ainsi que pour passer à la mise œuvre de cette stratégie, un atelier a été organisé à l'Hôtel en Vrac de Kinshasa en avril 2014, ayant pour objectif d'échanger de vue sur les JSE, le choix des interventions à mener et le choix de provinces-pilotes.

Le choix des deux provinces Bas-Congo et Kinshasa se justifie pour des raisons suivantes :

- Kinshasa, une ville avec une grande population et accessibilité facile aux structures de soins
- Bas-Congo, province aux Zones de Santé assez facile d'accès
- le plan de mise en œuvre des JSE avec les interventions bien définies
- les Zones de Santé appuyées par HKI et UNICEF
- le regroupement des Zones de Santé.

Journées de Santé de l'Enfant 1<sup>ère</sup> phase 2014 ont eu lieu dans les provinces du Bas-Congo et de Kinshasa conformément aux recommandations de l'atelier résidentiel tenu du 8 au 9 avril 2014 à l'hôtel en Vrac sous le haut patronage du Secrétaire Général à la Santé Publique, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF et de HKI , des Directions centrales, du PRONANUT, et d'autres Programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique ayant en charge la survie de l'enfant ainsi que d'autres ONG Internationales et Nationales.

Cette expérience pilote du Bas-Congo a été évaluée au cours d'un atelier tenu, sous le haut patronage du Secrétaire Général à la Santé Publique, à Kola/Mbanza-Ngungu du 7 au 12 juillet 2014. Les deux premiers jours de cet atelier avait consisté à l'évaluation des JSE du Bas-Congo, tandis qu'au cours des deux derniers jours les participants s'étaient penchés sur la planification de la phase 2 des JSE avec passage à l'échelle dans cinq provinces Bas-Congo, Kinshasa, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental et Kinshasa dont les Coordonnateurs provinciaux de nutrition étaient présents.

## II. PHASE PREPARATOIRE

Subsidiairement aux recommandations de l'atelier de l'Hôtel en Vrac les différentes commissions se sont mises au travail pour poursuivre les activités préparatoires de mise en œuvre des JSE à tous les niveaux selon les objectifs et stratégie définis comme suit.

### Objectif principal

Offrir un paquet d'interventions à haut impact en un temps record à l'enfant de moins de cinq ans, sans baisser la couverture des campagnes de supplémentation en vitamine A.

### Objectifs spécifiques

Accompagner la ZS à :

- supplémenter au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois lors des JSE ;
- déparasiter au moins 80% des enfants de 12 à 59 mois lors des JSE ;
- récupérer au moins 95% des enfants de 0 à 11 mois aux différents antigènes recommandées par le PEV ;
- sensibiliser au moins au moins 100% des mères /gardiens des enfants de moins de 5 ans sur les pratiques clés ;
- promouvoir la bonne pratique de mise au sein dans l'heure qui suit l'accouchement et d'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de 0-6 mois.

## 3. STRATEGIE

La stratégie utilisée pour les JSE est celle des sites fixes, avancés et mobiles.

### Avant les JSE

#### Niveau national

2.1. Pendant cette période, la Coordination a tenu des réunions préparatoires de mars à mi-juin 2014, participé aux réunions du CNC chaque vendredi du mois dans la Salle de Conférence du Ministère de la Santé Publique, organisé l'atelier de planification des JSE en avril 2014, transmis la fiche d'évaluation des besoins de planification des JSE en provinces.

La coordination a déterminé les cibles attendues d'environ 2.031.087 enfants de 6 à 59 mois pour la Vitamine A, 1.805.410 enfants de 12 à 59 mois pour le mébendazole, 3515

enfants de 0 à 11 mois pour la vaccination de récupération, la MILDA aux 2 500 enfants de 9 à 12 mois dans la Province du Bas-Congo.

Une mission de contact avait été organisée pour harmoniser les vues entre le niveau national et les deux coordinations provinciales PEV et PRONANUT sur la tenue des JSE. Une première mission prospective avait conduit à l'Aire de Santé de Mbang-Mbamu dans la Zone de Santé de N'Sele.

Mais tout avait capoté pour Kinshasa avec l'arrivée des refoulés de Brazzaville, car au lieu des JSE ce fut la campagne intégrée VPO, VAR, Supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole en sites fixes et avancés.

2.2. La commission Technique a défini la stratégie et déterminé les cibles attendues et le paquet d'interventions. Elle a élaboré le chronogramme d'activités, la feuille de route et les directives techniques. Les outils de collecte et de gestion des JSE (guide des JSE, canevas de supervision, fiche de collecte des données,.....) ont été révisés et expédiés. Elle a tenu des réunions techniques avec les coordinations provinciales de Nutrition et de PEV à Kinshasa et Bas-Congo. Cette commission a organisé le briefing des superviseurs centraux avant de les déployer sur le terrain. Elle a également appuyé les briefings des superviseurs provinciaux et appuyé les réunions techniques.

Les superviseurs centraux agissant au nom de la commission technique nationale ont fait des descentes prospectives dans 4 ZS du Bas-Congo dont 2 rurales et 2 urbaines, respectivement Inga et Seke-Banza, Matadi et Nzanza, et une ZSR de N'Sele à Kinshasa dans le seul but de voir les JSE réussir.

2.3. La commission logistique a élaboré les plans de distribution des intrants, d'expéditions des intrants et le document des circuits de distribution des intrants. Elle a enfin expédié les Intrants en quantité suffisante dans les deux provinces accompagnés du plan de suivi des expéditions des intrants élaboré au préalable.

2.4. La Commission de Communication a élaboré les messages des JSE intégrant toutes les interventions ciblées et les a transmis dans les deux provinces. Elle a assuré les échanges avec les provinces sur l'état d'avancement des préparatifs des JSE.

2.5. La Commission des Finances a élaboré le budget et assuré l'expédition des fonds. Au Matadi au Bas-Congo, cette commission a aidé la Coordination provinciale dans la répartition de cette enveloppe par ZS et Sites d'activités.

Elle a également élaboré le budget de l'atelier d'évaluation des JSE tenu à Kola/Mbanza-Ngungu/Bas-Congo.

## **Niveau provincial**

### **1. Bas-Congo**

Après sa participation à l'atelier de planification des JSE tenu à l'Hôtel en Vrac de Kinshasa, la Coordination provinciale a tenu des réunions du CPC et maintenu une collaboration étroite entre les programmes impliqués dans les JSE (PRONANUT, PEV, PNLP).

La Commission Technique a rendu disponible les Directives sur les JSE reçues du niveau national. Lors des rencontres planifiées dans la province, elle a parlé des JSE. Elle a rendu disponible la liste des sites fixes et avancés Zone de Santé par Zone de Santé ainsi que le guide des JSE. Elle a identifié et briefé les superviseurs provinciaux avec l'appui des superviseurs nationaux ; ce briefing s'est étendu jusqu'au niveau des DS et des ZS avec le même appui.

La Commission Logistique a rendu disponibles les plans de distribution et d'expédition des intrants, les intrants de nutrition (vitamine A et mébendazole), les vaccins et les matériels d'inoculation ainsi que les MIILDA dans 20 ZS appuyées par le Fond Mondial.

La Commission de Communication a rendu disponible le plan de communication, briefé les leaders d'opinion et les professionnels des médias.

La Commission des Finances a élaboré le budget additionnel et réceptionné les fonds, et les a expédiés dans les Zones de Santé.

### **Au niveau des Zones de Santé**

La Coordination a tenu des réunions de CLC au cours desquelles toutes les questions ont été débattues et les actions prises exécutées.

La Commission Technique a élaboré le chronogramme d'activités, identifié les sites fixes et avancés. Elle a élaboré les plans d'affectation des prestataires des sites et les a briefés.

La Logistique après avoir réceptionné les intrants, les outils de collecte et de gestion des données, les fonds, les dossards de vitamine A les a distribués. Elle a rendu disponibles et distribué les registres, les mégaphones et les piles. Elle a rendu disponibles les engins roulants (véhicules, motos,...) et le carburant.

La Communication a élaboré le chronogramme d'activités, identifié les canaux et traduit le message en langues locales. Elle briefé les mobilisateurs, informé et sensibilisé la population.

### **III. MISE EN ŒUVRE DES JSE**

#### **3.1. LANCEMENT OFFICIEL**

La cérémonie de lancement officiel des JSE dans la Province du Bas-Congo a eu lieu le 23 juin 2014, à l'HGR de Mvuadu dans la ZS de Nzanza, présidée par le DIRCAB du Ministre provincial de la Santé.

Elle a été rehaussée de la présence des Autorités Politico-Administratives provinciales, des partenaires d'appui (OMS, UNICEF, HKI, ...) et des ONG internationales et locales en présence d'une foule nombreuse.

Les mots de circonstance ont été prononcés respectivement par le Bourgmestre de la Commune de Nzanza qui a souhaité la bienvenue à l'assistance et a remercié l'autorité provinciale d'avoir choisie sa commune pour le lancement officiel des JSE, par le Chef de Sous-Bureau UNICEF, représentant les organismes des Nations-Unies, qui a expliqué le bien-fondé de la nouvelle stratégie des JSE, enfin par le DIRCAB représentant personnel du Ministre provincial de la Santé pour donner le coup d'envoi des activités des JSE dans la Province.

Une administration symbolique des interventions prévues a été faite par le DIRCAB et les officiels au site fixe de l'HGR de Mvuadu. Le cocktail offert par la ZS de Nzanza a clôturé la cérémonie.

Par ailleurs, bien que cela n'ait pas été planifié, certaines Zones de Santé, pour des raisons de visibilité, ont procédé aussi aux cérémonies de lancement officiel par les autorités politico-administratives locales.

#### **3.2. DEROULEMENT DES ACTIVITES DES JSE PROPREMENT DITES**

Pendant 5 jours, du 24 au 29 juin 2014, les activités des JSE se sont déroulées sur toute l'étendue de la Province du Bas-Congo avec un paquet modulable des interventions. Dans ce paquet vingt Zones de Santé ont distribué la MIILDA aux enfants ayant terminé leur calendrier vaccinal, une Zone de Santé a procédé au dépistage de la malnutrition aiguë sévère avec référence pour la prise en charge.

### **3.2.1. Supervision**

La supervision revêt toute son importance dans le sens qu'elle permet de vérifier si la mise en œuvre est conforme aux directives et à l'atteinte des objectifs des JSE.

Etant une première expérience toutes les ZS ont été couvertes par un superviseur provincial et de quelques superviseurs nationaux parmi lesquels nous avons noté la présence des partenaires d'appui UNICEF et HKI.

La supervision a couvert tous les domaines de l'activité partant de la coordination jusqu'à la transmission des résultats et cela au moyen des canevas de supervision du Bureau central et des sites.

Au niveau du BCZS les éléments à superviser sont notamment la tenue de réunions journalières d'évaluation, le suivi de recommandations, l'analyse et l'encodage des données, la gestion des rumeurs et des résistances, ...

Au niveau des sites, les superviseurs se sont attardés sur les éléments ci-après l'organisation du site, la présence de tous les personnels du site, la présence des intrants et matériels, la technique d'administration des intrants, la tenue des outils de collecte des données, la gestion des déchets, le respect du message par le mobilisateur, ...

### **3.2.2. Réunions d'évaluation journalières**

Evaluer journalièrement les activités revêt un caractère de suivi rapproché qui permet d'apporter des actions correctrices et de faire face aux problèmes afin d'atteindre les objectifs de l'activité.

Ainsi donc, pendant toute la durée des JSE, des réunions d'évaluation journalières ont été tenues et à l'issue desquelles les rapports de supervision sont partagés pour la prise des actions correctrices coulées sous forme des recommandations.

En outre, l'analyse des données est faite également au cours de ces réunions. Cependant au regard des résultats des jours 1 et 2, il a été fait mention d'une faible couverture et une faible sensibilisation des communautés.

Comme solution envisagée, il y a eu augmentation de nombre de sites avancés afin de se rapprocher davantage de la communauté ainsi que l'intensification de la sensibilisation de la population (sensibilisation motorisée dans les ZS de Matadi et Nzanza).

Il convient de signaler que la multiplicité des sites avancés a eu un impact budgétaire, matériel et personnel (tel a été le cas de la dotation des mégaphones, des piles et

carburant; l'augmentation des effectifs des mobilisateurs sociaux, l'apport de la MORES,...).

### **3.2.3. Circuit de transmission des données**

Les sites transmettent les données au Centre de Santé sur base d'une fiche synthèse qui les centralise et les amène à la réunion du CLC pour analyse et encodage. Les Bureaux centraux les transmettent aux Districts sanitaires qui les transmettent à leur tour à la coordination provinciale jusqu'au niveau national.

### **3.2.4. Résultats obtenus.**

Pour rappel, les objectifs assignés aux JSE étaient de supplémer au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois, Déparasiter au moins 80% des enfants de 12 à 59 mois, récupérer au moins 95% d'enfants de 0-11 mois aux différents antigènes recommandés par le PEV et distribuer les MIILDA à 100% des enfants de 9-11 mois ayant reçu le VAR et VAA dans 20 ZS appuyées par le Fond Mondial.

Au regard de ces objectifs, les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-dessous. Considérant la moyenne provinciale par rapport à la supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole respectivement de 87,7% et 89%, il ressort d'une part que 4 ZS sur 31 ont réalisé une couverture de moins de 80% soit 12,9%, soit une Zone de Santé par District sanitaire, d'autre part 27 ZS ont atteint les objectifs des JSE.

Les Zones de Santé de Matadi, Kitona et Boma ont connu des difficultés d'accessibilité géographique et de moyens de mobilité indisponibles, tandis que pour la Zone de Santé de Kisantu six de ses 15 AS n'ont pas fait les sites avancés.

Tableau n°1: Résultats des JSE 1ère Phase de juin 2014 au BAS CONGO

DISTRICT	ZONE DE SANTE	Population Totale	POPULATION CIBLE ATTENDUE					RESULTATS VIT A et MEBENDAZOLE						ENFANTS RECUPERES 0-11 MOIS									ENFANTS RECUPERES 9-11 MOIS			tot eft reçus 0-11mois		
			VIT A	MEB	Total	Enfant à Récupérer 0-11 mois	Enfant à Récupérer 9-11 mois	Vitamine A				Mebendazole		BCG	VPO 1	VPO 2	VPO 3	DTC-HepB-Hib 1	DTC-HepB-Hib 2	DTC-HepB-Hib 3	PNEUM O1	PNEUM O 2	PNEUM O 3	VAR	VAA	MIILD	0-11mois	9-11 mois
								6-11 mois	12-59 mois	TOTAL	CV	12-59 mois	CV															
Boma	Boma	192 447	3 637	29 098	32 735		0	2 406	22 763	25 169	76,9	22 763	78,2	58	82	71	70	81	71	70	81	71	70	246	245	0	281	130
	Boma Bungu	81 025	1 531	12 251	13 782	0	0	1 120	10 334	11 454	83,1	10 334	84,4	145	139	100	131	141	101	131	134	100	131	212	212	212	515	80
	Muanda	135 249	2 556	20 450	23 006	0	310	2 082	19 422	21 504	93,5	19 422	95,0	155	143	136	181	143	136	181	143	136	181	394	394	0	615	276
	Kitona	92 725	1 753	14 020	15 773	0	0	1 708	10 583	12 291	77,9	10 583	75,5	0	7	4	8	3	5	11	3	0	11	0	0	0	19	
S/TOTAL BOMA	501 446	9 477	75 819	85 296	0	310	7 316	63 102	70 418	82,6	63 102	83,2	358	371	311	390	368	313	393	361	307	393	852	851	212	1 430		
Bas Fleuve	Kuimba	95 817	1 811	14 488	16 298	0	0	1 737	14 659	16 396	100,6	14 659	101,2	32	86	73	63	91	75	67	84	74	63	130	130	130	254	
	Tshela	90 997	1 720	13 759	15 479	0	0	1 592	13 705	15 297	98,8	13 705	99,6	51	94	55	57	94	55	57	94	55	57	133	133	0	257	
	Kizu	63 354	1 197	9 579	10 777	0	0	1 038	9 396	10 434	96,8	9 596	100,2	68	103	77	93	103	77	93	103	77	93	264	264	264	341	
	Kinkonzi	70 177	1 326	10 611	11 937	0	0	1 378	10 964	12 342	103,4	10 964	103,3	58	25	52	28	25	52	28	25	52	28	22	22	22	163	
	Vaku	72 580	1 372	10 974	12 346	0	0	1 237	10 457	11 694	94,7	10 457	95,3	48	49	39	46	49	39	46	49	39	46	45	45	0	182	
	Kangu	101 140	1 912	15 292	17 204	0	0	1 608	14 746	16 354	95,1	14 746	96,4	170	259	162	210	259	162	210	259	162	210	301	301	295	801	
	Lukula	183 999	3 478	27 821	31 298	0	0	3 060	27 229	30 289	96,8	27 229	97,9	50	0	152	124	0	171	114	0	137	109	150	150	150	326	
	Sekebanza	143 280	2 708	21 664	24 372	0	0	2 288	21 674	23 962	98,3	21 674	100,0	201	233	159	174	209	163	176	201	159	171	189	189	0	767	
	Inga	81 055	1 532	12 256	13 787	0	0	1 016	9 423	10 439	75,7	9 423	76,9	357	218	121	135	229	125	138	229	125	138	253	220	0	831	
s/TOTAL Bas Fleuve	902 399	17 055	136 443	153 498	0	0	14 954	132 253	147 207	95,9	132 453	97,1	1 035	1 067	890	930	1 059	919	929	1 044	880	915	1 487	1 454	861	3 922		
Cataractes	Nsona Mpangu	109 028	2 061	16 485	18 546	0	0	1 591	14 333	15 924	85,9	14 333	86,9	185	52	35	53	52	35	53	52	35	53	68	68	68	325	
	Kimpeze	179 388	3 390	27 123	30 514	0	0	2 382	22 730	25 112	82,3	22 730	83,8	85	163	137	146	117	122	132	140	133	301	295	286	531		
	Iuozzi	89 991	1 701	13 607	15 307	0	0	1 375	13 186	14 561	95,1	13 186	96,9	72	24	18	30	24	18	30	24	18	30	80	80	80	144	
	Kibunzi	63 688	1 204	9 630	10 833	0	0	1 037	8 352	9 389	86,7	8 142	84,6	32	43	47	51	43	47	49	43	47	49	64	64	64	173	
	Mangembo	71 823	1 357	10 860	12 217	0	0	1 003	8 989	9 992	81,8	8 989	82,8	122	51	42	43	51	42	43	51	42	43	63	63	63	258	
	Kimpangu	122 551	2 316	18 530	20 846	2 093	295	2 088	17 886	19 974	95,8	17 886	96,5	359	125	122	66	108	71	66	80	54	66	103	103	103	672	
	Kuilungongo	145 199	2 744	21 954	24 698	0	0	2 224	18 652	20 876	84,5	18 652	85,0	172	204	74	89	213	76	89	213	76	89	473	473	473	539	
	Mbanza Ngungu	112 381	2 124	16 992	19 116	0	0	1 261	13 530	14 791	77,4	13 530	79,6	205	149	128	166	149	128	166	149	128	166	273	272	42	648	
	Boko-Kivulu	167 763	3 171	25 366	28 537	0	0	2 767	22 414	25 181	88,2	22 414	88,4	31	101	63	89	101	58	89	101	58	89	111	71	0	284	
	Gombe-Matadi	101 854	1 925	15 400	17 325	0	0	1 333	10 803	12 136	70,0	10 803	70,1	216	15	31	25	37	50	50	28	50	46	54	58	33	287	
S/TOTAL CATARACTE	1 163 667	21 993	175 946	197 940	2 093	295	17 061	150 875	167 936	84,8	150 665	85,6	1 479	927	697	758	895	647	767	873	648	764	1 590	1 547	1 212	3 861		
Matadi	Matadi	185 560	3 507	28 057	31 564	0	0	2 001	21 422	23 423	74,2	21 422	76,4	166	146	85	60	146	62	60	146	62	60	124	124	0	457	
	Nzanza	138 614	2 620	20 958	23 578	0	0	1 471	17 416	18 887	80,1	17 416	83,1	0	54	17	29	49	15	26	52	28	30	155	155	0	100	
	S/TOTAL MATADI	324 174	6 127	49 015	55 142	0	0	3 472	38 838	42 310	76,7	38 838	79,2	166	200	102	89	195	77	86	198	90	90	279	279	0	557	
Lukaya	Kisantu	172 415	3 259	26 069	29 328	0	0	2 312	19 506	21 818	74,4	19 506	74,8	280	144	99	226	118	97	229	117	102	221	313	313	249	749	
	Ngidinga	153 408	2 899	23 195	26 095	889	488	2 417	22 130	24 547	94,1	22 130	95,4	133	80	81	115	80	81	115	80	81	115	237	200	237	409	
	Kimvula	75 161	1 421	11 364	12 785	0	0	1 436	11 728	13 164	103,0	11 728	103,2	85	13	40	54	46	116	184	17	32	52	81	77	79	192	
	Nselo	93 237	1 762	14 097	15 860	0	0	1 675	14 108	15 783	99,5	14 108	100,1	112	97	115	141	97	115	141	97	115	141	198	198	198	465	
	Sona-Bata	104 028	1 966	15 729	17 695	0	0	1 946	16 050	17 996	101,7	16 050	102,0	125	93	99	103	103	107	111	103	107	111	159	159	159	420	
	Masa	98 883	1 869	14 951	16 820	0	0	1 387	12 563	13 950	82,9	12 563	84,0	112	151	100	100	149	114	113	151	110	111	276	276	258	463	
S/Total Lukaya	697 132	13 176	105 406	118 582	889	488	11 173	96 085	107 258	90,5	96 085	91,2	847	578	534	739	593	630	893	565	547	751	1 264	1 223	1 180	2 698		
Total Bas Congo	3 588 818	67 829	542 629	610 458	2 982	1 093	53 976	481 153	535 129	87,7	481 143	89	3 885	3 143	2 534	2 906	3 110	2 586	3 068	3 041	2 472	2 913	5 472	5 354	3 465	12 468		



## **IV. Evaluation et planification**

### **4.1. Evaluation des JSE juin 2014**

En vue de l'extension des JSE dans les autres provinces, une évaluation a été organisée du 7 au 12 juillet 2014 dans un atelier résidentiel à Kola/Mbanza-Ngungu dans la province du Bas-Congo, pour analyser les forces, les points à améliorer, les atouts, les leçons apprises afin de formuler les recommandations visant à améliorer les prochaines phases des JSE.

Pendant 5 jours, les travaux de l'atelier se sont déroulés selon l'agenda élaboré en 5 temps forts introduction et ouverture officielle ; évaluation du 1<sup>er</sup> passage des JSE ; planification des JSE 2<sup>ème</sup> phase de novembre-décembre 2014 ; production des groupes et révisitation des documents importants (la feuille de route, la fiche d'évaluation des besoins à la base, les directives techniques), formulation des recommandations de l'atelier et la synthèse de l'atelier.

Le mot de bienvenue a été prononcé par le Médecin Inspecteur Provincial a.i du Bas-Congo, suivi du mot de la Directrice-Pays de HKI et celui d'ouverture officielle de l'atelier par le Directeur du PRONANUT représentant le Secrétaire Général a.i à la Santé empêché, après est venue la présentation des termes de référence et l'agenda qui ont éclaircis le contexte, les objectifs, la méthodologie, les résultats attendus et la présentation des participants.

Cet atelier a connu la participation des experts et cadres nationaux du Ministère de la Santé Publique (de la Direction de la Lutte contre la Maladie, D10 et D5, du PRONANUT, du PEV, du Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD), des Coordinations provinciales de Nutrition de 5 provinces ciblées pour l'évaluation de la 1<sup>ère</sup> et la planification de la 2<sup>ème</sup> phase 2014, la Coordination du PEV Bas-Congo, 5 Zones de Santé du Bas-Congo et les partenaires UNICEF et HKI soit un total de 50 participants.

Le deuxième temps fort, visant l'évaluation des JSE dans les 31 ZS du Bas-Congo, a été marqué par les présentations de 5 Zones de Santé choisies par la Province suivies de la présentation de la Coordination Provinciale de Nutrition et de celle de la coordination nationale qui ont conduit aux résultats présentés ci-haut.

L'analyse des JSE 1<sup>ère</sup> phase de juin 2014 a porté sur l'organisation, le déroulement des JSE, la mobilisation sociale, la logistique, la technique et les finances.

## Les points forts et à améliorer au niveau national

<b>1. Coordination</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue des réunions préparatoires de mars à mi-juin 2014</li> <li>- Elaboration du chronogramme et de la feuille de route</li> <li>- Participation aux réunions du CNC chaque vendredi du mois</li> <li>- Organisation de l'atelier résidentiel de planification des JSE en avril 2014</li> <li>- Descente prospective dans les coordinations PEV et PRONANUT de Kinshasa</li> <li>- Suivi de la mise en œuvre des JSE</li> <li>- Tenue de l'atelier d'évaluation des JSE première phase de juin 2014 et de planification des JSE de novembre-décembre 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission tardive des directives techniques</li> <li>- Mission prospective non réalisée</li> <li>- Faible suivi des préparatifs dans les provinces</li> <li>- Envoi tardif de la fiche de planification des besoins à la base</li> </ul>

<b>2. Technique</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des outils JSE : canevas de supervision, fiche de collecte des données.....</li> <li>- Elaboration des directives techniques des JSE</li> <li>- Briefing des superviseurs centraux</li> <li>- Déploiement des superviseurs centraux</li> <li>- Briefing des superviseurs provinciaux</li> <li>- Descente prospective dans 4 ZS dont 2 rurales et 2 urbaines, respectivement Inga et Seke-Banza, Matadi et Nzanza avant le lancement des JSE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible tenue de réunions préparatoires</li> <li>- Elaboration tardive des Directives JSE</li> <li>- Faible suivi dans la transmission des outils de gestion et de collecte</li> <li>- Non élaboration du guide de briefing des acteurs à tous les niveaux</li> </ul>

### 3. Logistique

Points forts	Points à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du plan de distribution des intrants</li> <li>- Elaboration du plan d'expédition des intrants</li> <li>- Expédition des Intrants dans la Province du Bas-Congo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrivée tardive des intrants vitamine A et mébendazole au pays</li> <li>- Envoi tardif des intrants (à la limite)</li> <li>- Forme non habituelle des comprimés de mébendazole (100 mg)</li> </ul>

### 4. Communication

Points forts	Point à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des messages JSE intégrant toutes les interventions ciblées</li> <li>- Transmission des messages JSE dans la Province du Bas-Congo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faibles échanges et feedback entre les niveaux national et provincial</li> </ul>

### 5. Finances

Points forts	Point à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du budget</li> <li>- Expédition des fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non réalisation des micros plans à la base pour les JSE</li> </ul>

### 6. Base des données

Points forts	Point à améliorer
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'un masque de saisie des données</li> </ul>

### Les points forts et à améliorer au niveau provincial

#### 1. Coordination

Points forts	Points à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue des réunions préparatoires (10) et d'évaluation journalières (6) dans la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avortement des missions prospectives du niveau central vers la</li> </ul>

<p>Province;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui du PRONANUT Central, PEV et autres superviseurs nationaux dans 4 ZS dont Matadi, Nzanza, Inga et Seke-Banza ;</li> <li>- Appui des partenaires (Unicef, HKI) pour l'organisation des JSE dans la Province ;</li> <li>- Tenue des réunions de concertation entre les programmes impliqués dans les JSE (PRONANUT, PEV, PNLP) ;</li> <li>- Disponibilité des Directives sur les JSE;</li> <li>- Disponibilité du guide des JSE.</li> </ul>	<p>coordination Provincial pour orienter les directives des JSE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de micro planification à la base</li> </ul>
--	--

## 2. Technique

<b>Points forts</b>	<b>Point à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de 1019 sites de CPS dont 374 sites fixes et 645 avancés ;</li> <li>- Appui du niveau National au PRONANUT Provincial pour le briefing des superviseurs provinciaux ;</li> <li>- Appui des superviseurs tant nationaux que provinciaux dans le briefing des superviseurs au niveau des DS et des ZS.</li> <li>- Organisation du dépistage de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois « PB » (ZS de Vaku 52 cas),</li> <li>- Résultats des JSE disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence du guide de briefing des prestataires</li> <li>- Cible des AS riveraines non atteintes</li> <li>- Désistement de certains prestataires dans les ZS</li> </ul>

## 3. Logistique

<b>Points forts</b>	<b>Point à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des intrants de nutrition à quantité suffisante dans toutes les zones de santé ;</li> <li>- Disponibilité des vaccins;</li> <li>- Disponibilité des MIILD dans 20 ZS appuyées par le Fond Mondial,</li> <li>- Solde des intrants de nutrition et de l'immunisation pour la routine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usage de 2 types des comprimés de Mébendazole (100 mg et 500 mg) pour le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois,</li> <li>- Absence de certains outils de collecte et de gestion (canevas de supervision et la fiche synthèse des résultats) dans certaines ZS</li> <li>- Quantité insuffisante de carburant pour la supervision</li> <li>- Non prise en compte de moyen de transport (hors-bord) pour les AS</li> </ul>

	riveraines
--	------------

<b>4. Communication</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité d'un chronogramme d'activités de communication,</li> <li>- Briefing des leaders d'opinion et des professionnels des medias</li> <li>- Lancement officiel des JSE,</li> <li>- Apport en nature/expiasse des structures, des communautés et des particuliers</li> <li>- Fiable revalorisation des ressources mobilisées localement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'un plan de communication,</li> <li>- Faible mobilisation de la communauté avec comme conséquence un début timide des activités dans les zones de santé ;</li> <li>- Absence des supports/outils de communication pour faire la promotion de l'Allaitement ;</li> <li>- Ressources insuffisantes pour la mobilisation sociale,</li> <li>- Non documentation des données sur la sensibilisation des mères/gardiens d'enfants sur l'Allaitement maternel dans la majorité des ZS par manque d'outils de collecte.</li> </ul>

<b>5. Finances</b>	
<b>Point fort</b>	<b>Point à améliorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrivée des fonds à temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible motivation des prestataires</li> </ul>

Le troisième temps a été marqué par l'exposé d'orientation sur la planification des JSE 2<sup>ème</sup> phase 2014 dont la présentation était faite par HKI. L'intervenant s'était apaisant sur l'étape préparatoire de mise en œuvre ; la mise en œuvre proprement dite ; le suivi, la supervision, l'évaluation et la documentation.

**Etape préparatoire de mise en œuvre** consiste à identifier le paquet d'interventions préventives et curatives modulables, élaborer la feuille de route comprenant les activités à réaliser, les acteurs impliqués et leurs rôles respectifs, les échéances pour l'exécution des différentes activités et les résultats attendus en vue de s'assurer que tout ce qui a été planifié est mis en œuvre dans les délais, définir les rôles et responsabilités à chaque niveau, évaluer les besoins à la base pour connaître quels sont les besoins réels, mobiliser les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires, assurer la communication (pierre angulaire et activité indispensable sans laquelle aucun résultat ne peut être atteint), briefer tous les acteurs à tous les niveaux.

**Etape de mise en œuvre** qui consiste à offrir des services en sites fixes, avancés et mobiles et utilisation des canevas de supervision.

**Etape de Suivi, Supervision, Evaluation et Documentation.**

Le quatrième temps fort a consisté à la révisitation des documents importants la feuille de route, la fiche d'évaluation des besoins à la base. (cfr annexe)

Pour ce faire, six groupes de travail ont été constitués autour des Coordonnateurs de chaque Province présents dans l'atelier dont le Bas-Congo, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental, Katanga et la Ville Province de Kinshasa, et un MCZ a été affecté à chaque groupe.

Le 6<sup>e</sup> groupe a réfléchi sur l'ébauche de la base des données.

Le cinquième et dernier temps fort a concerné la formulation et l'adoption des recommandations adressées à chaque niveau.

## **Niveau central**

### **Que le PRONANUT**

- 1.élabore un canevas de microplanification intégré qui tiendra compte de toutes les interventions à la base;
2. appuie l'organisation de microplanification et de validation des microplans par Pools avec les partenaires
3. fasse le feedback des différents microplans validés au moins 2 mois avant le début des JSE en tenant compte de besoins exprimés par la microplanification à la base
4. organise les missions prospectives du niveau central vers les provinces ciblées et des provinces vers les zones de santé pour orienter les Directives et planifier les JSE avec les équipes cadres des BCZS
5. élabore le guide de briefing des acteurs impliqués à tous les niveaux
6. organise la Formation / Briefing des acteurs en matière des JSE à tous les niveaux
7. rende disponible et à temps les outils de travail (Directives, Guide de briefing JSE; les outils de collecte de données (cartes CPS, fiches synthèses et les supports de compilation et d'analyse (registres, Formulaire...) en rapport avec les activités des JSE
8. fasse périodiquement le suivi dans la transmission des outils de gestion et de collecte des données dans les provinces
9. réceptionne les rapports des inventaires physiques des provinces sur les soldes des intrants après les activités
10. appuie le plan intégré de communication avec la participation de la communauté (C4D)
11. fasse démarrer les activités de communication au moins un mois avant à tous les niveaux
12. fasse le choix de logiciel pour la base des données
13. prépare le masque de saisie des données à l'interphase des activités des JSE
14. restitue à la hiérarchie et aux partenaires les résultats des JSE de juin 2014
- 15.étende l'expérience des JSE du Bas-Congo à d'autres provinces ciblées, moyennant la réalisation des recommandations de l'atelier d'évaluation

### **Que les partenaires**

1. passent la commande des intrants six mois avant la tenue des JSE,
2. approvisionnent les programmes qui ont en charge la survie de l'enfant en intrants deux mois avant la tenue des JSE,
3. rendent disponibles les fonds à temps pour la réalisation des JSE,
4. allouent des moyens conséquents à la supervision à tous les niveaux.

## **Niveau provincial**

### **Que le niveau provincial**

1. appuie les missions prospectives du niveau intermédiaire (provinces/ districts vers les zones de santé);
2. appuie l'organisation de microplanification et de validation des microplans par Pools avec les partenaires
3. fasse le feedback des différents microplans validés aux ZS au moins 1 mois avant le début des JSE en tenant compte de besoins exprimés par la microplanification à la base
4. organise la Formation / Briefing des acteurs sur les JSE
5. rende disponibles et à temps les outils de travail (Directives, Guide de briefing JSE); les outils de collecte de données (cartes CPS, fiches synthèses et les supports de compilation et d'analyse (registres, formulaires...) en rapport avec les activités des JSE,
6. approvisionne en intrants les ZS deux semaines avant et reçoive le feedback aussitôt;
7. fasse périodiquement le suivi dans la transmission des outils de gestion et de collecte des données dans les ZS,
8. réalise l'inventaire physique des soldes des intrants dans les ZS après les activités,
9. fasse démarrer les activités de communication au moins un mois avant à tous les niveaux,
10. élabore le plan intégré de communication avec la participation de la communauté (C4D),
11. reproduise les supports de communication pour faire la promotion des PFE,
12. rende disponible un outil de collecte de données en rapport avec les activités de communication,
13. réceptionne le masque de saisie des données sur les JSE,
14. forme les data manager sur l'utilisation du masque de saisie des données.

### **Niveau Opérationnel (ZS)**

#### **Que la ZS**

1. organise la micro planification à la base et la valide ;
2. forme/briefe les prestataires en matière des JSE ;
3. actualise le plan de distribution en tenant compte des besoins réels des sites;
4. approvisionne les AS en intrants une semaine avant et fasse le feedback aussitôt;

5. réalise l'inventaire physique des soldes des intrants au niveau des AS et transmette le rapport au niveau provincial ;
6. démarre les activités de communication un mois avant ;
7. inventorie et utilise les canaux disponibles ;
8. réceptionne, forme et remplit le masque de saisie des données des JSE ;
9. transmette les données au niveau provincial.

Après la lecture des recommandations, est intervenue la cérémonie de clôture de l'atelier sanctionnée par les mots de circonstance prononcé par le MIP ai, le représentant de L'UNICEF, la Directrice-Pays de HKI et suivi du mot de clôture du Directeur du PRONANUT représentant du Secrétaire Général ai à la Santé Publique.

Une photo de famille a été prise en guise d'immortaliser les assises d'évaluation des premières Journées de Santé de l'Enfant en RDC.

### **Leçons apprises**

1. La mobilisation sociale demeure la plaque tournante incontournable pour la réussite des JSE;
2. Les missions de prospection du niveau central vers la Province et la Province vers les zones de santé sont des préalables indispensables pour faire appliquer les Directives et la philosophie du travail dans toute organisation des JSE.
3. Les relais communautaires sont importants pour la recherche active des enfants ayant abandonné leur calendrier vaccinal enfin qu'ils soient récupérer lors de JSE.
4. La supervision à tous les niveaux constitue un atout majeur pour la réussite des JSE

### **Les atouts**

L'adhésion du Gouvernement aux recommandations des forums nationaux et internationaux dans le cadre de la survie de l'enfant, l'existence des partenaires d'appui technique et financier, l'implication effective des autorités politico-administratives, la conscientisation et la motivation des acteurs au centre de l'activité, la communauté sont là quelques atouts pour la pérennisation/institutionnalisation des JSE dans notre pays.

#### **4.2. Planification des JSE 2<sup>ème</sup> phase de novembre-décembre 2014**

Après l'exposé d'orientation sur la planification des JSE 2<sup>ème</sup> phase de 2014, il y a eu constitution de groupes autour des cinq coordonnateurs provinciaux de nutrition présents auxquels on a ajouté un Médecin Chef de Zone de Santé pour revisiter les outils (la feuille de route, les directives techniques des JSE et la fiche de planification des besoins à la base).

Les produits des groupes ont été adoptés en plénière et figurent dans les annexes.

### **CONCLUSION**



La première expérience des JSE réalisée du 24 au 29 Juin 2014 dans 31 Zones de Santé de la Province du Bas-Congo a été une réussite nonobstant quelques faiblesses et difficultés enregistrées surtout dans la phase préparatoire qui ont eu des répercussions dans la mise en œuvre.

Les prochaines phases peuvent être améliorées si les présentes recommandations sont prises en compte.

La receptabilité de la stratégie par la communauté, les APA et tous les acteurs impliqués constituent un atout majeur pour l'extension et l'institutionnalisation des JSE en RDC.

### **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe 1 : Termes de référence l'atelier d'évaluation**

**Annexe 2 : Agenda**

**Annexe 3 : Liste des participants**

**Annexe 4 : Feuille de route**

**Annexe 5 : Directives des JSE**

**Annexe 6 : Fiche d'évaluation des besoins**

**Annexe 7 : Tableaux des Résultats**

**Annexe 8 : Différentes présentations**

**Annexe 9 : Photos.**