



Leçons tirées du projet Budikadidi en RDC

INTÉGRATION DU MODÈLE CARE GROUP AU SEIN
DES STRUCTURES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

CONTEXTE

De 2017 à 2023, un consortium dirigé par Catholic Relief Services (CRS) a mis en œuvre le projet Budikadidi, une activité de sécurité alimentaire de résilience (RFSA) financée par USAID, dans trois zones de santé de la province du Kasai Oriental en République démocratique du Congo (RDC). Le projet Budikadidi (« autosuffisance » en tshiluba) a œuvré pour améliorer de manière durable la nutrition, la sécurité alimentaire et le bien-être économique des ménages. Les activités du projet Budikadidi ont encouragé des comportements de nutrition grâce au modèle Care Group (CG), une intervention classique fondée sur les preuves, souvent mise en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG) et, dans certains pays, adoptée par le ministère de la Santé. Le modèle adopté par le projet Budikadidi a tiré parti du leadership des Mamans Lumières et des Promoteurs Care Group (PCG) pour assurer la promotion de comportements de nutrition auprès d'autres mères au sein des communautés. Ce modèle a été déployé dans le cadre des Cellules d'animation Communautaire (CAC), une initiative multisectorielle gouvernementale mise en place dans chaque village pour accroître l'implication des communautés et favoriser l'adoption par les habitants des activités de développement communautaire. Le modèle CG a conservé un rôle fondamental au sein de la programmation du projet Budikadidi et tout au long de celui-ci et continue de susciter une participation communautaire active. Si le personnel du projet Budikadidi a favorisé des relations solides avec les structures gouvernementales (bureaux centraux des zones de santé, ou BCZS) tout au long de la mise en œuvre du modèle CG, à l'approche de la dernière année du projet, il n'avait pas été établi

La Province du Kasai Oriental de la RDC



Budikadidi se déroule dans la Province du Kasai Oriental du RDC, ciblant les communautés des zones de santé de Cilundu, Kasansa et Miabi.

si la Division provinciale de la santé (DPS), niveau étatique supérieur, avait connaissance ou non des activités en lien avec le modèle CG, facteur essentiel pour la pérennité du modèle à la sortie du projet. Afin de surmonter cette difficulté, l'équipe du projet Budikadidi en charge de la santé et de la nutrition a organisé une série d'ateliers consultatifs en juillet 2022 dans chaque zone de santé avec les autorités (personnel des BCZS et de la DPS), les représentants des CAC, les Mamans Lumières et les PCG. Le collectif a échangé autour des progrès et des défis soulevés par l'intégration du modèle CG au sein des systèmes étatiques de santé communautaire et a présenté un plan de transfert pour favoriser l'appropriation par les autorités étatiques du modèle CG.



Le personnel de Budikadidi rencontre les principales parties prenantes pour discuter du transfert du modèle Care Group aux systèmes gouvernementaux de la zone de santé de Miabi.

OBJECTIF

La présente étude entend présenter les étapes du modèle CG du projet Budikadidi, évaluer l'intégration durable du modèle au sein des structures étatiques et documenter le processus de transfert du projet. Plus précisément, l'étude s'est penchée sur les questions d'apprentissage suivantes :

- Comment et pour quelles raisons le modèle CG a-t-il été introduit ? Quelles réussites et difficultés sont à noter concernant l'alignement du modèle avec les structures politiques et gouvernementales congolaises ?
- Quel a été le processus à long terme pour incorporer les activités de nutrition du projet Budikadidi au sein des systèmes de santé étatiques ? Dans quelle mesure le processus a-t-il fonctionné ? Quels enseignements ont pu être tirés ?
- Quel a été l'impact du modèle CG sur la réalisation des objectifs du projet et la promotion de la pérennité du projet ?

OBSERVATIONS

Processus

Le projet Budikadidi tel qu'initialement conçu n'avait pas inclus le modèle CG. À la place, le projet avait prévu d'implémenter des interventions sous forme de groupes de soutien aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). En amont de la phase de raffinement, il est ressorti qu'il n'y avait que très peu de preuves de l'impact positif de groupes de soutien aux pratiques ANJE sur la nutrition en RDC. Le modèle CG a donc été de plus en plus intégré au sein des systèmes de santé congolais, générant des résultats positifs en matière de promotion de l'adoption de comportements nutritionnels favorables. Le modèle a été encouragé par l'équipe du Bureau d'assistance humanitaire (BHA) de USAID. C'est ainsi que l'équipe du projet Budikadidi a abandonné les groupes de soutien ANJE pour basculer sur le modèle CG.

Dès la phase de raffinement, le projet Budikadidi a collaboré aux côtés du système de santé étatique pour garantir l'adhésion aux interventions du projet Budikadidi et favoriser le soutien en faveur de l'intégration des structures proposées par le projet Budikadidi. Afin de mieux comprendre le modèle CG, des membres du projet occupant un rôle clé ont participé à une tournée d'étude en Zambie. À leur retour, ces leaders ont à leur tour partagé les nouvelles connaissances avec des représentants nationaux et provinciaux du Programme national de nutrition (PRONANUT),

MÉTHODOLOGIE

L'étude a été lancée à travers un examen documentaire de la proposition du projet et des rapports clés afin de constituer une chronologie d'activités de nutrition et de documenter les changements apportés à la conception initiale. Des entretiens ont été menés auprès du personnel nutrition du projet Budikadidi afin de mieux suivre l'évolution du modèle CG et de documenter les points de difficultés et les recommandations pour un impact durable. L'équipe chargée de l'enquête était présente lors des ateliers de transfert afin d'observer et de documenter le processus. Dans le cadre de l'atelier, une discussion de groupe a été organisée avec la participation de 2 fonctionnaires étatiques et le président d'une CAC ; et 14 participants à l'atelier, représentant les trois zones de santé ciblées par le projet Budikadidi, ont répondu à une enquête : 3 Mamans Lumières, 3 présidents de CAC, 3 PCG, 2 agents de zones de santé, et 3 Infirmières Titulaires (IT).

également membres de la DPS. Dans l'attente de la validation du gouvernement pour la mise en œuvre du modèle CG, il est apparu que l'association entre, d'une part, la nouvelle dimension multisectorielle conférée aux CAC (non plus exclusivement axées sur le secteur de la santé) avec, d'autre part, le modèle CG proposé par le projet Budikadidi, s'alignait de près avec l'approche nationale de Nutrition à assise communautaire (NAC), facilitant ainsi l'acceptation et l'intégration du modèle CG.

Le programme PRONANUT a apporté son soutien aux responsables du projet Budikadidi pour organiser un atelier avec les acteurs de la nutrition à l'échelle de la province. Au cours de l'atelier, le programme, les supports de communication et les outils de changement social et comportemental (SBC) ont été élaborés et officiellement validés. Les responsables techniques du projet Budikadidi ont enchaîné avec l'animation de séances de formation des formateurs (FdF) sur le modèle CG pour trois techniciens et un coordinateur du personnel provincial du programme PRONANUT, et trois responsables médicaux de zones de santé qui ont à leur tour formé 60 PCG et trois animateurs communautaires de zone de santé (ACZS). Le personnel du projet Budikadidi s'est entretenu avec les IT des zones de santé pour présenter le modèle CG et encourager leur adhésion en faveur de celui-ci pour en favoriser la mise en

œuvre. Les ITs et les équipes du projet Budikadidi se sont entretenus avec les chefs de village, les CAC et des Relais Communautaire (RECO) pour présenter le modèle, identifier des ménages et constituer des groupes de voisinage composés de 15 ménages. Enfin, les CAC ont présenté le modèle CG auprès de chaque groupe de voisinage et les ont accompagnés dans la désignation d'une Maman Lumière au sein du groupe. Une liste finale de Mamans Lumières a été communiquée aux CAC et chefs de village respectifs à des fins de référence. Dans l'ensemble des trois zones de santé, 5 189 groupes de voisinage et 403 CG ont été constitués.

Afin de favoriser l'intégration du modèle CG au sein du système de santé congolais, le personnel du projet Budikadidi a réussi à obtenir l'implication des responsables médicaux des zones de santé dans la coordination et la planification de réunions pour l'ensemble des activités du projet et a mis en place des réunions de suivi mensuelles pour veiller à ce que les PCG rendent compte de leurs activités auprès des ITs et du personnel du projet.

Principales difficultés

Malgré les efforts entrepris par le projet Budikadidi, des difficultés rencontrées à trois niveaux ont entravé la collaboration entre les systèmes du projet et ceux du gouvernement :

1. Les ITs étaient mécontentes que les ressources du projet Budikadidi soient investies directement en faveur d'une mise en œuvre à l'échelle communautaire plutôt que de passer par la hiérarchie existante du système de santé. Les membres du personnel interrogés dans le cadre de cette enquête ont indiqué que les ITs qui étaient responsables de la gestion des CAC (initialement des structures communautaires dédiées à la santé) avaient désigné des membres de leur famille pour occuper des rôles clés au sein de la CAC, se traduisant par un accès à des fins personnelles à des opportunités disponibles via le système de santé. Conformément aux directives nationales, le projet Budikadidi a revu le rôle des CAC qui sont alors devenues des structures multisectorielles, provoquant la modification des

processus d'élection et une certaine frustration chez les ITs face à ce changement de statu quo. Les tensions ont conduit des fonctionnaires sanitaires à rejeter les premières interventions du projet Budikadidi. Par exemple, plusieurs ITs et membres du personnel de la zone de santé n'ont pas cité les contributions significatives du projet Budikadidi auprès des BCZS lors de l'intervention menée dans le cadre de l'épidémie de choléra. De plus, la supervision conjointe entre ITs et les agents terrain du projet n'a débuté qu'en 2020, soit trois ans après le début du projet, et n'a cessé d'être source de difficultés en termes de planification à cause du mécontentement persistant des infirmières/infirmiers en chef. De façon générale, cette dynamique a retardé l'importante adhésion au projet par les ITs.

2. À l'échelle des BCZS, des relations bien établies avec l'UNICEF ont fait que le personnel du système de santé étatique s'est senti tenu de s'engager en priorité sur les interventions santé/nutrition/WASH de l'UNICEF, retardant alors l'adhésion par les acteurs étatiques aux approches promues par le projet Budikadidi jusqu'à ce que l'UNICEF reconnaisse leur impact positif au vu du contexte.
3. Le fait que le projet Budikadidi n'ait pas participé et n'ait pas été conçu en tant que projet de renforcement des capacités du système de santé au niveau provincial a entraîné une perception négative du projet par les acteurs provinciaux. En plus du projet Budikadidi, l'USAID a financé deux autres projets dans la province, « Integrated Health Program » et « Integrated Governance Activity », visant tous les deux à renforcer le système de santé à un niveau plus élevé. Hormis un protocole d'accord signé entre le projet Budikadidi et le « Integrated Health Program » visant à renforcer le système de santé, il semble que le niveau de coordination entre les projets et de promotion du portefeuille global de USAID dans le secteur de la santé ait été faible. Par conséquent, il n'a pas été possible de détourner les attentes du gouvernement selon lesquelles chaque projet impliquerait le personnel provincial et s'engagerait dans le renforcement des capacités.

Structure

La mise en œuvre du modèle CG par le projet Budikadidi s'appuyait surtout sur l'élection de Mamans Lumières par les femmes composant les groupes de voisinage. Cette organisation basée sur l'élection a renforcé l'autonomie des membres des CG. Bien que cela ait favorisé leur adhésion au projet, le projet Budikadidi n'a pas pu utiliser le système existant faisant intervenir les RECOs. Ce système consistait à réunir des hommes et des femmes de la communauté accompagnant déjà 50 ménages en moyenne dans la gestion des différentes problématiques sanitaires. Les premiers ajustements apportés au modèle CG du projet Budikadidi ont fait le test de mobiliser les mêmes personnes pour les rôles de Mamans Lumières/PCG et couples facilitateurs du programme Couple Maison Fidèle (CMF), qui effectuent des visites à domicile pour encourager la prise de décision conjointe et l'adoption des pratiques mises en avant par le projet Budikadidi. Cette stratégie n'a jamais réussi à décoller, représentant une charge trop importante pour les couples qui devaient mener des visites mensuelles auprès de tous les groupes de voisinage. De plus, un manque d'intérêt notable de la part des hommes vis-à-vis du modèle

a été observé. L'approche n'a donc pas pu être positionnée comme un levier pour une meilleure implication des hommes. L'équipe a pris la décision de travailler avec les Mamans Lumières et les PCG pour offrir un soutien aux mères tout en créant une structure CMF séparée pour accompagner les couples. Si le modèle CG du projet Budikadidi a entraîné une nouvelle structure, l'intention n'était pas tant de créer des activités en parallèle avec les RECOs, mais de compléter le travail de ces derniers au sein du sous-secteur santé de la CAC. Les RECOs sont responsables de mettre en œuvre des priorités diverses en matière de santé, dont la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), les campagnes de vaccination et le contrôle pour la détection précoce des maladies, tandis que les Mamans Lumières sont chargées spécifiquement des problématiques sanitaires en rapport avec la nutrition au sein de leurs ménages cibles.

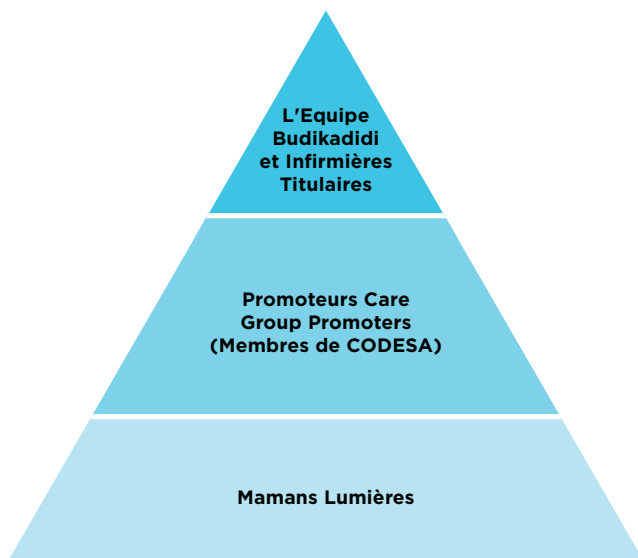


Figure 1 : Structure de Care Group Budikadidi



Figure 2 : Structure de Zone de Santé



Une Maman Lumière du village de Monzo montre comment préparer une bouillie nutritive pour les femmes enceintes et allaitantes. Riche en protéines, vitamines et autres nutriments essentiels, cette bouillie aide les enfants de plus de six mois à bien grandir et réduit le risque de malnutrition. Photo par Jennifer Lazuta/CRS

Le projet Budikadidi a eu recours à 5 189 Mamans Lumières, réparties au sein de 403 Care Groups, avec l'appui de 89 PCG dans les trois zones de santé. Chaque PCG gérait cinq à six groupes composés de 10 à 14 Mamans Lumières qui, à leur tour, apportaient leur soutien à 10 à 14 ménages au sein de leur village. Dans le cadre du système de santé étatique, en plus de gérer un plus grand nombre de ménages, les RECOs deviennent automatiquement des membres des CAC et sont sollicités pour mettre en œuvre à l'échelle nationale les campagnes autour de la santé maternelle et infantile. Les RECOs se trouvent sous la supervision directe du *Comité de Développement Sanitaire* (CODESA) qui cogère les structures de soins de base et dirigent les activités de développement sanitaire dans leur zone et rendent compte de leur travail aux ITs. Cependant, chaque centre de santé géré par les ITs se compose de plus de 100 RECO qui, à leur tour, interviennent auprès de 50 ménages, ce qui limite les capacités d'interaction

et de supervision par rapport au modèle CG. À l'inverse, les RECOs ont souvent accès à des mesures d'incitation financières et en nature dont ne bénéficient pas les Mamans Lumières ; une distinction qui souligne l'intérêt pour les femmes de s'engager dans les deux rôles.

Les Mamans Lumières effectuent des visites à domicile, promeuvent l'adoption de pratiques améliorées et réalisent un contrôle et un suivi dans le cas d'évènements significatifs en rapport avec la santé/la nutrition. Elles participent également aux activités communautaires dans ces secteurs, dont des campagnes de vaccination, des dépistages de la malnutrition, des journées nationales d'immunisation et des distributions de médicaments. Certaines Mamans Lumières se réunissent avec les RECOs tous les mois et font rapport de leurs activités à la CAC. Dans le cadre du modèle CG en revanche, le lien entre les Mamans Lumières et les CAC n'est pas formalisé. S'il existe



Thérèse Mujinga, une Maman Lumière du village de Monzo, rend visite à Mujinga Kabengela, 25 ans, enceinte de six mois de son sixième enfant. Thérèse a soutenu Mujinga tout au long de sa grossesse, l'encourageant à se rendre aux examens prénatals et à manger des aliments nutritifs.

Photo par Jennifer Lazuta/CRS

une représentante des Mamans Lumières au sein de la structure de la CAC, sa présence n'est pas requise et elle ne fait ainsi pas systématiquement rapport du travail collectif des Mamans Lumières.

Les PCG sont formés et supervisés par le personnel du projet Budikadidi (superviseurs de zones de nutrition/santé et superviseurs techniques) en collaboration avec les ITs dans le cadre du coaching réalisé par le CODESA et les personnes habilitées au sein des BCZS. Les trois ACZS organisent des sessions de formation trimestrielles à l'intention des PCG, qui se réunissent tous les mois avec le CODESA à des fins de coordination, de suivi et d'évaluation des problématiques liées à la santé et à la nutrition. Ils sont présents aux réunions régulières du CODESA et aux réunions de CAC occasionnelles. Les PCG organisent des formations mensuelles à l'intention des Mamans Lumières qui sont sous leur supervision et effectuent un suivi de leur travail en les accompagnant lors de leurs visites à domicile, des campagnes et des distributions ; animent des séances d'apprentissage participatif ; procèdent à un suivi des changements de comportement ; et participent à des formations et à des réunions de rapportage organisées par le centre de santé à des fins de transfert de connaissances auprès de leur Care Group. Les PCG sont chargés de réaliser environ 8 à 10 visites inopinées par mois dans le cadre du suivi des activités menées par les Mamans Lumières. Les PCG collaborent avec la CAC de manière ponctuelle. Pendant la campagne de sensibilisation à l'épidémie de COVID-19, par exemple, les PCG ont mobilisé des individus pour procéder à des annonces de sensibilisation à l'échelle des villages. Cependant, aucune relation directe entre la CAC et les PCG n'a été mise en place étant donné leur charge de travail déjà considérable.

L'intégration avec les structures gouvernementales est essentielle pour la pérennité du projet, non seulement pour garantir la continuité du renforcement des compétences, de la supervision et de l'accès aux ressources financières, mais également pour inciter les volontaires locaux. En travaillant avec la zone de santé, le projet Budikadidi a été encouragé à mobiliser les RECOs existants en tant que PCG et Mamans Lumières, contribuant de manière significative à la réussite du modèle CG. En effet, possédant déjà des compétences de mobilisation communautaire, les RECOs ont su rapidement améliorer les connaissances relatives aux pratiques en matière de nutrition, de santé et de WASH. Cette stratégie s'est également avérée idéale puisque les RECOs sont motivées par les mesures d'incitation financière associées aux campagnes sanitaires, et la pleine

implication des Mamans Lumières au sein de leur communauté offre à celles-ci une reconnaissance et un respect tout au long de l'année et favorise la connexion, la gratitude et l'efficacité. En somme, tout le nécessaire pour favoriser la motivation sur le long terme¹. La DPS prévoit de mobiliser les compétences des Mamans Lumières engagées dans le cadre du projet Budikadidi pour exécuter d'autres activités financées par le bailleur, créant des opportunités éventuelles de mesures d'incitation financières/en nature.

Processus de transfert

Le processus pour transférer la gestion du modèle CG est en place depuis le début du projet : les représentants des zones de santé coaniment des formations trimestrielles et chapeautent les PCG (un rôle que les représentants envisagent de conserver à la sortie du projet Budikadidi). En juillet 2022, une série d'ateliers ont été organisés dans chaque zone de santé afin de formaliser l'intégration des Mamans Lumières et des PCG comme RECO dans le cadre du système de santé par BCZS. Rassemblant des représentants du ministère de la Santé au niveau provincial, central et des zones de santé, des IT, des Mamans Lumières, des PCG, des présidents de CAC, des chefs de village, des membres du CODESA et certains membres clés du personnel du projet Budikadidi, l'atelier a identifié des rôles et responsabilités ainsi que des lignes directrices du rapportage pour assurer la pérennité du modèle. Le programme de l'atelier comportait une présentation de la stratégie de sortie, plusieurs sessions de brainstorming, des discussions pour contextualiser les activités d'intégration et un rapport détaillé exposant les prochaines étapes.

Au travers d'un processus participatif, les participants aux ateliers étaient répartis en différents groupes pour réaliser des exercices de cartographie, sous la direction de CRS et de la DPS. La première activité a porté sur le processus d'intégration, identifiant des rôles et des responsabilités pour les actions de coordination, de suivi, d'évaluation et de rapportage. Les participants ont discuté des motivations et des conditions préalables à la pérennisation du modèle CG. L'ultime discussion participative a porté sur les actions nécessaires pour maintenir l'engagement des Mamans Lumières. Chaque groupe a été encouragé à faire part de ses recommandations en fonction des réalités du terrain. Les agents de terrain du projet Budikadidi ont joué un rôle clé en apportant des nuances contextuelles pour renforcer la faisabilité du plan d'intégration. À l'issue

¹ Consulter le rapport sur les enseignements tirés du projet Budikadidi « [Exploring Community Volunteer Incentive Structures](#) » (en anglais).

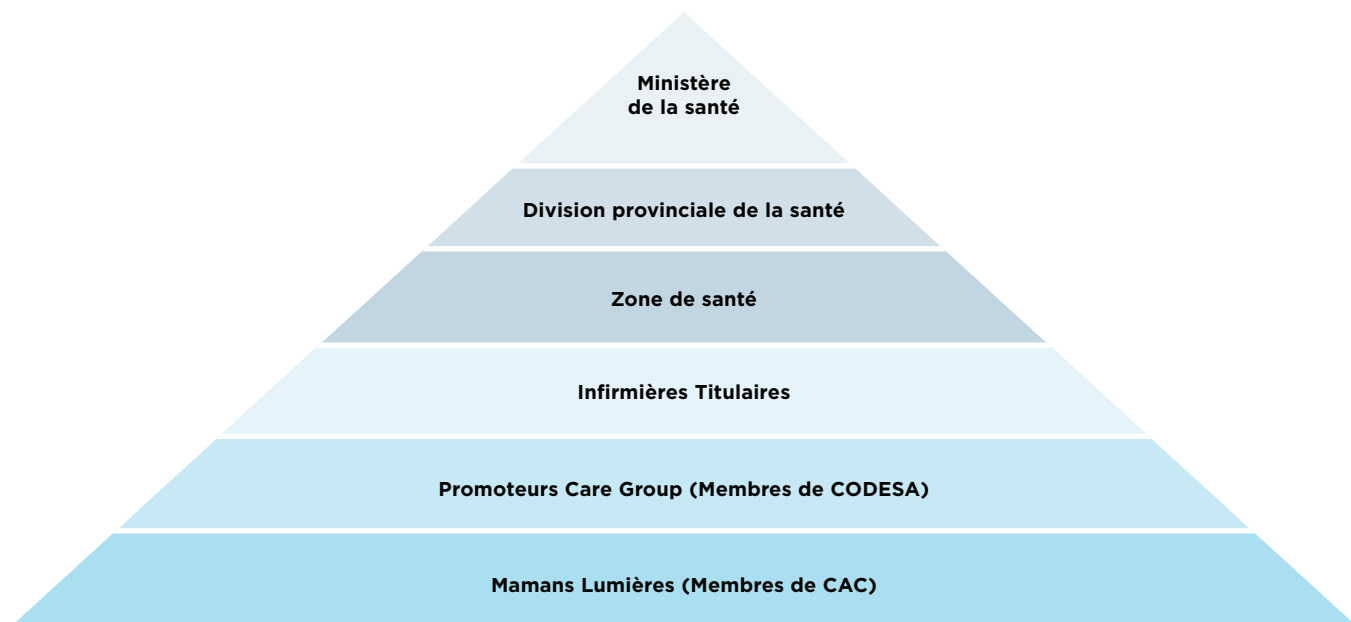


Figure 3 : Structure intégrée du modèle CG dans le système de santé, telle qu'elle a été conçue lors de l'atelier de transfert.

de ces discussions, des recommandations ont été identifiées et les étapes suivantes ont été établies pour garantir une intégration réussie au sein des structures gouvernementales :

1. Le rôle et les responsabilités des Mamans

Lumières : impliquer les Mamans Lumières dans toutes les activités communautaires pertinentes en matière de santé et de nutrition, y compris celles du sous-comité santé et nutrition de la CAC, en capitalisant sur leur expérience tout en veillant à ce que leur charge de travail n'augmente pas ou n'affecte pas leur rôle de mère dans leur propre ménage. Elles resteront en contact avec les 10 à 14 ménages bénéficiant de leur appui, en prodiguant des conseils aux groupes de voisinage et, avec les RECOs, aidera les zones de santé à répondre aux problèmes de santé prioritaires grâce à une mobilisation communautaire, au dépistage de la malnutrition, à l'orientation des cas, et à la sensibilisation aux pratiques familiales essentielles et aux stratégies de santé communautaire. Elles rendront régulièrement compte de leurs activités aux PCG et aux CAC. Dans les zones de santé où la stratégie nationale de lutte contre la malnutrition est mise en œuvre, les Mamans Lumières rejoindront des groupes de soutien d'ANJE.

2. Le rôle et les responsabilités des PCG : les PCG sont membres du CODESA et en ce sens veillent à ce que les plans de formation abordant les nouvelles thématiques identifiées dans les villages dans lesquels ils interviennent soient communiqués aux Mamans Lumières et soutiennent les RECO en leur fournissant des informations et du feedback par l'intermédiaire des CAC. Ils dressent une liste des Mamans

Lumières de chaque village, suivent leur participation et leur performance dans le cadre des activités des Care Groups afin de formuler des recommandations sur les Mamans Lumières qui ont la capacité d'exercer également la fonction d'agentes de santé communautaire.

3. Renforcement des CAC : raviver et renforcer les sous-comités santé et nutrition des CAC en nommant des points focaux qui rendent compte au CODESA et aux ITs et qui coordonnent toutes les activités de santé et de nutrition dans le village. Le personnel du projet Budikadidi collaborera avec les ITs pour soutenir l'appui aux points focaux dans leurs nouveaux rôles et l'élaboration de sessions de coordination pour les plans d'action de santé et de nutrition du village avec toutes les Mamans Lumières, les RECOs et les principales parties prenantes.

4. Mise en relation des ITs avec le modèle CG et les CAC : le projet Budikadidi fusionnera les structures du modèle CG et celles du système de santé (voir figures 1 et 2) pour créer une nouvelle structure qui établit une relation concrète entre les ITs et le modèle CG et les CAC. Le projet Budikadidi organisera une session d'orientation sur les plans de formation à l'intention ITs, qui seront ensuite transmis en cascade par ITs aux membres du CODESA (y compris les PCG), aux RECOs et aux Mamans Lumières. Les ITs valideront la liste des points focaux des CAC pour les questions de santé et de nutrition et identifieront les problématiques prioritaires, organiseront des sessions de formation pour les PCG, et assureront le suivi et le rapportage sur les activités des sous-comités.

L'atelier de transfert s'est appuyé sur la collaboration entre les principaux responsables du projet Budikadidi et la DPS, établie tout au long de la durée du projet pour intégrer efficacement le modèle CG au sein du système de santé du gouvernement. En juillet 2022, la DPS a signé un protocole d'accord avec les principaux responsables du projet Budikadidi pour mettre en œuvre et assurer la pérennité du modèle intégré tel qu'il a été conçu au cours de l'atelier et tel qu'illustré à la figure 3.

Pérennité et intégration

Chart : Capacité technique et de gestion pour soutenir le modèle CG

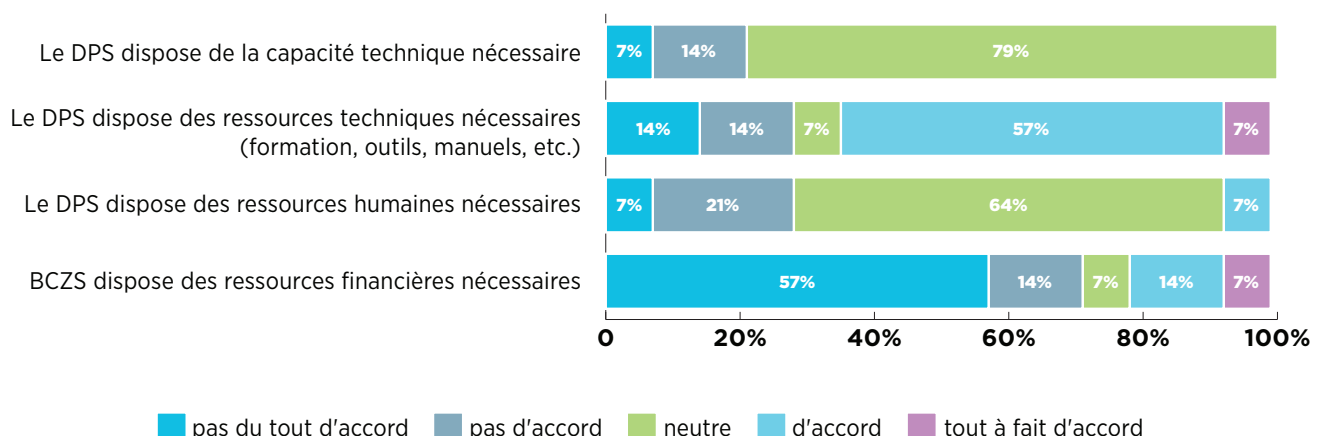
Une stratégie de sortie efficace qui assure la pérennité des interventions à l'issue du projet Budikadidi doit réunir quatre facteurs essentiels, décrits dans [USAID/Food and Nutrition Technical Assistance](#) : 1) un accès fiable aux ressources ; 2) des capacités techniques et de gestion ; 3) de la motivation ; et 4) des liens avec des structures gouvernementales pertinentes. La plupart des participants à l'atelier de transfert (71 %) ont cité les ressources financières comme un obstacle à la durabilité. Les participants aux discussions thématiques collectives ont déclaré que les structures sanitaires gouvernementales attendaient du projet Budikadidi qu'il fournisse des ressources de nature financière telles que des motos pour faciliter les déplacements des agents des zones sanitaires intervenant en appui ou pour le suivi des activités des Mamans Lumières et des PCG. L'incapacité à répondre à cette attente a été citée comme l'un des défis à la pérennisation du modèle. Mis à part les ressources fournies par le gouvernement national pour faciliter la mobilisation des communautés dans le cadre des campagnes nationales, les structures de santé à l'échelle en dessous des ITs ne reçoivent pas de financement du gouvernement, et il semblerait qu'il n'y ait actuellement aucun plan pour que le financement parvienne jusqu'aux CAC. Comme le modèle CG

fonctionne à l'échelle des zones de santé et qu'il a été difficile d'établir des liens solides au niveau provincial, la disponibilité et le flux de fonds en faveur du modèle CG peuvent se retrouver impactés de manière négative. Certaines CAC s'engagent dans des activités économiques (par exemple, l'élevage à petite échelle) et investissent dans des terres agricoles afin de générer des ressources financières pour soutenir et pérenniser leurs activités économiques. Cependant, on ne sait pas exactement quelle part de ces fonds est investie dans le modèle CG.

Dans l'ensemble, les participants à l'atelier sont « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour dire que la DPS dispose des capacités techniques (79 %), des ressources techniques (64 %) et des ressources humaines (71 %) nécessaires pour soutenir le modèle CG. Les participants aux discussions de groupe ont identifié plusieurs possibilités pour la DPS de continuer à soutenir le modèle CG, notamment en encourageant la structure à utiliser des campagnes nationales et en demandant à d'autres projets financés par des bailleurs de fonds de s'appuyer sur la structure pour les activités de changement social et comportemental (SBC). Cependant, les participants au de groupe ainsi que quelques autres participants interrogés ont noté que des difficultés pourraient émerger en cas de restriction des formations supplémentaires ou de supervision irrégulière des interventions sur le terrain.

En outre, 92 % des participants aux ateliers ont déclaré être motivés pour continuer à soutenir le modèle CG. Près de 80 % des Mamans Lumières occupent leur fonction actuelle depuis 2018 et nombre d'entre elles ont fait part au personnel du projet Budikadidi de leur intention de continuer à jouer leur rôle à la sortie du projet, car elles sont convaincues que le partage de leurs connaissances avec les jeunes mères permet de sauver des vies dans leurs communautés. Bien qu'ils ne bénéficient pas d'incitations financières, les Mamans Lumières et les PCG interrogés dans le cadre d'une étude sur

Capacité technique et de gestion pour soutenir le modèle CG



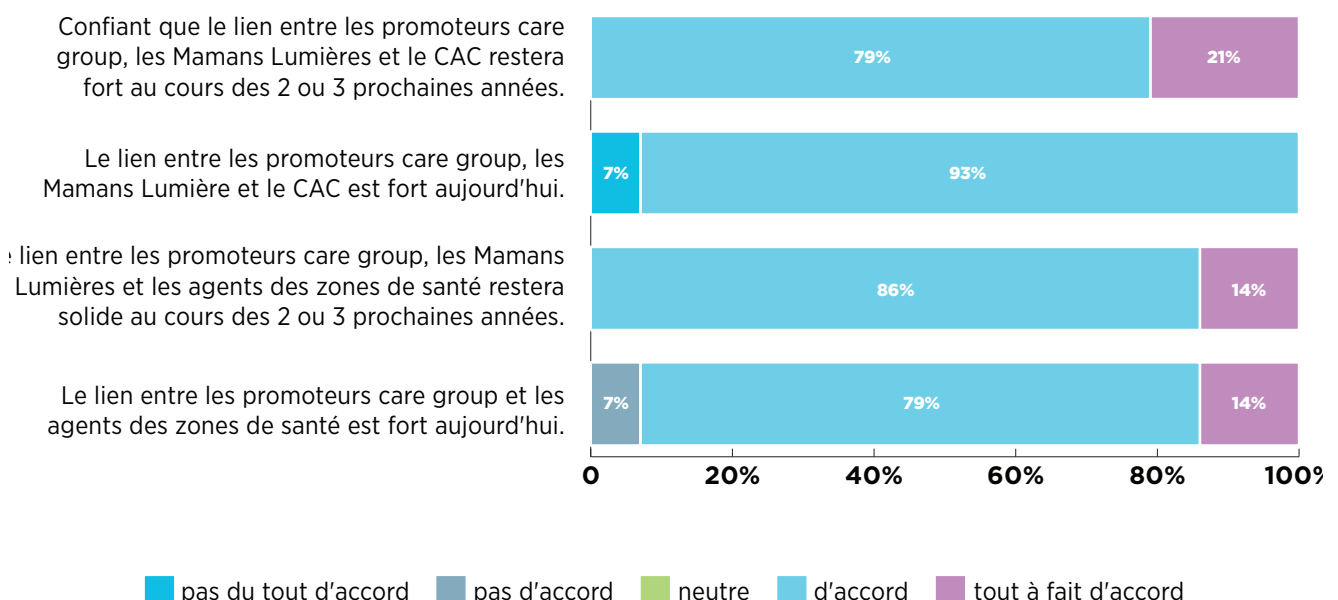
la motivation des volontaires communautaires ont déclaré être motivés par le fait de se sentir utiles et appréciés pour le travail qu'ils accomplissent au service de leur communauté. Ils ont également déclaré être motivés par la reconnaissance qu'ils reçoivent en tant que référents techniques au sein de leur communauté et par les compétences qu'ils acquièrent grâce au renforcement des capacités que permet le programme. De plus, ils peuvent entrer en contact avec leurs communautés grâce aux réseaux et aux réunions de pairs auxquels ils participent. Les personnes extérieures au modèle CG, comme les membres des CAC et les ITs, ont déclaré que leur motivation à continuer à apporter leur soutien s'expliquait par la qualité du travail réalisé par les Mamans Lumières et les PCG. Même si l'engagement régulier du système de santé gouvernemental vis-à-vis du modèle CG reste très limité en raison d'un manque de ressources financières, le gouvernement reconnaît la structure comme une ressource précieuse (en particulier parce que la plupart des Mamans Lumières bénéficient d'une expérience antérieure en tant que RECO). Malgré ce niveau de motivation élevée, près de 36 % des participants interrogés, en particulier les Mamans Lumières et les ITs, ont reconnu que le manque de mesures d'incitation financière représenterait le plus grand obstacle à la pérennité du modèle.

Seuls 7 % des personnes interrogées ont émis des doutes au moment de considérer la solidité des liens existants (entre les acteurs des Care Groups et les CAC ou les agents de zone de santé). Néanmoins, l'ensemble des participants interrogés ont exprimé un avis positif vis-à-vis des prévisions quant à la solidité des liens sur les deux ou trois prochaines années. Vingt-et-un pour cent étaient tout à fait d'accord que les leaders des Care Groups, les Mamans Lumières et les CAC

demeureraient étroitement liés et 14 % étaient tout à fait d'accord que les leaders des Care Groups, les Mamans Lumières et les BCZS demeurerait étroitement liés. Si les premières tentatives de promotion du modèle CG et d'établissement de liens ont rencontré des difficultés en raison des changements affectant la structure des CAC et en raison des différends avec les structures de santé du gouvernement qui ont suivi, le projet Budikadidi a accompli d'énormes progrès dans l'établissement de liens solides et l'intégration du modèle CG au sein des systèmes étatiques. Depuis 2020, l'équipe santé du projet Budikadidi a petit à petit encouragé le système de santé à mener les activités autour des Care Groups avec, entre autres, l'identification de sujets mensuels à aborder au sein des Care Groups. Par exemple, le programme PRONANUT et la zone de santé ont utilisé les fonds de formation pour former les PCG sur le paludisme. Ce processus a permis de solidifier les liens clés tout en renforçant les capacités des PCG et des Mamans Lumières. La zone de santé a déjà organisé plusieurs activités basées sur le modèle CG, sans l'intervention du personnel du projet Budikadidi.

Quatre-vingt-treize pour cent des participants interrogés étaient d'accord que le modèle CG était bien intégré au sein des activités menées dans la zone de santé. Toutefois, quelques participants ont déclaré que le manque de collaboration entre l'ensemble des acteurs pourrait avoir un impact négatif sur l'intégration effective du modèle CG à long terme. En effet, cette étude a révélé la complexité de la structure de santé du gouvernement et qu'alors qu'il existe une certaine ouverture à intégrer le modèle CG en son sein, pour y arriver, un engagement solide en faveur de la coordination sera nécessaire.

Perception des liens essentiels à la pérennisation du modèle CG





Dans le cadre d'une démonstration culinaire, une Maman Lumière du village de Monzo enseigne à d'autres mères de son village comment préparer du porridge enrichi en utilisant des ingrédients disponibles localement et à un prix abordable, tout en promouvant les meilleures pratiques nutritionnelles et sanitaires pour les femmes enceintes et allaitantes et leurs enfants.

Photo par Jennifer Lazuta/CRS

DISCUSSION

Les observations indiquent que le projet Budikadidi aurait réussi à intégrer de manière solide le modèle CG au sein des structures de santé gouvernementales existantes à la sortie du projet, favorisant la pérennisation à l'échelle des zones de santé et au niveau national. Toutefois, des opportunités n'ont pas été saisies pour atténuer un peu plus tôt la frustration et la confusion entre les structures de santé existantes et celles créées par le projet. Autrement dit, la pérennisation du modèle CG aurait pu être renforcée avec une intégration plus en amont au sein du système de santé. Les considérations qui suivent pourraient aider les équipes à l'avenir à favoriser une intégration précoce et pérenne avec le système de santé :

- 1. Établir des liens à travers l'uniformisation de la terminologie et la participation à des instances locales de leadership.** Les projets peuvent veiller à adopter des intitulés de rôle similaires (p. ex. : « Mamans RECO » au lieu de « Mamans Lumières ») pour mettre en avant le rapprochement avec les structures étatiques. De plus, l'implication informelle des Mamans Lumières auprès des CAC a constitué une opportunité manquée pour formaliser le lien entre cette structure communautaire et le système de santé. À l'instar des RECOs, les Mamans Lumières devraient elles aussi être des membres des CAC pour renforcer la reconnaissance à leur rencontre et faciliter le processus d'identification de Mamans Lumières par la DPS à des fins de leadership dans le cadre d'autres initiatives de santé.
- 2. S'engager en faveur d'une collaboration régulière avec le système de santé gouvernemental.** Si le projet Budikadidi a travaillé étroitement avec plusieurs acteurs clés du système de santé, un manque d'engagement continu et direct avec les parties prenantes au niveau provincial a empêché le projet Budikadidi de se distinguer clairement dès le début ou d'établir une communauté d'experts pour porter le modèle CG à un niveau supérieur, compromettant alors la pérennisation du modèle. Même si des changements structurels nécessaires ont vu le jour pour transformer les CAC, cela a engendré des tensions en raison de la perte d'influence ressentie par certains acteurs clés du système de santé. Des stratégies de communication, de collaboration et de coordination plus en amont et plus ouvertes avec la DPS quant au rôle qu'ils jouent et l'impact
- 3. Favoriser une coordination claire avec les bailleurs de fonds et les acteurs de mise en œuvre.** L'implication du projet Budikadidi auprès des acteurs du système de santé gouvernemental et le transfert des actions du projet auraient été de meilleure qualité avec une coordination auprès d'autres acteurs de santé au sein de la zone (dont USAID, les Nations Unies et d'autres ONG) pour répartir les investissements à différents niveaux au sein du système et pour promouvoir une meilleure stratification des interventions à l'échelle des projets. Dans la pratique, cela pourrait se traduire par l'utilisation par d'autres projets du modèle CG pour développer les capacités de façon continue tout en accroissant la reconnaissance de ces projets au travers d'opportunités d'intervention technique supplémentaires. Lors de la phase de conception du projet, des évaluations doivent être menées afin de mesurer les capacités techniques et de gestion des acteurs clés. Une analyse portant spécifiquement sur les acteurs du système de santé permettrait d'identifier les actions de renforcement des capacités en cours déployées par d'autres projets financés par les bailleurs en vue d'élaborer des plans de collaboration précoce et de tirer profit des investissements des uns et des autres.
- 4. Explorer les possibilités de génération de ressources financières.** Les ONG doivent systématiquement insister sur le fait que les ressources fournies pendant la durée d'un projet ne seront plus disponibles à la fin de celui-ci, ce qui implique d'organiser des sessions de brainstorming dès le début puis de manière régulière avec les structures de santé du gouvernement pour anticiper et surmonter ce défi. Dans le contexte opérationnel du projet Budikadidi, CRS et ses partenaires peuvent aider les CAC à générer des ressources financières pour soutenir leurs volontaires et les activités communautaires, dont le modèle CG. Par exemple, certaines CAC ont bénéficié d'une rémunération pour leur rôle de point de contact principal pour les organisations internationales mettant en œuvre des projets financés par des bailleurs de fonds, avec la mission de trouver des logements, assurer la sécurité, approvisionner en nourriture et mettre à disposition des lieux pour organiser des événements, entre autres. De plus,

les responsables de projet doivent en tout temps veiller à collaborer avec les acteurs de santé à haut niveau ainsi qu'avec les projets financés par des donateurs portant sur la gestion des finances publiques, afin d'explorer et de demander un soutien budgétaire ministériel/provincial en faveur de modèles communautaires à l'efficacité avérée, tels que le modèle CG.

- 5. Favoriser les chances de pérennité dès le démarrage du projet.** Les enseignements tirés de cette étude soulignent les avantages à promouvoir des liens solides entre les parties prenantes du système de santé, bien avant la dernière année du projet, afin de permettre un transfert progressif et pertinent par le

personnel du projet auprès des structures locales. Ensemble, les responsables du projet et les représentants du gouvernement peuvent élaborer une ébauche de processus de transfert lors du démarrage du projet, puis s'engager à évaluer chaque année les ressources, les capacités, les motivations et les facteurs qui caractérisent la structure de santé à privilégier. Le constat qui en résulte alimentera une réflexion régulière sur les progrès réalisés et les défis existants, ainsi que sur les changements affectant le contexte opérationnel, afin d'adapter les plans et de poser de manière continue les bases nécessaires à la pérennisation des interventions.



Catholic Relief Services | 228 W. Lexington Street, Baltimore, MD 21201, USA | crs.org | crsespanol.org
Pour plus d'informations, contactez le Représentant Résident de CRS/RDC, Christopher Bessey,
à christopher.bessey@crs.org