

TERMES DE REFERENCE SUR L'EVALUATION DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE INTEGREE DANS LES PROVINCES MANIEMA, KINSHASA, ET KONGO CENTRAL

I. Contexte et justification

Eliminer la mortalité évitable des enfants de moins de 5 ans est l'un des objectifs de développement durable des Nations unies pour la période 2015-30¹. Bien qu'une réduction significative de la mortalité infantile ait été observée avec une réduction du taux mondial de mortalité des moins de 5 ans de 12 %, entre 2015 et 2021, passant de 43 à 38 décès pour 1 000 naissances vivantes ; la situation reste préoccupante en Afrique sub-saharienne². Alors que la mortalité infantile a diminué dans toutes les régions, l'Afrique subsaharienne continue d'enregistrer les taux les plus élevés. En 2021, un enfant sur 14 était décédé avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans (74 décès pour 1 000 naissances vivantes) dans cette région, soit le même taux que le taux moyen mondial en 2001, il y a deux décennies. La République démocratique du Congo représente 291 000 (11 %) des 2 766 000 décès annuels estimés chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne³.

Afin de solutionner ce problème, le pays vise une réduction de 50% de la mortalité infanto-juvénile d'ici 2030 comme un des objectifs généraux de la couverture sanitaire universelle⁴. Cependant, la couverture sanitaire actuelle étant estimée à 30%, cela veut dire qu'environ 60 000 000 des Congolais parcourent plus de 5 Km pour avoir accès au centre de santé le plus proche qui réponde plus ou moins aux normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires⁵.

Par ailleurs, Les prestations des établissements de soins de santé (ESS) existants sont caractérisées par une faible redevabilité envers la communauté pourtant nécessaire pour la prise en compte des attentes et aspirations de celles-ci, gages d'une attractivité pour leur utilisation⁶. Il en résulte une faible utilisation des services et une faible résilience du système de santé face aux épidémies et situations d'urgence.

La stratégie communautaire a été définie en vue de réguler la prestation des services et soins en faveur de ces communautés, la promotion des pratiques familiales essentielles et la mise en place des sites des soins communautaires pour des populations isolées⁷. C'est ainsi que le renforcement de cette stratégie communautaire via *l'Augmentation de proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)*, a été retenue comme un des résultats intermédiaires du PNDS recadré 2019-2022.

Ce résultat intermédiaire est éclaté en 3 programmes qui sont :

¹ Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 21 octobre 2015 ; page 16/38.

² Rapport sur les objectifs de développement durable 2023 ; page 17.

³ Levels and trends in child mortality: report 2020. Estimates developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2020. Available from: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>

⁴ Plan stratégique national pour la CSU 2020-2030. Page 31.

⁵ Plan stratégique national pour la CSU 2020-2030. Page 12

⁶ PNDS recadré pour la période 2019-2022 : vers la couverture sanitaire universelle ; page 23-24

⁷ PNDS recadré pour la période 2019-2022 : vers la couverture sanitaire universelle ; page 40

- (a) **Le renforcement de la participation communautaire (PARTICOM)** : la participation effective de la population à l'action sanitaire devrait permettre d'identifier les problèmes et les besoins de santé de la population et en même temps de mettre en place et/ou de renforcer les organes de PARTICOM définis dans la stratégie commune de participation communautaire. Les membres des organes de participation communautaire (OPACO) devraient être capacités afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle. Cela inclut le **suivi réalisé par la communauté qui** consiste à renforcer les capacités des Organisations à Assise Communautaire (OAC) pour leur permettre d'exercer le contrôle citoyen sur les décideurs et prestataires des services. Les OAC réalisent le suivi de l'offre, l'accès, la qualité et la disponibilité des soins et services offerts à la population. Elles décèlent les faiblesses et proposent des améliorations dans un plan de redressement consensuel, mènent les activités de plaidoyer pour l'amélioration de la disponibilité et la qualité des services offerts.
- (b) **La Promotion de l'utilisation des services de santé** : les actions de promotion devraient être menées pour faire connaître les interventions offertes par les Services de santé en vue de répondre aux problèmes et besoins spécifiques de la communauté. Les activités de marketing social et de communication devraient être intensifiées en collaboration avec les secteurs connexes (Enseignement, Environnement, Eau, Agriculture, Habitat,) et les leaders communautaires pour une meilleure utilisation et appropriation des services et soins de santé. A cet effet, OPACO et les leaders d'opinions devraient être mis à contribution pour garantir les chances de succès de cette approche.
- (c) **Extension des sites de soins communautaires** : dans les aires de santé où l'accessibilité géographique au centre de santé constitue un obstacle majeur, les sites de soins devraient être établis progressivement pour l'identification et la prise en charge précoce des principales maladies tueuses des enfants de moins de 5 ans (paludisme simple, diarrhées et infections respiratoires aiguës). Les cas graves devraient être référés précocement aux centres de santé. Ces Sites de Soins Communautaires (SSC) devraient être approvisionnés en médicaments par le centre de santé et supervisés par l'infirmier titulaire de l'aire de santé afin d'assurer la qualité des soins offerts. La mise en œuvre de ce programme demandera un renforcement des compétences et l'appui aux agents de santé communautaire. En outre, un processus de coordination des interventions au niveau communautaire sera opérationnalisé pour une meilleure harmonisation des interventions.

La mise en œuvre de cette stratégie communautaire a bénéficié entre autres de l'appui du FM à travers SANRU et ses sous-récepteurs qui a permis de mettre en place et rendre fonctionnelle des structures de participations communautaires (CAC et CODESA) dans les 3 DPS de Maniema (10ZS) à partir de 2021, à Kinshasa (35 ZS) et Kongo central(6ZS) à partir de 2022. Depuis, 8. 335 CAC et 641 CODESA ont été mis en place et rendu fonctionnelle dans 51ZS de 3 DPS ci-haut citées.

Les relais communautaires (RECO) membres des CAC réalisent les visites à domicile pour la promotion des pratiques familiales essentielles dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA ainsi que d'autres problèmes majeurs de santé publique. Le rapport de SANRU révèle qu'en 2023, ces RECO ont réalisé 4.791.345 VAD dans les ménages⁸.

Dans le cadre du suivi dirigé par la communauté, au total 316 OAC ont été renforcé en capacité dans 23 ZS de mêmes 3 DPS de Kongo central de Maniema (10ZS), Kinshasa (7 ZS)

⁸ Projet COVID-19 : Rapport annuel 2023.

et Kongo central(6ZS). Les OAC ont produit 3.586 rapports dans les 3 DP durant l'année 2023 dans lesquels des dysfonctionnements en rapports notamment avec les ruptures de stock des médicaments et des paiements indus ont été relevé et partagé avec les parties prenantes.

Quant aux sites des soins communautaires (SSC), 6.627 SSC sont fonctionnels dans 304 ZS réparties dans 16 DPS appuyés par le Fonds mondial. En annexe les détails. Ces SSC ont pris en charge des milliers des patients habitants dans les endroits d'accès difficile et souffrant des cas simples de paludisme, diarrhée et infections respiratoires aigües. Les cas sont orientés dans les centres de santé.

Des évaluations de cette stratégie communautaire ont été conduites dans les provinces 3 provinces, en l'occurrence : (i) une évaluation initiale (base line) dans la 3 provinces en 2021 au Maniema et en 2022 dans les provinces de Kinshasa et Kongo Central, (ii) une évaluation end process au Maniema en 2023, (iii) une évaluation de la prise en charge du paludisme dans les SSC en 2022 dans 9 DPS parmi lesquelles, les 3 DPS ciblées. Ces évaluations antérieures portaient essentiellement sur :

- (i) Pour le volet PARTICOM de la stratégie communautaire : l'évaluation de la fonctionnalité des organes de PARTICOM **sans aborder les aspects de suivi dirigé par la communauté** ;
- (ii) Pour le volet « Promotion de l'utilisation des services de santé » : l'évaluation des connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages par rapport au paludisme, la tuberculose, le VIH, les pratiques familiales essentielles et les signes de danger pour les mères et les enfants, mais seulement avant et après pour le Maniema (**Evaluation end line non réalisée pour Kinshasa et le Kongo Central**) ; la contribution de la stratégie communautaire à **l'amélioration du recours précoce aux soins offerts par les ESS et de la référence et contre-référence** entre les échelons du système de santé n'ont pas été abordées dans toutes ces évaluation précédentes ;
- (iii) Pour le volet « SSC » : l'évaluation de la connaissance de l'existence des SSC et le paquet de service fournis à ce niveau, **sans aborder les aspects d'amélioration de la fréquentation de ces SSC** à la suite du travail des RECO promotionnels membres des CAC ; l'évaluation de la prise en charge du paludisme au niveau des SSC, **sans aborder l'évaluation de la prise en charge des autres maladies** (IRA, Diarrhées, Orientation des cas de TB, et de malnutrition).

En contexte de ressources limitées, l'enjeu est d'apporter des éléments de preuve démontrant que, ce renforcement de la stratégie communautaire apporte des résultats contribuant significativement à l'impact attendu de l'interaction entre les services de santé et celui du système de la santé communautaire, particulièrement en termes de réductions de la morbidité et de la mortalité au VIH, TBC et paludisme.

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Evaluer la performance globale du système de santé communautaire dans les 3 DPS ciblées de Maniema, Kinshasa et Kongo central ainsi que les progrès accomplis dans l'amélioration des couvertures des interventions du VIH, TBC et Paludisme.

2.2. Objectifs spécifiques (OS)

- **OS1** : Mesurer les indicateurs d'effets du paquet communautaire de lutte contre le VIH : Certaines des conditions préalables les plus importantes pour réduire le taux d'infection par le VIH sont une connaissance précise de la façon dont le VIH est transmis et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte est le premier pas vers la sensibilisation et la fourniture aux adolescents et aux jeunes des outils pour se protéger de l'infection. Les RECO des CAC redynamisés sont mis à contribution pour intensifier les activités de promotion relatives à la connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du VIH. Les indicateurs ci-après seront mesurés :
 1. Répartition comparée d'enquêtés en fonction de la source d'information sur le VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (Part des RECO) (ICHESS : Avoir entendu parler du VIH & Source d'information/ Maniema Pré et Per intervention & Kinshasa + Kongo Central Pré-intervention) ;
 2. Pourcentage comparé de femmes/hommes de 15-49 ans qui ont une connaissance approfondie de la transmission du VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Modes de transmission / Maniema Pré et Per intervention & Kinshasa + Kongo Central Pré-intervention) ;
 3. Répartition de femmes/hommes de 15-49 ans qui ont une connaissance approfondie de la transmission du VIH en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 4. Pourcentage comparé de femmes/hommes de 15-49 ans qui connaissent les moyens de prévention de la transmission du VIH (ZS d'intervention Vs ZS non ciblées par l'intervention) (Part des RECO) (ICHESS : Moyens de prévention/ Maniema Pré et Per intervention & Kinshasa + Kongo Central Pré-intervention) ;
 5. Dans les ZS d'intervention, Répartition de femmes/hommes de 15-49 ans qui connaissent les moyens de prévention de la transmission du VIH en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 6. Pourcentage comparé de femmes/hommes de 15-49 ans qui sait qu'une personne qui paraît en bonne santé peut avoir le VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
 7. Dans les ZS d'intervention, Répartition de femmes/hommes de 15-49 ans qui sait qu'une personne qui paraît en bonne santé peut avoir le VIH en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 8. Pourcentage comparé de femmes/hommes de 15-49 ans qui rejette les fausses idées communes sur le VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Attitudes faces aux PVVIH/ Maniema Pré et Per intervention & Kinshasa + Kongo Central Pré-intervention) ;
 9. Dans les ZS d'intervention, Répartition de femmes/hommes de 15-49 ans qui rejette les fausses idées communes sur le VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 10. Pourcentage comparé de femmes/hommes de 15-49 ans qui identifient correctement les moyens de la transmission mère-enfant du VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Connaissances de la transmission Mère-Enfant / Maniema Pré et Per intervention & Kinshasa + Kongo Central Pré-intervention) ;

11. Dans les ZS d'intervention, Répartition de femmes/hommes de 15-49 ans qui identifient correctement les moyens de la transmission mère-enfant du VIH en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 12. Pourcentage comparé de femmes/hommes âgées de 15-49 ans qui savent où aller pour un test de VIH dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (Part des RECO) ;
 13. Dans les ZS d'intervention, Répartition des femmes/hommes âgées de 15-49 ans qui savent où aller pour un test de VIH en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Informé/visité par les RECO Vs autres sources/Non visité par les RECO) ;
 14. Pourcentage comparé de femmes/hommes âgées de 15-49 ans qui ont déjà été testés les 12 derniers mois (ICHESS : Connaissances du statut sérologique et dépistage volontaire/Maniema) ;
 15. Dans les ZS d'intervention, Répartition de personnes testées les 12 derniers mois en fonction du facteur ayant orienté vers le site de (incité au) dépistage (RECO, initiative personnelle, Prestataire, Ami/Collègue/Membre de famille, Radio/TV, Réseaux sociaux, Panneaux publicitaires/Affiches, Causeries éducatives ou communication à l'église, à l'école, à l'université/Saynète, Médias écrits).
 16. Dans les ZS d'intervention, Répartition de personnes testées les 12 derniers mois en fonction de la personne ayant orienté vers le site de (incité au) dépistage.
 17. Evaluer la contribution des RECO promotionnels et des OAC aux changements observés pour chacun des indicateurs ci-haut.
- **OS2** : Mesurer les indicateurs d'effets du paquet communautaire de lutte contre le Paludisme :
L'utilisation des MII est l'une des principales interventions de santé mises en œuvre pour réduire la transmission du paludisme en RDC. La promotion de l'utilisation de la MII est une composante clé du paquet d'activités promotionnelles confiées aux RECO et Aux CODESA/CAC. Le recours précoce aux soins et la prévention du paludisme chez la femme enceinte font partie également de ce paquet d'activités promotionnelles. Les indicateurs ci-après seront mesurés :
 1. Pourcentage comparé de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Existence des MII dans les ménages/Maniema) ;
 2. Pourcentage comparé de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) en fonction de la source (Campagne, CPN, CPS, autre) dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Existence des MII dans les ménages/Maniema) ;
 3. Dans les ZS d'intervention, Répartition ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;
 4. Pourcentage comparé de ménages ayant reçu une MII à la CPS ou à la CPN dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
 5. Dans les ZS d'intervention, Répartition ménages ayant reçu une MII à la CPS ou à la CPN en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;

6. Pourcentage comparé de population des ménages qui a accès à une MII dans le ménage dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
7. Dans les ZS d'intervention, Répartition ménages ayant accès une MII dans le ménage en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;
8. Pourcentage comparé de membres des ménages qui ont dormi sous moustiquaire la nuit précédente dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
9. Dans les ZS d'intervention, Répartition des membres de ménages ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédente en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Vivant dans un ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;
10. Pourcentage comparé d'enfants âgés de 0-59 mois ayant dormi sous une MII durant la nuit précédente dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention (ICHESS : Enfant ayant dormi sous la MII/Maniema) ;
11. Dans les ZS d'intervention, Répartition d'enfants âgés de 0-59 mois ayant dormi sous une MII durant la nuit précédente en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;
12. Pourcentage comparé de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
13. Dans les ZS d'intervention, Répartition de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière en fonction de la source d'information et/ou de la visite par les RECO (Ménage Informé/visité par les RECO Vs ménage informé par d'autres sources/Non visité par les RECO) ;
14. Pourcentage comparé de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les deux années précédant l'enquête et qui ont reçu un TPI contre le paludisme dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
15. Répartition des femmes enceintes ayant reçu un TPI en fonction des facteurs ayant incité à la prise de TPI (Prestataires, RECO, OAC, Membres de famille) ;
16. Pourcentage comparé d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
17. Répartition d'enfants de 0 à 59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés en fonction des sources des conseils/Traitement (Prestataires, RECO, OAC, Membres de famille) ;
18. Pourcentage comparé d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines qui ont bénéficié d'une piqure au doigt ou au talon pour un test parmi ceux qui ont eu des conseils ou un traitement dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
19. Répartition d'enfants de 0 à 59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés et qui ont bénéficié d'une piqure au doigt ou au talon pour un test en fonction des sources des conseils/Traitement (Prestataires, RECO, OAC, Membres de famille) ;
20. Pourcentage comparé d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines qui ont bénéficié de CTA parmi ceux qui ont été testés positifs au test diagnostic dans les ZS d'intervention Vs ZS sans intervention ;
21. Répartition d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines qui ont bénéficié de CTA en fonction des sources des conseils/Traitement (Prestataires, RECO, OAC, Membres de famille).

- **OS3** : Mesurer les indicateurs d'effets du paquet communautaire de lutte contre la tuberculose :

Un paquet d'activités promotionnelles a été établi afin de garantir que la réponse à la TB promet un changement de paradigme dans la riposte à la TB et épouse une approche communautaire basée sur les droits humains fondée sur l'équité et l'égalité de genre, les priorités stratégiques du PATI 6 est un moyen d'augmenter la notification des cas et les taux de réussite du traitement en RD Congo. Afin d'évaluer l'effet de la redynamisation de la participation communautaire, les indicateurs ci-après seront mesurés :

1. Pourcentage de patients sous DOTS communautaire parmi la cohorte de patients de la période d'étude ;
 2. Pourcentage de patients TB suivis dans la communauté ayant été déclarés guéris ;
 3. Pourcentage de patients présumés TB orientés par la communauté vers le centre de santé parmi les patients TB présumés reçus au niveau de l'ESS ;
 4. Patients TB perdus de vue retrouvés et orientés ;
- **OS4** : Evaluer la contribution des structures de participation communautaire à l'offre de soins promotionnels et curatifs ainsi que le lien entre les différents organes de PARTICOM :
1. Pourcentage d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été obtenus à domicile à travers un RECOSITE (Cfr OS2.17) ;
 2. Pourcentage de RECO ayant participé à la dernière réunion de CAC (Présence des RECO aux 3 dernières réunions de CAC sur base des listes de présence des réunions) ;
 3. Pourcentage de réunion des CAC ayant traité d'au moins un point en rapport avec les problèmes rencontrés par les RECO sur terrain ;
 4. Pourcentage de Présidents des CAC ayant participé à la dernière réunion de CODESA (Présence des RECO aux 3 dernières réunions de CODESA sur base des listes de présence des réunions)
 5. Pourcentage de réunion de monitoring de l'AS avec participation des membres du CODESA (sur base des listes de présence) ;
 6. Pourcentage de rapport mensuels des RECOSITES contresignés par les CAC ;
 7. Pourcentages de RECOSITES supervisés par l'Infirmier Titulaire (IT) au cours des 3 derniers mois ;
- **OS5** : Evaluer l'effectivité du suivi dirigé par la communauté.
Les indicateurs ci-après seront mesurés :
1. Pourcentage d'OAC disposant des contrat signés avec les OSC communautaire de de mise en œuvre (SR) ;
 2. Pourcentage d'OAC disposant de ressources indispensables à l'organisation du suivi communautaire (listes personnes formées (3 par AS) ou rapports de formation, livre de caisse ou fiches de paie attestant du paiement mensuel par le SR) ;
 3. Pourcentage d'incohérence entre les données sources (sur les outils de collecte primaires) et les données rapportées (sur les outils secondaires centralisateurs et les rapports d'activités programmatiques des OAC) ;
 4. Pourcentage de réunion de monitoring de l'AS avec participation des membres des OAC (sur base des listes de présence) ;
 5. Proportion d'OAC ayant visité au moins un CS/SSC/CAC mensuellement au cours des 3 derniers mois ;

6. Pourcentage des dysfonctionnements qui ont connus une évolution positive dans le temps grâce au travail de suivi communautaire réalisé par les OAC ;
 7. Existence d'un cadre de concertation les différents acteurs de la Société Civile (SR Communautaires d'implémentation et SR Communautaires de contrôle citoyen/Suivi communautaire) ;
- **OS6** : Evaluer la mise en œuvre des activités des SSC.
Les indicateurs ci-après seront mesurés :
 1. Nombre moyen des cas reçus au SSC durant les 6 dernier mois
 2. Taux de satisfaction de la population bénéficiaire du SSC (Mesure à l'aide d'une échelle de Likert auprès des chefs de ménages) ;
 3. Pourcentage de cas orientés parmi les cas éligibles ;
 4. Pourcentage de cas contre-orientés vers le SSC ;
 5. Pourcentage de RECOSITE avec une bonne connaissance en rapport avec la PEC du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie ;
 6. Pourcentage de recosite ayant bénéficié de la formation/briefing ou mise à niveau durant les 3 derniers années ;
 7. Pourcentage de SSC avec paquet complet de PEC communautaire des 3 maladies ;
 8. Pourcentage des SSC disposant des médicaments (ACT, TDR) et outils de gestion (registre de consultation, fiche de rapport) dans les SSC ;
 9. Pourcentages de RECOSITE supervisés par l'IT ou l'ITA au cours des 3 derniers mois ;
 10. Principaux problèmes rencontrés par les RECOSITE dans la PEC communautaire des 3 maladies du point de vue des IT.
 - **OS7**. Relever toute irrégularité ainsi que des éventuels goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des activités ;
 - **OS8**. Déterminer les facteurs internes et externes (pertinence, cohérence, efficacité, efficience et durabilité) qui influencent l'atteinte positivement ou négativement les résultats des activités communautaires ;
 - **OS9**. Proposer des pistes de solution idoines dans le cadre de l'extension vers d'autres ZS et provinces.

III.Approche méthodologique

3.1. Périmètre de l'intervention

Les activités communautaires (SSC, CLM, CAC/CODESA) sont intégrées dans 23 ZS de 3 DPS de Maniema, kongo central et Kinshasa ; Les 23 ZS ciblées sont les 10 ZS dans la DPS de Maniema : Alunguli, Ferekeni, Kailo, Kalima, Kampene, Kindu, Lubutu, Obokote, Pangi et Punia ; les 6 ZS de la DPS de Kongo central : Kitona, Nzanza, Kwilu 'Ngongo, Boma, Mwanda , Sekebanza et enfin les 7 ZS de la DPS de Kinshasa : Masina 1, Binza Ozone, Mont Ngafula 1 , Mont Ngafula 2 , Maluku 1 , Biyela et Kikimi. A Kinshasa, outre les 7 ZS avec un « paquet complet d'activités communautaires (SSC, CLM et CAC/CODESA), les 28 autres ont un paquet partiel (soit, les SSC, soit les CAC/CODESA). Au Maniema et au Kongo Central, outre les ZS avec paquet complet, parmi les autres ZS, une ou 2 autres composantes du paquet sont implémentées

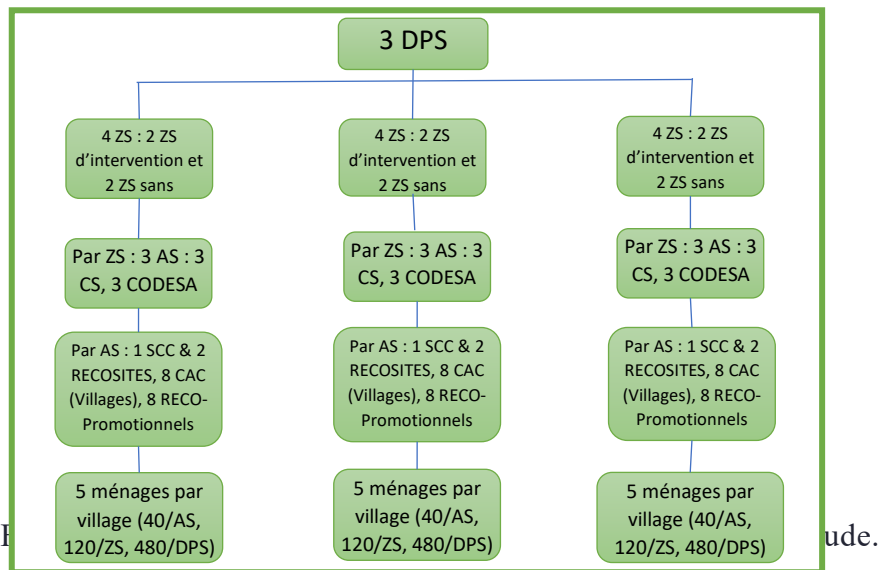
3.2. Type d'étude.

Il s'agira d'une étude transversale analytique comparant les indicateurs d'effet et de couverture entre les ZS d'intervention (avec Paquet communautaire complet) et les ZS non ciblées par l'intervention (avec Paquet incomplet). Ce volet quantitatif sera complété par un volet qualitatif portant sur des entretiens semi-structurés avec les prestataires des informateurs clés pour relever l'appréciation des leaders communautaires et des prestataires de soins sur la fonctionnalité des structures de PARTICOM et sur l'existence d'interventions autres que celles liées à la redynamisation des activités communautaires financées par le Fonds mondial susceptibles d'influer sur les indicateurs de couverture mesurés.

3.3. Echantillonnage.

Pour le volet quantitatif, nous procéderons à un échantillonnage en cluster en plusieurs degrés. Dans chacune des 3 DPS, 2 ZS avec paquet complet (dont une urbaine et une rurale) et 2 ZS avec paquet partiel seront sélectionnées aléatoirement (dont une urbaine et une rurale). Si une DPS ne compte pas plus d'une ZS urbaine, 2 ZS rurales seront sélectionnées parmi les ZS avec ou sans paquet complet. Dans chaque ZS sélectionnée, 2 AS (parmi celles ayant au moins 1 SSC) seront sélectionnées. A ce niveau, les données à recueillir au niveau des ESS seront collectées auprès du CS responsable de l'AS. Au niveau communautaire, le CODESA, au moins 2 CAC, au moins 4 RECO et un nombre suffisant de ménages pour compléter la taille minimum requise pour la collecte des indicateurs de couverture seront inclus dans l'étude.

Nous avons retenu un niveau de confiance de 95%, une précision de 5% et un taux de non-réponse de 20% pour une prévalence inconnue, pour calculer la taille de l'échantillon des ménages à inclure dans chaque ZS. Cela correspond à 461 ménages par DPS, soit un total de 1383 ménages pour les 3 DPS. Le volet qualitatif, consistera en entretien semi-structuré avec les RECOSITE des SSC inclus, les Chefs de villages des CAC inclus, les IT ou ITA des AS inclus, le MCZ et l'AC de toutes les ZS incluses dans l'étude, les SR communautaires (PM/Point Focal ou M&E).



3.4. Collecte des données

Les méthodes suivantes seront utilisées pour la collecte des données :

- La revue documentaire des documents clés disponibles dans les structures à vérifier
- Les interviews / entretiens semi directifs avec les acteurs clés à tous les niveaux de PARTICOM
- La recherche et entretien avec les patients et les ménages bénéficiaires dans la communauté.

Les données qualitatives seront récoltées au moyen d'entretien semi-structurés. Cette approche permet de comprendre la vision et les perspectives des utilisateurs, les questions clés de l'acquisition et de la communication de l'information, de la demande, ainsi que de la fourniture et de l'utilisation.

3.5. Plan de traitement et analyse des données

La collecte des données sera électronique utilisant l'application ODK collect. Les données seront ensuite transférées sur STATA 16 pour leurs traitements et analyses. Les variables catégorielles seront présentées sous forme de fréquence relative et des graphiques, les variables quantitatives seront résumées par des mesures de tendance centrale et de dispersion. La moyenne et son écart type seront rapportés pour les variables dont la distribution sera normale ; la médiane et l'écart interquartile seront rapportés pour les variables quantitatives non normalement distribuées.

Le test de khi-2 ou le test exact de Fisher permettront de comparer les proportions selon leurs conditions d'application, tandis que le test T de Student, l'ANOVA ou les tests non paramétriques de Wilcoxon Mann-Whitney ou de Kruskal Wallis serviront pour la comparaison des moyennes ou des rangs selon leurs conditions d'application.

Les facteurs explicatifs effets attendus de l'intervention (Connaissance sur le VIH, Attitudes favorables en rapport avec le VIH, Recherche des tests VIH, personnes testées, Possession des MII, Accès aux MII, Utilisation des MII, Prise du nombre suffisant de doses de SP pour le TPI, Recherche de conseils/soins pour les enfants fébriles, Enfants fébriles testé pour le diagnostic, enfants fébriles mis sous CTA, Patients TB orientés par la communauté, Patients TB sous DOT communautaire, Patients TB déclarés guéris, Patients TB perdus de vue retrouvés et orientés) seront recherchés par les modèles de régression logistique incluant la

source d'information/conseils/visites des RECO (Oui/Non), la ZS de résidence (ZS d'intervention ou non), la fonctionnalité des organes de participation communautaire (Oui/Non) et les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés pour ceux de ces facteurs se montreront une association significative en analyse bivariée.

Les Odds ratio et les IC95% seront calculés pour mesurer le degré d'association entre les variables indépendants et la variable dépendante. La valeur de $p < 0,05$ sera le seuil de signification statistique.

Des résultats des analyses préliminaires seront partagé avec le Fonds mondial un mois après la fin des missions de collecte sur terrain et un rapport final rédigé après les feedbacks.

3.6. Considérations éthiques

Avant l'administration du questionnaire, chaque enquêteur sollicitera un consentement éclairé de la personne à enquêter après une brève explication des objectifs de l'étude. Le consentement sera écrit et signé par le répondant. Tous les sujets sélectionnés auront l'information que la participation à l'étude sera volontaire, qu'ils pourraient interrompre l'entretien à n'importe quel moment et qu'ils ne seront pas obligés de répondre à toutes les questions. La confidentialité du répondant sera garantie car aucune information personnelle pouvant lier le répondant à ses données ne sera collectée.

IV. Activités l'évaluateur

L'évaluateur aura (avant, pendant et après l'étude) les responsabilités ci-après :

- Proposer le plan de mise en œuvre comprenant le design de l'évaluation (échantillonnage, les sites retenus, les approches de collecte, renforcement de capacités des équipes, après concertation avec SANRU, la grille de collecte des données, le plan d'analyse des données, la dissémination des résultats, les recommandations à toutes les parties prenantes du système communautaire ainsi que les éléments de considérations éthiques à respecter ;
- Soumettre une proposition financière à SANRU pour appréciation et financement ;
- Proposer des dispositifs d'assurance qualité durant tout le processus ;
- Rédiger des rapports d'étapes et rapport final

V. Livrables et tranches de paiement

Les principaux livrables de l'équipe d'évaluation sont :

N°	Livrables	Délai
Livable 1	Plan de travail budgétisé	Première semaine de travail
Livable 2	Rapport de formation des superviseurs nationaux et des enquêteurs locaux	7 jours après la fin de la formation
Livable 3	Rapport de la collecte des données dans les 3 DPS de Kinshasa, Kongo central et Maniema	10 jours après la fin de la collecte des données

Livrable 4	Rapport provisoire de l'étude, lequel sera accompagné de l'ensemble de données quantitatives et qualitatives recueillies, traitées et validées	15 jours après la fin de la collecte des données
Livrable 5	Atelier de restitution des résultats et de pré-validation devant SANRU et MOH.	10 jours après soumission du rapport provisoire
Livrable 6	Rapport final de l'étude après intégration des feedbacks de SANRU et MOH.	7 jours après la réception des observations et/ou remarques issues de l'atelier de restitution.

Le rapport final y compris le résumé exécutif, ne doit pas dépasser 50 pages + les annexes suivant la structure suivante :

1. Résumé exécutif de conclusions, en Français (maximum 2 pages).
2. Introduction-Méthodologie (maximum 4 pages)
3. Les résultats et conclusions (maximum 38 pages)
4. Recommandations (maximum 3 pages)
5. Leçons apprises (maximum 3 pages)
6. Annexes
7. Power point résumant les résultats

VI. Profil du Consultant (Individuel)

L'évaluation sera conduite par un Consultant (Individuel) ayant une expertise avérée dans le domaine de l'engagement et de la participation communautaire et du système de santé de la RDC.

- Être détenteur d'un diplôme universitaire en Médecine, en Démographie, en Sociologie, en Anthropologie. Un Master en Santé Publique est un atout ;
- Avoir une expérience d'au moins 10 ans dans la réalisation des enquêtes et évaluation ;
- Avoir une expérience pertinente du système sanitaire congolais et/ou des ONG nationales et internationales intervenant dans la santé ;
- Aptitude à établir des priorités et des problèmes actuels de manière efficace pour développer des recommandations ;
- Justifier d'une expérience professionnelle en évaluation des projets/programme de santé communautaires financés par bilatéraux ou multilatéraux ou pour des organisations nationales d'au moins cinq (5) ans ;
- Expérience de travail d'au moins 5 ans, dans le domaine des participation/engagement communautaire
- Expérience professionnelle pertinente dans la recherche opérationnelle/évaluation en sciences sociales/santé publique ;
- Être capable d'organiser son travail dans le temps imparti de manière autonome et sous pression ;
- Justifier d'une expérience prouvée dans la préparation et rédaction des termes de référence des évaluations/protocoles de recherche, dans l'analyse, l'évaluation et suivi des activités des projets/programmes de santé communautaire ;
- Avoir une connaissance suffisante de l'outil informatique courant (maîtrise exigée en MS Excel, MS Word, Outlook, MS PowerPoint, Internet) et autres logiciels d'analyse des données ;

- Avoir la maîtrise du français écrit et parlé ;
- Être de bonne moralité ;
- La connaissance de l'anglais et du fonctionnement des systèmes des bailleurs des fonds (Fonds Mondial, Banque mondiale, ASDI, BAD, etc.) est un atout ;
- L'appartenance à un Cabinet d'études est un atout.

VII. Durée de l'évaluation : 50 jours.

A partir de la date de signature du contrat par les deux parties, le Consultant dispose de 50 jours pour réaliser et terminer l'évaluation.

La première version du rapport est soumise sous forme électronique à l'équipe de coordination de l'évaluation (Comité de pilotage) dans les 8 jours suivant l'achèvement de la mission d'évaluation. SANRU dispose de 5 jours pour ses observations. Une deuxième version du rapport est ensuite partagée pour examen et commentaires pendant 7 jours. Le rapport final sera partagé à SANRU au plus tard 10 jours après la réception des commentaires de toutes les parties prenantes.

VII. Processus de sélection du consultant

Les Consultants intéressés dans la conduite de cette évaluation devront soumettre un dossier comportant les documents suivants :

Proposition technique : document de maximum 8 pages qui devra :

- (a) expliquer leur compréhension des termes de référence ;
- (b) proposer une méthodologie pour réaliser cette étude (méthodes de collecte de données, plan détaillé des analyses et chronogramme des activités) ;
- (c) Les CV des experts membres de l'équipe.

Proposition financière : un plan budgétisé couvrant la totalité des activités prévues dans le plan de travail, y compris les arrangements logistiques (DSA et autres comme requis), les frais, les coûts potentiels liés à la collecte de données etc.

Les critères de sélection et la pondération de chaque offre, y compris l'évaluation de CV, l'offre technique sont les suivants :

N°	Critères	Points Maximum (100)
1	Détention d'un diplôme universitaire de Médecine, Pharmacie, Statistique ou équivalent et avoir un Master en Santé Publique serait un atout	15
2	Expérience professionnelle générale d'au-moins cinq (5) ans. Pour 1 an d'expérience : 5 pts ; Pour 2 ans : 10 pts ; Pour 3 ans : 15 pts ; Pour 4 ans et plus : 20 pts	20
3	Expérience professionnelle en évaluation des projets/programme de développement financés par bilatéraux ou multilatéraux ou pour des organisations nationales d'au moins trois (3) ans Pour 1 an d'expérience : 5 pts ; Pour 2 ans : 10 pts et Pour 3 ans et plus : 15 pts	15
4	Expérience pertinente du système sanitaire congolais :	15

	Avoir travaillé au niveau opérationnel (HGR, BCZS, Partenaire d'appui, ...) pendant au moins 3 ans : 5 pts Avoir travaillé au niveau intermédiaire (DPS, Coordination provinciale, Partenaire d'appui, ...) pendant au moins 3 ans : 5 pts Avoir travaillé au niveau central/stratégique (Direction centrale, Programme national, Partenaire d'appui, Ecole de santé publique, ...) pendant au moins 3 ans : 5 pts	
5	Connaissance suffisante de l'outil informatique (logiciels de base MS Excel, MS Word, Outlook, MS PowerPoint, Internet) et autres logiciels d'analyse des données (SPSS, STATA, EPI INFO, ...)	10
6	Avoir des références de travail d'évaluation de projets de santé et/ou de santé de reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l'enfant et de l'Adolescent : 5 pts si une seule référence ; 10 pts si deux références ; 15 pts si trois références et 25 pts à partir de 4 références	25

Nombre total de points maximum pour l'offre Technique égale à 100 points.

Note : Score minimum d'acceptation d'une proposition technique est de 70 sur 100.

Seuls les candidats ayant obtenu ce score minimum et au-delà pour leur proposition technique verront leur offre retenue pour l'évaluation financière.

ANNEXE

Tableau 1 : Nombre des CAC et CODESA par ZS et DPS

DPS	Zone de Santé	AS/CODESA	CAC
Kinshasa	<i>Bandalungwa</i>	8	61
	<i>Barumbu</i>	10	48
	<i>Binza Meteo</i>	11	64
	<i>Binza Ozone</i>	15	210
	<i>Biyela</i>	11	127
	<i>Bumbu</i>	19	94
	<i>Gombe</i>	10	54
	<i>Kalamu 1</i>	10	116
	<i>Kalamu 2</i>	8	112
	<i>Kasa Vubu</i>	7	37
	<i>Kikimi</i>	9	112
	<i>Kimbanseke</i>	11	169
	<i>Kingabwa</i>	10	151
	<i>Kingasani</i>	8	138
	<i>Kinshasa</i>	7	31
	<i>Kintambo</i>	8	150
	<i>Kisenso</i>	17	236
	<i>Kokolo</i>	24	108
	<i>Lemba</i>	14	84
	<i>Limete</i>	11	136
	<i>Lingwala</i>	8	45
	<i>Makala</i>	14	83
	<i>Maluku 1</i>	17	279
	<i>Maluku 2</i>	12	168
	<i>Masina 1</i>	12	128
	<i>Masina 2</i>	11	128
	<i>Matete</i>	13	34
	<i>Mont Ngafula 1</i>	17	140
	<i>Mont Ngafula 2</i>	14	200
	<i>Ndjili</i>	14	119
	<i>Ngaba</i>	6	39
	<i>Ngiri Ngiri</i>	8	35
	<i>Nsele</i>	14	196
<i>Police</i>	11	154	
<i>Selembao</i>	18	179	
Sous-Total 1	35	417	4165
Kongo-Central	<i>Boma</i>	12	435
	<i>Kitona</i>	6	481
	<i>Kwilu Ngongo</i>	21	411
	<i>Muanda</i>	12	113
	<i>Nzanza</i>	10	330
	<i>Seke Banza</i>	17	501
Sous-Total 2	6	78	2271
Maniema	<i>Alunguli</i>	7	118

	<i>Ferekeni</i>	10	128
	<i>Kailo</i>	17	410
	<i>Kalima</i>	19	210
	<i>Kampene</i>	18	216
	<i>Kindu</i>	11	184
	<i>Lubutu</i>	20	219
	<i>Obokote</i>	11	84
	<i>Pangi</i>	16	179
	<i>Punia</i>	17	151
Sous-Total 3	10	146	1899
TOTAL	51	641	8335

Tableau 2 : Nombre des OAC par ZS et par DPS

N°	DPS	SR	ZS	AS/CODESA/OAC
1	KONGO CENTRAL	CNRSC	KITONA	6
			NZANZA	10
			KWILU NGONGO	21
			BOMA	11
			MUANDA	12
			SEKE BANZA	17
S/TOTAL1			6	77
2	KINSHASA	CNRSC	MASINA 1	12
			BINZA OZONE	15
			MONT NGAFULA 2	14
			MALUKU 1	15
			BIYELA	11
			KIKIMI	9
			MONT NGAFULA 1	17
S/TOTAL1			7	93
3	MANIEMA	FFP MANIEMA	PUNIA	17
			FEREKENE	10
			LUBUTU	20
			OBOKOTE	11
			KALIMA	19
			KAILO	17
			PANGI	15
			ALUNGULI	8
			KINDU	11
			KAMPENE	18
S/TOTAL1			10	146
TOTAL			23	316

Tableau 3 : Nombre des SSC par ZS et par DPS

PROVINCE	Nom ZS	Total SSC
BAS UELE	AKETI	43
BAS UELE	ANGO	43
BAS UELE	BILI	27
BAS UELE	BONDO	39
BAS UELE	BUTA	40
BAS UELE	DINGILA	43
BAS UELE	LIKATI	33
BAS UELE	MONGA	23
BAS UELE	POKO	42
BAS UELE	TITULE	28
BAS UELE	VIADANA	29
EQUATEUR	BASANKUSU	40
EQUATEUR	BIKORO	27
EQUATEUR	BOLENGE	25
EQUATEUR	BOLOMBA	41
EQUATEUR	BOMONGO	38
EQUATEUR	DJOMBO	35
EQUATEUR	IBOKO	26
EQUATEUR	INGENDE	25
EQUATEUR	IREBU	17
EQUATEUR	LILANGA BOBANGI	44
EQUATEUR	LOLANGA MAMPOKO	28
EQUATEUR	LOTUMBE	25
EQUATEUR	LUKOLELA	18
EQUATEUR	MAKANZA	38
EQUATEUR	MBANDAKA	26
EQUATEUR	MONIEKA	28
EQUATEUR	NTONDO	20
EQUATEUR	WANGATA	16
HAUT UELE	ABA	45
HAUT UELE	BOMA MANGBETU	41
HAUT UELE	DORUMA	18
HAUT UELE	DUNGU	56
HAUT UELE	FARADJE	38
HAUT UELE	GOMBARI	23
HAUT UELE	ISIRO	42
HAUT UELE	MAKORO	61

HAUT UELE	NIANGARA	27
HAUT UELE	PAWA	37
HAUT UELE	RUNGU	28
HAUT UELE	WAMBA	48
HAUT UELE	WATSA	48
ITURI	ADI	40
ITURI	ADJA	23
ITURI	ANGUMU	22
ITURI	ARIWARA	31
ITURI	ARU	20
ITURI	AUNGBA	19
ITURI	BAMBU-MINES	29
ITURI	BIRINGI	30
ITURI	BOGA	18
ITURI	BUNIA	6
ITURI	DAMAS	32
ITURI	DRODRO	26
ITURI	FATAKI	25
ITURI	GETY	28
ITURI	JIBA	25
ITURI	KAMBALA	21
ITURI	KILO	24
ITURI	KOMANDA	27
ITURI	LAYBO	29
ITURI	LINGA	28
ITURI	LITA	20
ITURI	LOGO	22
ITURI	LOLWA	32
ITURI	MAHAGI	20
ITURI	MAMBASA	27
ITURI	MANDIMA	41
ITURI	MANGALA	25
ITURI	MONGBWALU	18
ITURI	NIANIA	27
ITURI	NIZI	27
ITURI	NYANKUNDE	24
ITURI	NYARAMBE	33
ITURI	RETHY	30
ITURI	RIMBA	15
ITURI	RWAMPARA	26
ITURI	TCHOMIA	13

KINSHASA	BINZA METEO	30
KINSHASA	BINZA OZONE	34
KINSHASA	BIYELA	30
KINSHASA	GOMBE	10
KINSHASA	KIKIMI	5
KINSHASA	KIMBANSEKE	8
KINSHASA	KINGABWA	14
KINSHASA	KINSENSO	12
KINSHASA	MAKALA	26
KINSHASA	MALUKU 1	25
KINSHASA	MALUKU 2	32
KINSHASA	MASINA 1	12
KINSHASA	MASINA 2	9
KINSHASA	MONT-NGAFULA I	28
KINSHASA	MONT-NGAFULA II	24
KINSHASA	NSELE	20
KINSHASA	SELEMBAO	26
KONGO CENTRAL	BOMA	8
KONGO CENTRAL	BOKO-KIVULU	21
KONGO CENTRAL	BOMA BUNGU	19
KONGO CENTRAL	GOMBE-MATADI	22
KONGO CENTRAL	INGA	15
KONGO CENTRAL	KANGU	13
KONGO CENTRAL	KIBUNZI	11
KONGO CENTRAL	KIMPANGU	9
KONGO CENTRAL	KIMPESE	16
KONGO CENTRAL	KIMVULA	12
KONGO CENTRAL	KINKONZI	19
KONGO CENTRAL	KISANTU	12
KONGO CENTRAL	KITONA	7
KONGO CENTRAL	KIZU	3
KONGO CENTRAL	KUIMBA	11
KONGO CENTRAL	KWILU-NGONGO	6
KONGO CENTRAL	LUKULA	6
KONGO CENTRAL	LUOZI	21
KONGO CENTRAL	MANGEMBO	16
KONGO CENTRAL	MASA	10
KONGO CENTRAL	MATADI	8
KONGO CENTRAL	MBANZA-NGUNGU	16
KONGO CENTRAL	MUANDA	13
KONGO CENTRAL	NGIDINGA	13

KONGO CENTRAL	NSELO	10
KONGO CENTRAL	NSONA MPANGU	19
KONGO CENTRAL	NZANZA	12
KONGO CENTRAL	SEKEBANZA	21
KONGO CENTRAL	SONA-BATA	12
KONGO CENTRAL	TSHELA	16
KONGO CENTRAL	VAKU	15
KWANGO	BOKO	16
KWANGO	FESHI	23
KWANGO	KAHEMBA	16
KWANGO	KAJJI	11
KWANGO	KASONGO LUNDA	11
KWANGO	KENGE	16
KWANGO	KIMBAU	18
KWANGO	KISANDJI	16
KWANGO	KITENDA	16
KWANGO	MWELA LEMBWA	16
KWANGO	PANZI	11
KWANGO	POPOKABAKA	11
KWANGO	TEMBO	11
KWANGO	WAMBA LUADI	11
KWILU	BAGATA	28
KWILU	BANDUNDU	10
KWILU	BULUNGU	22
KWILU	DJUMA	14
KWILU	GUNGU	18
KWILU	IDIOFA	23
KWILU	IPAMU	15
KWILU	KIKONGO	19
KWILU	KIKWIT NORD	5
KWILU	KIKWIT SUD	6
KWILU	KIMPUTU	21
KWILU	KINGANDU	19
KWILU	KOSHIBANDA	16
KWILU	LUSANGA	23
KWILU	MASI MANIMBA	23
KWILU	MOANZA	22
KWILU	MOKALA	14
KWILU	MOSANGO	22
KWILU	MUKEDI	18
KWILU	MUNGINDU	20

KWILU	PAY KONGILA	25
KWILU	SIA	19
KWILU	VANGA	20
KWILU	YASSA BONGA	25
MAINDOMBE	BANZOW MOKE	19
MAINDOMBE	BOKORO	15
MAINDOMBE	BOLOBO	18
MAINDOMBE	BOSOBÉ	13
MAINDOMBE	INONGO	21
MAINDOMBE	KIRI	22
MAINDOMBE	KWAMOUTH	18
MAINDOMBE	MIMIA	12
MAINDOMBE	MUSHIE	21
MAINDOMBE	NIOKI	20
MAINDOMBE	NTANDEMBELO	13
MAINDOMBE	OSHWE	19
MAINDOMBE	PENJWA	14
MAINDOMBE	YUMBI	19
MANIEMA	ALUNGULI	10
MANIEMA	FEREKENI	22
MANIEMA	KABAMBARE	35
MANIEMA	KAILO	31
MANIEMA	KALIMA	22
MANIEMA	KAMPENE	33
MANIEMA	KASONGO	35
MANIEMA	KIBOMBO	31
MANIEMA	KINDU	8
MANIEMA	KUNDA	45
MANIEMA	LUBUTU	19
MANIEMA	LUSANGI	39
MANIEMA	OBOOKOTE	19
MANIEMA	PANGI	29
MANIEMA	PUNIA	29
MANIEMA	SALAMABILA	31
MANIEMA	SAMBA	32
MANIEMA	TUNDA	35
MONGALA	BINGA	25
MONGALA	BONGANDANGA	47
MONGALA	BOSOMANZI	28
MONGALA	BOSOMONDANDA	52
MONGALA	BOSONDJO	25

MONGALA	BUMBA	31
MONGALA	LISALA	22
MONGALA	LOLO	23
MONGALA	PIMU	46
MONGALA	YAMALUKA	19
MONGALA	YAMBUKU	32
MONGALA	YAMONGILI	18
NORD KIVU	ALIMBONGO	12
NORD KIVU	BAMBO	8
NORD KIVU	BENI	11
NORD KIVU	BIENA	6
NORD KIVU	BINZA (RUTSHURU)	8
NORD KIVU	BIRAMBIZO	3
NORD KIVU	BUTEMBO	5
NORD KIVU	GOMA	0
NORD KIVU	ITEBERO	17
NORD KIVU	KALUNGUTA	17
NORD KIVU	KAMANGO	14
NORD KIVU	KARISIMBI	1
NORD KIVU	KATOYI	12
NORD KIVU	KATWA	4
NORD KIVU	KAYNA	6
NORD KIVU	KIBIRIZI	9
NORD KIVU	KIBUA	21
NORD KIVU	KIROTSHE	14
NORD KIVU	KYONDO	6
NORD KIVU	LUBERO	12
NORD KIVU	MABALAKO	19
NORD KIVU	MANGUREDJIPA	7
NORD KIVU	MASEREKA	6
NORD KIVU	MASISI	6
NORD KIVU	MUSIENENE	6
NORD KIVU	MUTWANGA	16
NORD KIVU	MWESO	6
NORD KIVU	NYIRAGONGO	5
NORD KIVU	OICHA	0
NORD KIVU	PINGA	4
NORD KIVU	RUTSHURU	14
NORD KIVU	RWANGUBA	22
NORD KIVU	VUHOVI	9
NORD KIVU	WALIKALE	22

NORD UBANGI	ABUZI	12
NORD UBANGI	BILI	20
NORD UBANGI	BOSOBOLO	13
NORD UBANGI	BUSINGA	16
NORD UBANGI	GBADOLITE	16
NORD UBANGI	KARAWA	16
NORD UBANGI	LOKO	23
NORD UBANGI	MOBAYI MBONGO	13
NORD UBANGI	WAPINDA	24
NORD UBANGI	WASOLO	6
NORD UBANGI	YAKOMA	6
SUD UBANGI	BANGABOLA	23
SUD UBANGI	BOGOSE NUBEA	18
SUD UBANGI	BOKONZI	41
SUD UBANGI	BOMINENGE	14
SUD UBANGI	BOTO	14
SUD UBANGI	BUDJALA	23
SUD UBANGI	BULU	50
SUD UBANGI	BWAMANDA	28
SUD UBANGI	GEMENA	16
SUD UBANGI	KUNGU	20
SUD UBANGI	LIBENGE	75
SUD UBANGI	MAWUYA	42
SUD UBANGI	MBAYA	23
SUD UBANGI	NDAGE	38
SUD UBANGI	TANDALA	22
SUD UBANGI	ZONGO	12
TSHOPO	BAFWAGBOGBO	27
TSHOPO	BAFWASENDE	27
TSHOPO	BANALIA	32
TSHOPO	BASALI	32
TSHOPO	BASOKO	22
TSHOPO	BENGAMISA	30
TSHOPO	ISANGI	28
TSHOPO	KABONDO	17
TSHOPO	LOWA	18
TSHOPO	LUBUNGA	35
TSHOPO	MAKISO/KIS	17
TSHOPO	MANGOBO	3
TSHOPO	OPALA	32
TSHOPO	OPIENGE	32

TSHOPO	TSHOPO	20
TSHOPO	UBUNDU	30
TSHOPO	WANIE RUKULA	20
TSHOPO	YABAONDO	35
TSHOPO	YAHISULI	36
TSHOPO	YAHUMA	33
TSHOPO	YAKUSU	38
TSHOPO	YALEKO	26
TSHOPO	YALIMBONGO	30
TSHUAPA	BEFALE	21
TSHUAPA	BOENDE	20
TSHUAPA	BOKUNGU	19
TSHUAPA	BUSANGA	13
TSHUAPA	DJOLU	16
TSHUAPA	IKELA	20
TSHUAPA	LINGOMO	15
TSHUAPA	MOMPONO	11
TSHUAPA	MONDOMBE	14
TSHUAPA	MONKOTO	21
TSHUAPA	WEMA	20
TSHUAPA	YALIFAFU	19
	TOTAL=====>	6627