

## Une expérience d'implantation des sites des soins communautaires en République Démocratique du Congo

### [ Integrated community case management: An experience from the Democratic Republic of Congo ]

*Hermès Karemere<sup>1</sup>, Félicien Malyra<sup>2</sup>, Liévin Bangali<sup>2</sup>, Pascal Ngoy<sup>2</sup>, and Lara Ho<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ecole régionale de Santé Publique,  
Université catholique de Bukavu,  
Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

<sup>2</sup>Département de la santé,  
International Rescue Committee,  
RD Congo

---

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the ***Creative Commons Attribution License***, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Background: Mortality under 5 in sub-Saharan Africa remains very high. Interventions implemented including community support through the establishment of community care sites aim to improve access to care. The study evaluates the implementation of community care management in the Kabare health zone that be fully supported by International Rescue Committee. Methodology: The study followed a framework based on standards of the DR Congo Health Ministry about the functioning of community care sites. It has used review literature, data analysis from the health information system and mothers interviews. Results: Community care management through care sites improves access to health care. Strict compliance with the Ministry of Health guidance during the implementation of the community care sites is observed. Two constraints facing these directions are identified: the abandonment of some health community workers with closure of their sites as a consequence and the limited funding of the sites; the process didn't meet all the input requirements. Conclusion: The study identifies the health community worker as a key player in the implementation of community care and advocates strengthening the mechanism of his recruitment, his formation, his supervision, his estate and the maintenance of motivation. The study proposes actions to improve the operation and sustainability of community care sites.

**KEYWORDS:** Access to care, community care sites, community participation, primary care, Kabare, South Kivu, Democratic Republic of Congo.

**RESUME:** Introduction : La mortalité des moins de 5 ans en Afrique sub-saharienne demeure très élevée. Des interventions mises en place dont la prise en charge communautaire au travers l'implantation des sites des soins communautaires visent l'amélioration de l'accessibilité aux soins. L'étude évalue l'implantation de la prise en charge communautaire dans la Zone de santé de Kabare, une intervention entièrement appuyée par International Rescue Committee. Méthodologie : L'étude est basée sur un cadre de référence s'inspirant des normes du ministère de la santé sur le fonctionnement des sites des soins communautaires. Elle a recouru à la revue documentaire, à l'analyse des données du système d'information sanitaire et à des entretiens auprès des mères. Résultats: La prise en charge communautaire au travers les sites des soins améliore l'accessibilité aux soins de la population. Le respect rigoureux des orientations du ministère de la santé lors de l'implantation des sites des soins communautaires est observé. Deux contraintes face à ces orientations sont identifiées : l'abandon de certains relais des sites communautaires avec comme conséquence la fermeture de leurs sites et ensuite le financement limité des sites ne répondant pas à la totalité des besoins en intrants. Conclusion : L'étude identifie le relais du site des soins

communautaires en tant qu'acteur clé dans l'implantation de la prise en charge communautaire et préconise de renforcer le mécanisme de son recrutement, de sa formation, de sa supervision, du maintien de sa motivation et de sa relève. L'étude propose des actions susceptibles d'améliorer le fonctionnement et la pérennité des sites des soins communautaires.

**MOTS-CLEFS:** Accès aux soins, Sites des soins communautaires, participation communautaire, première ligne des soins, Kabare, Sud-Kivu, République démocratique du Congo.

## 1 INTRODUCTION

Les services de santé constituent un des moyens pour améliorer la santé de la population. Ils visent à organiser la prise en charge des malades, la prévention des maladies et de leurs conséquences et la promotion de mesures favorables à la santé individuelle et collective. L'accès aux services de santé est généralement défini par ses aspects physiques, financiers et culturels [1, 2]. Les pays en voie de développement font face aux barrières d'accès aux soins dont les conséquences sur la prise en charge sont dramatiques, notamment en milieu rural et particulièrement chez les enfants [3]. Selon les statistiques sanitaires mondiales [4], le taux de mortalité des moins de 5 ans reste élevé dans la région africaine (95 décès pour 1000 naissances vivantes) par rapport à la moyenne mondiale (48 décès pour 1000 naissances vivantes) en 2012. Les moins de 5 ans y décèdent principalement du paludisme, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques[5].

En République démocratique du Congo (RDC), le taux de décès des moins de 5ans a été de 146 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012 [4]. En effet, malgré la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires depuis 1982, l'utilisation des services de santé en général, et celle des services de survie de l'enfant de moins de cinq ans en particulier demeure faible [6]. Près de 80 % des décès surviennent à domicile, dont 75 % concernent les enfants de 2 à 59 mois [7]. L'atteinte de l'objectif 4 du millénaire (réduire la mortalité infantile) a été ainsi compromise. La stratégie nationale mise en place visant la réduction de cette mortalité a introduit le volet de la prise en charge communautaire des maladies les plus meurtrières de l'enfant en RDC à savoir le paludisme, la pneumonie et les maladies diarrhéiques. Les activités préconisées sont préventives, promotionnelles et curatives. Elles impliquent non seulement les structures de santé mais aussi la communauté dont la participation active s'avère indispensable.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), comme stratégie prioritaire de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, a été progressivement introduite en RDC à partir de 1999. Elle met un accent sur la promotion des pratiques-clés dans la communauté (exemple : allaitement exclusif durant au moins les 4 premiers mois de vie, suivi du calendrier vaccinal) et sur l'organisation des soins des enfants. C'est dans cette perspective que la RDC a adopté la mise en place de la prise en charge communautaire (PCC) à travers les sites des soins communautaires (SSC). Dans plusieurs pays subsahariens, l'évaluation de la PCC a montré des résultats variables sur l'accessibilité aux soins et l'utilisation des services [8-11].

Le but du présent travail est d'évaluer l'implantation des sites des soins pour la PCC dans la zone de santé rurale de Kabare par rapport aux étapes d'implantation préconisées par le Ministère de la santé publique en RDC, à la perception de la population et à l'utilisation des services .

## 2 CADRE THEORIQUE

La Zone de Santé (ZS), niveau opérationnel du système de santé en RDC, comprend un certain nombre de centres de santé et une structure hospitalière de référence. Une équipe cadre coordonne l'ensemble des activités des structures sanitaires. Le centre de santé, porte d'entrée du système sanitaire congolais, offre un paquet d'activités curatives, préventives et promotionnelles. C'est à ce niveau qu'est organisée l'interaction avec la communauté. Afin d'améliorer l'accessibilité aux premiers soins, la PCC a été renforcée au travers l'implantation des SSC ; une approche particulière, innovante et différente de l'organisation de la participation communautaire dans d'autres pays africains [12, 13]. Un SSC est en effet une aire géographique bien définie dans laquelle un ou plusieurs villages d'accès difficile bénéficient des prestations des soins fournis par deux relais volontaires formés et supervisés par l'infirmier titulaire de l'aire de santé. Le SSC vise à assurer les premiers soins adéquats aux populations; la référence des cas avec signes de danger vers le centre de santé; la disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité ainsi que leur utilisation rationnelle ; la notification des cas de maladies ; la surveillance épidémiologique à base communautaire ainsi que les pratiques clés en rapport avec la survie de l'enfant [14, 15]. Un comité de gestion du SSC (COGESITE), émanant des villages couverts par le SCC est installé, comprenant deux relais de site des soins communautaires (RECSITE) et l'infirmier titulaire (IT) qui les encadre. En RDC, le guide de mise en œuvre des SSC du ministère de la santé publique définit 10 étapes pour l'implantation d'un SSC [15]. Ces étapes

comprennent (1) la commande des médicaments et des intrants pour le futur SSC, (2) l'orientation des équipes cadres aux niveaux provincial et opérationnel sur l'encadrement des SSC, (3) l'identification et la sélection des SSC, (4) la sélection des relais communautaires ( agents de santé communautaire) et des membres du conseil de gestion du site pour la sensibilisation et la participation communautaire à la prise en charge de sa santé sur base des critères définis , (5) la formation des formateurs et encadreurs au niveau opérationnel (ZS et IT), (6) la formation des relais des sites, (7)l'orientation des comités de gestion des SSC sur le fonctionnement et l'encadrement des sites, (8) l'installation officielle des relais des sites, (9) les suivis post-formation et (10) l'assurance qualité de mise en œuvre. Avant l'implantation des SSC dans une ZS donnée, la situation de départ de la zone est analysée.

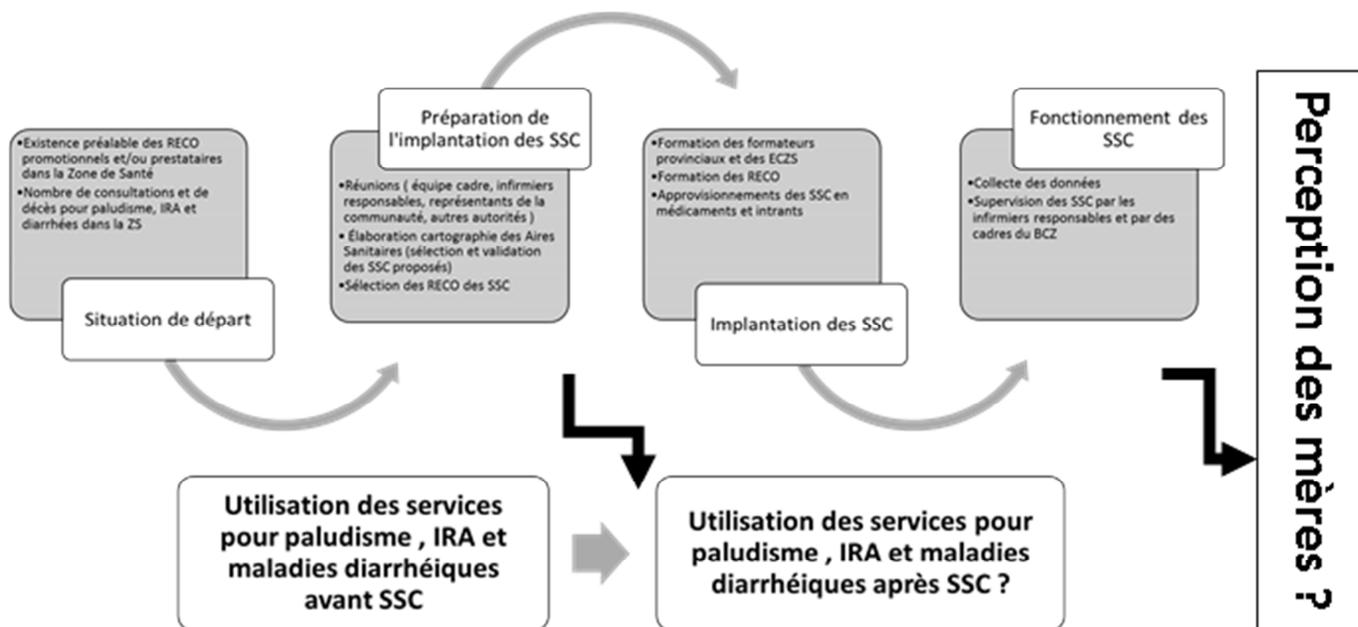


Figure 1. Cadre théorique de l'étude

### 3 MÉTHODOLOGIE

#### 3.1 DESCRIPTION DU SITE D'ÉTUDE

La ZS de Kabare, localisée dans la province du Sud-Kivu en RDC, a une population estimée à 164550 habitants en 2010. Elle comprend un hôpital général de référence, quinze centres de santé avec quatre postes de santé répartis dans 15 aires de santé [16] . L'appui à l'implantation des SSC par *International Rescue Committee (IRC)* fait partie d'un appui global qu'apporte cette organisation à la ZS au travers le financement du *Department for International Development (DFID)* du gouvernement britannique. Le tableau 1 présente les aires de santé ainsi que les structures et les SSC disponibles.

Tableau 1. Aires de santé et SSC dans la ZS de Kabare en 2012

N°	Aires de santé	Sites des Soins Communautaires
1	Bugobe	Mukaba
2	Bwirembe	Mosho III
3	Cibingu	Bubinzi
4	Cirunga	Karambi et Mbonombono
5	Citungano	Lugerero
6	Kalulu	Mungocha
7	Kinjuba	Cikoma
8	Ludaha	Kashugushugu et Ngakwa
9	Mbiza	Kadaku
10	Mbobero	Mufuma
11	Mukongola	Irambo et Cidjo III
12	Mulege	Mulege I
13	Mulengeza	Mugurhu
14	Mushweshwe	Cisirwe et Lugusha
15	Nshanga	
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>

### 3.2 TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude évaluative réalisée dans la ZS de Kabare entre mai et décembre 2013. Elle est basée sur des principes qui s'appuient sur un ensemble de procédures globales relatives à l'analyse inductive. Ces principes préconisent la définition des objectifs et questions de recherche, la lecture à plusieurs reprises des données brutes et leur interprétation, des résultats provenant directement de l'analyse des données brutes et non de réponses souhaitées par les chercheurs, un développement des éléments nouveaux à partir des données brutes devant être intégrés dans un cadre de référence ou un modèle, des résultats construits à partir de la perspective et de l'expérience des chercheurs et la confiance dans les critères de rigueur des résultats [17].

### 3.3 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

L'étude a recouru à la revue documentaire, à l'analyse des données du système d'information sanitaire de la ZS de Kabare et aux entretiens individuelles auprès des mères.

#### 3.3.1 REVUE DOCUMENTAIRE

Elle a porté sur les rapports de la ZS des années 2007 à 2012, les comptes rendus des réunions de l'équipe cadre de la ZS (ECZS) et les rapports de supervision des SSC. Les modalités de déroulement de chaque étape d'implantation des SSC ont été analysées à l'aide d'un guide élaboré à partir des directives du ministère de la santé publique relatives à l'implantation et à la gestion des SSC [15]. Les informations issues de la revue documentaire ont été comparées aux directives nationales en vue de dégager des écarts et des contraintes.

#### 3.3.2 ANALYSE DES DONNEES DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

La PCC remonte en 2004 avec la supplémentation en zinc dans la diarrhée aiguë de l'enfant au niveau communautaire. Cependant, la PCC intégrée de trois maladies (paludisme, pneumonie et diarrhée) ne commence qu'en 2008. Ainsi, les données collectées et analysées concernent les années 2007 à 2012. Les variables prises en compte sont : la population totale de la ZS ; le nombre total des consultations pour paludisme, pneumonie et diarrhée chez les moins de 5 ans, le nombre des supervisions des SSC par l'ECZS et le nombre des réunions des COGESITE. Les données, analysées avec le logiciel Excel, ont permis de construire et d'analyser des courbes d'évolution dans le temps de nouveaux cas de 3 pathologies meurtrières.

### **3.3.3 ENTREVUES INDIVIDUELLES AUPRES DES MERES**

La perception de la population bénéficiaire des SSC a été évaluée grâce aux entrevues individuelles. Une liste des mères a été élaborée à partir des listes des moins de 5ans soignés pour fièvre, diarrhée ou toux dans l'ensemble des SSC en 2012. A partir de cette nouvelle liste, au moins deux mères étaient choisies par SSC en fonction de leur accessibilité et de leur disponibilité pour l'entrevue. De manière délibérée, 50 mères ont été retenues en tant qu'informatrices clés dans les 15 aires de santé de la ZS de Kabare. L'entrevue était conduite à l'aide d'un questionnaire ouvert, portant sur la connaissance des rôles des SSC et des tâches des RECOSITE, les causes de recours aux SSC, la participation aux activités organisées par les RECOSITE et les propositions d'amélioration du fonctionnement des SSC. Les informations issues des entrevues ont été encodées dans un fichier Excel avant leur analyse.

### **3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Le protocole d'étude a été présenté et approuvé à deux niveaux, d'abord à l'ECZS de Kabare et ensuite au bureau d'étude et de planification de la division provinciale de la santé du Sud-Kivu. Le consentement verbal éclairé des personnes interrogées a été systématiquement obtenu.

## **4 RESULTATS**

### **4.1 ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DES SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES DANS LA ZS DE KABARE**

#### **4.1.1 SITUATION DE DÉPART**

Le personnel de l'International Rescue Committee (IRC) a encadré techniquement l'équipe cadre de la zone de Santé (ECZS) de Kabare durant le processus de l'implantation des SSC pour la PCC, de 2007 à 2012. Au 31 décembre 2007, il existe dans la ZS 570 relais communautaires (RECO) en soutien aux activités des soins de santé primaires. Les nombres des nouveaux cas de paludisme, pneumonie et maladies diarrhéiques sont respectivement de 1268, 3528, 8759 en 2007 chez les enfants de moins de 5 ans dans la ZS de Kabare.

#### **4.1.2 PRÉPARATION DE L'IMPLANTATION**

Une réunion d'orientation de l'ECZ, des IT et des présidents des comités de développement des aires de santé a eu lieu (11 avril 2007). Elle a déclenché l'élaboration des cartographies des aires de santé par les équipes des centres de santé (12 avril au 25 juin 2007) et leur présentation par les IT (26 au 29 juin 2007) à la réunion de validation au bureau central de la zone de santé (BCZ). Au total 78 SSC ont été proposés. Les membres du BCZ ont ensuite visité les SSC proposés (juillet à septembre 2007). Seulement 33 SSC ont été validés à l'issue des visites, sur base de deux critères : la densité démographique et la difficulté d'accès aux soins dans les centres de santé respectifs. Les leaders et les populations des villages des sites validés ont été sensibilisés. Des élections organisées ont donné lieu à une équipe de 66 RECOSITE dans la ZS de Kabare dont 34 femmes, soit 52 %.

#### **4.1.3 IMPLANTATION PROGRESSIVE DES SSC**

Les formateurs de la ZS au nombre de 9 ont été formés sur les SSC (29 novembre au 1er décembre 2007). La formation de 30 encadreurs de sites (2 au 3 décembre 2007) a été suivie de celle des 66 RECOSITE (4 au 8 décembre 2007). Une réunion d'orientation des membres des 33 COGESITE et des leaders locaux a été organisée (9 décembre 2007). Outre les médicaments essentiels, des intrants pour le démarrage de 33 SSC ont livrés aux centres de santé par IRC (31 janvier 2008). Ces intrants sont : 170 minuteurs, 33 balances Salter, 33 registres de supervision (A4), 33 registres de consultations au site (A4), 33 registres de réunions mensuelles des Comités de gestion des sites (A4), 33 Registres d'Utilisation des Médicaments Essentiels et des Recettes (RUMER) , 33 cahiers de dettes au site, 33 armoires de sites avec fermetures à clé, 33 carnets de commande, 33 lampes torches, 33 paires de piles GF, 66 signes distinctifs de RECOSITES (Badges), 33 bidons de 20 litres pour eau potable, 66 gobelets métalliques pour 1ère prise de médicaments, 66 cuillères à soupe, 66 cuillères à café, 2000 fiches individuelles de prise en charge, 792 fiches de rapport du site, 1650 fiches de suivi-supervision, 1980 bons de référence, 33 fiches de consultation préscolaire plastifiées pour l'interprétation du poids et 33 classeurs des fiches et rapports.

La cérémonie de l'installation officielle des RECOSITE est intervenue par site (entre le 5 janvier et le 15 juillet 2008). Le calendrier pour le suivi post-formation et la supervision des sites a été élaboré. Après installation de trois premiers sites

(Cisirwe à Mushweshwe, Ngakwa et Kashugushugu à Ludaha), une grande hésitation de l'ECZS à poursuivre l'installation d'autres SSC a été observée. La préférence d'installation progressive, afin d'identifier les problèmes des sites au vu du fonctionnement des premiers sites installés et le scepticisme sur la disponibilité permanente de médicaments et sur la capacité de supervision d'un nombre important des SSC, motivaient cette hésitation. L'accompagnement technique de l'ECZS par IRC a facilité la poursuite d'ouverture progressive d'autres SSC. Au 12 décembre 2012, 18 SSC étaient fonctionnels.

#### 4.1.4 FONCTIONNEMENT DES SSC ET CONTRAINTES OBSERVEES

Les fréquentes réunions des comités de gestion (8 réunions par mois en 2012) et supervisions (12 supervisions par mois en 2012) des SSC ont assuré l'accompagnement de leur fonctionnement.

L'étude a identifié deux contraintes :

D'abord l'insuffisance des armoires ; une seule armoire des médicaments et intrants décrits plus haut était en effet fournie par SSC, pour les deux RECOSITE. Le relais qui ne disposait pas d'armoire chez lui semblait moins actif et moins motivé, devant se déplacer pour accéder aux médicaments et autres intrants. Le travail dans le village où l'armoire du SSC était installée a été privilégié.

Ensuite, l'abandon des RECOSITES dans certains SSC. En effet, un SSC à Lulamboluli, installé officiellement à Mulengeza, n'a pas fonctionné car les deux RECOSITES n'ont pas été à la hauteur des tâches, jugées par eux exigeantes. Pour pallier à ce dysfonctionnement, un autre SSC a été installé en mars 2009 dans la même aire de santé, dans un village avoisinant (Mugurhu). De même, le SSC de Cisirwe dans l'aire de santé de Mushweshwe a été fermé en novembre 2011 à la suite du départ de deux RECOSITE qui s'étaient brusquement orientés vers des professions mieux rémunérées, les obligeant à déménager loin de la ZS de Kabare.

#### 4.2 UTILISATION DES SSC PAR LES MOINS DE 5 ANS DANS LA ZS DE KABARE ENTRE 2007 ET 2012

Les nombres de nouveaux cas du paludisme, de pneumonie et de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans sont passés respectivement de 1268, 3528, 8759 en 2007, à 908,950 et 3740 en 2012. Les tendances sont représentées par la figure 2.

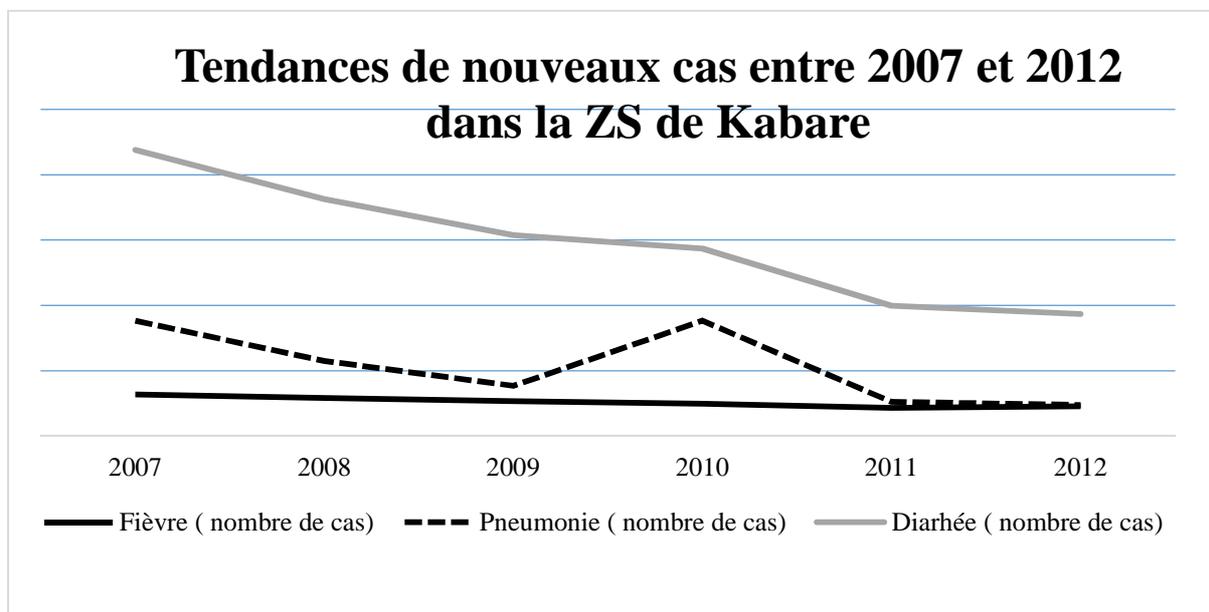


Figure 2. Évolution de nouveaux cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans dans la ZS de Kabare entre 2007 et 2012

#### 4.3 PERCEPTION DES MERES SUR LES SSC A KABARE ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION

L'administration des soins apportés à la population en cas de maladie à tout moment, y compris la nuit ou durant le travail d'accouchement, constitue le rôle des SSC le plus cité par les mères interrogées (n=22), suivi de l'administration des

soins préventifs et promotionnels dont les CPN, CPS, PF, Hygiène, etc. (n=12), la sensibilisation pour le changement de comportement (n=8), la facilitation du transfert au centre de santé (n=5) et l'offre d'équipement et de matériel roulant à la communauté (n=1). La sensibilisation de la communauté (prévention et promotion de la santé en lien avec la consultation préscolaire, la consultation prénatale, l'hygiène, la consommation d'eau potable, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ou la planification familiale) est la tâche des RECOSITE la plus citée par les mères interrogées (n=36), suivi de la vaccination des enfants (n=6), de l'administration des soins aux patients (n=2), de la réalisation des travaux communautaires (n=2), de la collecte d'information dans la communauté (n=1), du transport des médicaments (n=1), du plaidoyer en faveur de la population (n=1) et de l'orientation des patients vers le centre de santé (n=1). Le tableau 2 résume les suggestions proposées par les mères interrogées en vue d'améliorer le fonctionnement des SSC.

**Tableau 2. Suggestions pour améliorer le travail des relais et des SSC**

Actions	Fréquence de citation (n=50)
1. Multiplier les séances de CCC (y compris la sensibilisation porte à porte)	29
2. Renforcer les compétences des RECOSITE	17
3. Rendre disponible les médicaments et intrants des SSC	16
4. Augmenter le nombre des SSC – plus proches de la population	15
5. Motiver les RECOSITE (payer les relais correctement)	7
6. Impliquer les membres de la communauté aux initiatives locales	5
7. Doter les SSC d'une ambulance	4
8. Améliorer l'attitude des RECOSITE (simplicité, gentillesse, amour du travail)	3
9. Réduire les tarifs des soins dans les centres de santé	3
10. Réaliser le plaidoyer au profit de la population	3

## 5 DISCUSSION

### 5.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente étude ne permet pas d'analyser l'évolution de la morbidité ni de la mortalité de la population cible faute de données complètes. Certaines études cependant ont démontré le lien entre l'utilisation des services de PCC et la réduction de la morbidité [9, 18-21] . Aussi, des acteurs importants n'ont pas pu être interrogés lors de l'évaluation de l'implantation des SSC pour compléter les explications factuelles sur les éléments observés. C'est notamment les membres de l'ECZS, les IT et les RECOSITES.

L'étude soulève des points de discussion suivants :

- **Une phase d'implantation inachevée**

Des 78 SSC identifiées, 33 étaient choisies et seulement 18 SSC ont été implantées malgré l'approvisionnement du matériel et la formation des RECOSITES pour 33 SSC. La faible implantation des SSC est associée au départ de l'assistance technique de IRC, à la faible implication des autorités administratives et sanitaires, à l'affectation des matériels destinés aux SSC aux besoins des centres de santé et à la faible implication des IT dans les activités communautaires. Ces facteurs corroborent ceux observés dans d'autres études en lien avec les barrières à la PCC [12]

- **Une phase de fonctionnement avec des contraintes**

Deux contraintes auraient pu être prévenues. Premièrement des armoires pour la gestion des médicaments et d'autres intrants ont été insuffisantes par rapport au nombre des RECOSITE, obligeant ces derniers à parcourir une certaine distance pour accéder aux médicaments. Cette contrainte est d'ordre financière et hypothèque la pérennité des SSC. Ensuite, l'abandon de certains RECOSITE par inadaptation aux tâches (travail plus exigeant) ou pour la recherche d'un travail mieux rémunéré dans une zone très éloignée du SSC. La sélection des RECOSITE constitue ainsi un des facteurs clé du succès de l'intervention et devrait être priorisée. Des critères devraient être formalisées, incluant la représentativité des femmes, le niveau d'étude, le travail préalable en tant que bénévole ou les capacités à être formé [12]. Aussi, face au caractère bénévole du RECOSITE, des mesures efficaces pourraient être prises afin de maintenir la motivation initiale et la qualité des prestations des RECOSITES [19, 22]. Parmi ces mesures, les cadres de la ZS pourraient accompagner la communauté à identifier et à appliquer des incitants adaptés au contexte en vue de motiver les RECOSITE. Ces cadres soutiendraient également l'appropriation des interventions au niveau communautaire en aidant chaque RECOSITE à identifier et à former à son tour

son successeur [23], ce qui minimiserait les risques de fermeture d'un SSC en cas d'abandon, comme cela a été observé dans deux villages de la ZS de Kabare.

- **Une perception offrant plus de pouvoir aux RECOSITES qu'ils n'en ont en réalité**

L'étude note une attente démesurée de certaines mères face aux RECOSITES et aux SSC. L'administration des soins d'urgence ou l'offre d'équipement et de matériel roulant à la communauté ne constituent pas la mission des RECOSITES. Les urgences devront être orientées vers les centres de santé ou l'hôpital de référence selon le cas pour une meilleure prise en charge.

- **Une plus-value de la PCC par l'utilisation des SSC**

En considérant le point de départ, le résultat de la figure 3 montre un effet d'amélioration nette en ce qui concerne l'évolution de nouveaux cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée, pouvant être attribuée à une meilleure utilisation des SSC. Cela corrobore d'autres études conduites en Afrique [10, 18, 19, 22, 24]. Nous ne disposons cependant pas de preuves que l'amélioration observée est uniquement associée aux SSC même si les RECOSITE ont fortement sensibilisé les mères à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, à l'hygiène des mains, à l'assainissement des milieux et à l'utilisation des services de santé, y compris les SSC. L'adhésion de la population au changement ou aux traitements proposés est capitale pour l'atteinte des résultats escomptés [25].

- **Une amélioration est encore possible au niveau de la PCC à Kabare**

Afin d'améliorer les rôles des SSC et le travail des RECOSITE, dix activités sont citées dont 4 plus importantes par ordre de fréquence de citation (voir tableau 2). D'abord la multiplication des séances de sensibilisation pour le changement de comportement avec passage porte à porte des RECOSITE. Des thèmes de sensibilisation sont variables et doivent répondre aux besoins réels de la population. Ensuite le renforcement des compétences des RECO, passant par leur formation continue et leur supervision [22, 26], y compris en technologie de communication [11, 19, 27]. Le recours aux tablettes pour l'encodage des données, aux vélos et motos pour le transport, aux téléphones, révolutionnent la transmission de l'information et contribue efficacement à la prise en charge de la santé des communautés [28, 29]. L'approvisionnement permanent des SSC en médicaments et autres intrants constitue la 3<sup>ème</sup> activité. Cette activité nécessite des ressources additionnelles et régulières [30]. Le financement des services et des soins demeure un des goulots d'étranglement à l'accessibilité aux soins de santé de qualité dans les pays dits à faible revenu.

## 6 CONCLUSION

La présente étude évaluative a le mérite de démontrer que l'implantation de la PCC par le SSC améliore l'accès aux soins et in fine l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de la ZS. L'étude démontre également le respect rigoureux des orientations du ministère de la santé lors de l'implantation des SSC et fait ressortir les limites de ces orientations face essentiellement à deux contraintes : l'abandon des RECOSITE avec comme conséquence la fermeture des SSC et ensuite le financement limité des SSC ne répondant pas à la totalité des besoins en intrants. L'étude identifie le RECOSITE en tant qu'acteur clé dans l'implantation des SSC et préconise de renforcer le mécanisme de son recrutement, de sa formation, de sa supervision, du maintien de sa motivation et de sa succession. Enfin, l'étude confirme les rôles des SSC et les tâches reconnues aux RECOSITE, sauf celles bureaucratiques dont la surveillance épidémiologique et la notification des maladies au niveau communautaire non identifiées par les mères interrogées. L'implantation d'un SSC nécessite un financement et une méthodologie éprouvée, à l'instar de celle définie par le ministère de la santé en RDC. La limite de cette méthodologie d'implantation est qu'elle n'anticipe pas les contraintes. L'étude propose des actions susceptibles d'améliorer le fonctionnement et la pérennité des SSC.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions Dr Mignon Bugandwa, Médecin chef de Zone de santé de Kabare et Monsieur Mugisho, superviseur de la zone de santé pour leur implication dans la collecte des informations.

## REFERENCES

- [1] O'Donnell, O., *Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers*. Cadernos de Saúde Pública, 2007. **23**(12): p. 2820-2834.
- [2] Haddad, S., A. Nougbara, and V. Ridde, *Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso*. Santé, société et solidarité, 2004. **3**(2): p. 199-210.
- [3] Shaw, B., et al., *Access to integrated community case management of childhood illnesses services in rural Ethiopia: a qualitative study of the perspectives and experiences of caregivers*. Health policy and planning, 2015: p. czv115.
- [4] OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2014*. Organisation mondiale de la santé, 2014.
- [5] Strachan, C., et al., *Integrated community case management of malaria, pneumonia and diarrhoea across three african countries: a qualitative study exploring lessons learnt and implications for further scale up*. Journal of global health, 2014. **4**(2).
- [6] MSP, *Rapport du Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques*. Ministère de la santé publique - RDC, 2010.
- [7] MSP, *Plan national de développement sanitaire 2011-2015*. Ministère de la santé publique - RDC, 2010: p. 21-85.
- [8] Marsh, D.R., et al., *Introduction to a special supplement: Evidence for the implementation, effects, and impact of the integrated community case management strategy to treat childhood infection*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2012. **87**(5 Suppl): p. 2-5.
- [9] Mukanga, D., et al., *Integrated community case management of fever in children under five using rapid diagnostic tests and respiratory rate counting: a multi-country cluster randomized trial*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2012. **87**(5 Suppl): p. 21-29.
- [10] Druetz, T., et al., *Utilization of community health workers for malaria treatment: results from a three-year panel study in the districts of Kaya and Zorgho, Burkina Faso*. Malaria journal, 2015. **14**(1): p. 71.
- [11] Oliphant, N.P., et al., *Multi-country analysis of routine data from integrated community case management (iCCM) programs in sub-Saharan Africa*. Journal of global health, 2014. **4**(2).
- [12] George, A., et al., *iCCM policy analysis: strategic contributions to understanding its character, design and scale up in sub-Saharan Africa*. Health policy and planning, 2015. **30**(suppl 2): p. ii3-ii11.
- [13] Dunia, G.M., *[Implementation of community care sites in the Democratic Republic of Congo: consecration of a double standard in access to care]*. Pan Afr Med J, 2013. **14**: p. 158.
- [14] Prasad, B.M. and V. Muraleedharan, *Community health workers: a review of concepts, practice and policy concerns*. A review as part of ongoing research of International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS), 2007.
- [15] RDCongo, *Guide de mise en oeuvre des sites des soins communautaires*. Ministère de la santé publique, 2007.
- [16] Kabare, Z., *Rapport annuel 2010*. 2010.
- [17] Blais, M. and S. Martineau, *L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*. Recherches qualitatives, 2006. **26**(2): p. 1-18.
- [18] Miller, N.P., et al., *Integrated community case management of childhood illness in Ethiopia: Implementation strength and quality of care*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2014: p. 13-0751.
- [19] Guenther, T., et al., *Routine monitoring systems for integrated community case management programs: Lessons from 18 countries in sub-Saharan Africa*. Journal of global health, 2014. **4**(2).
- [20] Schneider, H., H. Hlophe, and D. van Rensburg, *Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects*. Health policy and Planning, 2008. **23**(3): p. 179-187.
- [21] Heggenhougen, K., et al., *Community health workers: the Tanzanian experience*. 1987: Oxford University Press.
- [22] Laínez, Y.B., et al., *Insights from community case management data in six sub-Saharan African countries*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2012. **87**(5 Suppl): p. 144-150.
- [23] Strachan, D.L., et al., *Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2012. **87**(5 Suppl): p. 111-119.
- [24] Mugeni, C., et al., *Nationwide implementation of integrated community case management of childhood illness in Rwanda*. Global Health: Science and Practice, 2014. **2**(3): p. 328-341.
- [25] Gerstl, S., et al., *High adherence to malaria treatment: promising results of an adherence study in South Kivu, Democratic Republic of the Congo*. Malaria journal, 2015. **14**(1): p. 414.
- [26] Ameha, A., et al., *Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community case management skills of the Health Extension Workers in 113 districts of Ethiopia*. Ethiop Med J, 2014. **52**: p. 65-71.
- [27] Haq, Z. and A. Hafeez, *Knowledge and communication needs assessment of community health workers in a developing country: a qualitative study*. Human resources for health, 2009. **7**(1): p. 59.

- [28] Braun, R., et al., *Community health workers and mobile technology: a systematic review of the literature*. 2013.
- [29] Källander, K., et al., *Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low-and middle-income countries: a review*. *Journal of medical Internet research*, 2013. **15**(1).
- [30] Manongi, R.N., T.C. Marchant, and I.C. Bygbjerg, *Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective*. *Human resources for health*, 2006. **4**(1): p. 6.