



**RAPPORT D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME DANS LES  
SITES DE SOINS COMMUNAUTAIRES**

Décembre 2022

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	0
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	1
I. RESUME EXECUTIF.....	1
II. INTRODUCTION.....	5
2.1. Contexte.....	5
2.2. Objectifs.....	7
2.2.1. Objectif général.....	7
2.2.2. Objectifs spécifiques.....	7
2.3. Méthodologie.....	7
2.3.1. Cadre de l'étude.....	7
2.3.2. Méthodes de l'étude.....	7
2.3.3. Sélection des Zones de Santé et de SSC à évaluer.....	8
2.3.4. Collecte des données.....	8
2.3.5. Méthodes d'analyse.....	8
2.3.6. Considérations éthiques et principes d'évaluation.....	8
III. RESULTATS.....	9
3.1. Revue documentaire (Données DHIS2, PNECHOL-MD, PNL, SANRU).....	9
i. Contexte.....	9
3.2. Evaluation de la PEC du paludisme dans les SSC.....	10
3.2.1. Offre de service et orientation.....	11
i. Contexte.....	11
3.2.2. Formation sur les SSC et possession de guide de mise en œuvre.....	15
3.2.3. Supervision.....	16
3.2.4. Disponibilité de petits matériels.....	18
3.2.5. Disponibilité des médicaments.....	19
3.2.1. Ressources humaines.....	21
3.2.2. Gestion des données.....	22
3.2.7. Principaux problèmes menaçant la durabilité et l'efficacité à long terme des SSC.....	25
3.3. Principaux points forts.....	26
IV. RECOMMANDATIONS SELON LA PRIORITE.....	26
V. CONCLUSION.....	27
VI. ANNEXES.....	28
VII. REFERENCES.....	30

## ABREVIATIONS ET SIGLES

Abréviations	Significations
ASAQ	: Artésunate et Amodiaquine
CAC	: Cellule d'animation communautaire
COGESITE	: Comité de gestion du Site
CS	: Centre de Santé
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'artémisinine
DPS	: Direction Provinciale de Santé
ECZS	: Équipe cadre de la zone de santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FM	: Fonds Mondial
FOSA	: Formation Sanitaire
LFA	: Local Fund Agent
MICS	: Multiple Indicator Cluster survey
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MUAC	: Mid Upper Arm Circonference
NAC	: Nutrition Assise Communautaire
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PDDS	: Plan Directeur de Développement Sanitaire
PNDS	: Plan de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNECHOL-MD	: Programme National d'Élimination du Choléra et autres Maladies Diarrhéiques
PNS	: Politique Nationale de la Santé
RBM	: Roll Back Malaria
RDC	: République Démocratique du Congo
RDV	: Rendez-vous
SANRU	: Soins de Santé primaires en Milieu Rurale
SSC	: Sites des Soins Communautaires
SRO	: Sels de Réhydratation Orale
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	: United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID	: United States Agency for International Development
ZS	: Zone de Santé

## I. RESUME EXECUTIF

Cette évaluation porte sur l'impact et la prise en charge du paludisme dans les sites des soins communautaires (SSC). Amener les services auprès des communautés éloignées grâce à l'approche SSC est un élément clé des stratégies pour atteindre les Objectifs du Développement Durable en République Démocratique du Congo. La Prise en Charge intégrée des cas de Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire amène des traitements proches des enfants pour leur sauver de vie contre des maladies infantiles mortelles. Soutenu par ses partenaires au développement, le Ministère de la Santé, a amorcé l'intégration de l'approche "sites de soins communautaires" en vue de rapprocher les services de soins de la population depuis 2005. Leur installation a été progressive avec les premiers SSC appuyés

par Fonds Mondial (FM) en 2014. Après 8 ans de mise en œuvre, les parties prenantes ont jugé nécessaire d'évaluer la prise en charge du paludisme dans les SSC ; d'où le présent rapport d'évaluation. Cette évaluation a été initiée par FM et a été conduite par une équipe indépendante faite des Experts de PNL, DGOGSS, PNECHOL-MD, DPS, SANRU et LFA, sous la coordination de SANRU Asbl, Principal Réciendaire du FM dans le volet paludisme. Deux buts ont été poursuivis par cette évaluation (i) évaluation de l'impact de SSC dans la communauté et (ii) évaluation de la prise en charge du paludisme et des autres maladies tueuses de l'enfant.

**Objectif général de cette évaluation :** Analyser l'impact de la mise en œuvre des activités au niveau des sites de soins communautaires.

**Portée de l'évaluation :** La portée thématique couvre les aspects suivants : i) la formation, ii) la supervision, iii) la disponibilité des petits matériels, iv) la disponibilité des médicaments, v) les ressources humaines, vi) l'offre de service et l'orientation, viii) la gestion des données.

L'évaluation a été conduite dans 6 provinces de la RDC à savoir : i) Kinshasa, ii) Nord Kivu, iii) Sud Ubangi, iv) Kwilu, v) Kongo Central et vi) Ituri. La portée chronologique a été essentiellement sur les activités des SSC auprès des partenaires de terrain (MCZ, IT, RECOSITES, CAC et patients).

**Méthodologie de l'évaluation :** Les méthodes utilisées dans cette évaluation comprennent la revue documentaire et les méthodes qualitatives (entretiens individuels). Les outils de collecte de données utilisés sont : les guides d'entretiens individuels des MCZ, des IT, des RECOSITES, des CAC et des patients. Les DPS appuyées par la subvention Malaria du FM ayant le plus grand poids du paludisme (HBHI) ont été sélectionnées dans cette évaluation et l'on a aussi tenu compte de leur accessibilité facile par avion ou par route.

La sélection des SSC était faite de manière aléatoire et les acteurs interviewés étaient sélectionnés par choix raisonné suivant leurs rôles et responsabilités.

#### **Constats de l'évaluation :**

- Les SSC permettent la prise en charge des patients à temps avant l'orientation ;
- Les SSC diminuent la mortalité dans la communauté ;
- Les SSC augmentent l'utilisation des services curatifs dans les FOSA par l'orientation des patients ;
- Les SSC réduisent le nombre de cas graves arrivés dans les FOSA ;
- La proximité des SSC à la communauté permet à cette dernière de bénéficier les soins de qualité et des conseils ;
- Les SSC permettent de réduire la barrière financière aux ménages, les patients ne payent pas des frais de consultation, ni des médicaments ;
- Les supervisions des SSC par les IT et les LMIS permettent d'améliorer la qualité de données des SSC et améliorer l'utilisation des services dans l'AS.

**Recommandations** : Au terme de cette étude les recommandations ci-après ont été formulées

### **I. Implantation d'un site de soin communautaire**

- R1 = Doter les SSC en matériels (box, bancs) et petits matériels (Balances, MUAC, Minuteurs) nécessaires pour son fonctionnement optimal
- Renouveler les petits matériels et outils de gestion (registre des malades, cartes conseils, note d'orientation) dans tous les anciens SSSC
- R2 = Compléter le paquet de prise en charge en approvisionnant tous les SSC en médicaments de lutte contre la diarrhée et la pneumonie (SRO/Zinc et Amoxicilline).
- R3 = Actualiser à l'aide l'optimisation le besoin en SSC dans les ZS qui nécessitent un nombre additionnel en SSC en priorisant les ZS à forte incidence de morbidité et de mortalité

### **II. Supervision des SSC**

- R1 = Digitaliser les supervisions des SSC par les IT à l'aide de l'application SSC :
- R2 = Répertorier tous les SSC à problème pour une éventuelle formation groupée (ECZ, IT et RECOSITES)

### **III. Appropriation des SSC**

- R1 = Améliorer la couverture des SSC dans tous les villages ayant des barrières géographiques et culturelles ;
- R2 = Institutionnaliser les SSC par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ;
- R3 = Améliorer la motivation des RECOSITES;
- R4 = Redynamiser les CAC et prévoir une motivation de l'équipe de CAC autour des SSC.

Les résultats de cette évaluation permettent de concevoir et mettre en œuvre des interventions prioritaires en matière de fonctionnalité des SSC. Ainsi donc, les résultats visent à renforcer le fonctionnement et la performance des SSC.

## REMERCIEMENTS

Le présent travail a bénéficié de la contribution de plusieurs personnes que nous ne pouvons pas tous énumérer ici mais que nous remercions très sincèrement.

Nous remercions de prime abord le Fonds Mondial qui a bien voulu accorder un financement conséquent ayant permis la collecte des données sur les six DPS et les analyses de ce rapport.

Nous adressons nos remerciements au Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention qui a bien voulu confier leurs experts pour la réalisation de cette évaluation.

Que les experts de PNLP, de DGOGSS, de PNECHOL-MD et les Consultants de LFA trouvent ici l'expression de notre reconnaissance pour le travail abattu dans des conditions pas toujours optimales.

Que les autorités des six DPS et des Sous bénéficiaires de SANRU soient remerciées pour avoir facilité le travail et mis des équipes à notre disposition pour permettre la collecte de données de cette évaluation.

Enfin, nous remercions les membres du comité de pilotage de SANRU pour leurs orientations ayant contribué à l'aboutissement heureux de cette enquête.

**Dr Albert KALONJI**

Directeur Technique de SANRU Asbl

## II. INTRODUCTION

### 2.1. Contexte

En République Démocratique du Congo, les enfants de 0-5 ans constituent l'un des groupes d'âge les plus vulnérables, car ils ont une grande susceptibilité de mourir avant l'âge de 5 ans pour des causes évitables notamment les maladies infectieuses telles que le paludisme, la diarrhée, la pneumonie, la tuberculose, le VIH et la malnutrition.

L'éloignement avec un Centre de santé, l'arrivée tardive et en détresse dans un service de santé, la carence des médicaments de bonne qualité dans la communauté, les premiers soins non appropriés ou l'automédication administrée par les parents à domicile, l'ignorance des mères et des familles sur les signes de danger et les pratiques-clés favorables à la santé constituent les facteurs favorisant cette mortalité qui survient à 80% dans la communauté et aussi dans les 30 minutes qui suivent l'arrivée dans une structure des soins.

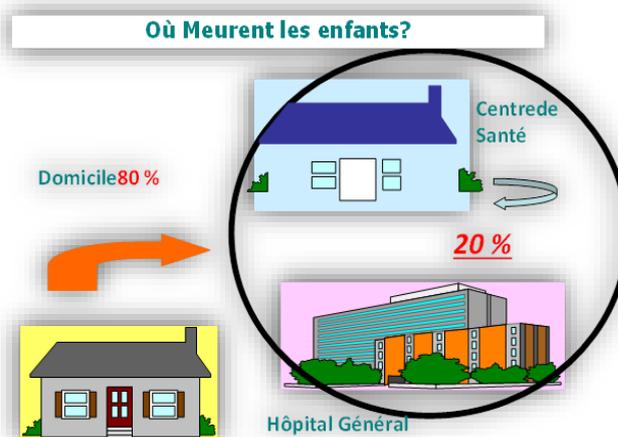


Figure 1. Où meurent les moins de 5 ans

C'est ainsi que dans le cadre de l'accélération de la réduction de cette mortalité infanto-juvénile et d'augmenter l'accessibilité des enfants aux soins de qualité dans la perspective d'atteindre l'ODD 3, la RDC met en œuvre depuis 2005 l'approche des Sites de Soins Communautaires (SSC) qui est un point de dispensation des médicaments, couvrant une aire géographique bien définie dans laquelle un ou plusieurs villages ou communautés d'accès difficile bénéficient des prestations des soins fournis par deux relais volontaires, formés et supervisés pour prendre en charge certaines affections courantes, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans.

En 2005, le pays comptait 6 SSC dans 1 ZS sur les 498 éligibles, par contre actuellement plus de 10000 SSC sont déjà mis en place dans 457 ZS.

Nous notons que le Fonds Mondial avec SANRU sont dans 16 DPS (6627 SSC) de la partie Nord-Ouest du pays et le PMI/PROSANI USAID dans 9 DPS (3504 SSC) de la partie Sud-est du pays et CHAI/IMA au centre dans une DPS (67 SSC).

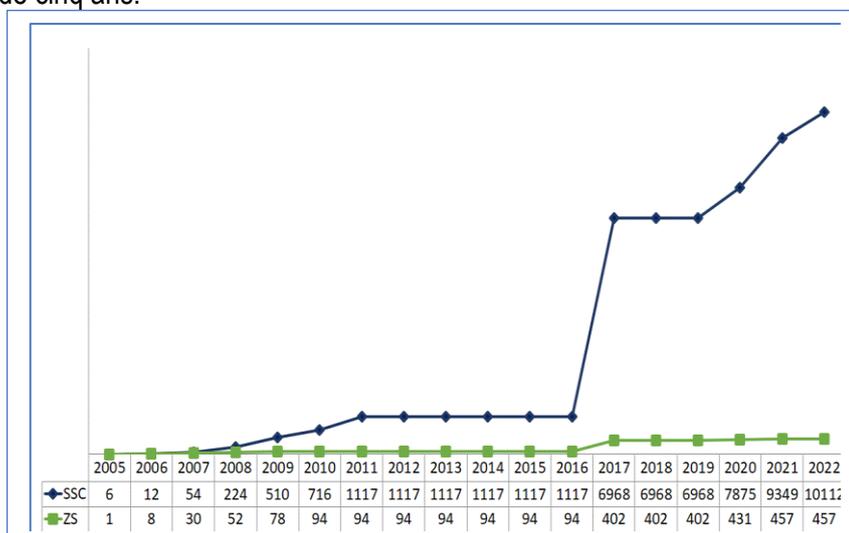


Figure 2. Evolution dans l'implémentation des SSC

### Evolution des SSC avec le financement de FM

Depuis leurs installations, l'évolution des SSC a connue 4 grandes vagues selon le financement du Fonds mondial.

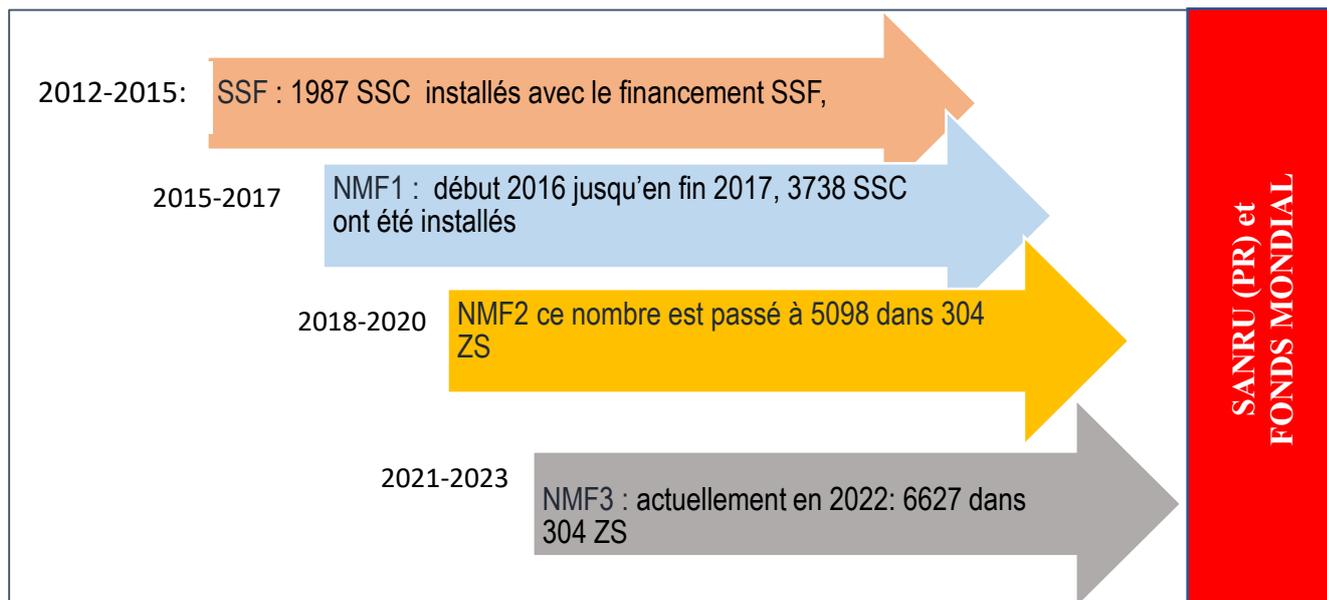


Figure 3. Mise en place des SSC avec les subventions du Fonds mondial  
Ainsi cette figure montre que de 2014 jusqu'en fin 2015, 1987 SSC furent installés avec le financement SSF, en NMF1 début 2016 jusqu'en fin 2017, 3738 SSC ont été installés. En NMF2, de 2018 à fin 2020, ce nombre est passé à 5098 ; actuellement en 2023, 6627 sont fonctionnels dans 304 Zones de Santé (ZS) des Divisions Provinciales de la Santé (DPS)/8 appuyées par la subvention Malaria du FM.

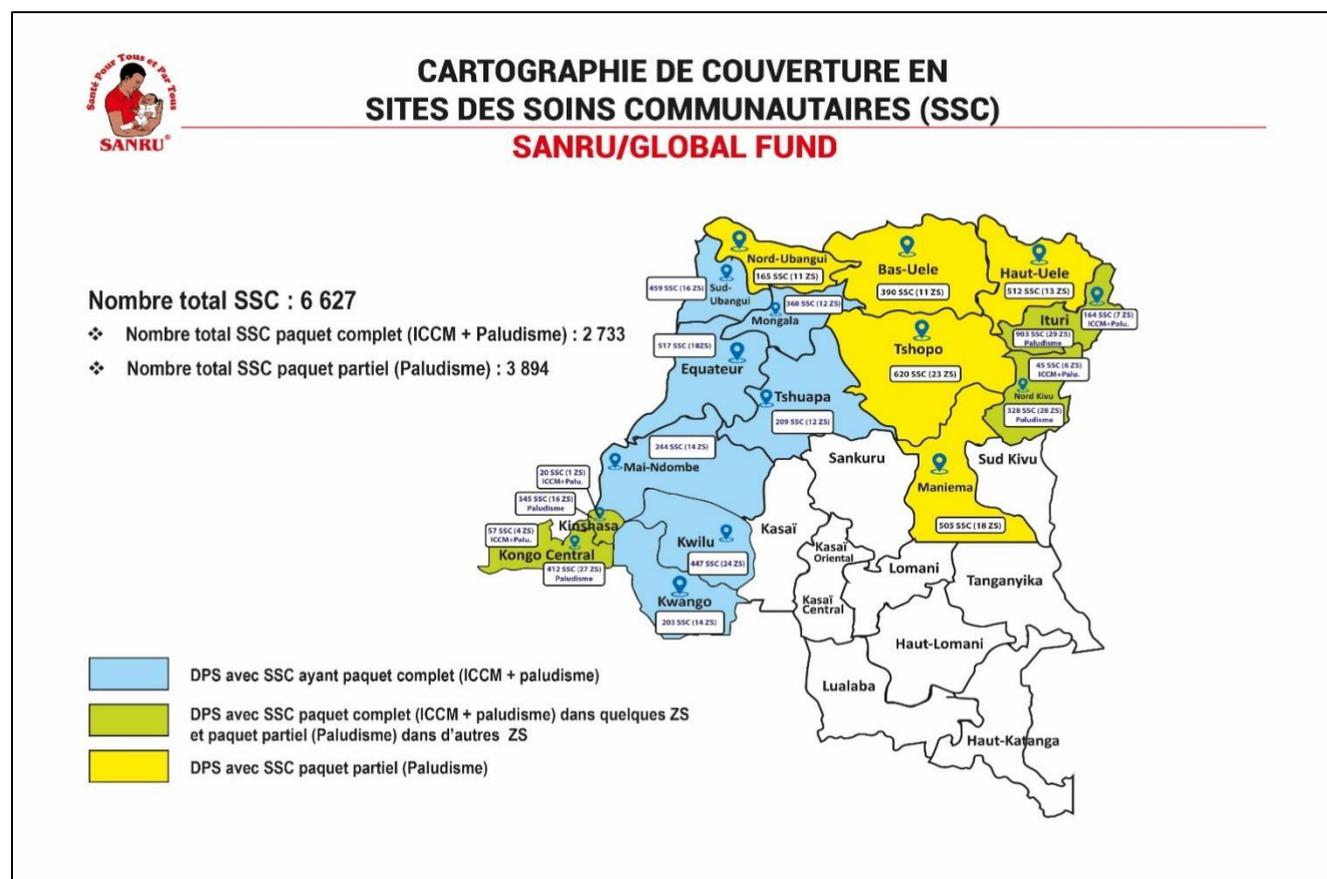


Figure 4. Sites de Soins Communautaires paquet paludisme et paquet complet

## 2.2. Objectifs

### 2.2.1. Objectif général

Analyser l'impact de la prise en charge des cas au niveau des sites de soins communautaires

### 2.2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques poursuivis ont été les suivants :

- a) Effectuer une analyse des données disponibles sur les SSC ;
- b) Evaluer l'utilisation des SSC par la communauté ;
- c) Evaluer l'orientation des cas vers les centres de santé et la contre orientation vers les SSC ;
- d) Evaluer les connaissances et compétences des relais des sites sur la prise en charge communautaire du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie ;
- e) Evaluer la disponibilité des médicaments, intrants et outils de gestion dans les SSC ;
- f) Déterminer le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des ACT, TDR, SRO, Zinc, amoxicilline ;
- g) Evaluer le circuit du rapportage des données ;
- h) Evaluer les connaissances sur les éventuels effets indésirables liés aux CTA, TDR, SRO, Zinc et amoxicilline ;
- i) Identifier des gaps dans l'approche SSC.

## 2.3. Méthodologie

### 2.3.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans les aires des santés possédant les FOSA et les sites de soins communautaires de 9 DPS en République Démocratique du Congo (RDC) pour les données rétrospectives et 6 DPS pour l'évaluation de la prise en charge au niveau de SSC. Le choix de ces DPS se justifie par la chronologie d'installation des SSC. Les DPS choisies pour l'étude rétrospective documentaire étaient : Kinshasa, Kwilu, Maniema, Nord Kivu, Haut Uélé, Kongo Central, Ituri, Equateur et Tshopo.

Les DPS appuyées par la subvention Malaria du FM ayant le plus grand poids du paludisme (HBHI) ont été sélectionnées dans cette évaluation et on a aussi tenu compte de leur accessibilité facile par avion ou par route. Ainsi les DPS suivantes ont été retenues : Kinshasa, Kongo Central, Nord Kivu, Ituri, Sud Ubangi et Kwilu.

### 2.3.2. Méthodes de l'étude

Tous les documents accessibles ont été collectés, résumés et analysés en mettant l'accent sur la Prise en Charge du paludisme dans les sites des soins communautaires en RDC. Les documents comportent entre autres les documents des rapports de supervision, les rapports réguliers des projets ainsi que les ressources en ligne et les publications internationales sur la Prise en charge intégrée des maladies infantiles au niveau communautaire.

Revue des données existantes : les données de routine provenant des différents niveaux du système de santé ont été collectées et analysées pour une meilleure compréhension des succès et des lacunes éventuelles. Le but est d'étudier l'impact des SSC dans la prise en charge du paludisme. Les sources de données incluent entre autres : les données DHIS2, les bases des données stockées par SANRU, PNLP et PNECHOL.

Pour étudier l'impact, l'approche de type avant et après l'installation des SSC dans les différentes DPS a été utilisée. Elle était basée sur l'appréciation la mesure des changements observés dans la morbidité et la mortalité palustre chez les enfants (infanto-juvénile) avant et après l'installation des SSC. Pour l'évaluation de la prise en charge au niveau de SSC, nous avons procédé par une enquête transversale mixte quantitative et qualitative par interview auprès des acteurs impliqués dans les activités des SSC. L'enquête a été menée conjointement par une équipe multidisciplinaire faite de : PR SANRU, Consultants

de LFA, les SR de chaque DPS, les cadres du MSP (DGOGSS, PNL, PNECHOL-MD et DPS) durant allant du 28 novembre au 26 décembre 2022.

### 2.3.3. Sélection des Zones de Santé et de SSC à évaluer

Pour cette évaluation, 3 ZS étaient ciblées dans chaque DPS sur une liste totale des ZS. La sélection de ces ZS étaient faites par la technique d'échantillonnage aléatoire simple comme suit : (1) dresser la liste exhaustive des ZS dans chaque DPS ; (2) tirer de manière aléatoire simple 3 ZS de l'ensemble de ZS de la DPS ; et (3) dresser la cartographie de 3 ZS tirées.

Pour les SSC, nous avons tiré dans chaque DPS 10 SSC également par la technique d'échantillonnage aléatoire simple : (i) dresser la liste exhaustive des SSC des ZS sélectionnées ; (2i) calculer la proportion cumulative des SSC ; (3i) calculer l'intervalle de l'échantillonnage (le pas de sondage) en divisant la proportion cumulative par 10 ; (4i) déterminer le premier SSC à retenir en choisissant un nombre aléatoire compris entre 1 et la taille de l'échantillon SSC, auquel on ajoutera progressivement la taille de l'échantillon pour déterminer les autres SSC ; et (5i) choisir les SSC à enquêter. Les patients étaient choisis en tenant compte de la disponibilité dans le village parmi ceux ayant fréquenté le SSC dans les 3 jours précédents.

En annexe, la liste des ZS et SSC sélectionnés.

### 2.3.4. Collecte des données

Le dépouillement des bases de données du SNIS et de données de routine a été fait pour l'étude de l'évaluation d'impact. Par contre l'interview face-à-face de type semi-directif a été réalisée, à travers un questionnaire standard, contenant un certain nombre de thèmes à questions ouvertes et fermées, pour l'évaluation de la prise en charge. L'enquêté répondait librement par ses propres mots pour les questions ouvertes puis l'enquêteur essayait de recadrer les questions selon leur échéance.

### 2.3.5. Méthodes d'analyse

Les données collectées ont été ensuite transférées sur SPSS for Windows version 21 et sur MedCalc 9.0 pour leurs traitements et analyses. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme de fréquence absolue et relative, les variables quantitatives ont été résumées par des mesures de tendance centrale et de dispersion.

**L'analyse des tendances** : a comparé les proportions entre les deux périodes d'évaluation. Le test statistique de Khi-carré a permis d'apprécier si les différences (écarts) entre les indicateurs avant et après l'installation des sites des soins communautaires, sont statistiquement significatives ou non au seuil de signification de 5% (intervalle de confiance de 95%). Les analyses statistiques étaient faites par strate pour comparer les tendances par catégorie avant et après l'installation des sites des soins communautaires.

**Triangulation des données** : Les données qualitatives secondaires et primaires collectées ont été mises en synergie dans une logique de complémentarité et suivant le principe de la triangulation. Les données qualitatives obtenues de différentes sources ont été recoupées afin d'assurer plus de cohérence et de fiabilité dans les analyses.

### 2.3.6. Considérations éthiques et principes d'évaluation

Dans la mise en œuvre de cette évaluation, l'équipe d'évaluation a veillé au respect des principes d'éthique et de confidentialité conformément aux normes d'Helsinki.

### III. RESULTATS

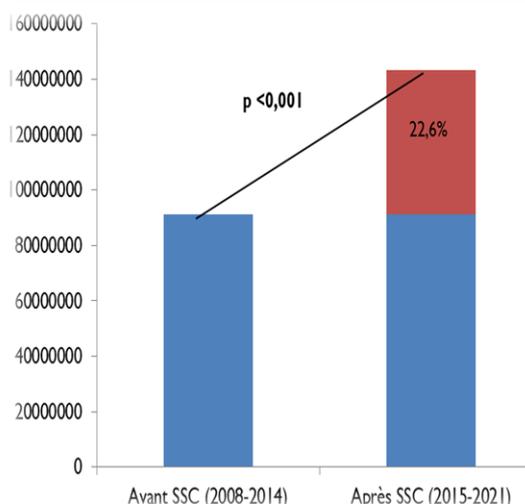
#### 3.1. Revue documentaire (Données DHIS2, PNECHOL-MD, PNL, SANRU)

##### i. Contexte

Les interventions de lutte contre le paludisme (comme la distribution de MILD, la prise en charge de cas de paludisme simple...) contribuent à la réduction de la morbidité et la mortalité chez les enfants moins de cinq ans. Cependant, il existe d'autres facteurs qui peuvent contribuer également à l'amélioration de la survie de ces enfants de moins de cinq ans comme la prise en charge rapide des cas au niveau des SSC. Ces facteurs dits contextuels peuvent être catégorisés en déterminants directs ou indirects de la mortalité. Leur prise en compte dans l'interprétation des résultats permettent d'assurer la validité interne et externe de l'évaluation. Ces facteurs sont globalement classés en distaux (socio-économiques, éducationnel, changement climatiques) et proximaux (santé maternelle et infantile ainsi que l'installation et la prise en charge correcte de paludisme simple aux SSC).

##### ii. Impact de l'utilisation des SSC sur les FOSA

###### A propos de l'utilisation des services curatifs dans les FOSA



- Dans les 9 DPS, l'utilisation des services au niveau des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux), est passée 91.204.133 nouveaux cas avant l'installation des SSC à 143.149.419 nouveaux cas après l'installation du SSC ; soit une augmentation de 22,6%. La période avant l'installation des SSC va de 2008 à 2014 et la période post-installation des SSC va de 2015 à 2021.
- Cette augmentation de fréquentation est le fruit de plusieurs faits notamment l'orientation des cas du SSC vers le CS, la sensibilisation de la population d'usage des FOSA et SSC en cas d'une maladie par les RECO.

Figure 4. Utilisation des FOSA avant et après l'installation des SSC.

###### – A propos des cas de paludisme simple diagnostiqués et traités dans les FOSA :

- A la suite de l'installation progressive des SSC, la proportion des cas de paludisme simple diagnostiqués dans les FOSA, a aussi augmenté, toutefois la différence n'est pas statistiquement significative. Cela s'explique probablement par le fait que la majorité de cas de paludisme simples ont déjà été correctement pris en charge au niveau des SSC.
- Le nombre de cas de paludisme simple traités avec les CTA dans les FOSA, a graduellement augmenté au fur et à mesure que les SSC étaient installés.

– A propos des complications et de la mortalité du paludisme dans les FOSA :

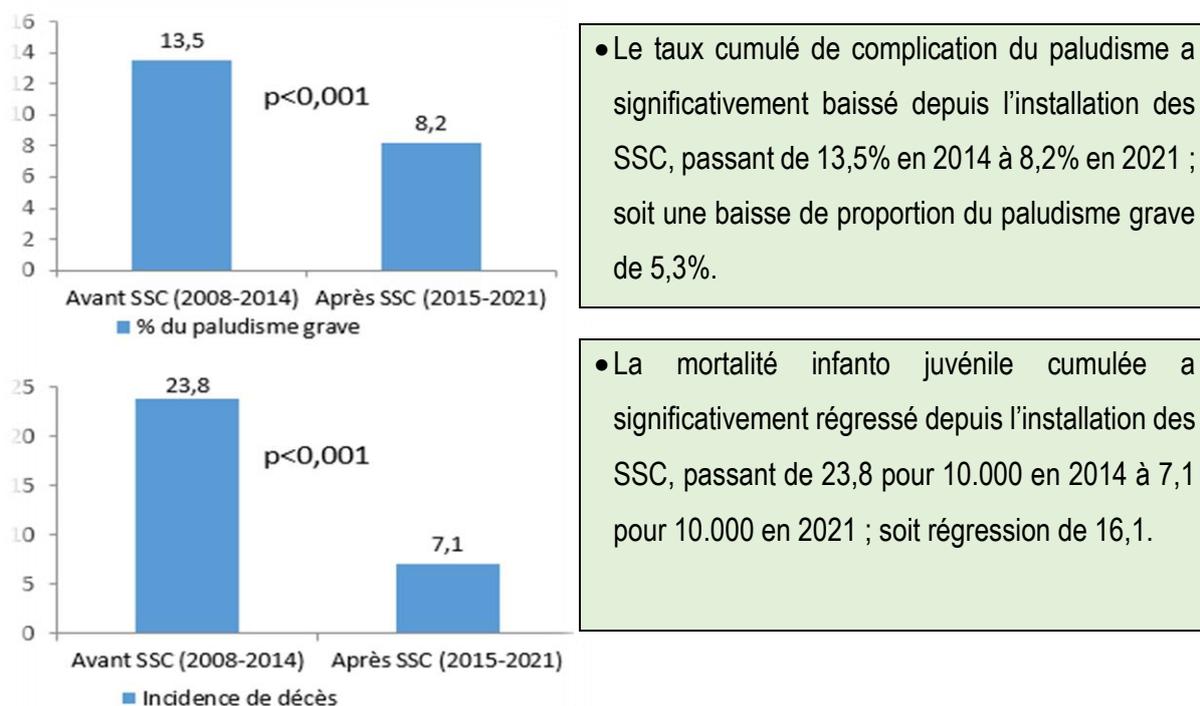


Figure 5. Proportion de la morbi-mortalité avant et après SSC

Conclusion : de ce qui précède, il ressort que l'installation/la fonctionnalité des SSC, a permis non seulement d'améliorer la fréquentation au niveau des FOSA, mais aussi de réduire de manière significative les complications ainsi que la mortalité liée au paludisme, notamment chez les enfants de moins de 5 ans.

### 3.2. Evaluation de la PEC du paludisme dans les SSC

Le taux de réalisation de la collecte de données est estimé à 93,3%. Environ 347 personnes ont été enquêtées sur 372 attendues dans le cadre de l'évaluation de la prise en charge du paludisme dans les SSC dont 17 MCZ, 55 IT, 55 CAC, 59 RECOSITES et 161 patients fréquentant les SSC. L'implication de ces acteurs permet une gestion efficace et inclusive de la santé communautaire. Ce serait optimal d'avoir une participation universelle de la part l'ECZ, des IT, des CAC, des RECOSITES et des patients eux-mêmes dans les processus de prise de décision relative à la santé communautaire.

### 3.2.1. Offre de service et orientation

#### i. Contexte

L'objectif général d'installation d'un SSC est d'améliorer l'accès aux soins de qualité aux populations éloignées ou ayant un accès difficile aux formations sanitaires. Plus spécifiquement, le SSC : (i) assure les premiers soins adéquats aux populations qui présentent des difficultés d'accès géographique aux structures des soins ; (ii) assure l'orientation des cas avec signes de danger, d'alerte, de malnutrition aiguë sévère et de gravité ; (iii) assure la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité dans la communauté ; (iv) assure l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité dans la communauté ; (v) notifie les cas d'effets indésirables.

En matière de la couverture des SSC, le Guide de Mise en Œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Site (2016) stipule que les sites doivent être installés dans les villages avec un accès difficile au CS à cause de la distance ou un obstacle naturel (e.g. érosion, cours d'eau, marécage, forêt, etc.) pour assurer une accessibilité physique et géographique. De plus, il est recommandé d'installer prioritairement les SSC où le besoin est le plus ressenti, notamment dans les grandes agglomérations, en ayant toujours en vue le regroupement de plusieurs villages/populations autour du SSC pour répondre aux critères liés à la densité de la population. C'est ainsi que le ratio est d'un SSC pour au moins 500 habitants et 2 RECO par site ; à partir de 1000 habitants, il est suggéré de créer un autre.

Le paquet d'interventions au niveau du SSC est constitué de : (i) l'orientation des cas avec signes de danger, d'alerte et de gravité chez les enfants de moins de 5 ans ; (2i) traitement des cas de paludisme simples, de diarrhée, de pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans, et éventuellement traitement des cas de paludisme simple chez les enfants de 5 ans et plus, et adultes ; (3i) dépistage et orientation des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans ; (4i) counseling et offre des méthodes de planification familiale ; (5i) communication pour le changement social et de comportement ; (6i) surveillance épidémiologique à base communautaire ; (7i) notification des effets indésirables.

#### ii. Constats

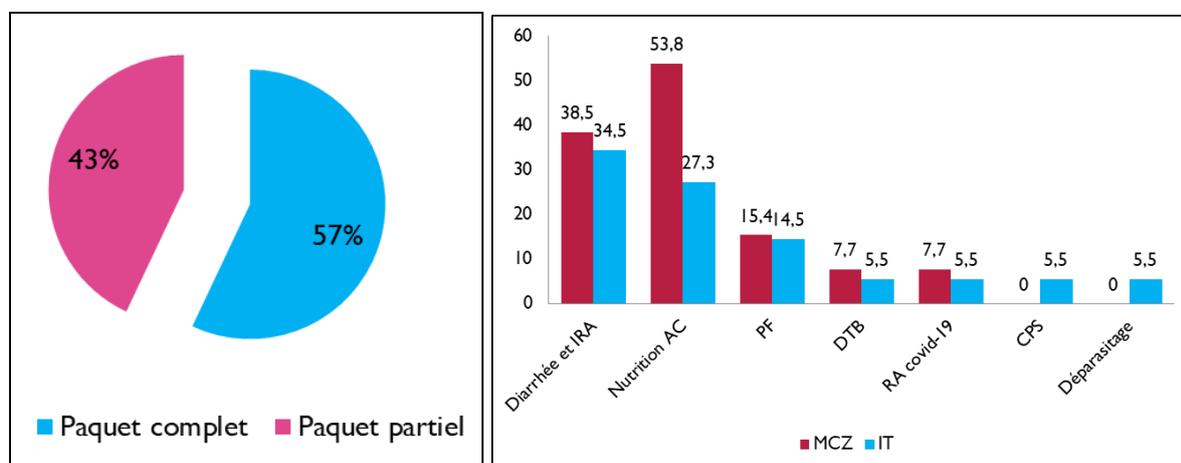


Figure 6. Paquet offert dans les SSC (droite) et compléments souhaités (gauche)

- Presque la moitié des SSC n'offrent pas le paquet complet des 3 maladies tueuses de l'enfant (paludisme, IRA et diarrhée).
- En complément des activités réalisées au SSC, la majorité de MCZ et IT avait suggéré d'ajouter le traitement de diarrhée et IRA dans tous les SSC, la nutrition assise communautaire et la planification familiale.

- La plupart des patients (91%) qui fréquentent les SSC trouvent les RECOSITES. Seulement 9% de patients n'ont pas trouvé les RECOSITES. Dix (10) parmi ces 14 patients, soit 71,4% ont réussi à retrouver le RECOSITE après avoir dépêché quelqu'un le rechercher dans le village/communauté.
- Tous les patients savent où trouver le RECOSITE chaque fois qu'ils désirent des conseils ou un traitement.
- La majorité des patients (79%) apprécient la distance qui sépare leurs domiciles et les SSC, l'estimant très proche. C'est pour cette raison que beaucoup de ces patients ont insisté sur la pérennisation de SSC et l'installation d'autres SSC dans des villages éloignés pour réduire aussi la distance de soins communautaires.
- A propos de la dispensation des soins, tous les patients interviewés ont reconnu recevoir les médicaments gratuitement auprès de RECOSITES. Dans près de 100% des cas, le RECOSITE indique au patient/parent comment prendre ce médicament. Dans plus de 87% des cas, il précise la dose, le nombre de prise et la durée de traitement. Dans la majorité de cas (96,3%), le RECOSITE donne des conseils au patient/parent sur le traitement à domicile. Ces conseils sont notamment : continuer l'alimentation, augmenter les liquides et revenir au SSC si l'enfant devient plus malade.
- Dans plus de 73% des cas, les RECOSITES planifient et communiquent les dates de RDV aux patients/parents reçus dans le SSC.
- En l'absence d'amélioration de l'état de santé de l'enfant, plus de 57% des parents rentrent au SSC, tandis que 24,8% des parents vont directement au CS et 9,9% parmi eux ne font rien.
- La majorité des patients guérissent souvent après la prise des médicaments (91,3%), une fréquence minimale de persistance de fièvre (5%) et d'aggravation de l'état de santé (3,7%) a été notée parmi les interrogés. Pour les patients chez qui la persistance de la fièvre ou l'aggravation de l'état de santé ont été signalées (n=13), 4 sont rentrés chez les RECOSITES (30,8%) et 9 sont allés directement au CS (69,2%).
- Plus de 87% des patients sont satisfaits de conseils, de traitements, de suivis et de disponibilités des RECOSITES au niveau des SSC.
- Tous les MCZ et les IT interviewés ont affirmé que les SSC sont très utiles pour les ZS. D'après 53% de répondants, les SSC permettent une PEC rapide des patients avant l'orientation ; 47% d'interviewés estiment que les SSC contribuent à la réduction de la mortalité dans la communauté et concourent à l'accroissement du taux d'utilisation de service curatif dans les FOSA. La majorité des IT affirment que les SSC contribuent à la réduction de la barrière financière pour les ménages.

*« Depuis que les SSC ont été installés dans mon aire de santé, le nombre des cas d'anémie chez les moins de 5 ans ont sensiblement diminué ». « Témoignage d'un IT »*

- Les signes d'orientation les plus connus par les RECOSITES sont les signes de danger, (les convulsions, l'incapacité de boire ou de téter et l'enfant vomit tout ce qu'il consomme et léthargie ou l'inconscience), les signes d'alerte et de gravité et les signes de malnutrition aiguë sévère (MAS).
- Les effets indésirables les plus connus par les RECOSITES sont les vomissements ou nausées (72,9%), la fatigue ou asthénie (67,8%) et la diarrhée (49,2%).
- La majorité des RECOSITES définissent la pneumonie par une toux, rhume et respiration rapide. Plus de 78% des RECOSITES connaissent le seuil de fréquence respiratoire chez l'enfant <1 an, 81,4% des RECOSITES ont connaissance du seuil de fréquence respiratoire chez l'enfant âgé de 1-5 ans. Tous les RECOSITES connaissent la définition de diarrhée et 96,6% des RECOSITES connaissent la

définition du paludisme. Seulement 78,8% connaissent le moment de donner l'artésunate suppositoire.

- Plus de 67% des SSC visités possèdent des fiches d'orientation.
- Plus de 79% des RECOSITES remplissent la fiche d'orientation et laissent les malades se débrouiller seuls pour se rendre au CS.
- D'après les patients/ménages interviewés, plus de 86% des RECOSITES donnent une note d'orientation au patient. Et près de la totalité (91%) de ces patients comprennent le pourquoi de cette orientation. Pour ces patients, la cause de maladie ayant entraîné l'orientation est jugée plus naturelle dans la moitié de cas ; cette cause est inconnue chez 38,1% des patients et elle est considérée comme surnaturelle dans près de 12% des cas.
- Après avoir reçu la note d'orientation, plus de 97% des patients sont allés au CS dont 88% le même jour. La plupart des patients (74%) se rendent à pied au CS et les autres (24%) utilisent les motos.

Figure 7. Présentation de note d'orientation

- Plus de 71% des patients estiment que la distance séparant le SSC et la FOSA de référence est longue.
- Les principales barrières à l'aboutissement de l'orientation sont : le problème financier (44,1%), la distance entre SSC et FOSA (14,3%), le mauvais accueil au niveau de la FOSA de référence (7,5%), la faible disponibilité des MEG au niveau de la FOSA de référence (6,2%) et la non-perception de l'importance de l'orientation par la famille du patient (6,2%).
- Moins de deux dixième de RECOSITES qui reçoivent les cas d'orientation recours ; soit 16,9%.
- Au moins le service rendu par le SSC pourrait être approprié par la population dans le jour avenir. Pour que ces activités soient interrompues, les obstacles et défis suivants ont été évoqués par les MCZ : La faible motivation, la faible disponibilité des intrants et le manque de frais de supervision de l'ECZ.

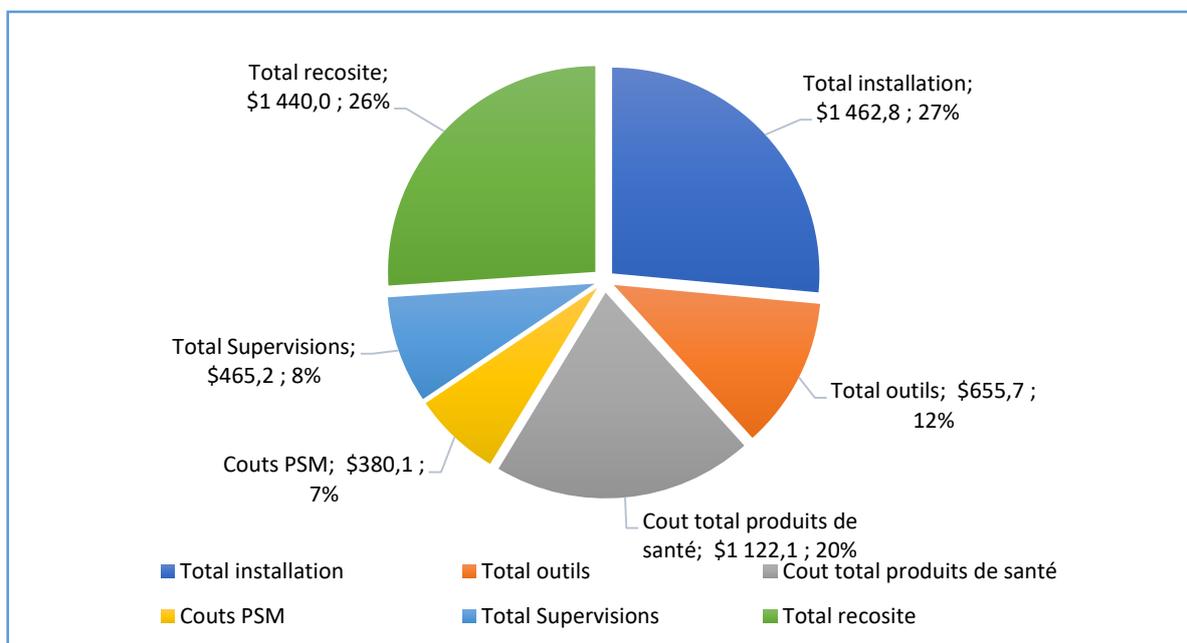
Les IT ont aussi affirmé que ces obstacles et ces défis pourraient entraver le fonctionnement futur de SSC : la faible motivation de l'équipe de CS (65,5%) et la faible motivation des RECOSITES (63,6%).

L'orientation dans les SSC pose un sérieux problème. Plusieurs obstacles ont été évoqués par les patients dont la longue distance de CS, la barrière géographique et culturelle. Ainsi se référant aux constats faits, il ressort plusieurs MCZ et IT ont signalé la nécessité d'installer

d'autres SSC. Plusieurs raisons ont été évoquées parmi lesquelles l'éloignement de la communauté vers les FOSA, les barrières socio-culturelles et géographiques et la couverture de tous les villages distants des SSC.

### iii. Cout pour mettre en place et maintenir un SSC pendant 3 ans - paquet complet Cout

La mise en œuvre d'un SSC nécessite la disponibilité des moyens financiers pour garantir l'accès gratuit à la PEC au niveau communautaire.



La mise en œuvre d'un SSC nécessite la disponibilité des moyens financiers pour garantir l'accès gratuit à la PEC au niveau communautaire.

Il sied de signaler que le coût moyen pour la mise en œuvre d'un SSC avec un ratio de 500 Habitants et s'élève à 5.351\$ pour une durée de trois ans.

### iv. Recommandations



- R1. Améliorer la couverture en SSC dans plusieurs ZS selon le besoin
- R2. Approvisionner régulièrement les intrants et médicaments pour assurer le bon fonctionnement de SSC.
- R3. Approvisionner régulièrement les notes d'orientation
- R4. Développer un système approprié pour l'orientation des cas et la contre orientation
- R5. Augmenter les frais de motivation des RECOSITES

### 3.2.2. Formation sur les SSC et possession de guide de mise en œuvre

#### i. Contexte



La formation est l'un des préalables importants pour assurer la maîtrise, la coordination l'appropriation, et la pérennisation des activités à tous les niveaux. Cette formation se déroule en cascade (niveau national, provincial et local)

Pour tenir un SSC, le RECOSITE doit être impérativement formé sur la prise en charge des cas maladies tueuses de l'enfant. Ces relais sont formés par l'équipe cadre de la zone de santé appuyée par la province, sous la supervision du niveau central, le cas échéant, surtout au début du processus. Pendant la formation, ils sont encadrés par les infirmiers titulaires et les animateurs communautaires qui les accompagnent durant toute la session.

Figure 4. Présentation d'un SSC

Les matières renseignées au cours de la formation des relais des sites sont essentiellement l'orientation au CS intégré pour signes de danger/alerte, la Prise en charge des cas de paludisme simples, diarrhées, toux/ rhume, malnutrition, ainsi que le rattrapage en PEV, CPS et Vitamine A ; la gestion des médicaments essentiels des sites, la gestion des données du site, la communication aux mères pour les soins adéquats à domicile et le changement de comportement et la surveillance à base communautaire des maladies.

Après cette formation, il est prévu un suivi post formation qui permet de concilier les notions théoriques avec les pratiques sur terrain, à identifier les besoins en tutorat ou coaching et les lacunes relevées pendant la formation afin de parachever la mise à niveau des relais dans la prise en charge des cas, la gestion des médicaments, et de renforcer l'organisation du site. La stratégie en prévoit 3 à raison d'un suivi par mois, après l'installation des relais et entre les suivis successifs.

#### i. Constats

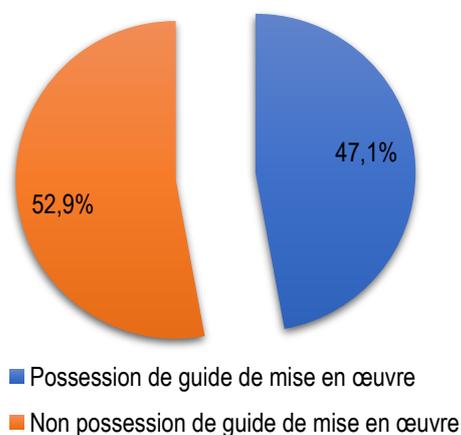
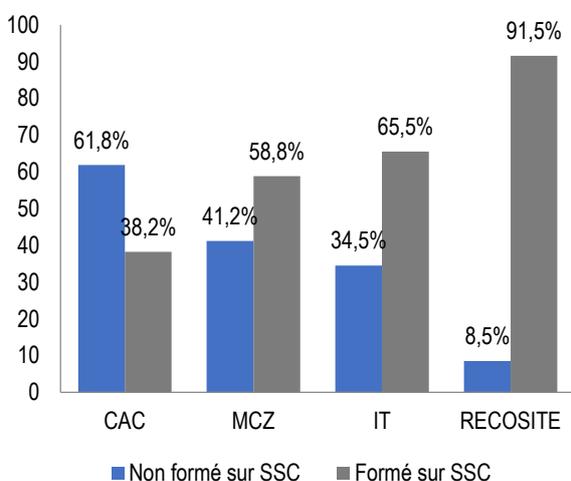


Figure 6. Proportion des formés sur les SSC

Figure 6. Proportion des ZS possédant de guide de mise en œuvre

- Nous avons noté que 91,5% de RECOSITES, 65,5% des IT, 58,8% des MCZ et 38,2% des CAC étaient formés sur les SSC. Néanmoins 61,8% des CAC, 41,2% des MCZ, 34,5% des IT et 8,5% des RECOSITES n'ont jamais reçu de formation sur la gestion, l'organisation et la prise en charge dans les SSC. Les proportions des non formés sont énormes chez les MCZ, IT et CAC, or ce sont ces personnes qui sont appelées à coordonner et à superviser le fonctionnement des SSC.
- Parmi les 17 ZS visitées, 8 seulement, soit 47,1%, possèdent le guide de mise en œuvre et de guide de formateur des SSC.

Nous avons remarqué hormis une fréquence élevée de RECOSITES et IT formés sur les SSC, une proportion de 8% des RECOSITES non formés et une proportion importante des MCZ non formés (plus de 40%). La proportion des RECOSITES non formés est expliquée par le départ inattendu des RECOSITES formés classiquement ayant nécessité un remplacement immédiat. Ainsi les RECOSITES remplacés ont bénéficié d'une formation par accompagnement en attendant une formation classique. En ce qui concerne la proportion des MCZ non formés, ceci pourrait s'expliquer par le mouvement du personnel dans les ZS ou soit par le fait que leur affectation est survenue après ces différentes formations.

## ii. Recommandations



**R1 : Planifier le recyclage/la formation de membres des ECZ notamment les MCZ et AC/IS sur le fonctionnement des SSC.**

**R2. Doter les outils normatifs dont le guide de mise en œuvre et le guide de formateur des SSC dans les ZS.**

### 3.2.3. Supervision

#### i. Contexte

La supervision d'un SSC vise à améliorer les capacités techniques et logistiques des relais en vue d'un fonctionnement optimal des sites. La responsabilité de la supervision d'un site incombe d'abord à l'IT qui est le premier encadreur du RECOSITE, et ensuite à l'animateur communautaire (AC) du BCZS. Les autres cadres du BCZS, de la DPS ainsi que du niveau central ont la responsabilité de l'accompagnement technique de l'IT ainsi que de l'AC du BCZS pour renforcer leur capacité à mieux assurer la supervision des sites.

La supervision est organisée une fois par mois par l'IT du CS dans chacun des SSC de son AS. Elle se fait par une revue documentaire et observation. Si le temps est limité, le superviseur peut emporter les outils qu'il examinera dans son bureau.

Au cours de la supervision, l'IT est appelé à (i) assurer de la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG), de fiches de prise en charge et autres intrants devant maintenir la fonctionnalité des sites (2) Interviewer les mères qui ont fait soigner les enfants au site afin de s'assurer que le relais a bien conseillé la mère par rapport à la dispensation des médicaments et que la mère reconnaît les signes de

danger et a adopté les bonnes pratiques en faveur de la sante de l'enfant, (3) s'entretenir avec les comités et la population pour s'assurer de la tenue régulière des réunions des communautés en vue de la collaboration entre le relais promotionnels et les relais de sites et de la prise en compte des sites dans le monitoring des activités au sein du CODESA. (4) De l'amélioration de l'utilisation des sites avec la contribution des CODESA et des autres relais promotionnels (6) Evaluer la connaissance des mères sur les signes de danger et la prise des médicaments (7) Collecter activement les données et fiches non encore transmises par le relais.

## ii. Constats

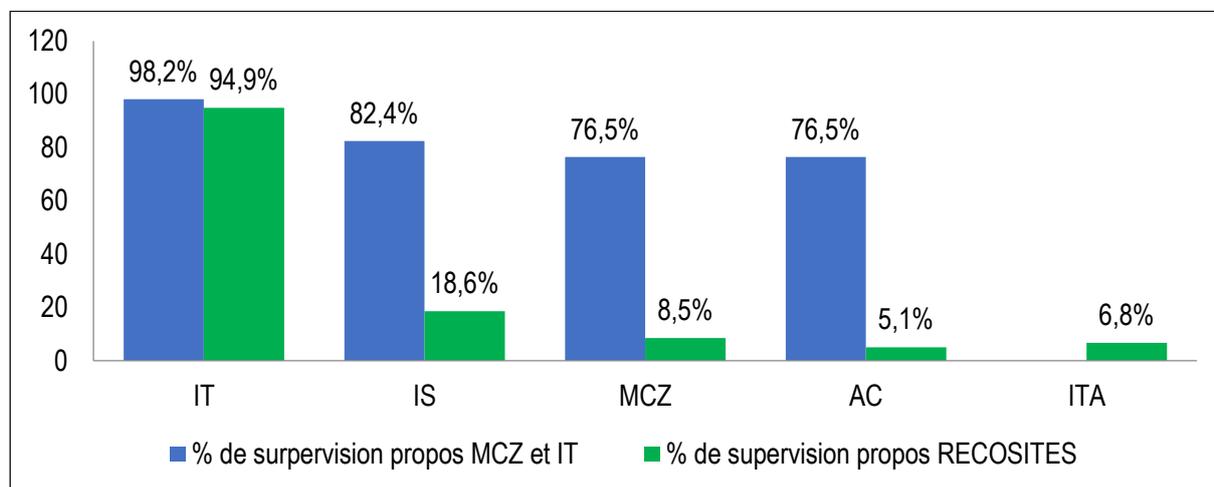


Figure 7. Fréquence de supervision des SSC par l'ECZ et les IT (A gauche, le propos du MCZ et IT ; à droite les propos des RECOSITES)

D'après les déclarations des RECOSITES interviewés, ceux-ci reçoivent essentiellement les supervisions de la part des IT, à un rythme mensuel (94,9%). Les supervisions des ECZ notamment celles des MCZ se font trimestriellement et sont peu fréquentes (8,5%).

*« C'est le Papa IT qui vient souvent nous superviser, je n'ai jamais vu notre Chef de la Zone de Santé ici chez moi ».*  
*« Témoignage d'un RECOSITE dans le KONQO CENTRAL »*

Il est très important que les RECOSITES soient supervisés non seulement pour obtenir le rapport de prestation, aussi pour renforcer leur capacité. Les IT sont censés le faire tout le mois comme cela a été rapporté dans l'étude. Hormis les IT, l'équipe cadre de la ZS est aussi tenue à faire cette supervision. Néanmoins, dans cette analyse, il a été remarqué qu'une faible proportion des supervisions des membres de l'ECZS vers les SSC. Plusieurs facteurs énumérés pourraient expliquer cette faible proportion des supervisions réalisées par les membres de l'ECZ (MCZ et AC/IS), notamment : (1) l'insuffisance des ressources financières et de moyens de déplacement ; (2) les barrières naturelles et l'inexistence des routes rendant difficile l'utilisation des engins roulants ; (3) Certains membres ECZ ne sont pas formés sur le fonctionnement des SSC.

Le point fort de la supervision est du côté des IT qui supervisent régulièrement les SSC comme recommander dans le manuel de mise en œuvre de SSC.

## iii. Recommandations



**R1. Renforcer la supervision régulière et de qualité de tous les RECOSITES par les membres de l'ECZS.**

**R2. Doter de moyen de transport aux ECZ et IT pour la supervision des SSC**

**R3. Doter des frais de supervision suffisants pour des supervisions de qualité aux ECZ**

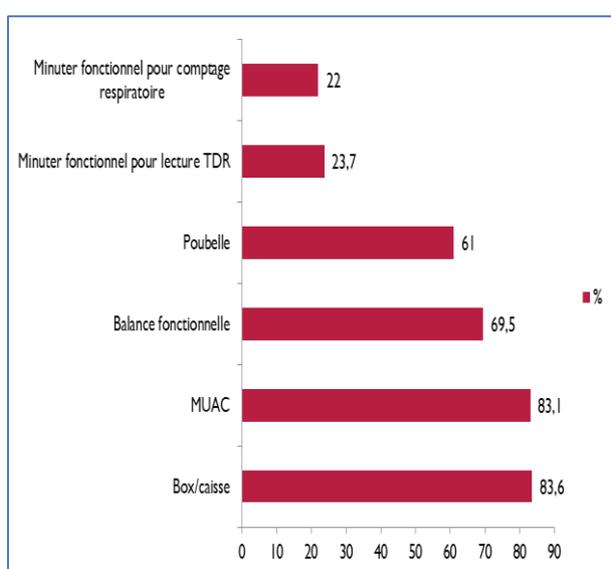
**R.4. Mettre en place un système digitalisé de la supervision du RECOSITE par l'IT**

## 2.3.4. Disponibilité de petits matériels

### i. Contexte

Pour être fonctionnel, tout SSC devrait disposer d'un minimum de petits matériels fait de : (1) balance pèse-enfant ou à défaut une balance pèse-personne pour prélever les poids des enfants ; (2) un MUAC (Mid Upper arm circonference) pour mesurer le périmètre brachial des enfants ; (3) un minuteur pour compter la fréquence respiratoire chez l'enfant ; (4) un minuteur pour chronométrer le temps d'attente avant la lecture des résultats des TDR ; (5) une lampe torche ou lampe LED pour l'éclairage la nuit ; (6) une poubelle ou réceptacle pour recueillir les déchets ; (7) le thermomètre pour prélever la température chez les enfants (introduit avec la survenue de la pandémie de la Covid) ; (8) le réservoir d'eau potable avec gobelets et cuillères (9) un box pour le stockage des médicaments et outil ; etc.

### ii. Constats



- Par ordre de grandeurs décroissantes, les matériels les plus retrouvés dans les SSC visités sont le box/caisse de conservation des médicaments (83,6%), le MUAC (83,1%), la balance fonctionnelle (69,5%), la poubelle (61%), le minuteur fonctionnel pour lecture des TDR (23,7%) et pour comptage de mouvement respiratoire (22%). Par ailleurs, aucune lampe fonctionnelle n'a été retrouvée dans les SSC visités ; il en est de même pour les thermomètres.
- La majorité de SSC ne possède pas de système de transport fonctionnel (81,8%).

Figure 8. Disponibilité des matériels

La situation de petits matériels pose encore problème du fait qu'ils sont devenus vétustes et d'autres SSC en sont dépourvus. La durée moyenne de vie des petits matériels est de 2 à 3 ans, faute d'un financement additionnel permettant de les renouveler. Ces matériels sont restés dans cet état depuis 2014, année d'acquisition pour les premiers SSC implantés avec l'appui financier du Fonds Mondial.

Notez que le thermomètre (thermo flash) a été introduit avec la pandémie de la Covid-19 et n'est pas généralisé dans tous les SSC.

### iii. Recommandations



**R1. Renouveler régulièrement de petits matériels dans les SSC.**

**R2. Doter un moyen de transport adéquat pour l'orientation des malades et l'approvisionnement en médicaments.**

### 3.2.5. Disponibilité des médicaments

#### i. Contexte

La stratégie de mise en œuvre des SSC vise les maladies tueuses de l'enfant à travers la prise en charge correcte des cas de paludisme simples, Diarrhée et Pneumonie, le dépistage de la Malnutrition, l'orientation des cas graves vers les CS, la surveillance communautaire des effets indésirables des médicaments, ainsi que la communication pour le changement des comportements via la promotion des pratiques familiales clés. Le volet paludisme du paquet de service offert au niveau des SSC inclut le traitement des enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre, soignés par l'ASAQ et le paracétamol comme paludisme simple après confirmation par le test de diagnostic rapide (TDR) ou présumé paludisme quand le TDR n'est pas disponible ainsi que l'orientation des formes graves vers le CS.

Les normes exigent que les 100% de cas de paludisme simple dépistés au niveau des SSC, soient correctement traités conformément à la politique nationale. Cela sous-entend donc que les TDR et les CTA notamment les ASAQ, doivent être disponibles à 100% durant tout le mois.

Pour les cas de paludisme grave, le traitement de pré-référence est donné aux enfants de moins de 5 ans avec l'artesunate suppositoire avant l'orientation du cas à la structure de référence.

Dans les ZS appuyées par la subvention Malaria du FM, l'on prend aussi en charge les cas simples de paludisme chez les plus de 5 ans au niveau des SSC.

Le rythme d'approvisionnement en médicament est mensuel au CS et de CS vers le BCZS.

#### ii. Constats

- Plus de 90% des SSC disposaient d'un stock suffisant des TDR.
- Près de 80% des SSC disposaient de blisters d'ASAQ tous âges confondus.
- Près de la moitié des SSC disposaient d'Artesunate suppositoire, de Paracétamol en comprimés, de sachets de SRO, de comprimés de Zinc et de comprimés d'Amoxicilline dispersibles.
- Près de 85% des SSC ne possédaient pas de stock de Mebendazole.
- Plus de 83% des SSC disposaient des caisses de conservation des médicaments. Celles-ci étaient aérées dans 64,4%, propres et bien entretenues dans 66,1%, sécurisées dans 44,1% ; avec des médicaments bien rangés dans plus de 59% des SSC.

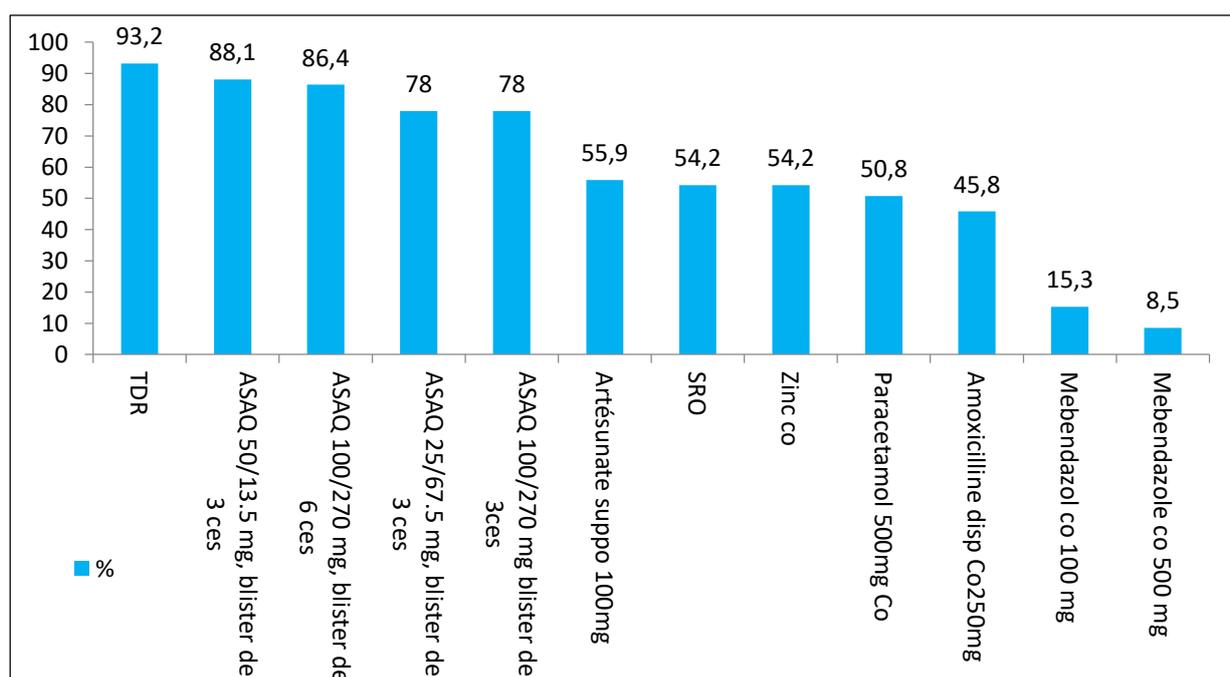


Figure 8. Disponibilité des médicaments



Figure 9. Caisse de conservation des médicaments

- Dans plus de la moitié des SSC, la quantification des médicaments est faite par le RECOSITE (59,3%) et 40,7% SSC par le niveau supérieur. Tous les SSC s'approvisionnent en médicaments au niveau de CS. Pour acheminer les antipaludéens vers les SSC, la majorité des RECOSITES utilisent les pieds (59,3%) ; 18,6% utilisent la motocyclette et 15,3% la bicyclette.
- Dans tous les SSC visités, la moyenne de temps qui s'écoule entre la commande et la réception des antipaludéens est de moins de 2 semaines.
- Dans 61% des SSC, les quantités reçues suffisent pour permettre le fonctionnement des SSC ; par contre dans 39% des SSC, les quantités reçues sont insuffisantes.
- Dans la majorité des SSC, la distance entre les lieux d'approvisionnement en médicaments est de plus d'une heure (59,3%). Lieu d'approvisionnement est le même que le lieu d'orientation.

- De données recueillies auprès des MCZ et aux IT, il ressort que près de 57% de SSC offrent un paquet complet tandis que les 43% de SSC restants offrent un paquet partiel.
- Plus de 75% d'acteurs au processus de fonctionnement des SSC (MCZ et IT) ont exprimé le besoin d'ajouter d'autres activités au paquet existant dans les SSC. Les activités les plus suggérées sont : (1) la prise en charge de diarrhée et IRA ; (2) la nutrition assise communautaire (NAC) et la planification familiale. Les intrants en rapport avec ce paquet sont à planifier.

Il a été remarqué une faible proportion des SSC ne possédant pas toutes les tranches d'âge d'ASAQ. La situation est expliquée au retard d'approvisionnement de ces médicaments par les CS. Ceci s'explique souvent par une rupture de stock au niveau de Porte d'entrée des médicaments et intrants au pays, CDR et BCZS suite au long délai de livraison des commandes. Toutefois, les tranches d'âge d'ASAQ disponibles sont utilisés en substitution par les prestataires pour répondre au besoin des malades.

En ce qui concerne le Zinc, le SRO et l'amoxicilline, une proportion importante des SSC (43%) offre un paquet partiel des soins (Paludisme seulement), de ce fait, ces médicaments manquent dans ces SSC.

En effet, jusqu'en fin 2022, l'approvisionnement de ces intrants ne se fait que dans 2097 SSC sur les 6627 SSC fonctionnels grâce à l'appui de l'UNICEF.

Concernant le Mébendazole, la politique du partenaire FM n'offre pas ce médicament et la plupart de partenaire de mise en œuvre des SSC, approvisionne rarement en ce médicament.

### iii. Recommandations



- R1. Mettre en place des stratégies devant minimiser la rupture en médicaments surtout les ASAQ et le paracétamol
- R2. Approvisionner régulièrement en ASAQ, Paracétamol, Artésunate Suppositoire, Amoxicilline, SRO et Zinc.
- R3. Analyser la possibilité d'intégrer le Mébendazole dans le paquet des intrants à approvisionner dans les SSC
- R4. Compléter le paquet partiel par un paquet complet (prise en charge de diarrhée et IRA)
- R5. Analyser la possibilité d'intégrer d'autres activités au paquet existant du SSC à savoir celles de la nutrition à assise communautaire, la planification familiale, le dépistage communautaire de COVID-19...

#### 3.2.1. Ressources humaines

##### i. Contexte

Le SSC est animé par un relais, toutefois, pour son utilisation maximale, 2 relais par SSC sont installés et formés. Ceux-ci devront se convenir un horaire harmonisé pour permettre de se relayer afin de garantir la fonctionnalité du site. En cas d'empêchement du relais en service, ce dernier devra informer la CAC pour des dispositions utiles. Toutes les modalités de fonctionnement du site devront être préalablement convenues entre la CAC, les relais du site et l'Infirmier Titulaire.

La CAC est reconnue par le Ministère de la santé comme étant la structure communautaire de base au niveau de village /rue pour la promotion du bien être communautaire. Ainsi pour bien jouer son rôle, la CAC devra être renforcée en capacité dans tout village où est installé ou desservi par un SSC. Si plusieurs villages sont couverts par un SSC, les représentants de CAC des villages concernés se réuniront une fois le mois au niveau du site pour des échanges en rapport avec la gestion et le fonctionnement du SSC.

##### ii. Constats

- Chacun des SSC visités est animé par deux RECOSITES ;
- Les RECOSITES ont un âge médian de 48 ans, ils sont en majorité des hommes (86,4%) ;
- 85% des RECOSITES ont atteint le niveau d'étude secondaire, dont 34% des diplômés ;
- La majorité des RECOSITES sont des cultivateurs (64,4%) ;
- Près de 15% des RECOSITES n'exercent aucune profession connue.
- On remarque que 80% des CAC avaient une connaissance sur les tâches des CAC. Les tâches les plus connues étaient Prendre part aux réunions de CODESA, participer à la Gestion des médicaments dispensés par le RECOSITE lors de la prise en charge des cas et appuyer les activités de sensibilisation des relais promotionnels sur l'utilisation de site.
- Près de la moitié des CAC n'assuraient pas la motivation des relais de sites de soins (49,1%).

Nous avons remarqué qu'il y a plus des RECOSITES de sexe masculin que féminin. Ceci s'expliquerait par le fait que les femmes sont plus occupées que les hommes en milieu rural.

Un autre constat était la proportion élevée des RECOSITES n'exerçant aucune profession connue en dehors de la prise en charge au niveau des SSC. De ce fait, il peut y avoir un risque que ces RECOSITES se considérant à tort comme prestataires des soins, se mettent à réclamer une motivation sous quelle que forme que ce soit. L'absence de motivation de CAC dans les activités des SSC est due au manque

de connaissance des plusieurs CAC, du fait de changement de personnes à tout moment à l'équipe de CAC et le manque de frais de motivation.

### iii. Recommandations



R1. Encourager les femmes à postuler pour devenir des RECOSITES

R2. Tenir compte de niveau d'éducation minimum (D6) lors du recrutement des RECOSITES

R2. Assurer la formation des CAC pour une participation active des relais dans les activités des SSC

R3. Renforcer l'organisation des CAC et prévoir une motivation pour eux.

#### 3.2.2. Gestion des données

##### i. Contexte

Les informations clés sur les SSC sont intégrées dans du système national District Health Information System (DHIS2). Au mois de Septembre 2017, les membres du groupe de travail sur la santé de l'enfant ont participé à un atelier régional intitulé "Améliorer les données de routine en santé de l'enfant dans les systèmes nationaux d'information sanitaire" qui s'est tenu en Afrique du Sud, et ont élaboré un plan d'action national pour relever les défis liés au système national d'information sanitaire (SNIS) de la RDC. Le plan d'action met l'accent sur l'amélioration de l'utilisation des données à la source, l'amélioration de la qualité des données, le renforcement de la gouvernance du SNIS à travers la décentralisation de certaines fonctions, la revue des plates-formes de données existantes et le renforcement de la responsabilisation et de l'appropriation de la collecte et de l'utilisation des données au niveau communautaire.

Au début de chaque mois, entre le 01 et le 02, l'un de 2 RECOSITES apporte le rapport d'activités du mois précédent ainsi que la commande des médicaments à l'IT qui supervise le SSC. Après analyse du rapport du SSC et de la commande, l'IT de l'AS remet au RECOSITE les intrants nécessaires au fonctionnement du SSC pour le mois qui commence, et ce, en fonction de la disponibilité au niveau du CS. Les RECOS sont approvisionnés en outils de collecte et de transmission de ces données.

Il sied de signaler que depuis 2021, les nouveaux outils de SSC ont été mis en place dans le but de trouver solution aux ruptures intempestives des fiches individuelles de prise en charge. Ainsi, le registre de consultation est utilisé en lieu et place de fiche de prise en charge. Les données de la gestion des médicaments y sont incorporées éliminant ainsi le besoin d'avoir le RUMER à côté. Toutefois certains anciens SSC utilisent encore des anciens outils et ont besoin de briefing sur les nouveaux outils.

## ii. Constats

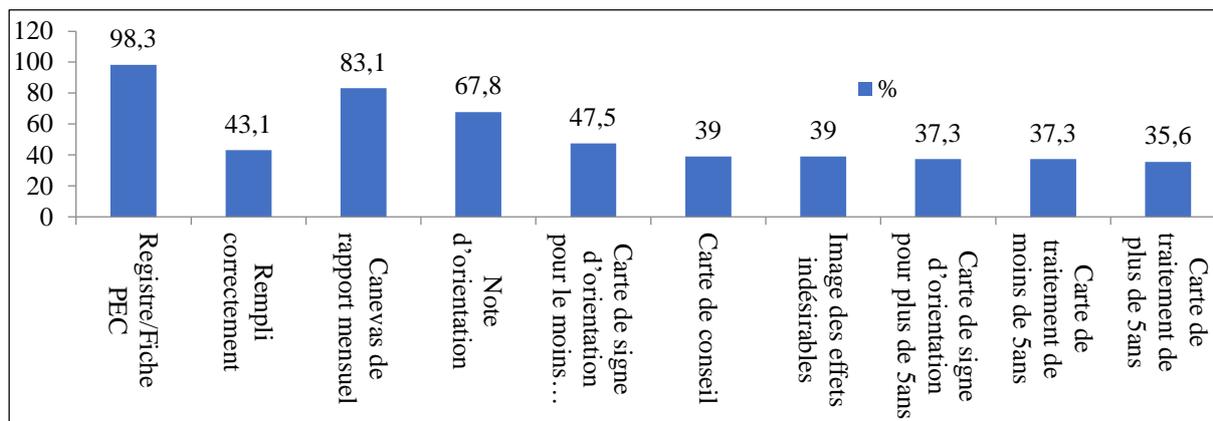


Figure 12. Disponibilité et remplissage des outils

Figure 13. Registre de PEC de SSC

- Près de la totalité des SSC possédait de registre/fiche de PEC mais moins de la moitié soit 43,1% étaient correctement remplis.
- Le canevas de rapport mensuel a été retrouvé dans 83,1% de SSC et les notes d'orientation étaient retrouvées dans 67,8%.
- Par contre la carte des signes d'orientation pour le moins de 5 ans et plus de 5 ans ; la carte conseil, l'image des effets indésirables, la carte de traitement de moins de 5 ans et plus de 5 ans étaient retrouvés dans moins de la moitié des SSC visités.

- Tous les MCZ ont confirmé qu'ils reçoivent mensuellement les rapports des SSC en provenance des FOSA. Les données des SSC sont utilisées dans la prise de décision au niveau des ZS notamment pour améliorer la surveillance du paludisme et ainsi que de la fonctionnalité des SSC.
- Tous les infirmiers titulaires déclarent recevoir mensuellement les rapports de SSC. La majorité des IT (76%) analysent et intègrent dans le canevas SNIS les données provenant des SSC, près de 38% des IT affirment utiliser ces données dans la prise de décisions notamment lors de l'élaboration des commandes des intrants et médicaments.

- Quant aux feedbacks, Il a été noté que les membres ECZ les font aux IT, verbalement après analyse de données lors des réunions de monitoring. Par contre les feedbacks des IT vers les RECOSITES les font également d'une manière verbale, lors des supervisions et à chaud lors de remise de rapports.
- Près de la totalité des SSC possèdent de registres/fiches de PEC mais moins de la moitié soit 43,1% étaient correctement remplis. Le canevas de rapport mensuel a été retrouvé dans 83,1% de SSC et les notes d'orientation étaient retrouvées dans 67,8%. Par contre la carte de signe d'orientation pour le moins de 5 ans et plus de 5 ans ; la carte conseil, l'image des effets indésirables, la carte de traitement de moins de 5 ans et plus de 5 ans ont été retrouvés dans moins de la moitié des SSC visités.
- Près de la totalité des SSC transmettent les données de routine au CS (93,2%) une fois par mois. Plus de la moitié de SSC transmettent les données lors des réunions mensuelles (50,8%). Seulement 8,5% des RECOSITES déclarent de ne pas recevoir le feedback des IT et 3,4% n'utilisent pas les données des SSC pour la prise de décision. En majorité de cas, les données des SSC permettent de renforcer la sensibilisation de la communauté et de préparer le prochain approvisionnement.
- Les principaux défis énumérés par les MCZ liés à l'enregistrement et à la transmission des données dans les SSC sont le recyclage de RECOSITES, l'accompagnement régulier de RECOSITES dans le remplissage correct des outils, la qualité des données, le moyen de transport et la qualité de supervision.
- Les principaux défis liés à l'enregistrement et à la transmission des données des SSC relevés par les IT sont le recyclage des RECOSITES, le remplissage des outils des collectes des données et la rupture des canevas de rapport mensuel, le manque de moyens de transport pour les RECOSITES.

Il a été noté une proportion importante des SSC possède de registre/fiche de prise en charge mais faible proportion de carte de signe d'orientation pour le moins de 5 ans et de plus de 5 ans ; la carte conseil, l'image des effets indésirables, la carte de traitement de moins de 5 ans et plus de 5 ans étaient retrouvés dans moins de la moitié des SSC visités. Cette faible proportion enregistrée est expliquée du fait que plusieurs SSC possèdent encore les anciens registres de PEC. Actuellement les de signe d'orientation, le carte conseil, l'image des effets indésirables et la carte de traitement sont incorporées dans le nouveau registre de prise en charge des SSC. La proportion importante de mauvais remplissage de fiche est due par le faite que la majorité des RECOSITES ont été formés sur l'ancien registre et n'ont pas encore eu la formation du nouveau.

**A propos de la disponibilité des outils et tenue des réunions :** à l'exception des PV de réunion qui étaient disponibles dans plus de la moitié de cas, le plan d'action, les copies des inventaires et les copies de bon de livraison étaient faiblement représentées.

Pour les outils des CAC, du fait que plusieurs CAC ne sont pas fonctionnels, elle entraîne d'office la non tenue de réunion, l'absence de vision pour avoir un plan d'action et l'absence de motivation des activités de SSC.

### iii. Recommandations



- Planifier de formation/recyclage des RECOSITES sur les nouveaux outils
- Doter les nouveaux outils dans les anciens SSC
- Doter les outils de transmission
- Planifier la digitalisation des données des SSC dans le module SNIS Communautaire
- Améliorer la qualité de la supervision des RECOSITES par les IT, ECZS afin que celle-ci soit formative et digitalisée

### 3.2.7. Principaux problèmes menaçant la durabilité et l'efficacité à long terme des SSC

#### **a. Selon les MCZ :**

- L'approvisionnement et la disponibilité des intrants (100%),
- La formation continue (76,5%)
- La motivation des RECOSITES (64,7%),
- La disponibilité des outils de collecte des données (52,9%).

#### **b. D'après les IT :**

- L'approvisionnement et la disponibilité des intrants (78%),
- La formation continue (74,5%).
- La motivation des RECOSITES (74,5%). Les RECOSITES passent beaucoup plus de temps aux SSC au détriment de leurs occupations habituelles. C'est la raison la plus évoquée par les IT pour justifier la demande d'amélioration de la motivation des RECOSITES.
- La disponibilité des outils de collecte des données (50,9%).

De ce fait, pour améliorer la participation et l'appropriation des SSC, la majorité des IT pensent qu'il serait souhaitable de motiver les prestataires et les agents communautaires, d'éviter les ruptures à répétition et de sensibiliser la communauté sur l'utilisation des SSC.

#### **c. Selon les CAC :**

- La formation et fonctionnalité des CAC (40%),
- L'approvisionnement des SSC en intrants (29,1%)
- La motivation des CAC (25,5%).

#### **d. Selon les RECOSITES eux-mêmes :**

- Le mauvais état ou l'absence des petits matériels,
- Le manque de sensibilisation de la communauté par le CAC
- Et le manque de moyen de transport par le RECOSITE sont les principaux obstacles, cités par les RECOSITES, à la fourniture des soins de de qualité à la communauté dans les SSC.

### 3.3. Principaux points forts



- Les SSC permettent la prise en charge des patients à temps réel avant l'orientation ;
- Les SSC contribuent à la diminution de la mortalité dans la communauté ;
- Les SSC contribuent à augmentation de l'utilisation des services curatifs dans les FOSA par l'orientation des patients ;
- Les SSC contribuent à la diminution du nombre de cas graves arrivés dans les FOSA
- La proximité des SSC à la communauté permet à la communauté de bénéficier les soins de qualité et des conseils ;
- Du fait que les patients ne payent pas des frais de consultation, ni des médicaments, les SSC permettent de réduire la barrière financière aux ménages ;
- Les supervisions des SSC par les IT permettent d'améliorer la qualité de données des SSC et augmenter les données des FOSA ;
- Tous les cas répondant à la définition de cas de paludisme au niveau communautaire reçus aux SSC ont été pris en charge conformément à la politique nationale ;
- Satisfaction de la communauté par les prestations des RECOSITES ;
- L'orientation vers les CS se fait conformément à la politique nationale dans la majorité des SSC ;
- La grande partie des RECOSITES ont été formés en PCIMNE-C et SSC (5/6) ;
- Registre, canevas de rapportage et TDR présent dans la plupart des SSC ;
- Réapprovisionnement régulier au CS et réception de la commande endéans les 2 semaines dans tous les SSC visités
- Tous les SSC rapportent les données des SSC régulièrement et mensuellement vers le CS ;
- Les données des SSC sont comptabilisées dans chaque FOSA et insérées dans le SNIS.

## IV. RECOMMANDATIONS SELON LA PRIORITE

### I. Implantation d'un site de soin communautaire

- R1 = Doter les SSC en matériels et petits matériels nécessaires pour son fonctionnement optimal : le FM et les autres partenaires devraient calculer le montant global pour les matériels et petits matériels de SSC.
- Renouveler les petits matériels et outils de gestion dans tous les anciens SSC
- R2 = Approvisionnement les SSC en médicaments pour les 3 maladies tueuses de l'enfant pour les tous les SSC existant, il faudra calculer le montant global de ces médicaments pour un SSC dans les 3 années d'avenir pour avoir une idée de la somme globale à allouer à l'achat des médicaments
- R3 = Actualiser à l'aide de l'optimisation le besoin en SSC dans les ZS qui nécessitent un nombre additionnel en SSC en priorisant les ZS à forte incidence de morbidité et de mortalité : le PNECHOL-MD devrait se concentrer sur les ZS qu'il faudra ajouter le nombre de SSC afin de déterminer un montant exact pour avoir le cout additionnel au montant de SSC existant.

### II. Supervision des SSC

- R1 = Digitaliser les supervisions des SSC par les IT à l'aide de l'application SSC : se concerter avec PROSANI pour voir comment faire fonctionner le logiciel de supervision mis en place pour les IT afin d'avoir le coût global pour un bon fonctionnement de cette digitalisation (Equipe de SANRU passe discuter avec PROSANI)
- R2 = Répertorier tous les SSC à problème pour une éventuelle formation groupée (ECZ, IT et RECOSITES) : cette formation sera réalisée par PNECHOL-MD qui doit transmettre le TDR à SANRU pour certification.

### III. Appropriation des SSC

- R1 = Augmentation des SSC dans tous les villages ayant des barrières géographiques et culturelles ;
- R2 = Institutionnaliser les SSC par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ;
- R3 = Améliorer la motivation des RECOSITES pour le travail de dur labeur abattu ;
- R4 = Redynamiser de CAC et prévoir une motivation de l'équipe de CAC.

## V. CONCLUSION

Les résultats de l'évaluation montrent que des progrès importants ont été réalisés en installant les SSC dans les communautés congolaises. Les données rétrospectives tirées de DHIS2 et des bases de données du PNECHOL-MD, PNLP et de SANRU ont montré que les SSC ont un impact positif sur la morbi-mortalité dans la communauté. Cela a été démontré aussi par la triangulation à partir des données d'évaluation sur terrain par une enquête transversale et observationnelle.

Malgré cet impact positif, certains problèmes sur la supervision des SSC, la formation des acteurs impliqués dans le fonctionnement, la disponibilité des petits matériels, des médicaments, l'orientation etc. ont été révélés et nécessiteront des résolutions à prévoir dans la prochaine subvention.

## VI. ANNEXES

### 1. Liste des participants à l'évaluation

#### SANRU Asbl

- Dr Aliocha NKODILA
- Dr Pomie MUNGALA
- Dr Fernandine PHANZU
- Dr Eddy NGUNGA
- Dr Paul BASILA
- Dr Jean KANOWA
- Dr Papy LUNTADILA
- Dr Goethe MAKINDU
- Dr Alain BITIKA
- Dr JR MUSITI
- Dr Jean Claude KUFUTUA
- Dr Alfred MONAMESO
- Dr Joris L. LIKWELA
- Dr Phillipe LUKANU
- Dr Adrien N'SIALA
- Dr Albert KALONJI

#### PNLP

- Clarisse MBO MODIRI
- Dr Gédéon MUSHADI

#### DGOGSS

- Anastasie BOSONGO

#### PNECHOL-MD

- Dr Albert KADJUNGA

#### LFA

- Dr Ernest TSHIYOYO
- Dr Dieudonné ZANGAMOYO
- Dr Passy KIMEMO
- Dr Patrick MUBIKAY

### 1. Listes des sites des soins communautaires sélectionnés

DPS	ZS	SSC
KONGO CENTRAL	KIMPESE	<ul style="list-style-type: none"><li>- NKENGE NKUENZA</li><li>- LUENDA NTAMBA</li><li>- LOMBO</li><li>- NKUMBU</li></ul>
	KISANTU	<ul style="list-style-type: none"><li>- BOKO</li><li>- YANGA</li><li>- KIYANIKA</li></ul>
	MBANZA-NGUNGU	<ul style="list-style-type: none"><li>- NDEMBO</li><li>- KINLELE</li><li>- NKANKA</li></ul>
SUD UBANGI	GEMENA	<ul style="list-style-type: none"><li>- MAZA</li><li>- SUSULA</li><li>- FERME II</li><li>- BODANU</li></ul>
	BUDJALA	<ul style="list-style-type: none"><li>- NGWENZE</li><li>- NGINDO</li><li>- MONDOMBOLO</li></ul>

DPS	ZS	SSC
	BULU	- YANGA - PILINGUKU - BAKANYA
ITURI	ARU	- AURTA-AMBALA - YIVU EKUNGA - BUKANGA - OPEBHAKU
	AUNGBA	- ALULA KASA - ANGAR - ZAMANDA
	BUNIA	- MOYOLA 1 - MOYOLA 2 - MOYOLA 3
KWILU	GUNGU	- NIOKA - KIHAMBA - KISEKO - KANGA
	KIKWIT NORD	- MBELO LUKULA - ISENGI - MISEMBO - MUSENGI
	MOSANGO	- LUZASA - KIKONZI
NORD KIVU	NYIRAGONGO	- SPORTIF - BUGEREGERE - BUGAMBA II
	KIROTSHE	- SHONGA - KAHURIZI - KILAMBO - KATAUNDA - BUYAA
	MASSISSI	- BUNGINICHI - BUHUMBA
KINSHASA	BINZA OZONE	- KUKUMBELE - MAYENGA - MUKASA - ST DAMIEN
	N'SELE	- INYE - MFUMU NDOLA - MANGENGENCE - BANANA

## 2. Photos de terrain lors de l'évaluation



Interview de RECOSITE par le LMIS  
Et contrôle de registre de PEC



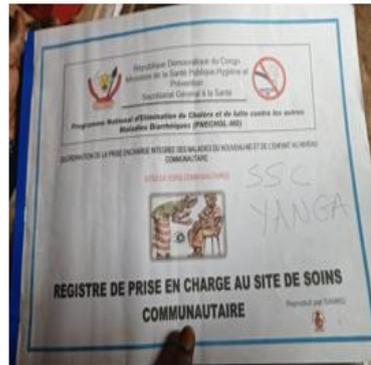
Interview d'un patient dans un SSC



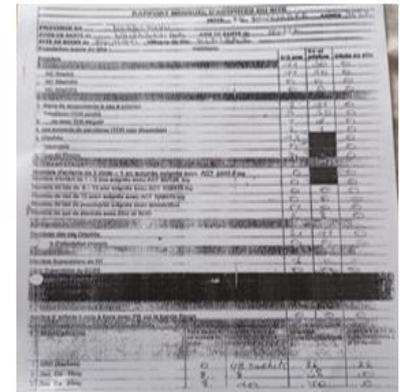
Qualité de remplissage de registre de PEC



Présentation de l'ancien registre de PEC



Présentation de nouveau registre de PEC



Rapport mensuel de SSC



Interview de l'IT dans une FOSA



Interview de CAC par les experts



Interview des CAC et patient

## VII. REFERENCES

1. Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (2019). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS – RDC 2018). Rapport final, 2019.
2. J G Breman 1, A Egan, G T Keusch (2014). The intolerable burden of malaria: a new look at the numbers. Am J Trop Med Hyg; 2001 Jan-Feb;64(1-2 Suppl):iv-vii.
3. Ministère de la santé (2014). Enquête démographique et de Santé RDC, 2013-2014.
4. Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme 2013. Kinshasa : PNL.
5. Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme 2013. Kinshasa : PNL.
6. République Démocratique du Congo, Programme National de Lutte contre le Paludisme (P.N.L.P.). (2014).
7. Rowe, A. K., Steketee, R., Arnold, F., Wardlaw, T., Basu, S., Bakayita, N., et al. (2007). Viewpoint: evaluating the impact of malaria control efforts on mortality in sub-Saharan Africa. Trop Med Int Health, 1524-1539.

8. WHO. World Malaria report, 2019.
9. World Health Organization (WHO), (2015).World Malaria Report 2015. Geneva:WHO.
10. Ye Y., Eisele T. P., Eckert E., Korenromp E., Shah J., Hershey C. L., Ivanovich E., Newby H., Carvajal L., Lynch M., Komatsu R., Cibulskis R., Moore Z., Bhattarai A., (2017). Framework for Evaluating the Impact of Malaria Control Interventions in sub-Saharan Africa. Am J Trop Med Hyg (in press).
11. Gisèle Mawazo Binti Dunia (2013). Implantation des sites de soins communautaires en République Démocratique du Congo: consécration d'un double standard dans l'accès aux soins. Pan African Medical Journal. 2013; 14: 158. doi:10.11604/pamj.2013.14.158.2003
12. Losimba Likwela, J, (2012), Contribution à l'amélioration de la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo (RDC), Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences de la Santé Publique, Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Pôle santé, Ecole de Santé Publique.
13. Ministère de la Santé Publique (2006). Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Extrait le 18/10/2022 de [http://planificationfamilialerdc.net/docs/2\\_Strategie](http://planificationfamilialerdc.net/docs/2_Strategie_De_Renforcement_Du_Systeme_De_Sante_SRSS_Juin2006.pdf) De Renforcement Du Systeme De Sante\_SRSS\_Juin2006.pdf
14. PNLP, (2014), Rapport annuel des activités de lutte contre le Paludisme, Kinshasa: PNLP.
15. PNECHOL-MD (2016). Guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires pour la prise en charge des maladies de l'enfant. RDC, 2016.